

Zwischen Leben und Tod

Teil II

Der zweite Teil des Erfahrungsberichtes aus der musiktherapeutischen Arbeit mit Wachkoma-Patienten widmet sich der Kontaktaufnahme mit den Patienten und den Entwicklungen, die die Therapeutin bei den schwerbetroffenen Hirnverletzten beobachten konnte.

Durch unterschiedliche Instrumente kann sich der Patient hörbar machen.

Die schweren „Fälle“

Einige Patienten haben sich in den eineinhalb Jahren meiner musiktherapeutischen Arbeit kaum bis überhaupt nicht verändert. Sie verharren in ihrem Zustand; das heißt äußerlich kann ich keine Reaktionen feststellen.

Allerdings glaube ich bei allen, dass sie etwas wahrnehmen. Besonders auffällig ist die Aufmerksamkeit der Ohren. Wie Antennen richten sie sich nach der Schallquelle aus. Wenn die Patienten auch sonst keine Ausdrucksmöglichkeit haben, wird dort deutlich, dass sie hören. Einige Patienten zeigen seit Beginn der Behandlung ein stark abwehrendes Verhalten, was sie mit Prusten, Brummen oder Unbehagen ausdrücken. Jede Annäherung wird mit diesem Verhalten quittiert. Magda „duldet“ mich zwar in ihrem Zimmer, aber näher als bis zum Stuhl neben ihrem Bett darf ich nicht.

Ann-Marie „ignoriert“ meine sämtlichen musiktherapeutischen Stimulationen. Halte ich die klare Seite der Oceandrum vor ihr Gesicht, betrachtet sie sich neugierig darin. Oft sinken Mut und Hoffnung auf Entwicklung an solchen Stellen auf den Nullpunkt.



Autor

Birgit van Beumingen, Integrative Musiktherapeutin in ambulanter Praxis und zur Zeit an der Psychiatrie Kaiserswerth in Düsseldorf und an der Wachkomastation der Langzeit-Schwerstpflege St. Joseph in Solingen-Ohlgs tätig, Heilpraktikerin für Psychotherapie, Musik- und Sporttherapeutin

Seltsamerweise folgt oft nach solchen „Nullrunden“ eine starke Reaktion in der nächsten Stunde. Auf jeden Fall wird deutlich, dass Kontaktabtastung nicht nur auf physische sondern auch auf psychische Probleme stößt. Vor allem Emotionen der Wachkoma-Patienten werden im musiktherapeutischen Prozess sichtbar - die Basis meiner Arbeit.

Setting

Die Patienten liegen meist im Bett, manchmal sitzen sie während der Musiktherapie im Rollstuhl. Im Idealfall kann ich mit ihnen im Snoezelraum arbeiten, wo eine vielseitige Stimulierung möglich ist.

- Körperlich durch Vibration der Töne über das Wasserbett
- olfaktorisch durch Duftöle
- optisch durch Form und Bildprojektion und die Wassersäule
- akustisch durch spezielle Entspannungsmusik.

Außerdem besteht dort die Möglichkeit des Erlebens ganzheitlicher Berührungsreize. Das

große Wasserbett lässt viel körperliche Nähe zu, was dem Patienten in dieser Situation zusätzlichen Halt gibt.

Der „Rolli“ ermöglicht mehr aktive Beteiligung des Patienten. Man kann kleine Instrumente auf den Tisch legen, Arme und Beine leichter einbeziehen. Kalimba, Oceandrum, Carillon, Handtrommel, Schellenring, Chicken-Ei, Tambura, Monochord und Gitarre sind meine musikalischen Begleiter. Liegt der Patient im Bett ist meine Stimme das Hauptinstrument. Damit folge ich dem Atemrhythmus oder den Tönen, die die Patienten von sich geben oder singe ihren Namen, eingebunden in ein Begrüßungslied.

