

Unerreichbar?

– Musiktherapie bei Wachkoma

Vorgelegt von:

Jana Alena Oerter
Wilhelm-Raabe-Str. 35
57078 Siegen

Siegen, 26. Februar 2016

Meine Arbeit

„Selig, die mich erfahren lassen, dass ich geliebt, geachtet und nicht allein gelassen bin.“

Diese Aussage aus den Seligpreisungen eines alten Menschen aus Afrika ist verankert im Konzept des Haus Abendfriedens in Hilchenbach-Helberhausen, in dem ich seit 1 ½ Jahren als Sozialpädagogin arbeite. Das Haus Abendfrieden ist ein privates Senioren- und Pflegeheim. In vier Wohnbereichen leben dort insgesamt 68 BewohnerInnen. Die meisten Menschen, die bei uns leben, sind über 70 Jahre alt und können aufgrund verschiedener Krankheiten, wie beispielsweise einer demenziellen Veränderung, nicht mehr alleine zu Hause leben. Da ich seit 2012 neben meinem Studium zur Sozialarbeiterin auch die musiktherapeutische Zusatzausbildung mache, war, als mein Studium sich dem Ende zuneigte und ich mich auf Jobsuche begeben musste, eins meiner Kriterien, dass ich dort auch als Musiktherapeutin anfangen konnte. Als ich nun meine Arbeit im Haus Abendfrieden begann, war ich darauf vorbereitet mit alten und kranken Menschen, die sich auf ihrem letzten Lebensweg befinden, zu arbeiten. In verschiedenen Praktika und auch Nebenjobs in Seniorenheimen hatte ich gelernt, diesen Menschen mit Achtung und Respekt zu begegnen und sie da abzuholen, wo sie gerade sind, sie auf ihrem letzten Weg zu begleiten, ganz wie es sich der alte Mensch aus Afrika in seinem Zitat wünscht.

Wie das aber meistens so ist, kommt es erstens anders und zweitens als man denkt. Schon an einem meiner ersten Arbeitstage in der Einrichtung berichtete mir meine Vorgesetzte von einem, im Verhältnis zu den anderen BewohnernInnen gesehen, noch sehr jungen Mann, der in meinem Wohnbereich wohne und für den ich nun zuständig sei. Sie erzählte weiter, der junge Mann läge im Wachkoma und lebe schon seit 20 Jahren in der Einrichtung. Sie bat mich darum, mit ihm musiktherapeutisch zu arbeiten. So habe ich mich neben inzwischen vielen Stunden musikalischer Angebote und noch mehr musiktherapeutischen Therapieprozessen, für die ich mich vorbereitet und kompetent fühlte, überraschend mit einer unerwarteten Herausforderung konfrontiert gesehen.

Ich hatte mir oft vorgestellt, wie es sein würde im Haus Abendfrieden zu arbeiten, aber die Arbeit mit einem Menschen im Wachkoma kam in meinen Vorstellungen nie vor. Noch nie hatte ich in meiner bisherigen Arbeit Berührungspunkte mit einem

Menschen mit dieser Diagnose gehabt und daher fehlte mir die Vorstellung dafür, was auf mich zukommen würde und wie meine Arbeit aussehen muss, damit auch dieser Bewohner sich geborgen, geachtet und angenommen fühlen kann. Um einen Eindruck von der Lebenssituation meines zukünftigen Patienten zu bekommen, beschloss ich, ihn zunächst an mehreren Tagen zu besuchen, um anschließend in Rücksprache mit meinem Supervisor, ein geeignetes therapeutisches Konzept für ihn zu erarbeiten.

Der erste Kontakt

*„Daran erkenn ich den gelehrten Herrn!
Was ihr nicht tastet, steht euch meilenfern,
Was ihr nicht fasst, das fehlt euch ganz und gar,
Was ihr nicht rechnet, glaubt ihr, sei nicht wahr,
Was ihr nicht wägt, hat für euch kein Gewicht,
Was ihr nicht münzt, das, meint ihr, gelte nicht.“*

Johann Wolfgang von Goethes Mephisto, Urfaust

Ich beschloss sehr bewusst, vor meinem ersten Treffen mit dem Bewohner nicht seine Bewohnerakte zu lesen. Über Wachkomapatienten hört man oft, sie würden weder sehen noch hören noch Reize in irgendeiner Art und Weise aufnehmen, geschweige denn darauf reagieren können. Ich wollte mir diesbezüglich eine eigene unvoreingenommene Meinung bilden können.

Bei meinem ersten Besuch liegt der Bewohner im Bett. Mein zukünftiger Patient hat die Augen geschlossen. Seine Arme sind verkrampft zur Brust hochgezogen. Die Hände zu einer Faust geballt und nach außen gedreht. Die Beine sind leicht angewinkelt und sehr angespannt.

Ich stelle mich ihm vor, berühre seine Hand und summe die Melodie von „die Gedanken sind frei“. Das Lied kam mir sofort in den Sinn, als ich das Zimmer des Bewohners betrat. In dem Moment, in dem ich zu singen beginne, öffnet Herr S. seine Augen und bewegt diese unkontrolliert hin und her. Ich summe die Melodie weiter und berühre dabei vorsichtig seine verkrampften Hände, Arme und Beine, seinen Brustkorb und seinen Bauch. Ich kann sehen, wie sich sein sehr verkrampfter Körper langsam entspannt. Ich bin mir sicher, dass er mich wahrnimmt, und habe den Eindruck, in Kontakt mit ihm getreten zu sein. Nachdem ich etwa 15 Minuten für ihn ge-

sungen habe, schließt mein Patient seine Augen und schläft ein. Ich verabschiede mich von ihm und verlasse den Raum. In diesem Moment bin ich mir sicher, Herr S. ist nicht hirntot. Er kann mich hören und auch meine Berührungen wahrnehmen, aber ich kann es leider medizinisch nicht belegen.

Der Bewohner

Nach dem ersten Besuch schaue ich mir die Bewohnerakte an.

Mein Patient ist 56 Jahre alt. Er lebt seit 20 Jahren in der Einrichtung. Grund für seine Aufnahme waren verschiedene medizinische Diagnosen. Im Vordergrund stand die des apallischen Syndroms (des Wachkomas). Daneben leidet der Bewohner an Epilepsie, an einer Tetraspastik (einer Lähmung aller vier Extremitäten) und weiteren Erkrankungen wie Hypoglykämie (Unterzuckerung). Außerdem hat er eine Trachealkanüle, da er sonst nicht eigenständig atmen könnte, was aber dazu führt, dass er sich nicht stimmlich äußern kann. Des Weiteren leidet er unter Einschränkungen der Funktion seiner Gelenke, die verursacht werden durch Verkürzungen, seiner Muskeln und Sehnen, sogenannten Kontrakturen. Aufgrund einer Schluckstörung wird der Bewohner über eine PEG-Sonde ernährt. Diese Beeinträchtigungen sind entstanden durch einen hypoxischen Hirnschaden, einen gravierenden Sauerstoffmangel im Gehirn, verursacht durch einen Hinterwandinfarkt des Herzens, den er wohl auf der Straße erlitt und bei dem er zu spät reanimiert wurde. Angeblich, weil Passanten davon ausgingen, er sei volltrunken und brauche keine Hilfe.

Aus unserem Dokumentationsprogramm erfahre ich, dass mein Patient das vierte von acht Kindern ist und eine Zwillingsschwester hat. Außerdem erfahre ich, dass er aufgrund von Lernschwierigkeiten eine Schule für Menschen mit Lernbeeinträchtigungen, damals noch „Sonderschule“ genannt, besuchte. Eine Ausbildung im Straßenbau brach er ab und arbeitete von diesem Zeitpunkt an als Hilfsarbeiter. Er heiratete früh, die Ehe wurde allerdings bereits vor seiner Erkrankung geschieden. Hier lese ich auch, die Ehe des Bewohners sei nicht glücklich und kinderlos gewesen. Als Hobbies sind dort angegeben: in der Natur spazieren gehen, SWR4 und Volksmusik hören und die Beschäftigung mit seinem Hund. Alle Informationen zur Biografie meines Patienten stammen von seiner Zwillingsschwester. Von meiner Vorgesetzten erfahre ich, dass die Zwillingsschwester den Bewohner in seiner Anfangszeit im

Heim noch besucht habe, mittlerweile bestehe aber keinerlei Kontakt mehr zu seinen Angehörigen.

