

**Vortrag: Bedeutung geben, Sinn stiften  
Musiktherapie bei Menschen im Wachkoma  
gehalten am 4. September 2010 im Konsul-Hackfeld-Haus in Bremen, anlässlich des  
10jährigen Jubiläums des Bremer Instituts für Musiktherapie.**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Gäste,

für die hier im Institut Mitwirkenden und heute hier Anwesenden Gäste gilt ja: Es gibt sehr viele Arbeitsbereiche, in denen die Musiktherapie wirksam und hilfreich ist. Einen davon möchte ich hier für diesen Vortrag herausgreifen, nämlich den der Musiktherapie mit Menschen mit erworbenen Hirnschäden und speziell von Menschen im Wachkoma. In allen Arbeitsbereichen haben wir als MusiktherapeutInnen aber etwas gemeinsam, für alle unsere PatientInnen und KlientInnen benötigen wir unsere Resonanzen, um in einen interaktiven Austausch mit ihnen zu gelangen.

Schon während meines Musiktherapiestudiums vor nunmehr 20 Jahren hatte ich Gelegenheit, mich mit dem Themenbereich der Sprachlosigkeit bei Schädel-Hirnverletzten auseinanderzusetzen. Später dann in einer Langzeiteinrichtung für Schädelhirnverletzte war ich sechs Jahre lang dieser Sprachlosigkeit auf der Spur, ganz besonders in der Arbeit als Musiktherapeutin im Dienste von Menschen im sogenannten Wachkoma.

Meine theoretische Grundlage, die mir in den vielen Jahren meiner Erfahrungen in der musik-psychotherapeutischen Arbeit in allen Arbeitsfeldern hilfreich war und ist, basiert auf tiefenpsychologischen Theorien. Sehr froh bin ich in meiner Arbeit immer wieder darüber, dass ich das Medium Musik als Sprache zur Kommunikation zur Verfügung habe. Im Laufe der Zeit stieß ich auch auf Antworten auf mein mit meinen Patientinnen und Patienten Erlebtes. Ich fand sie in der modernen Entwicklungspsychologie und der Intersubjektivitätstheorie, wie sie in der modernen Psychoanalyse anzutreffen ist. Und das ist zu meinem Handwerkszeug geworden, mit dem ich auch Wachkomapatienten begegne und zu einem Verständnis ihrer Ausdrucksform gelangen kann.

Aus meiner Sicht bedürfen Menschen im Wachkoma einer besonderen Aufmerksamkeit im therapeutischen Handeln und im Versuch, die ihnen mögliche Ausdrucksweise zu verstehen. Das bedeutet für mich, ihnen eine Möglichkeit anzubieten, sich in ihrer inneren isolierten Daseinsform mit anderen in Beziehung fühlen zu können. Mit Anderen in Beziehung zu sein ist ja ein urmenschliches Bedürfnis, fördert Entwicklung und kann seelisches Leid abmildern.

Wie kann ich aber verstehen, was sich zwischen mir als Therapeutin und dem nicht sprechenden und nicht verbal antwortenden, scheinbar in sich abgeschlossenen

Menschen im Wachkoma abspielt?

Mit dem Zurückgreifen auf die psychoanalytische und tiefenpsychologische Grundannahme von Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen und den Erkenntnissen der neueren Entwicklungspsychologie nutze ich meine Person als Resonanzkörper für das, was ich im Zusammensein mit dem jeweils Anderen körperlich, geistig und seelisch erlebe. Ich tue dies, in dem ich mich in tagtraumähnliche Zustände begeben, mich leiten lasse von den Assoziationen, die mir als Gedanken, Bilder und/oder emotionalen Zuständen aufscheinen, während ich der Patientin am Bett oder am Rollstuhl gegenüber sitze und sie betrachte. Empathisch sich Einschwingen bedeutet in meiner Arbeit mit Wachkomapatienten einmal mehr als in der verbalen Psychotherapie eine stellvertretende Introspektion.

Nach Eingangsritualen am Beginn unserer Stunde gebe ich z.B. durch Nennung meines Namen und den Ort, an dem wir uns befinden, einem bekannten Instrument oder Lied usw. eine Orientierung und spreche häufig aus, was ich aus der letzten Stunde erinnere. Was mir vom Anderen an Eindrücken entgegenkommt lasse ich in meinen spontanen musikalischen Ausdruck mit einfließen.

Was sich daraus in einzelnen Begegnungen ergibt und wie ich das verstehen kann, davon soll mein Vortrag handeln.