Der erste Kontakt

Als ich ein Vorgespräch mit der Stationsleiterin über meine zukünftigen acht Wachkoma-Patienten führte, wusste ich nicht so recht, was mich erwartete. Zunächst lernte ich André kennen. Ein junger Mann, der nach einer Schlägerei in seinem jetzigen Zustand gefunden wurde. Ich lege meine Hand auf seine rechte Schulter und begrüße ihn. Sein Gesicht zuckt unruhig, seine Augen wandern ziellos im Raum herum, und doch spüre ich seine Aufmerksamkeit, die er meiner Stimme schenkt. Es sieht so aus, als ob seine Augen danach suchen, was seine Ohren hören.

Ähnlich sieht mein Erstkontakt mit Kerstin aus. Ein elfjähriges Mädchen, das nach einem Schwimmunfall im Wachkoma liegt. Die Bewegungstherapeutin hat sie gerade aufs Bett gesetzt. Ich lege eines ihrer Lieblingsstücke von ENYA auf und beginne, während ich mich vorstelle, ihre Arme zu wiegen. Kerstin ist zunächst sehr spastisch, hält ihre Arme fest vor den Schultern. Jetzt öffnet sie ihre Augen, formt Laute mit ihrem Mund und lockert ihre Arme immer mehr. Ihr Kopf ist völlig gespannt, konzentriert, was da um sie herum passiert. Nach kurzer Zeit fühle ich ihre Bereitschaft körperlich, rhythmisch in Kontakt zu

bleiben. Nach etwa zehn Minuten wird sie deutlich müde. Mit zufriedenen Gesichtsausdruck sinkt sie in die Arme der Bewegungstherapeutin, die Kerstin lange nicht so locker erlebt hat.

Völlig anders erlebe ich dagegen den ersten Kontakt mit Magda, einer etwa vierzigjährigen Frau, die nach der Narkose im Zustand des apallischen Syndroms verharrt. Ich singe ihr ihre Lieblingsmelodie „Memory“ aus dem Musical „Cats“ vor. Die Stationsleiterin begleitet mich in ihr Zimmer. Nach einigen Minuten bäumt sich Magda auf, schreit und hustet laut, danach fließen Tränen über ihre Wangen. Die Stationsleiterin ist erstaunt, da sie noch nie solch eine heftige Reaktion bei ihr erlebt hat. Auch die übrigen Patienten reagierten auf ihre Weise, jeder für sich ganz persönlich und individuell.

Begegnung, aber wie und wo

Nachdem ich meine ersten Gefühle (Schrecken, Angst, Neugier, Freude) einigermaßen sortiert hatte, überlegte ich, wie ich mit den Einzelnen in Kontakt kommen kann. Dazu konzentrierte ich mich zunächst auf meine Wahrnehmung, was jeder Einzelne ausdrücken konnte. Dieser Ausdruck beschränkte sich bei den meisten auf ihren Atem, manchmal unkontrollierte Bewegungen, aber auch eine klare Aufmerksamkeit, dass sie meine Anwesenheit wahrnehmen.



Musiktherapie berührt die Seele und der Patient ist durch die Musik berührbar.

Aktion - Reaktion

Meine Kontaktversuche beinhalten die Elemente Berührung, Klang, Bewegung. In der Initialphase berühre ich die Patienten an einem festen Punkt - meist die Schulter, die Hand oder die Wange. Dann gebe ich mich mit Namen und Stimme zu erkennen, oft mit einer persönlichen Melodie oder einem „Lieblingslied“ für den Einzelnen. Bewegung entsteht entweder während der Eingangsmelodie durch rhythmisches Wiegen der Hand oder anderen Körperteilen oder Streicheln im Rhythmus der Melodie. Dazwischen sind Pausen und Warten. Warten auf eine Reaktion. Wachkoma-Patienten brauchen oft lange Zeit bis zur Reaktion. Es dauert manchmal Minuten bis die ersten ungezielten aber auch vereinzelt gezielten Reaktionen erfolgen.

André beginnt nach einer Weile der klanglich - rhythmischen Stimulation wild zu zucken; Gesicht, Arme, Beine schnellen plötzlich wie nach einem Stromschlag hervor. Dann steigt in seinem Gesicht ein ängstlicher Gesichtsausdruck auf, er schwitzt stark. Hat er die Angst überwunden, werden die Bewegungen rhythmischer, gezielter und unmittlbarer. Am Ende ist er entspannt und zufrieden. Sein Blick ruht, sein Gesicht wirkt fast freundlich.