Um ein für meinen Patienten und für mich angemessenes therapeutisches Konzept zu erarbeiten, beschließe ich, mich zunächst neben meinen Besuchen bei Herrn S., intensiv mit dem Thema Wachkoma zu beschäftigen, da dies die Haupterkrankung zu sein scheint, unter der er leidet.

Wachkoma – Definition, Symptome, Prognose

„Der Mensch ist ein Teil des Ganzen, das wir ‚Universum‘ nennen, ein durch Zeit und Raum begrenzter Teil. Er erlebt sich selbst, seine Gedanken und Gefühle als etwas von den anderen Getrenntes – eine Art optische Täuschung seines Bewusstseins. Diese Täuschung ist für uns eine Art von Gefängnis, das uns auf unsere persönlichen Entscheidungen und auf unsere Zuneigungen beschränkt. Unsere Aufgabe ist es, uns aus diesem Gefängnis zu befreien, indem wir den Radius unseres Mitgefühls so ausweiten, dass wir alle Lebewesen und die ganze Natur in ihrer Schöpfung umfassen.“

Albert Einstein

Der Fachbegriff für das Wachkoma lautet „apallisches Syndrom“ was so viel bedeutet, wie „ohne Hirnmantel“. Das steht für alle Symptome, die durch den Ausfall der Großhirnrinde entstehen.¹ Betrachtet man den Begriff „Wachkoma“ genauer, fällt sofort auf, dass der Begriff aus zwei sehr gegensätzlichen Begriffen zusammengesetzt ist, nämlich aus „Wach“ und aus „Koma“. Der Begriff „beschreibt einerseits den Zustand des ‚Wach-Seins‘ und andererseits den (...), des ‚tiefen Schlafes‘ (griech. = Koma)². Diese beiden eigentlich gegensätzlichen Zustände werden in der Lebensform des Wachkomas vereint. Dadurch entstehen Veränderungen körperlicher, seelischer und geistiger Funktionen der Betroffenen.³ Der Neuro-Reha-Mediziner Andreas Zieger betont, dass ein Mensch im Wachkoma nicht als „Mängelwesen“⁴ angesehen werden darf. Denn das Wachkoma sei neben der Hirnschädigung auch Teil einer Schockreaktion nach einem erlittenen Trauma und der anschließenden Reanimation und diene dem Betroffenen dazu, dieses Trauma zu verarbeiten.⁵ Er beschreibt dies als „Selbstabschließung des Ich vom Du“⁶. Bei meinem Patienten scheint dieses

¹ Vgl. Gerstenbrand zit. nach Zieger in: Nydahl, 2011, S.4

² Senn-Böning in: Decker-Voigt/Weymann, 2009, S. 346

³ Vgl. Ebd.; Vgl. Holzwarth, 2012, S.23f.; Vgl. Quester in: Jochims, 2005, S. 39ff.; Vgl. Burger in: Baumann/Gessner, 2004, S. 41ff.

⁴ Zieger in: Nydahl, 2011, S. 4

⁵ Vgl. Zieger, 2003, S. 3

⁶ Zieger, 2004, S. 158

Trauma aus dem von ihm erlittenen Herzinfarkt mit einer Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff (Hypoxie) und der sehr späten Reanimation zu bestehen, aber vielleicht auch aus familiären Schwierigkeiten, die ihm die Rückkehr in diese Welt nicht leicht machen. Die Musiktherapeutin Karin Holzwarth schreibt dazu: *„An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass Entstehung und Verlauf des Wachkomas nicht alleine durch physikalische, sondern vor allem durch psychotraumatologische Faktoren bedingt werden. In dieser Weise verstanden zeigt sich das Wachkoma als eine Reaktion auf schwerst traumatisierend- isolative innere und äußere Bedingungen, die zur Zurücknahme auf das autonome Körper selbst (...) führen. (...) So lässt sich beispielsweise die typische zusammengezogene Körperhaltung mit den eng an die Brust gezogenen Armen und den angewinkelten Beinen gleichsam als Ausdruck der Verletztheit lesen und als Versuch, Schutz und Selbststabilisierung zu finden. Ein Mensch in einer solchen Haltung hat nicht die Möglichkeit, in den Erfahrungsraum der Umgebung, in die Welt der Anderen hineinzugreifen.“*⁷

Neben verschiedenen Symptomen und Begleiterkrankungen gibt es fünf prägnante Merkmale des Wachkomas, die sich bei fast allen Betroffenen zeigen und die auch bei meinem Patienten zu finden sind:

1. Bei Menschen im Wachkoma sind keine lebenserhaltenden Apparate von Nöten. Die Herz-Kreislauf-Tätigkeit und auch die Spontanatmung sind erhalten. Viele Menschen im Wachkoma haben allerdings eine erhöhte Atemfrequenz, einen erhöhten Blutdruck und eine erhöhte Herzfrequenz, außerdem schwitzen sie sehr stark und es findet vermehrt Speichelfluss statt.
2. Bei Menschen im Wachkoma ist ein Schlaf-Wach-Rhythmus vorhanden, der entweder mit der Tageszeit oder mit Erschöpfungszuständen zusammenhängt.
3. Menschen im Wachkoma haben während ihrer Wachphasen die Augen geöffnet. Der Blick scheint jedoch ins Leere zu gehen oder zu wandern, ohne etwas zu fixieren.
4. Bei Menschen im Wachkoma sind von außen keine sinnvollen Reaktionen auf Ansprache oder Berührung zu erkennen.
5. Bei Menschen im Wachkoma sind keine Versuche der Kontaktaufnahme zur Umwelt erkennbar.⁸

Andreas Zieger fügt hinzu, die Reaktionen von Menschen im Wachkoma als „sinnvoll und absichtsvoll [zu bezeichnen] [ist] problematisch, weil hier subjektive Empfindun-

⁷ Holzwarth, 2012, S. 25f.

⁸ Vgl. Ebd. S. 4f.; Vgl. Holzwarth, 2012, S. 23; Vgl. Burger in: Baumann/Gessner, 2004, S. 42

gen eines Außenstehenden als objektives Kriterium herangezogen werden, denn was für einen Menschen sinn- und absichtsvoll ist, kann nur von ihm selbst beurteilt werden.“⁹

Über die Prognose von Wachkomapatienten sagt Zieger: *„Eine ‚Heilung‘ ohne bleibende Behinderung ist beim hypoxischen apallischen Syndrom kaum möglich (...) [aber] auch wenn ein Erwachen – statistisch gesehen – mehr als ein Jahr nach dem Akutereignis unwahrscheinlich ist, kann es auch noch Jahre nach Krankheitsbeginn im Einzelfall zu einem unerwarteten oder späten Erwachen kommen.“*¹⁰ Nach Zieger sind Hypoxie, eine lange Komadauer, Multimorbidität und das Verlassen werden von Familie und Ehepartner Einflüsse, die die Prognose des Betroffenen verschlimmern können.¹¹ Alle diese Punkte treffen bei meinem Patienten zu.

In einer meiner nächsten Sitzungen liegt mein Patient wieder in typischer Haltung im Bett. Seine Hände, Arme und Beine sind verkrampft und angespannt. Er hat die Augen geschlossen, bewegt aber seine Beine unruhig hin und her und scheint nicht zu schlafen. Ich beobachte seinen Atemrhythmus und beginne in seinem Rhythmus zu summen.