Dazu bedarf es kurzer medizinischer und hirneurophysiologischer Erklärungen zum Phänomen Wachkoma und zu Funktionsweisen des Gehirns, die darauf hinweisen sollen, dass und warum ich mit meinem Beziehungsangebot WachkomapatientInnen emotional erreiche.

Ganz grundsätzlich erstmalig: Aus der Sicht der Hirnphysiologie ist im Zustand des Wachkoma die Verbindung zwischen der Großhirnrinde und dem Stammhirn unterbrochen, daraufhin kommt es in der Großhirnrinde zu einem Funktionsausfall, während das Stammhirn intakt bleibt. Durch diesen Funktionsausfall des Großhirns kommt es im weiteren Verlauf zu schwerwiegenden Veränderungen im Bereich der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen. Bis heute gehen viele Mediziner immer noch davon aus, dass damit jegliche Bewusstseinsformen nicht mehr vorhanden sind. Der medizinische Fachbegriff für das Wachkoma ist der des „apallischen (Durchgangs)Syndroms“. (Apallisch (lat.) heißt dabei wörtlich übersetzt ohne Mantel bzw. ohne Rinde von der Großhirnrinde – Pallium.)

Diagnostische Hinweise für den Wachkoma-Zustand im Gegensatz zum Koma sind u. a. die Fähigkeit zur Spontanatmung, das Vorhandensein eines Schlaf- und Wachrhythmus, die offenen Augen im Wachzustand, der nicht fixierende Blick ins Leere und die Beugespastik. Es fehlt zudem jegliche Eigenaktivität vonseiten des Patienten.

Die sogenannten erworbenen Hirnschäden – zu denen das apallische Syndrom gehört – haben sehr unterschiedliche Ursachen.

Man kann drei Ursachenbereiche unterscheiden: da sind zum einen

1. Die vaskulär bedingten, d.h. die Gefäße betreffenden Hirnerkrankungen dazu gehören der Schlaganfall, der Hirninfarkt und die Hirnblutung.
2. Der zweite Ursachenbereich ist das Schädelhirntrauma, das durch äußere Gewalteinwirkungen herbeigeführt wird, wie es z.B. bei Unfällen oder Katastrophen geschieht, und der
3. dritte Ursachenbereich ist der hypoxische Hirnschaden. Hier handelt es sich um eine Sauerstoffunterversorgung des Gehirns, wie dies bei einer Reanimation nach einem Herzstillstand geschehen kann.

Bei all diesen Erkrankungen kann es zum apallischen Syndrom kommen.

Nun weiß man aber aus der Hirnforschung aber inzwischen auch, dass es "das" Wachkoma so nicht gibt, sondern dass es eine Vielzahl von verschiedenen Stufen des Bewusstseins gibt, in denen sich ein Mensch befinden kann.

Was bedeutet dieser Zustand nun für die unterschiedlichen Hirnfunktionen?

In der Großhirnrinde ist unser kognitives Bewusstsein angesiedelt. Es ist der Ort, an dem wir bewusst denken, fühlen und zuordnen. Die im Stammhirn angelegten Strukturen lassen nicht willentlich steuerbare Rhythmen ablaufen. Dazu gehören der Wach- und Schlafrythmus, das Herz-Kreislauf-System und die Atmung.

Diese Hirnstammstrukturen bilden aber die Grundlage unseres Bewusstseinszustandes . Im Zwischenhirn befindet sich der u.a. der Thalamus. Er wird als „das Vorzimmer“ des Bewusstseins bezeichnet, weil dort alle einlaufenden Informationen nach Wichtigkeit sortiert und selektiert werden. Hier liegen Umschaltstationen der Seh- und Hörbahnen, in denen teilweise unbewusst entschieden wird, welchen Ereignissen wir uns zuwenden. Teile der nicht-sprachlichen Kommunikation sind hier ebenso verankert. Das limbische System mit der Amygdala – ebenfalls Teil des Zwischenhirns – färbt alle Informationen

affektiv. Die Welt wird in wichtige, unwichtige, bekannte und nicht bekannte, angenehme und unangenehme Begebenheiten und Erfahrungen eingeteilt. Und der mesolimbische Bereich im Zwischenhirn ist an der Entstehung der Wahrnehmung von eher positiven Gefühlen beteiligt. Diese Nervenzellen werden u.a. beim Musikhören aktiviert. Vorbewusst kommt es hier zu Entscheidungssituationen, die uns zu bestimmten Handlungen (auch motorischen) durch Lust- und Unlustgefühle veranlassen.