Entwicklung - endlich!

Kerstin reagiert inzwischen viel spontaner und offener. Wenn sie

Immer ca. 40 durch uns umgerüstete Fahrzeuge zur Beförderung einer rollstuhlgebundenen Person im Rollstuhl sitzend in unseren Ausstellungshallen sofort lieferbar.

Zum Beispiel:

Renault Kangoo, Trafic • Citroen Berlingo, Jumpy
Peugeot Partner, Expert • Ford Tourneo Connect kurz und lang
Mercedes Vaneo, Viano • VW Caddy, T5

Wir liefern bundesweit vor die Haustür. Finanzierung, Inzahlungnahme, Tausch.

Wir kaufen Ihr Fahrzeug für Passivfahrer bundesweit an.
Behindertenfahrzeuge Helmut Jelschen GmbH
Justus-von-Liebig-Str. 7-9 • 26160 Bad Zwischenahn
Tel.: 0 44 03 / 93 89-0 • Fax: 0 44 03 / 93 89-15
E-Mail: info@jelschen.de • Web-Seite: www.jelschen.de



Pflege Wachkoma Phase F

Die MÜNCHENSTIFT ist eine gemeinnützige Gesellschaft der Landeshauptstadt und mit rund 2.000 Mitarbeitern eines der größten Dienstleistungsunternehmen für Münchner Senioren. Innovation und Qualität werden bei uns groß geschrieben.

Im Wachkomabereich im Haus St. Josef versorgen wir derzeit 12 Bewohner/innen mit den Schwerpunkten aktivierende / rehabilitative Pflege und erweitern ab dem 1. September 2005 auf 27 Plätze. Wir arbeiten mit tracheotomierten Bewohnern nach den Konzepten Bobath, Basale Stimulation und FOTT.

Wir suchen in Voll- und Teilzeit für den 3-Schichtdienst

stellv. Wohnbereichsleitung

mit abgeschlossener Weiterbildung zur Stationsleitung und Leitungserfahrung / sowie

examinierte Pflegefachkräfte

Wir erwarten von Ihnen:

- Mehrjährige Berufserfahrung sowie Fortbildungen im neurologischen Bereich
- Aktive Teilnahme an der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Fachliche und soziale Kompetenz
- Kreativität, Flexibilität und Einfühlungsvermögen

Außerdem suchen wir zur Unterstützung des Pflegeteams Pflegehelfer/innen mit abgeschlossener 1-jähriger Berufsausbildung.

Richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung bitte an:

MÜNCHENSTIFT GmbH · Hauptverwaltung
Frau Rieger · Severinstraße 2 · 81541 München

Gemeinnützige Gesellschaft der Landeshauptstadt mbH

MÜNCHENSTIFT



MÜNCHENSTIFT GmbH im Internet: www.muenchenstift.de

meine Stimme an ihrer Zimmertür hört, dreht sie den Kopf, wird unruhig und aufmerksam und erwidert mein „Hallo“ mit einigen Lauten. Sie ist richtig aufgeregt, wenn ich mich neben ihrem Bett niederlasse. Sie dreht ihren Kopf in meine Richtung, macht Mundbewegungen und stößt Laute aus, die einem „Ja“ immer ähnlicher werden. Während ich ihr Lied singe: „Hallo Kerstin, schön Dich heute zu sehen, hallo Kerstin, kannst Du mich verstehen?“ wird sie aktiv. Ihr Atem wird tiefer und schneller. Sie formt bei „Ker - stin“ den Mund. Ich richte mich im Tempo

weiterzugehen, ihren Ohren zu „vertrauen“. Gleichzeitig teile ich ihr alle Handlungen ihrerseits mit, die ich beobachten kann. Dieser intensive Kontakt dauert wenige Minuten, dann sinkt sie erschöpft in ihr Kissen. Jetzt heißt es wieder Abschied nehmen für eine Woche.