Dagmar Gustorff schreibt dazu: *„[Ich] versuche wahrzunehmen, welche Äußerungen mir mein Gegenüber entgegenbringt, die ich dann zum musikalischen Dialog aufnehmen kann. Im Laufe der Zeit stellte sich heraus, dass hierfür der Atemrhythmus am geeignetsten ist. Er kann sehr genau wahrgenommen werden in seinem Tempo, seinem Rhythmus, seiner Dynamik und seinem Ausdruck (...). Der Patient kann diesen Rhythmus gegebenenfalls selbst beeinflussen. (...) Den Atemrhythmus nehme ich auf, atme mit dem Patienten, singe schließlich in seinem Rhythmus.“*¹²

In meinen Melodien versuche ich, seine aktuelle offensichtliche Unruhe auszudrücken und ihn in einem weiteren Schritt wiederum zu beruhigen. Dabei unterscheide ich zwischen ergotroper und trophotroper Musik. Bei ergotroper Musik handelt es sich um aktivierende Musik mit beschleunigenden Rhythmen. Diese Musik bewegt sich meist innerhalb der Dur-Tonarten. Oft kommen Dissonanzen und eine größere Dynamik hinzu. Die ergotrope Musik kann beim Hörer zu einer Beschleunigung der Atemfrequenz und auch der Pulsfrequenz führen. Der Blutdruck erhöht sich und es können rhythmische Kontraktionen der Skelettmuskulatur auftreten. Außerdem können sich die Pupillen erweitern und der Hautwiderstand erhöhen. Die Musik wirkt emotionalisierend und erregend. Ein Beispiel für ergotrope Musik ist das Lied „Das Wandern ist des Müllers Lust“. Im Kontrast dazu steht die trophotrope Musik. Diese

⁹ Vgl. Zieger in: Nydahl, 2011, S. 5; Vgl. Holzwarth, 2012, S. 24

¹⁰ Zieger in: Nydahl, 2011, S. 13

¹¹ Vgl. Ebd. S. 14

¹² Gustorff/Hannich, 2000, S. 63

wirkt entspannend und beruhigend. Sie ist gekennzeichnet durch eine geringe Dynamik und schwebende Rhythmen und bewegt sich häufig innerhalb der Moll-Tonarten. Typisch dafür ist jedoch pentatonische Musik. Die Wirkung der trophotropen Musik kann die Verlangsamung der Atemfrequenz und der Pulsfrequenz sein, ein Blutdruckabfall, die Entspannung der Skelettmuskulatur, ein geringerer Hautwiderstand und die Verengung der Pupillen.¹³ Beispiele für trophotrope Musik sind Wiegenlieder oder die Musik, die ich auf der Kalimba spiele. Ergotrope Musik verwende ich bei meinem Patienten vor allem dann, wenn ich den Eindruck habe, er ist entspannt und wach und ich kann einen guten Kontakt zu ihm herstellen und ihn durch die ergotrope Musik beleben und aktivieren. Trophotrope Musik verwende ich überwiegend, wenn er sehr angespannt zu sein scheint und seine Muskeln sehr verkrampft sind.

Während ich summe, lege ich meine Hand auf seine rechte Hand. Mein Patient hat weiter die Augen geschlossen und seine Beine finden keine Ruhe. Ich positioniere meine Hand an seiner Schulter in der Hoffnung ihm so etwas Stabilität bieten zu können, aber er scheint mich gar nicht wahrzunehmen. Nach etwa fünfzehn Minuten beende ich die Sitzung, da ich spüre, wie meine Konzentration nachlässt. Es war eine anstrengende Sitzung und ich bin unzufrieden. Ich habe nicht den Eindruck in irgendeiner Weise einen Kontakt zu meinem Patienten bekommen zu haben oder ihm Entspannung oder Linderung verschafft zu haben. In weiteren Begegnungen mit ihm fällt mir auf, dass es Tage gibt, an denen ich das Gefühl habe, ihn gar nicht fassen zu können, da er in seinem Körper fast nicht mehr anwesend zu sein scheint und es gibt Tage, an denen ich keine Berührungspunkte mit ihm finde, da er sich so weit in sich selbst zurückgezogen hat. Karin Holzwarth schreibt dazu: „Dieser Engung und Weitung fehlt die Mitte. Fehlt das Ausbalancieren und Ankommen in einem Begegnungsraum, den die Betroffenen mit Menschen ihrer Umgebung gemeinsam betreten können.“¹⁴

¹³ Vgl. Decker-Voigt, 1991, S. 74f.

¹⁴ Ebd.

Rehaphasen

Für Menschen mit schweren Hirnschädigungen gibt es ein Netz verschiedener Behandlungs- und Versorgungsleistungen. Diese werden im „Neurologischen Rehaphasenmodell“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation beschrieben. Es gibt dort die Phasen A bis F. Diese Phasen müssen nicht unbedingt linear ablaufen. Mein Patient beispielsweise, erreichte, nachdem die Versuche der Frührehabilitation, ihn durch verschiedene Therapien und Angebote in ein bewusstes Leben zurückzuholen, gescheitert sind, unmittelbar die Phase F. - die Phase der Langzeitversorgung in einem Heim. Sein damaliger und auch sein momentaner gesundheitlicher Zustand lassen die Wiedererlangung der Selbstständigkeit im Alltag und die soziale und berufliche Wiedereingliederung, und somit die Ziele der Phasen C bis E, nicht zu.¹⁵

SEKS

Um den genauen Zustand eines Menschen im Wachkoma zu erfassen, wurden verschiedene Skalen erarbeitet. Die Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung, kurz SEKS, ist meiner Einschätzung nach für meine therapeutische Arbeit mit Herrn S. am besten geeignet, da diese am detailliertesten ist. Auf die Skala werde ich auch zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zurückkommen. In dieser Skala werden zu sieben verschiedenen Bereichen (vegetative Körpersignale, tonische Körpersignale, Augen, Mimik, Eigenbewegungen, Gesten und Gebärden und Stimme und Sprache) verschiedene Merkmale, Reaktionen und Fähigkeiten der Betroffenen festgehalten. Die höchste zu erreichende Punktzahl liegt bei 38. Ab einem Punktwert von über 14 in der SEKS gilt ein Mensch nicht mehr als wachkomatös.¹⁶ Zu Beginn meiner Arbeit mit meinem Patienten erreichte dieser, meiner Einschätzung nach, einen Punktwert von 10. Er befand sich nach der SEKS gänzlich im Wachkoma.

Bewusstsein, Wahrnehmung und Ausdrucksformen

In den nächsten Sitzungen besuche ich meinen Patienten meist mit meinem Keyboard. Es gibt verschiedene Ansichten dazu, ob Instrumente sinnvoll für die Musiktherapie mit Wachkomapatienten sind. Dagmar Gustorff setzt in ihrer Arbeit mit Wachkomapatienten nur die Stimme ein und spricht sich gegen den Einsatz von In-

¹⁵ Vgl. Zieger in: Nydahl, 2011, S. 11; Vgl. Quester in: Jochims, 2005, S. 41ff.; Vgl. Baumann in: Baumann/Gessner, 2004, S. 4f.

¹⁶ Vgl. Zieger in: Nydahl, 2011, S. 6-9

strumenten aus, da auch der wachkomatöse Mensch kein Instrument spielen könne und die Stimme das menschlichste und natürlichste Instrument sei.¹⁷ Andere Musiktherapeuten wiederum wie beispielsweise Karin Holzwarth setzen in ihrer Arbeit auch Instrumente ein.¹⁸ In meiner Arbeit mit dem Patienten habe ich festgestellt, dass dieser nicht auf jedes Instrument reagiert, aber aufgrund seiner Reaktionen gehe ich davon aus, dass er neben meiner Stimme auch die Kalimba, die Chimes, die Klangschale und das Keyboard gerne hört und fühlt. Oft improvisiere ich auf dem Keyboard und mit meiner Stimme und beteilige den Patienten aktiv an der Improvisation, indem ich seine Bewegungen, sein Gähnen oder Husten und seinen Atem mit in die Musik einbaue. Alternativ singe oder summe ich verschiedene bekannte Volkslieder für ihn. Manchmal kombiniere ich auch beides. An manchen Tagen scheine ich dabei keinen Kontakt zu meinem Patienten herstellen zu können. Oft scheint er kaum auf meine Anwesenheit oder die Musik zu reagieren. An anderen Tagen wiederum wird er während meiner Improvisationen oder meines Fürspiels zusehends wacher und entspannter. Abends besuche ich ihn oft, um für ihn einige Abendlieder zu singen. Die Zeit abends empfinde ich als besonders angenehm, da es dann auf der Station und im Zimmer besonders ruhig ist, wodurch es für meinen Patienten und mich wesentlich leichter ist, einen gegenseitigen Kontakt aufzubauen.