So ist es auch als wichtiges Zeichen von Entspannung anzusehen, wenn während der Musiktherapie sich die Spastiken bei Patienten lösen können.

Das Auftreten von Gefühlen geschieht aber nicht nur unbewusst, denn: ob wir uns den Gefühlen hingeben ist in gewissen Grenzen steuerbar. Unsere Basisgefühle hingegen wie Freude, Neugierde, Trauer, Ärger, Ekel und Angst und libidinöse Gefühle liegen außerhalb unseres Willensbereiches.

Das bedeutet für mich in musiktherapeutischen Situationen, dass die bei Wachkomapatienten aufscheinenden Gefühle zwar noch nicht in jedem Fall vollständig Bewusstheit bedeuten, mit der sie vollständig und komplex und reflexiv an Situationen aus dem Leben anknüpfen können, wie dies ja nur über die Aktivität der Großhirnrinde möglich ist.

Aber durch meine jeweilige musikalische oder verbale Beantwortung aber schaffe ich zu diesen erlebbaren Gefühlsmitteilungen des Patienten einen Bedeutungszusammenhang. Hierüber und auf diese Weise kann ich miterleben, dass im Laufe der Zeit neue Anbahnungen und neue synaptische Verbindungen zur Großhirnrinde gelegt werden. Diese hirnhysiologischen Möglichkeiten - die ja auch die Plastizität des Gehirns beweisen - können zur Erklärung dienen, warum dennoch Sitationszusammenhänge für Wachkomapatientinnen erinnerbar werden.

Dieses bestätigt Prof. Andreas Zieger (Chefarzt der Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte des evangelischen Krankenhauses Oldenburg) in einem Briefwechsel mit mir aus jüngster Zeit. Über bildgebende Verfahren so schreibt er, kann heute sichtbar gemacht werden, wie „aktivierbare Hirnzonen als Korrelate angesehen werden für das „Erwachen“ aus dem Wachkoma“. Es lässt sich aufzeigen, wie Reste der Großhirnrindentätigkeiten inselförmig aktiviert werden können.

D.h. es können sich also neue Nervenfaserverbindungen bilden die zu einer Verknüpfung führen. Und zwar dort, wo z.B. das episodische Gedächtnis angesiedelt ist. (es ist wohl nach neuesten Erkenntnissen der Bereich des Precuneus)

Das bedeutet, es gibt dann durchaus einen Zugang zum Langzeitgedächtnis.

Diese Phänomene habe ich auch in meiner musiktherapeutischen Arbeit auch gefunden:

Dazu ein Beispiel:

Im Jahre 2001 erleidet ein Patient einen hämodynamischen Kreislaufstillstand (sogenanntes „Kammerflimmern“). Durch die Sauerstoffinsuffizienz im Gehirn folgt ein hypoxischer Hirnschaden. Der Patient befindet sich seitdem im Wachkoma.

Bereits in unserer ersten musiktherapeutischen Begegnung stellt sich eine spontane Übertragungssituation her, in der ich mich, trotz des geringen Altersunterschieds zwischen uns, in der Situation und Atmosphäre als einer vom Vater geliebten und geschätzten Tochter wiederfinde und erlebe. In einer unserer Musiktherapiestunden improvisiere ich am Klavier. Plötzlich fallen mir zwei alte deutsche Volkslieder ein, die ich ihm vorsinge. (dat du meen lebsten bist, horch, was kommt von draußen rein). Daraufhin beginnt der Patient heftig zu weinen und ist sichtlich emotional erregt.

An diese Lieder habe ich viele Jahre überhaupt nicht gedacht. Einige Zeit später wird mir von der Tochter des Patienten (die er tatsächlich hat) folgendes berichtet: Als kleines Mädchen stand sie bei einer Schulaufführung mit ihrer Gitarre auf der Bühne der Schulaula und sang diese beiden Lieder. Ihr Vater war bei diesem Konzert anwesend.

Aus der Übertragungssituation heraus gelingt es hier dem Patienten an Identifikationsmomente seines Lebens anzuknüpfen, die lange in ihm versunken waren und zugleich seine heutige Situation mit einschließt.

Der Arzt und Psychotherapeut Hofer-Moser schreibt über derartige Phänomene folgendes: „Die menschliche Stimme in Form von Summen, Singen und Lautieren eignet sich für die Kontaktaufnahme und knüpft an Beziehungsrepräsentanzen des Patienten an, genauso wie das Singen von Liedern, die sich spontan einstellen. Es wird etwas Neues geschaffen und etwas Altes wiedergefunden, das die intersubjektive Umwelt verändert.“

Diese Erfahrungen lassen mich darauf schließen, dass diese Erfahrungswelt im impliziten Gedächtnis gespeichert sein muss. Da das implizite Gedächtnis Umwelterfahrungen, d.h. Beziehungserfahrung abspeichert, kann ich als Therapeutin hier Eingang zu diesen Welten des Wachkomapatienten bekommen.