Mein Ziel ist es dabei auch, ihm auf diese Weise in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal, ein wenig Tagesstruktur zu ermöglichen. Die Pflegewissenschaftlerin Christel Bienstein und der Psychologe Hans Joachim Hannich führten von 1997 bis 2001 eine Studie zur Versorgungssituation von Menschen im Wachkoma in NRW durch, bei der zunächst internationale Studien gesichtet und Experten zum Thema Wachkoma befragt wurden, zu denen auch zwei ehemalige Wachkomapatienten gehörten. Anschließend wurde die Lebenssituation von Wachkomapatienten in sechs stationären Einrichtungen und von neun Betroffenen, die zu Hause versorgt wurden, durch Interviews, Videobeobachtungen und Dokumentationsanalysen untersucht. Dabei fand man unter anderem heraus, dass ein Tagesrhythmus, der einem gewöhnlichen Lebensalltag ähnelt, die Lebensqualität von Wachkomapatienten erheblich verbessern kann.¹⁹ Wachkomapatienten scheinen also sehr viel mehr wahrzunehmen, als wir gemeinhin vermuten. Um herauszufinden, was und wie Wachkomapati-

¹⁷ Vgl. Gustorff/hannich, 2000, S. 62

¹⁸ Vgl. Holzwarth, 2012, S. 78

¹⁹ Vgl. Bienstein in: Nydahl, 2011, S. 23f.

enten wahrnehmen, muss man sich zunächst einmal mit dem Begriff des Bewusstseins auseinandersetzen.

Es gibt unzählige Versuche, den Begriff des Bewusstseins genauer zu definieren. In den meisten Definitionen geht es darum, aktiv äußere Eindrücke umzusetzen und zu verarbeiten. Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin beschrieb das Bewusstsein vor einem Jahrhundert wie folgt: *„Äußere Reize erzeugen in unserem Inneren gewisse eigentümliche, nicht näher definierbare Zustandsveränderungen, die wir unmittelbar auffassen und als Vorstellungen, Gefühle, Strebungen, und dergl. bezeichnen. Diese allgemeinste Tatsache der inneren Erfahrung bezeichnen wir als das Bewusstsein. Überall, wo äußere Eindrücke in psychische Vorgänge umgesetzt werden, ist Bewusstsein vorhanden, denn dasselbe ist eben nichts Anderes als ein Ausdruck für das Stattfinden dieser Umwandlung [...] Denjenigen Zustand, in welchem die Umsetzung physiologischer in psychische Vorgänge gänzlich aufgehoben ist, bezeichnen wir als Bewußtlosigkeit.“*²⁰

Die Neurologen Fred Plum und Jerome Posner gehen bei einer Bewusstlosigkeit von „undurchbrechbarer psychologischer Unempfänglichkeit“²¹ aus. Die Techniker Krankenkasse beschreibt Bewusstlosigkeit, als einen Zustand „in dem jede bewusste Wahrnehmung ausgeschaltet ist“²². Das würde bedeuten, dass ein Mensch im Wachkoma, der ja oft als bewusstlos bezeichnet wird, unempfänglich für jegliche äußeren Reize wäre und nicht in der Lage, diese wahrzunehmen und zu verarbeiten. Andreas Zieger schreibt dazu: *„Denn man kann mit den Händen spüren, ob ein Patient sich anspannt oder entspannt, ob er sich vor Schmerzen, Kälte oder plötzlichen Geräuschen zurückzieht oder ob er sich unter der Einwirkung eines verständnisvollen ‚anerennenden‘ Blickes, warmer ‚sprechender‘ Hände oder einer einfühlsamen ‚liebvollen‘ Stimme entspannt, aus seiner Erstarrung herauskommt und mit seinem Gesichtsausdruck ‚Wohlbefinden‘ signalisiert. Damit eröffnet sich der Bereich der Körpersprache, des Intuitiven und der unbewussten Anteile der zwischenmenschlichen Interaktion. [...] Mit Aaron Bodenheimer, einem jüdischen Arzt und Psychotherapeuten aus Zürich, bin ich übereinstimmend der Ansicht, dass „Bewusstsein“ nicht lokalisierbar ist, sondern nur daran gemessen werden kann, inwieweit es uns gelingt, Beziehungen zu ihm herzustellen.“*²³ Dass Menschen im Wachkoma Dinge wahrnehmen können und somit auch eine Art von Bewusstsein haben, davon ist auch die Musiktherapeutin und Professorin Dagmar Gustorff überzeugt, die mit komatösen Patienten auf der Intensivstation arbeitete. Sie untersuchte und studierte viele unterschiedliche Berichte von Menschen, die ehemals im Wachkoma lagen, und stellte fest, dass Menschen im Wachkoma alles andere als erlebnislos sind. Dass sie aber ein verändertes Bewusstsein haben und bestimmte Dinge anders wahrnehmen. So deuteten sie in ihren wachkomatösen Pha-

²⁰ Kraepelin, 1889, S. 85f.

²¹ Plum/Posner, 1980, S. 5

²² Klimsa/Schoppmeyer in: Techniker Krankenkasse: <https://www.tk.de/tk/krankheiten-a-z/krankheiten-b/bewusstlosigkeit/26950>, letzter Zugriff: 13.02.16

²³ Zieger, Andreas, 2002 in: http://www.wachkoma.at/Informationen/Info_Dokumente/persoenelichkeit.pdf, S. 3, letzter Zugriff: 13.02.1016; Vgl. Holzwarth, 2012, S. 51ff.; Vgl. Gustorff/Hannich, 2000, S. 124ff.

sen beispielsweise Röntgengeräte zu Dinosauriern um und Ärzte und Pfleger zu Gefängniswärtern und Sklavenhändlern.²⁴ Andere Betroffene können sich nach Gustorff auch an Gefühle, Träume und Gesprochenes oder Musik aus der Zeit ihrer Bewusstlosigkeit erinnern.²⁵

Zu meiner nächsten Sitzung bringe ich neben meinem Keyboard auch eine Kalimba mit. Ich trete an das Bett meines Patienten, begrüße ihn und erzähle ihm, dass ich ein neues Instrument mitgebracht habe. Ich beschreibe ihm, wie die Kalimba aussieht und wie sie sich anfühlt und beginne zu spielen. Ich improvisiere eine Melodie auf der Kalimba. Die Kalimba ist in f-Moll gestimmt und klingt daher sehr harmonisch. Mein Patient hat die Augen geschlossen, aber er scheint nicht zu schlafen. Sein Gesicht sieht entspannt aus. Seine Arme und Beine fühlen sich nicht ganz so hart und angespannt an, wie in einigen anderen Sitzungen zuvor. Als ich wiederholt die Quarte zwischen den Tönen C und F spiele, öffnet er die Augen und verzieht sein Gesicht. Sobald ich wieder andere Töne spiele, schließt er die Augen und wirkt wieder entspannt. Es gibt verschiedene Theorien, die besagen, dass die jeweiligen Intervalle bestimmte psychologische Effekte auslösen. Diese Theorie muss reflektiert betrachtet werden, da jeder Mensch in jeder Lebenslage unterschiedlich empfindet und somit vermutlich auch Intervalle bei unterschiedlichen Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen, unterschiedliche Emotionen und Effekte auslösen.²⁶ In diesem Fall sind aber die Ergebnisse interessant, da eine reine Quart innerhalb der Nordoff/Robins Musiktherapie für „eine nach außen gerichtete Bewegung auf andere und die Umwelt zu“²⁷ steht. Dies passt auf die Situation zwischen meinem Patienten und mir, da wir durch die Quart in eine Art Kontakt treten konnten.

Als nächstes positioniere ich die Kalimba auf seinem Handrücken und spiele sie dort. So kann er die Vibrationen des Instruments spüren. Anschließend positioniere ich die Kalimba auf seinem Bauch und spiele sie dort weiter. Um auf dem Bauch meines Patienten angespielt zu werden, eignet sich die Kalimba besser, als beispielsweise eine Klagschale, da sie leichter ist und ihre Vibrationen nicht so eindringlich sind und so tief gehen, wie die einer Klagschale und so nicht so schnell die Magen-Darm-Probleme unter denen er meist in Form von Durchfällen leidet, verschlimmert. David Lindner sagt dazu: *„Eine extrem leise und feine Klangschwingung trifft genauso auf unseren Körper wie*

²⁴ Vgl. Gustorff/Hannich, 2000, S. 29

²⁵ Vgl. Ebd. S.26f.

²⁶ Vgl. Aldridge, 1999, S. 216-221

²⁷ Ebd. S.219

*eine sehr laute. Nur die sehr laute spüren wir eben besser.*²⁸ Als nächstes nehme ich einen Regenmacher zur Kalimba hinzu und lasse auch diesen erklingen. Mein Patient öffnet seine Augen und schaut scheinbar ziellos im Raum umher. Ich spiele so lange, bis ich das Gefühl habe, dass er müde wird. Dann beende ich mein Spiel und verabschiede mich von ihm. Ich frage mich, ob die Reaktion auf die Quarte beim Spielen der Kalimba Zufall war oder wiederholbar ist. Auch in den beiden nächsten Sitzungen bringe ich die Kalimba mit und stelle fest, seine Reaktionen auf das immer wiederholte Spielen der Töne C und F wiederholen sich tatsächlich. Sobald ich die Quarte spiele, öffnet er seine Augen und schaut umher. Sobald ich wieder eine andere Melodie spiele, schließt er die Augen. Oft schläft er dabei sogar ein.

Auch bei meinem nächsten Besuch liegt mein Patient mit geschlossenen Augen im Bett. Seine Hände, Arme und Beine liegen angespannt und verkrampft in seiner typischen Haltung. Diesmal habe ich Klangschalen dabei. Ich begrüße meinen Patienten und berühre ihn an der Hand. Ich bereite ihn darauf vor, dass ich gleich die Klangschalen zum Klingen bringen und in der Nähe seines Körpers platzieren werde. David Lindner sagt über den Einsatz von Klangschalen: *„Von Didgeridoos, Klangschalen, Gongs, gut schwingenden Trommeln oder auch beim Singen von Obertönen werden offensichtlich Töne erzeugt, bei denen sich im Körper etwas mehr tut, als daß einfach nur Schallwellen auf ihn treffen. Man hat gleichsam das Gefühl, als würden Haut, Muskel, Gewebe und Blut irgendwie zu den Sounds mitschwingen.*²⁹ Ich spiele die größte der Klangschalen an, führe sie von den Füßen in Richtung Kopf über seinen Körper hinweg und platziere sie wieder zu seinen Füßen. Während die Schale noch leise klingt, schlage ich die mittlere Schale an, führe auch diese über seinen Körper bis zum Kopf und platziere sie neben seinem Brustkorb. Mit den beiden kleinen Schalen verfare ich genau so. Sie platziere ich jeweils auf der linken und rechten Seite seines Körpers in der Nähe seiner Schultern. Anschließend spiele ich die Klangschalen immer, wenn sie ausgeschwungen sind, wieder unmittelbar nacheinander an, sodass sie gemeinsam klingen können. Mein Patient bewegt seine Beine unruhig hin und her. Seine Augen sind nach wie vor geschlossen. Nach einiger Zeit nehme ich die größte Klangschale auf meine Handfläche und reibe sie an. Als nächstes platziere ich sie halb auf seiner angespannten rechten Schulter. Die andere Seite des Schalenbodens stütze ich mit meiner linken Hand ab. Ich lasse sie so eine ganze Zeit lang klingen und die Vibrationen auf seine angespannte Schulter wirken. Nach einiger Zeit bewegt er mit noch immer geschlossenen Augen seinen Arm und zieht

²⁸ Lindner/Plate/Prosic-Götte, 2006, S. 21

²⁹ Ebd. S. 24

diesen weg. Ich wechsele die Seite und reibe die Klangschaale nun an der linken Schulter an. Er scheint sich langsam etwas zu lockern. Seine Arme wirken etwas weicher und entspannter als zuvor.

Über die Wirkung von Klangschaalen sagt David Lindner: *„Unser Körper besteht zu über 80 Prozent aus Wasser. Wasser leitet Klangschwingungen weit besser als Luft. Wenn nun eine Klangschwingung auf unseren Körper trifft, dann wird ein Teil der Schwingung in den Raum reflektiert und ein Teil bewegt sich in und durch unseren Körper. Jede der durch uns hindurchschwingenden Klangbewegungen stößt hierbei Anteile unseres wässrigen Körpers an und diese schwingen in einer gewissen Weise mit, sie resonieren mit der Klangschwingung.“*³⁰ Nach Lindner ist aber nicht nur die Klangschwingung von Bedeutung:

*„Die Wirkung der Klangschaalen beruht nicht nur auf der mikrofeinen Massage durch feinste Wellenbewegungen, mit denen unser Körper resoniert, (...). Die Klangschaale setzt vielmehr einen Klang frei, der wie eine Erinnerung funktioniert, und zwar eine Erinnerung, die unsere innersten Strukturen mit etwas in Berührung bringt, was sie gut kennen. (...) Wenn eine Körperzelle gerade in Desorientierung gerät, dann wirkt der Klang wie eine Erinnerung für sie, wie sie sich korrekt ‚verhalten‘ soll.“*³¹

Ich lasse die Schale ausklingen, stelle mich an die rechte Seite meines Patienten und berühre seinen Arm. Zum Abschied summe und singe ich das Lied „die Gedanken sind frei“. Die Mimik meines Patienten entspannt sich zusehends und ihm läuft trotz geschlossener Augen eine Träne über sein Gesicht. Ich bleibe noch eine Weile still bei ihm sitzen, dann verabschiede ich mich und verlasse den Raum.

Nach dieser Sitzung bin ich noch tiefer davon überzeugt, dass mir mein Patient, auch wenn er sich aufgrund der Trachealkanüle nicht mehr verbal äußern kann, über körperliche und mimische Reaktionen zeigt, wie es ihm geht. Und dass ihm das Hören und Spüren als wichtige Ressourcen geblieben sind.

Grund dafür ist, dass der zentrale Teil des auditorischen Systems, der Colliculus inferior, der die verschiedenen auditiven Reize integriert, neben Verbindungen zu motorischen und prämotorischen Zentren über den Thalamus auch eine direkte Verbindung zum limbischen System, dem Gefühlszentrum unseres Gehirns besitzt. Dieser Weg vom Zentrum des auditorischen Systems zum limbischen System ist unabhängig vom Cortex. So können unabhängig vom Cortex durch akustische Beeinflussung vegetative und emotionale Reaktionen entstehen. Das bedeutet, dass auch bei Menschen im Wachkoma, deren Verbindung vom Cortex zum Hirnstamm unterbrochen

³⁰Lindner/Plate/Prosic-Götte, 2006, S. 24

³¹Ebd. S. 24f.

ist, derartige Reaktionen auf akustische Reize stattfinden können.³² Das ist auch der Grund dafür, warum *„unsere Hörzellen im Hirn auf Reize von außen reagieren können, deren Energiemenge zehnmillionenmal kleiner ist, als diejenige Reiz-Energie-Menge, die für die Wahrnehmung einer Berührung über die Haut nötig ist. Musik ‚be-rührt‘, so gesehen, unvergleichlich früher als jeder andere Reiz.“*³³ Auch Gustorff und Hannich schreiben der auditiven Wahrnehmung eines Menschen im Wachkoma eine ganz besondere Bedeutung zu: *„Das Ohr kann nicht willentlich geschlossen werden. Es ist gegenüber der Umwelt immer geöffnet. (...) Im Unterschied zum Sehen erfolgt Hören richtungsgebunden. Wir können aus dem Gesamt eines Raumes Höreindrücke aufnehmen, ohne uns der Schallquelle körperlich zuwenden zu müssen. (...) Der Hörsinn ist der erste Sinn, der während der Schwangerschaft beim Fötus erwacht. (...) Das Gehör ist beim Erwachen aus der Narkose als erster Sinn wieder mit der Umwelt verbunden. Im Sterbeprozess bleibt der Hörsinn am längsten erhalten.“*³⁴

In meinen anderen Musiktherapiesitzungen mit Senioren geht es meist darum, nach musikalischen Improvisationen oder dem gemeinsamen Singen, Themen verbal zu reflektieren und aufzuarbeiten. Bis jetzt hatte ich immer ein Gegenüber, das aktiv zu Instrumenten greifen, sie spielen oder mit mir gemeinsam Singen konnte. Dass alles kann mein Patient nicht. Aber er kann hören und er kann mir durch eindeutige körperliche Signale zeigen, wie es ihm geht. Zieger schreibt dazu: *„Menschen im Wachkoma zeigen bei genauer Beobachtung und in vertrauter Umgebung unter basaler Stimulation und körpernahe Dialogaufbau eine Vielzahl vegetativer und anderer Körperlicher Veränderungen, z.B. Veränderung der Atmung, Veränderung der Herzfrequenz, Veränderung des Muskeltonus, Veränderung des Hautwiderstands, winzige motorischer Bewegungen. (...) Sie sind als ein unbewusst hervorgebrachtes und häufig emotional gefärbtes Antwortverhalten zu verstehen und in einen aufeinander bezogenen, körpernahen Dialog (nonverbale Kommunikation) einzubeziehen.“*³⁵ Auch Gustorff und Hannich schreiben über die Ausdrucksformen eines Wachkomapatienten: *„Veränderungen von Mimik und Gestik sowie von vegetativen Zeichen wie Herz- und Atemfrequenz müssen dann als Möglichkeiten des Patienten verstanden werden, mit der Welt in Beziehung zu treten. Über den Körper und dessen ‚Leib-Sprache‘ realisiert sich das Ich des Patienten.“*³⁶