Menschen im Wachkoma leben in einer extremen und scheinbar unvereinbaren Lebensform zwischen den Zuständen von Wach-Sein und tiefer Ohnmacht.

Sie haben durch das jeweils vorangegangene körperliche Ereignis ein schweres komplexes Trauma erlitten, welches laut Zieger als eine „Dissoziation neurofunktioneller Systeme und Funktionsweisen“ anzusehen ist.

Wie bei einem psychotraumatologischen Störungsbild und bei dissoziativen Störungen nach einem Psychotrauma werden auch bei einem schwerem Schädelhirntrauma durch den traumatischen Stress unbewusst implizite Gedächtnisspuren und Erinnerungen erzeugt, die auch bei Wachkomapatienten zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen können.

Die Unterbrechung zwischen Hirnteilen ist auch in der Psychotraumatologie für Psychotraumata seit ca. 15 Jahren beschrieben und nachgewiesen. Die daraus resultierende Dissoziation ist als Folge der Stresssituation anzusehen, die diese Abtrennung verschiedener Hirnteile voneinander bedeutet. Für Zieger ist es von daher naheliegend, das Koma selbst als einen Teil der akuten Schockreaktion nach einem Stresstrauma zu betrachten.

Da traumatische Erfahrungen vor allem in den impliziten Gedächtnissen gespeichert werden und das Großhirn während des traumatischen Geschehens nicht mehr mit genügenden Informationen versorgt wird, was für eine Einordnung und angemessene Handlungsfähigkeit nötig wäre, kann es auch nichts davon abspeichern. Die Kontrolle übernehmen also die anderen Hirnteile.

Diese Funktionsausfälle des Großhirns führen im Gehirn dann zu einer Reizüberflutung. Diese äußern sich dann in diffusen Erregungszuständen, Schwitzattacken und verstärkten Schreckreaktionen auf jede Art von äußerer Veränderung. Dies kann ich immer wieder bei Wachkomapatienten oft auf lange Zeit beobachten.

Die starren spastischen Haltungen bei Wachkomapatienten sind nach Zieger ein Ausdruck der pathologischen Stresstraumaverarbeitung und nicht alleinige Folge der Hirnschädigung.

Diese zurückgenommene extreme Lebensform dient als Schutzfunktion und Überlebensebene und damit findet sich der Wachkomapatient in einer von sich selbst isolierten (also ohne genügende bewusste Orientierung – und Reflexionsmöglichkeit) und von der Außenwelt abgeschnittenen Situation wieder.

Die Aspekte der emotionalen Auswirkungen sind bei körperlichen Traumata denen der psychischen vergleichbar. Der Betroffene ist Gefühlen wie Todesangst, Überwältigung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Orientierungslosigkeit ausgesetzt.

Traumatische Stressfaktoren, ob sie durch Einwirkungen von außen oder von innen her kommen, führen zu Reaktionen des Organismus, die abgesehen von der Zurücknahme der Lebenstätigkeit auch zur Trennung der Kontakte des sozialen Selbst mit den Folgen einer Selbstabschliessung und einer Entfremdung von sich selbst führen können.

In der Begegnung mit solch einem Menschen ist es also zunächst an mir in der Rolle als Musiktherapeutin, der Kommunikation zwischen mir und dem Anderen in seinem von sich entfremdeten Zustand eine Bedeutung zu geben und somit identitätsstiftend zu wirken. Nach meinen Erfahrungen löst sich Entfremdung nach und nach auf, wenn kreatives Schaffen beginnt und identitätsstiftend wirkt. Kreatives Schaffen ist Handlung und Musiktherapie ist Handlung.

Dafür ein Beispiel:

Ein damals 19 Jahre junger Mann, ich nenne ihn hier Jens, erlitt durch einen Unfall ein Schädelhirntrauma und lag seitdem im Wachkoma. Eine Eigenart des jungen Mannes war, dass er seinen Kopf häufig nach vorn und hinten bewegte. Niemand sprach dieser Bewegung irgendeine Bedeutung zu, sie schien unwillkürlich zu sein. Es gab keinen Zusammenhang, das zu verstehen. Die funktionell arbeitenden Therapeuten versuchten zeitweilig, diese Bewegungen zu unterbinden.