Bei meinen darauffolgenden Besuchen bringe ich neben dem Keyboard und der Kalimba auch eine Koshi und Chimes mit. Mein Patient ist wach und hat die Augen geöffnet. Ich trete an seine rechte Seite und begrüße ihn verbal. Ich zeige ihm die Koshi und beschreibe ihr Aussehen und wie sie sich anfühlt. Ich bewege die Koshi und sie beginnt zu klingen. Mein Patient dreht seinen Kopf in Richtung der Koshi. Das erstaunt und freut mich sehr, denn eine zielgerichtete Bewegung seines Kopfes war

³² Vgl. Nöcker-Ribeaupierre in: Decker-Voigt/Weymann, 2009, S. 183ff.; Vgl. Jochheim in: Baumann/Gessner, 2004, S. 26

³³ Decker-Voigt, 1991, S. 41

³⁴ Gustorff/Hannich, 2000, S. 55

³⁵ Zieger in: Nydahl, 2011, S. 10

³⁶ Gustorff/Hannich, 2000, S. 36

bisher nie möglich. Er wirkt entspannt. Ich spiele die Chimes zusammen mit der Koshi. Mein Patient gähnt, er dreht seinen Kopf, sodass er an die Decke schaut und bewegt die Augen von links nach rechts. Ich baue sein Gähnen und die Augenbewegungen rhythmisch in mein Spiel mit ein. Nach einiger Zeit wird sein Blick wieder klarer, er dreht den Kopf zur Koshi und scheint mir zuzuschauen. Ich lege die Koshi und die Chimes beiseite und greife zu meinem Keyboard. Passend zu seinem Atemrhythmus improvisiere ich frei. Er schließt die Augen. Nach einiger Zeit des Improvisierens entsteht eine Melodie aus den Akkorden D – am – C - G. Mein Patient öffnet unmittelbar wieder die Augen und schaut mich an. Ich singe passend zur Melodie seinen Namen. Sein Name wird dabei unterteilt in den steigenden Sprung einer Quinte und anschließend den abfallenden Sprung einer großen Terz. Was den Charakter eines Rufes hat. Mein Patient beobachtet mich weiter. Er wirkt wach und entspannt. In den darauffolgenden Sitzungen spiele ich immer wieder die Koshi und dieses aus der Improvisation entstandene Ruf - Lied. Mein Patient zeigt darauf jedes Mal wieder ähnliche Reaktionen. Er scheint mich, die Instrumente und den Klang genau wahrzunehmen und es scheint ihm zu gefallen. Das Lied wird von nun an abwechselnd mit dem Spiel der Koshi zu unserem Begrüßungslied.

Kontakt – Beziehung zwischen Therapeut und Patienten

Ich nehme mir vor, meinem Patienten weiter regelmäßige Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten zu bieten und ihm so immer wieder Anreize zu geben, an dieser, unserer Welt, teilzuhaben. Ihm einen Raum zu bieten, in dem er sich nicht nur als Objekt und die Pfleger und Ärzte als aktiv handelnde Subjekte empfindet, einen Raum, in dem er auch selbst handelndes Subjekt sein darf.³⁷ Die Musiktherapeutin Monika Baumann schreibt dazu: *„Kontakt zu einem schwer Hirnverletzten aufzunehmen, heißt, sich auf diese veränderte Realität einzulassen und sich zwischen verschiedenen Welten zu bewegen. Musiktherapeuten bringen die Musik als Medium zur Kontaktaufnahme mit, ein Medium, über das in besonderer Weise auch schwer betroffene Patienten erreicht werden können. Mit Klängen, Rhythmen oder Melodien eröffnen sie einen Raum, den beide Partner betreten können, sei es lauschend, spürend, tönend oder gestaltend. Hier entsteht etwas Drittes, eine Zwischenwelt, in der Begegnung möglich ist und Beziehung gestaltet werden kann.“*³⁸ Karin Holzwarth spricht ebenfalls von diesem sicheren Raum im Kontakt mit Wachkomapatienten. Sie differenziert diesen Raum, „Klangraum“³⁹, wie sie ihn nennt, allerdings weiter. Für sie ist dieser Klangraum Ergebnis der rezeptiven Musiktherapie, also des

³⁷ Vgl. Gustorff/Hannich, 2000, S. 23

³⁸ Baumann in: Baumann/Gessner, 2004, S.1

³⁹ Holzwarth, 2012, S. 88

Fürspiels für ihre Patienten⁴⁰, welches Befindlichkeiten der Therapeutin, von der Therapeutin wahrgenommene Befindlichkeiten des Patienten und die Atmosphäre des Umfeldes beinhaltet. Holzwarth geht davon aus, dass sich der Patient lauschend auf diesen im Klangraum entstehenden Klang einlässt. Diese lauschende Haltung des Patienten und der sichere Klangraum geben nun die Möglichkeit zur aktiven Musiktherapie, der aktiven Beteiligung des Patienten⁴¹, durch die ein Zwiegespräch zwischen Therapeut und Patient stattfinden kann. Der Patient nimmt daran in Form von Körper- und Stimmsignalen aktiv teil und der Therapeut reagiert darauf.⁴² Katja Lunau beschreibt die Rolle des Therapeuten in der Situation dieses Zwiegespräches als die eines *„Resonanzkörper[s] für das emotionale Erleben des Patienten. Er öffnet sich für die herrschende Stimmung und gibt ihr Raum, z.B. in einer eigenen musikalischen Improvisation (...). In musikalischer Form werden Stimmungen und Gefühlsbewegungen hörbar und kehren in neuer Gestalt zum Patienten zurück. Der Patient erlebt eine Resonanz seiner Befindlichkeit und kann dadurch oftmals schärfer wahrnehmen.“*⁴³ Gustorff und Hannich fassen den Dialog und Kontakt mit einem Menschen im Wachkoma wie folgt zusammen: *„Man lässt sich aktuell auf den Anderen ein, indem man auf zunächst unscheinbar wirkende Zeichen des Schwerkranken achtet und ihnen Bedeutung verleiht. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei auf den Atemrhythmus als Keimform jeder Lebensbewegung zu richten. (...) Der Dialog kann aufgebaut werden, indem der Betreuer versucht, den Lebenszeichen zu folgen. (...) Zum Beispiel kann er über das synchrone Atmen mit dem Komatösen auf dessen ‚Wellenlänge‘ kommen, um dann z.B. einen Ton hinzuzufügen. (...) Ähnlich wie zwischen der Mutter und dem Kind entsteht durch ‚Spiegelung‘ der spontanen Eigenaktivitäten des Komatösen Bindung als Voraussetzung von Entwicklung.“*⁴⁴

Mein nächster Besuch folgt unmittelbar auf meine Gruppensingtherapie mit einer Gruppe von Menschen mit demenziellen Veränderungen. Wir singen dort die ganze Stunde über verschiedene Mailieder, da es sich die Gruppenmitglieder so gewünscht haben. Anschließend besuche ich meinen Patienten. Ich habe mein Keyboard dabei. Mein Patient liegt in typischer Körperhaltung im Bett. Er hat die Augen geöffnet und schaut unter die Decke. Ich trete an seine rechte Seite, berühre ihn am Arm und begrüße ihn. Dann improvisiere ich aus den Akkorden D – am – C - G sein Begrüßungslied angepasst an seinen Atemrhythmus. Er wirkt wach und entspannt. Seine Augen und sein Kopf bewegen sich von rechts nach links. Es scheint als würde er seinen Blick durch das Zimmer schweifen lassen. Nachdem ich das Begrüßungslied beendet habe, beginne ich, inspiriert von der Gruppensingtherapie vorher und der

⁴⁰ Vgl. Frohne-Hagemann in: Decker-Voigt/Weymann, 2009, S. 411

⁴¹ Vgl. Ebd.

⁴² Vgl. Holzwarth, 2012, S. 87-92

⁴³ Lunau in: Baumann/Gessner, 2004, S. 144

⁴⁴ Gustorff/Hannich, 2000, S. 37

aktuellen Jahreszeit, das Lied „Der Mai ist gekommen“ zu singen und zu spielen. Nach mehrmaligen Wiederholungen scheint sein Blick fester und klarer zu werden. Er scheint mir und meinen Bewegungen mit den Augen zu folgen und mich zu fixieren. Ich bin zunächst sehr überrascht, denn von Beginn der therapeutischen Sitzungen bis jetzt, schien sein Blick immer ziellos im Raum umherzuwandern, ohne einen Fixpunkt zu finden. Ich beende mein Spiel auf dem Keyboard, singe das Lied aber weiter und bewege mich dazu frei im Raum, aber ohne dabei sein Blickfeld zu verlassen. Sein Blick scheint mir wirklich zu folgen. In den darauffolgenden Sitzungen achte ich besonders auf seinen Blick und seine Augen. Und tatsächlich häufen sich von nun an die Sitzungen, in denen er mich wirklich wahrzunehmen und zu fixieren scheint. In Rücksprache mit dem Pflegepersonal und beim Lesen der jeweiligen Tagesberichte erfahre ich, dass auch sie während der Pflege den Eindruck haben, Herr S. würde sie anschauen und ihrer Arbeit mit seinem Blick folgen. Auch in den Tagesberichten lese ich oft, der Patient wirke wacher, er fixiere seine Mitmenschen mit den Augen und drehe des Öfteren seinen Kopf.

Routinierter Ablauf der Sitzungen

Mit der Zeit hat sich nun ein routinierter Ablauf für die musiktherapeutischen Sitzungen mit Herrn S. entwickelt:

Die Musiktherapie mit ihm findet hauptsächlich am Bett statt. Nur selten ist er so stabil, dass er im Rollstuhl mobilisiert werden kann. Vor den Sitzungen achte ich darauf, dass Herr S. möglichst so gelagert wird, dass seine Ohren frei liegen. Meist liegt er auf dem Rücken. Bevor ich beginne, schaue ich, dass PEGs und andere Geräte ausgeschaltet sind, sodass der Bewohner und auch ich nicht von Alarmen und anderen Geräuschen abgelenkt werden.⁴⁵ Wenn möglich hänge ich ein Schild an die Zimmertür, welches darum bittet, während der Sitzung nicht einzutreten.

Ich klopfe an die Tür und trete ruhig ein. Ich gehe neben das Bett meines Patienten, begrüße ihn verbal und berühre seine Hand. Ich teile ihm mit, dass es jetzt wieder Zeit ist, ein bisschen Musik zu machen. Als nächstes beobachte ich ihn eine Zeit lang. Ich achte auf seine Augen, seine Körperhaltung, seinen Atem, auf Mimik und Gestik. Dann spiele ich zur Begrüßung entweder die Koshi oder das entstandene Begrüßungslied, welches ich rhythmisch und dynamisch seinem aktuellen körperli-

⁴⁵ Vgl. Gustorff/Hannich, 2000, S. 63

chen und von mir wahrgenommenen psychischen Zustand und seinen Atemrhythmus anpasse.⁴⁶ Während des Begrüßungsliedes oder dem Fürspiel mit der Koshi beobachte ich Herrn S. genau und entscheide mich je nach seiner Verfassung dann entweder für ein Instrument oder für meine Stimme. Wenn ich in einer Sitzung Instrumente benutze, erkläre ich meinem Patienten jeden Schritt, den ich tue, um ihn nicht zu erschrecken. Ich passe die Auswahl der Instrumente und mein Fürspiel der jeweiligen Verfassung und dem Atemrhythmus von Herrn S. an und versuche einen Klangraum zu schaffen, in dem er sich wohlfühlt und entspannen kann und die Möglichkeit hat, sich durch seinen Atem, durch rudimentäre Lautäußerungen, Fixierung mit den Augen oder Bewegungen aktiv zu beteiligen.⁴⁷ Ab und zu arbeite ich mit Herrn S. auch rezeptiv mit CDs, da ich ja aus der Bewohnerakte weiß, dass er gerne Schlager und Volksmusik mag. Ich spiele ihm die Musik dann aus einem CD-Player vor. Den CD-Player platziere ich zunächst weiter weg, die Musik spiele ich dann leise ab. Dabei Berühre ich meinen Patienten am Arm oder an der Hand. Je nachdem wie er auf das jeweilige Lied reagiert, variiere ich die Lautstärke des Stückes und die Entfernung des CD-Players. Die Lieder können ihm helfen, sich zu erinnern und Emotionen zu empfinden und auszudrücken. Daher achte ich aber darauf, jedes Lied leise und behutsam abzuspielen und den Bewohner genau zu beobachten, da sich mit den Liedern möglicherweise auch traumatische oder negative Erinnerungen verknüpft haben könnten.⁴⁸ Wenn der Bewohner müde wird oder sich mir entzieht oder wenn ich mich nicht mehr ausreichend konzentrieren kann, meist nach fünfzehn bis dreißig Minuten, beende ich die Sitzung, indem ich ihm über den Kopf streiche, denn das mag er offensichtlich sehr gerne, mich verbal von ihm verabschiede und den Raum verlasse.⁴⁹ Anschließend dokumentiere ich die Stunde für meine Unterlagen und in unserem Dokumentationsprogramm. Vor jeder Sitzung und auch einen Tag nach den Sitzungen schaue ich dort im Tagesbericht, wie die jeweilige Verfassung des Bewohners aus Sicht der Pfleger und der Physiotherapeuten ist.

⁴⁶ Vgl. Madsen in: Baumann/Gessner 2004, S. 312f.

⁴⁷ Vgl. Holzwarth, 2012, S. 89ff.; Vgl. Gustorff/Hannich, 2000, S. 63f.; S. 66ff.

⁴⁸ Vgl. Gustorff/Hannich, 2000, S. 139ff.

⁴⁹ Vgl. Ebd. S. 64

Fazit

Was genau bringt nun aber einem Menschen im Wachkoma die Musiktherapie? Auch wenn sich die wissenschaftliche Forschung in manchen Bereichen noch ganz am Anfang befindet, steht fest, dass die Musik auf die Psyche, die Emotionen und den Körper des Menschen wirkt. Das gilt für gesunde Menschen genauso wie für Wachkomapatienten. Da ich bisher nur einen wachkomatösen Menschen behandelt habe, kann ich natürlich keine allgemeingültige Aussage über die Wirkung und die Erfolge in diesem Bereich treffen. Was ich aber kann, ist zu bewerten, was die Musiktherapie meinem Patienten gebracht hat.

Als ich Herrn S. vor gut 1 ½ Jahren kennenlernte, lag er meist in seinem Bett, die Arme, Beine und Hände verkrampft. Er befand sich in Rehapphase F, der Langzeitpflege in einem Heim. Auf der SEKS, der Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung erreichte er einen Punktwert von 10. Diesen Menschen irgendwie zu erreichen, seine Lebensqualität zu verbessern und ihm vielleicht sogar soziale Teilhabe zu ermöglichen, schien nach Aussage verschiedener Ärzte beinahe unmöglich. Immer wieder stellte ich mir die Frage, ob dem wirklich so ist, ist ein Mensch im Wachkoma unerreichbar? Nachdem ich mich ausführlich mit der Thematik des Wachkomas beschäftigt habe, und nach meinen Erfahrungen mit meinem Patienten, erlaube ich mir behaupten zu können, dass dem nicht so ist. Herr S. ist gerade über die Musik sehr gut erreichbar. Aber bis dahin war es ein langer und manchmal schwieriger Weg. Man muss sich dafür auf diese gänzlich andere Welt, in der sich dieser Mensch befindet, einlassen. Man muss sich bewusst machen, dass ein Mensch im Wachkoma Dinge anders wahrnimmt, anders kommuniziert und anders sieht und hört als wir. Man muss sich in dem Versuch der musikalischen Kontaktaufnahme und Kommunikation darauf einstellen, dass die Ressourcen eines Wachkomatösen vor allem das Hören und Spüren sind und dass ihm als Ausdrucksmöglichkeit oft nur körperliche Signale zur Verfügung stehen. Das bedeutet, dass es vor allem auf die Achtsamkeit des Musiktherapeuten ankommt. Im Therapieverlauf mit meinem Patienten musste ich viel Geduld aufbringen, ihn genau beobachten, um ihm so in der Musik einen Raum geben zu können, in dem er aktiv handeln und mit mir in Kontakt treten kann. Dieser Prozess kann mitunter sehr frustrierend sein, oft vergehen unzählige Sitzungen, in denen rein gar nichts passiert. Die mittlerweile immer häufiger werdenden Momente, in denen mein Patient auf mich und meine Arbeit reagiert und in denen ich mit ihm in Kontakt treten kann, und auch die Rückmeldungen

der Pflegekräfte bestätigen mich allerdings darin, dass die Musiktherapie, in Kombination mit weiteren Betreuungs- und Therapieangeboten, für meinen Patienten sinnvoll war und auch weiterhin sinnvoll ist. Die Musiktherapie mit Herrn S. war für mich trotz oder gerade wegen aller Schwierigkeiten ein sehr gutes Lernfeld. Sowohl für meine musiktherapeutische Fachkompetenz als auch für mich persönlich, denn ich musste immer wieder neu lernen geduldig zu sein, nicht aufzugeben, mich nicht von Rückschlägen entmutigen zu lassen, und auch auf mich und meine Bedürfnisse zu achten. Belohnt wurde ich dafür mit der immer intensiver werdenden therapeutischen Beziehung zwischen mir und meinem Patienten.