Ich begann nun mit Jens musiktherapeutisch zu arbeiten. Er saß im Rollstuhl mit mir im Musiktherapieraum. Er sah – wie die meisten der Wachkomapatienten – durch mich hindurch aber er bewegte nun immer mal wieder seinen Kopf nach vorn und nach hinten. Ich begann nach einer Weile der eigenen Beobachtung meiner Resonanzen, mit der ocean drum diese Bewegungen nachzuvollziehen und zu beantworten. Mein herausragendstes Gefühl von reiner bloßen Neugierde auf den Anderen war getragen von dem Eindruck, Jens ist noch gar nicht geboren, er befindet sich noch in einer fast unendlichen Aufgehobenheit des Uterus. Ich erlebte mich in der Situation als ruhig und zugewandt entspannt. Durch dieses Miteinandersein entstand ein erstes interaktionelles Geschehen.

Die ocean drum hatte eine durchsichtige Bespannung, so dass die Metallkugeln in ihren Bewegungen zu sehen waren. Diese Bewegungen der Kugeln weckten offensichtlich auch seine Neugierde, denn er richtete sich so auf, dass er mit seinem Kopf leicht vornübergebeugt die Kugeln genau beobachten konnte. Auch Jens physiologische Reaktionen ließen mich den Basisaffekt der Neugierde durch ruhigen und gleichmäßigen Atem erkennen und erspüren.

Diese Aktion wiederholte sich in unseren Stunden immer wieder. Und allmählich wurde deutlich, dass Jens diese Kopfbewegungen nun immer klarer bezogen und herausfordernd, fast lustvoll, in bezug auf meine Bewegungen der ocean drum hin - eben wie eine Antwort - vollzog.

Zuerst summtete ich leise dazu, lauterte und benannte singend unser gemeinsames Tun. Zunehmend verstand ich seine Kopfbewegungen als Zeichen, ihm in diesen Bewegungen mittels der Bewegung der ocean drum zu folgen. Im weiteren Verlauf von mehreren Wochen konnte Jens dann die Trommel selbst halten und irgendwann begannen wir, gemeinsam seine von ihm vor dem Unfall gern gehörte Musik zu hören. Er wurde immer wacher und begann allmählich auch Worte wiederzufinden.

Aus Kostengründen wurde die Musiktherapie leider nach ca. 6 -7 Monaten beendet.

Jens verblieb noch mehrere Jahre in der Einrichtung, bis er zu den Eltern nach Hause geholt wurde und im Verlaufe von weiteren Jahren verbesserte sich sein Zustand dahingehend, dass er wieder allein Laufen und sprechen konnte und tagsüber ambulant in die Klinik kam, um weiterhin Physiotherapie und Logopädie zu erhalten.

Jedes Mal, wenn er mich sah, rief er fröhlich über den Flur, Hallo, Frau Senn-Böning! Er lachte dabei und freute sich. Die Mutter war sichtlich erstaunt und meinte, ihr Sohn kennt doch erst seit kurzem die Namen der Therapeuten und es sei doch so lange her, dass er in die Musiktherapie kam und meinen Namen von daher doch gar nicht erinnern könnte.

Wie kann ich nun verstehen, was hier geschehen ist?

Ausgehend von dem Phänomen der Kopfbewegung von Jens, die ich als Geste verstehe, die noch ungerichtet scheint, entsteht durch unsere Interaktion eine Beziehungsgestaltung, eingebunden in meine affektiv aufgeladene Antwort (gesteuert durch meine Gegenübertragung oder Resonanz, wie in diesem Falle der puren reinen Neugierde), die ich ihm empathisch zur Verfügung stellte. Affekte dienen ja der Beziehungsregulierung und steuern das menschliche Denken und Handeln. Affekte haben eine Bedeutungsstruktur, denn sie besteht aus dem Erleben der zwei Handelnden und der Interaktion zwischen ihnen. In diesem Fall beziehen sich beide, Jens und ich, auf diese seine Geste. Diese seine Geste erhält damit eine Bedeutung. Sie wird als Beziehungsgestaltung in einem gemeinsam geteilten Spiel erlebbar. Eine gemeinsam erlebte Szene also, in der jeder von uns beiden natürlich seine eigene Wahrnehmungs- und Erlebniswelt behält. Durch das von uns gemeinsam Erschaffene kommt es in dieser Szene nun zu einer Einigung über die ocean drum. Es ergibt sich etwas Neues, etwas



Drittes, was sich zwischen uns formt und mit Bedeutung belegt wird.