Nach 1 ½ Jahren nun, fällt mir und auch dem Pflegepersonal immer wieder auf, dass Herr S. wacher ist, dass er uns mit seinem Blick zielgerichtet anschauen kann und durch seine Mimik und Gestik Emotionen ausdrücken kann. Durch seinen wacheren und stabileren Zustand, ist es nun auch möglich, ihn in einem Pflegerollstuhl zu mobilisieren. Auch in die Betreuungsplanung wurde die Musiktherapie neben den anderen therapeutischen Angeboten, wie Krankengymnastik, Aromatherapie und tiergestützter Therapie als fester Bestandteil aufgenommen. In der SEKS erreicht mein Patient mittlerweile einen Punktwert von 14. Das bedeutet, er ist nach wie vor wachkomatös, aber seine Fähigkeiten haben sich um 4 Punkte verbessert.

Musiktherapie kann dem Wachkomapatienten eine Kommunikations- und Kontaktmöglichkeit bieten. In Kombination mit den anderen genannten therapeutischen Angeboten kann Musiktherapie so die Lebensqualität eines Wachkomapatienten immens verbessern. Dadurch entstanden im Fall meines Patienten, besonders auch bei mir, ein besseres Bewusstsein und eine bessere Wahrnehmung für die Bedürfnisse eines Wachkomapatienten und dafür, was ein Wachkomapatient ist, nämlich ein Mensch, dessen Würde nicht infrage steht, der die gleichen Grundbedürfnisse hat, wie alle anderen Menschen auch, dessen Wahrnehmungsfähigkeit nicht sinnvoll infrage gestellt werden kann und dem die Chance auf Entwicklung und Entfaltung genauso zusteht wie allen anderen Menschen auch.⁵⁰

⁵⁰ Bienstein in: Nydahl, 2011, S. 20

Literaturverzeichnis

- Aldridge, David** (1996): *Music Therapy Research and Practice in Medicine. From Out of the Silence*, Jessica Kingsley Publishers, London ; aus dem Englischen von: Steber-Jacobs, Susanne (1999): *Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen*, Verlag Hans Huber, Bern
- Baumann, Monika**: *Zwischenwelten. Eine Einführung*, in: Baumann/Monika/Gessner, Christian (Hrsg.) (2004): *ZwischenWelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung*, Reichert Verlag, Wiesbaden, S. 1-7
- Bienstein, Christel**: *Menschen im Wachkoma*, in: Nydahl, Peter (Hrsg.) (2011): *Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma*, 3. Auflage, Urban & Fischer, München, S. 18-26
- Burger, Sabine**: *Trotz allem...lachen. Musiktherapie in der Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen im Wachkoma*, in: Baumann/Monika/Gessner, Christian (Hrsg.) (2004): *ZwischenWelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung*, Reichert Verlag, Wiesbaden, S. 41-64
- Decker-Voigt, Hans-Helmut** (1991): *Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie*, Goldmann Verlag, München
- Frohne-Hagemann, Isabell**: *Rezeptive Musiktherapie*, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Weymann, Eckhard (Hrsg.) (2009): *Lexikon Musiktherapie*, 2. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen, S. 411-415
- Gerstenbrand, F.** (1967): *Das traumatische apallische Syndrom*, Springer Verlag, Wien, zit. nach: Zieger, Andreas: *Wachkoma. Eine medizinische Einführung*, in: Nydahl, Peter (Hrsg.) (2011): *Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma*, 3. Auflage, Urban & Fischer, München, S. 4
- Gustorff, Dagmar/Hannich, Hans-Joachim** (2000): *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*, Verlag Hans Huber, Bern
- Holzwarth, Karin** (2012): *wach bleiben. Musiktherapie und Wachkoma. Zur Phänomenologie des menschlichen Bewusstseins*, Dr. Ludwig Reichert Verlag, Wiesbaden
- Jochheim, Maret**: *Einfach da sein dürfen. Musiktherapie mit bewusstseins- und wahrnehmungsgestörten Patienten*, in: Baumann/Monika/Gessner, Christian (Hrsg.) (2004): *ZwischenWelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung*, Reichert Verlag, Wiesbaden, S. 19-40
- Kraepelin, E.** (1889): *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, S. Auflage, Abel, Leipzig
- Lindner, David/Plate, Frank/Prosic-Götte, Zoran** (2006): *Praxisbuch Klangmassage. Klangmassage mit Klangschalen Schritt für Schritt erlernen und umsetzen*, Traumzeitverlag, Battweiler
- Lunau, Katja**: *Resonanz als Wirkfaktor in der musiktherapeutischen Arbeit mit Schädel-Hirn-Verletzten*, in: Baumann/Monika/Gessner, Christian (Hrsg.) (2004): *ZwischenWelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung*, Reichert Verlag, Wiesbaden, S. 139-163

- Madsen, Renate:** *Auf dem Parkplatz zwischen Diesseits und Jenseits. Arbeit in einem Pflegeheim für Menschen mit schweren erworbenen Schädigungen des Gehirns*, in: Baumann/Monika/Gessner, Christian (Hrsg.) (2004): *ZwischenWelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung*, Reichert Verlag, Wiesbaden, S. 297-318
- Nöcker-Ribaupierre, Monika:** *Hörorgan: Entwicklung und Bedeutung*, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Weymann, Eckhard (Hrsg.) (2009): *Lexikon Musiktherapie*, 2. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen. S. 183-186
- Plum, F./ Posner, J.B.** (1980): *The diagnosis of stupor and coma*, Davis, Philadelphia
- Quester, R.:** *Neurologische Syndrome und Krankheitsbilder*, in: Jochims, Silke (Hrsg.) (2005): *Musiktherapie in der Neurorehabilitation. Internationale Konzepte, Forschung und Praxis*, Hippocampus Verlag, Bad Honnef, S. 21-52
- Senn-Böning, Claudia:** *Neurorehabilitation bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden*, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Weymann, Eckhard (Hrsg.) (2009): *Lexikon Musiktherapie*, 2. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen, S. 346-352
- Zieger, Andreas** (2003): *Traumatisiert an Leib und Seele. Konsequenzen für den Umgang mit Wachkoma-Patienten aus beziehungsmedizinischer Sicht*. Handout zum Vortrag zur Jahrestagung der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft, Wien
- Zieger, Andreas** (2004): *Verlauf und Prognose des so genannten apallischen Syndroms („Wachkoma“) im Erwachsenenalter*, in: Zieger, Andreas/ Schönle, P.W. (Hrsg.): *Neurorehabilitation bei diffuser Hirnschädigung*, Hippocampus Verlag, Bad Honnef, S. 149-196
- Zieger, Andreas:** *Wachkoma. Eine medizinische Einführung*, in: Nydahl, Peter (Hrsg.) (2011): *Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma*, 3. Auflage, Urban & Fischer, München, S. 4-17

Online:

- Klimsa, Christoph/Schoppmeyer, Maria-Anna** (2005): Was ist Bewusstlosigkeit? In: Techniker Krankenkasse: Medizin & Gesundheit. Krankheiten von A-Z : <https://www.tk.de/tk/krankheiten-a-z/krankheiten-b/bewusstlosigkeit/26950> (Stand: 13.02.2016)
- Zieger, Andreas** (2002): Zur Persönlichkeit des Wachkomapatienten, in: http://www.wachkoma.at/Informationen/Info_Dokumente/persoenlichkeit.pdf (Stand: 13.02.2016)