Es sind lebensnotwendige Beziehungserfahrungen des sich Berührens und des unvorhergesehenen Zusammenfallens von Handlungen und Beziehungskontexten, also einer kontingenten Reaktion, die unsere Gefühle der Selbstkontrolle und Selbsttätigkeit entwickeln und stärken.

Es geht hier nicht um eine 100%ige Spiegelung, sondern um ein Anderssein, eine Veränderung im gewohnten Spiel, die Aufmerksamkeit und Freude schafft. In dieser Interaktion von „Widerhall und Unterschied“, wie Jessica Benjamin es nennt, geht es um Anerkennung, die auf Gegenseitigkeit beruht. Die Anerkennung meint hier die Spannung zwischen zwei Interagierenden und nicht die triebgesteuerte Spannung im Individuum, wie sie Freud mit seiner Triebtheorie vertrat. In bezug auf die frühkindliche Entwicklung entsteht hier nach und nach ein Bewusstwerden darüber, dass der andere ähnlich und doch unterschiedlich ist.

Die Affektspiegelung, wie sie durch meine Beantwortung mit der ocean drum geschieht, ist nicht eine absolut gleiche Antwort auf das Kopfbewegen, (sonst müsste ich ja meinen Kopf in gleicher Weise mitbewegen) sondern eine amodal von Jens erfasste Antwort, die die unterschiedlichen Sinnesebenen zu einer Einheit werden lassen. Diese Art der Wahrnehmung ist eine für Erinnerungen höchst bedeutsame Wahrnehmung, ganz besonders in Zeiten von Übergängen und zwischen Phasen unterschiedlicher Umwelterfahrung, wozu das erlittene Trauma ja auch gehört.

Durch bleibende Aufmerksamkeit im Kontakt oder einsetzende Entspannung des Patienten wird für mich als Therapeutin deutlich, ob sich in stimmiger Weise mein Gegenüber verstanden fühlt. In unterschiedlichen Beziehungen – so eben auch zu mir als Therapeutin – werden in charakteristischer Weise diese Beziehungen in dynamischen Intensitäten und Konturen im prozeduralen Gedächtnis, also dem impliziten Gedächtnis, gespeichert.

Diese Form des Gedächtnisses ist prozedural, non-verbal, nicht symbolisch aber in Beziehung erfahrbar.

Auf diese Weise entstehen psychische Strukturen. Von einer allgemeinen Geste – die in der Beziehung als bedeutsam vermittelt erlebbar wird, kann zu einer symbolischen Handlung verknüpft werden und führt in der Folge zu inneren Repräsentanzen.

Nun habe ich bisher über die Patientin-Therapeutin-Beziehung berichtet, ich möchte auch noch auf die Betroffenheit der Angehörigen dieser Schwersterkrankten eingehen.

Denn auch das Leben der Angehörigen hat sich schlagartig verändert. Sie fühlen sich ebenso in dramatischer Weise überwältigt, ohnmächtig und orientierungslos, einem Trauma gleichkommend. Sie sind mit existentiellen Fragen des Überlebens, des Lebens und Sterbens konfrontiert. In den Kliniken hat man erst allmählich verstanden, dass für eine psychologische Betreuung der Angehörigen gesorgt werden muss. Die Familien trauern um ihre schädelhirnverletzten Angehörigen, die zwar leben, aber nicht mehr die Menschen sind, die sie einmal für sie waren. Die Trauer oder auch die Abwehr der Trauer ist an die Dauer des Zustandes gekoppelt und kann nicht enden, so lange er sich nicht erheblich verbessert.

Nun kommt es in den Einrichtungen häufig im Verlauf des Aufenthaltes der Schwerstkranken zu Konflikten zwischen den Angehörigen, Pflegekräften und Therapeuten aufgrund von Hilflosigkeit und Nicht-Wissen. So ist von mir häufig zu beobachten gewesen, dass sich ein Wachkomapatient mehr und mehr der Offenheit zur Kommunikation verschließt, wenn seine Angehörigen ihm gegenüber zu wenig Distanz zeigen können, zu häufig ihn besuchen kommen und ihm „doch etwas Gutes tun wollen“. - also – ihn überfordern in seinen Möglichkeiten, für Momente sich zu öffnen.

Diese Frustrationen der Angehörigen führen dann häufig dazu, dass diese von Angehörigen verschoben werden auf z.B. die mangelnde Pflege, den nicht ausreichenden Fortschritt in den Therapien und/oder die unzureichende Hilfestellung bei formalen Angelegenheiten beklagen.

Diese Form von Fortschrittsanspruch, - der doch bitte in die Genesung führen möge – hat auch oftmals Streitigkeiten darüber zur Folge, die die Äußerungen des Wachkomapatienten betreffen. Angehörige berichten dann z.B. ihr/sein Mann habe gelächelt, während ihm vorgelesen wurde und man solle doch bitte häufiger das Hörbuch anstellen. Demgegenüber wird von den angesprochenen Pflegekräften solche Beobachtung häufiger als reflexartig und nicht willentlich „abgetan“.

Das geschieht meiner Meinung nach eher dann, wenn die Angehörigen es besonders schwer haben, sich mit dem Zustand des Kranken und der dramatischen Situation, in die sie geraten sind, emotional auseinanderzusetzen. Sich professionelle Hilfe für die seelische Not zu holen ist extrem schwer, weil sie schon sehr stark mit den Institutionen wie Krankenkassen, Rentenkassen, Berufsgenossenschaften, Krankenhäusern beschäftigt sind, um alle Erfordernisse für ihren kranken Angehörigen einzufordern und bereitzustellen.

Eine andere sehr belastende Situation für die Angehörigen, die zu einer weiteren sozialen Isolation führt, ist die, dass sich Menschen aus dem früheren sozialen Umfeld mehr und

mehr zurückziehen, der Wachkomapatient wird immer mehr „vergessen“. Somit fühlen sich auch die Angehörigen immer mehr verlassen und haben das Gefühl, für alles allein zuständig zu sein, was zu Überforderungsgefühlen und auch zu tatsächlichen Überforderungen führen kann, ganz besonders dort, wo es zusätzlich zu finanzieller Not führt, was real sehr häufig der Fall ist.

Hilflosigkeit und Verunsicherung im Umgang mit dem Wachkomapatienten sind oft Ursachen dafür, dass sich Angehörige nicht in einen angemessenen Kontakt zu dem Kranken begeben können. So beobachtete ich immer wieder, wie vor allem Frauen, mit den erwachsenen Schwerstkranken in einer Art Kleinkindsprache sprechen während die männlichen Angehörigen eher im direkten Kontakt mehr oder weniger stumm sind.

Die Folge ist, dass die erwachsenen Wachkomapatienten, die zumeist vor ihrer Erkrankung ja mitten im Leben gestanden waren, jetzt in eine Art Kinddasein verschoben wurden. Auch Pflegekräfte verhalten sich nicht selten so.

Menschen im Wachkoma haben ihren Besitz, ihren Status oder Rang verloren. Sie haben damit nichts mehr, was sie von anderen abgrenzen könnte. Damit verlieren sie auch ihre Würde. Daraus entsteht Unsicherheit, Ohnmacht und Hilflosigkeit, die zugleich ein Verschwimmen der Grenzen im Umgang miteinander ausmacht. Ich spürte dies an manchen Tagen sehr stark bereits zu Beginn meines Arbeitstages beim Hereintreten in die Einrichtung: es überkam mich nicht selten eine lähmende Müdigkeit. Auch ich bekam zu spüren, wie ich entweder meiner Würde beraubt wurde, meiner Abgrenzungsversuche, dort als Musiktherapeutin zu arbeiten, die beneidet wurde oder beäugt, vielleicht etwas besseres sein zu wollen im Gegensatz zu den Pflegekräften und fühlte mich stellvertretend bestraft mit Aberkennung meines Status, denn ich war ja häufig auf die Hilfe der Pflege angewiesen, wenn ich Patienten in den Musiktherapieraum holen wollte.

Oder es kam zu einer Erhöhung und zu einer unterwürfigen Haltung mir als „Autoritätsperson“ gegenüber. Statt einer interpersonellen Begegnung und professionellen Beziehungsgestaltung sowohl mit den Angehörigen als auch mit den Pflegekräften oder Therapeuten drohten die Begegnungen – zumindest in der ersten Zeit - immer wieder in einen Objektstatus zu kippen.

In letzter Konsequenz führt diese unsichere und entwürdigende Lage zu einer Ambivalenz auf allen Seiten, die auch in den Wunsch nach Tötung und Sterben-wollen aufseiten der Wachkomapatienten selbst münden kann.

Somit bleibt dieses Leben ein Leben auf der Grenze.

Ich kann als Musiktherapeutin durch mein Handeln, erspürt über meine Resonanzen, den Menschen – so gut ich eben kann – ihnen ihre Würde zurückgeben, Sinn stiften und ihrer

Ausdrucksform Bedeutung geben.

Ein abschließendes kurzes Beispiel soll hier aufzeigen, wie in der Musiktherapie Angehörige neue und andere Erfahrungen machen können und so häufig eine Form von Hilflosigkeit überwinden lernen:

Eine damals 35 Jahre alte Frau liegt seit 1999 aufgrund eines hypoxischen Hirnschadens im Wachkoma und lebt seit vielen Jahren in einer Einrichtung für Schädelhirnverletzte.

Die Großmutter der Patientin kommt regelmäßig zu Besuch und kümmert sich liebevoll um ihre Enkelin. Sie geht mit ihr im Rollstuhl spazieren, setzt sich zu ihr ans Bett, spricht mit ihr und spielt ihr auf der alten Mundharmonika ihres verstorbenen Mannes etwas vor. Diese Idee entstand während der gemeinsamen Gespräche mit mir, angeregt durch ihre häufige Anwesenheit ihr Miterleben und Beteiligtsein an den musiktherapeutischen Sitzungen.

Vor einer Sitzung sitzt Frau A. sichtlich angestrengt im Rollstuhl mit zusammengezogenen Augenbrauen, starken Spastiken in den Armen und Beinen, sie schaut sichtlich schlecht gelaunt. Wir fahren in den Musiktherapieraum. Die Großmutter ist wieder anwesend. Nach kurzer Zeit lege ich die Ocean drum auf den Tisch ihres Rollstuhles und bewege sie leicht. Frau A. verfolgt spontan die Bewegung der Kugeln mit den Augen. Es entsteht eine zugewandte und ruhige Atmosphäre, in der sich Frau A. sichtlich entspannt. Leise steht die Großmutter auf und stellt sich neben uns, wendet sich an ihre Enkelin und spricht in ruhigem, fröhlichem Ton über gemeinsame Urlaubserfahrungen aus Kindertagen mit der Familie und den Großeltern am Meer, „weißt Du noch, damals....“ .Eine anrührende und warme Atmosphäre legt sich über beide.

Ich erlebe in diesem Moment die Teilhabe an gemeinsamen Erinnerungen, die beide noch einmal emotional vereint und an einen früheren guten Ort ihrer beider Lebens- und Beziehungserfahrung bringt.

Diese Form der Angehörigenarbeit ist sowohl für mich als Musiktherapeutin wie auch für die Angehörigen selbst in der Arbeit mit schädelhirnverletzten Menschen sehr wertvoll. Ich erfahre auf diesem Wege manchmal wichtige Erlebnisse aus dem Leben der Patienten. Die Angehörigen können über die Vermittlung der Musik an etwas gemeinsam Erlebtes wieder anknüpfen, eigene Sprachlosigkeit überwinden und dem kranken Menschen ein Stück seiner Identität zurückbringen und sie führt zu einer Form von Nähe der Familienmitglieder und ein neues Zutrauen in die Beziehungsgestaltung mit dem Kranken.

Ich bin am Ende meines Vortrages angekommen. Es gäbe noch vieles zu diesem Thema weiter und genauer auszuführen, aber dafür reicht heute die Zeit nicht und ich bedanke mich an dieser Stelle für Ihr Zuhören und lade Sie ein, Ihre offen gebliebenen Fragen spontan an mich zu stellen.

Vielen Dank!

Vortrag gehalten am 4. September 2010 anlässlich des 10jährigen Jubiläums des Bremer Instituts für Musiktherapie im Konsul-Hackfeld-Haus in Bremen.

#### VERWENDETE LITERATUR:

Baumann, Monika, Gessner, Christian (Hrsg.): Zwischenwelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbenen Hirnschäden. Reichert 2004

Benjamin, Jessica: Tue ich oder mird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept. In: Altmeyer, Martin, Thomä, Helmut (Hrsg): Die vernetzte Seele. Klett-Cotta 2006

Fischer, Gottfried, Riedesser, Peter: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt 2003.

Hofer-Moser, Otto: Neurobiologie und Psychotherapie (Teil 1). In: Psychoanalyse & Körper Nr. 7, 4. Jg. (2005) Heft II, Psychosozial

Madeja, Michael: Das kleine Buch vom Gehirn. C.H. Beck 2010

Stern, Daniel, N.: der Gegenwartsmoment. Brandes & Apsel 2005

Zieger, Andreas: Traumatisiert an Leib und Seele, Konsequenzen für den Umgang mit Wachkoma-Patienten aus beziehungsmedizinischer Sicht. Handout zum Vortrag zur Jahrestaagung der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft am 24.10.2003, bidok Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet v. 6.6.2005. URL:

<http://bidok.uibk.ac.at/library/zieger-traumatisiert.html>