Anfangs hat Kerstin lange geweint und geschrien. Nachdem wir Abschied behutsam geübt haben, kann sie besser, erwachsener damit umgehen. Ein Kuschtier und eine schöne CD lassen einen entspannten Abschied zu.

Rückfall

Die Entwicklung der Wachkoma-Patienten ist häufig geprägt von heftigen Rückfällen und Stagnation. Da ist beispielsweise Helmut, ein Mitdreißiger, der einen Motorradunfall hatte. Bis kurz vor Weihnachten hatte er viel geschafft. Er konnte „Ja“ sagen, beide Arme bewegen, mit seiner Tambura (Ge-

seiner Rückkehr auf der Station recht gut. Er muss zwar einige Entwicklungen noch einmal aufbauen, ist aber irgendwie „gereift“. Kerstins schnelle Fortschritte werden durch Atemwegsinfekte unterbrochen.

Carla hat depressive Phasen, in denen sie äußerlich wenig mitmacht, aber inhaltlich arbeitet. Meist „piekst“ sie ein Lied an, was sie sich selbst wünscht (sie kann inzwischen flüsternd sprechen und sie weint minutenlang mit lautem Schreien).

Die Umgebung

Meines Erachtens trägt eine positive Umgebung sehr zur Entwicklung der Wachkoma-Patienten bei. Auf der Station arbeitet ein Team von engagierten Pflegekräften, die auch mit den von „außen kommenden“ Therapeuten guten Kontakt pflegen. Die Patienten werden liebevoll gepflegt und als Menschen respektiert. Das Team sorgt ebenso für Austausch mit den Angehörigen.

Jeder Patient wird nach seinen Kräften gefordert und gefördert. Die persönlich eingerichteten Einzelzimmer strahlen Ruhe und „zu Hause“ aus. Sicher ist diese Atmosphäre nicht überall mit Wachkoma-Patienten möglich. Vieles scheitert an finanziellen Mitteln. Meine Arbeit wird beispielsweise bisher spontan über Spenden finanziert. Ich weiß nie, wie lange das Geld reicht. Letztendlich glaube ich, dass sich jede Stunde lohnt, jede Beziehung. Ebenso wichtig ist die Beziehung zur Familie. Was für Rituale, Bindungen, Konflikte sind Usus?

Resultate: Erfolge - Misserfolge

Medizinischer Teil

Musiktherapie wird in der Neurologie immer mehr eingesetzt. Ihre unmittelbare Wirkung auf das limbische System (Zentrale für Gedächtnis, Gefühle, Lernverhalten) ist in der Behandlung von Koma- beziehungsweise Wachkoma-Patienten von enormer Bedeutung. Der Neurologe Oliver

Sacks hält Musiktherapie dabei für eines der wirkungsvollsten unter den Mitteln, die nicht auf chemischen Substanzen beruhen.

Wie eingangs schon erwähnt, wird der Patient an seiner „gesunden Seite“ erreicht, nicht an seiner defizitären. Die entwicklungsfördernde Wirkung kreativen Tuns hat die humanistische Psychologie längst erkannt.

Musiktherapie kann selbst Schwerstkranke begleiten, sie in ihren vorhandenen Fähigkeiten motivieren und fördern, sie bietet Kontakt- und Ausdrucksmöglichkeit. Musiktherapie berührt die Seele und evoziert Stimmungen und Befinden des Patienten, gleichzeitig ist dieser durch die Musik berührbar - erreichbar.

Wahrnehmen, Erleben und Gestalten sind im musikalischen Tun, in der musikalischen Begegnung immer möglich - auch im Stadium des Wachkomas beziehungsweise Komas.

In meiner Arbeit mit den vorher beschriebenen Wachkoma-Patienten konnte ich folgende Fortschritte beobachten:

- Abbau der Ängstlichkeit verbunden mit deutlich sichtbarer Entspannung
- Emotionale positive Umstimmung und Stabilisierung nach fast jeder Therapiestunde
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung, des Selbsterlebens
- Verbesserung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit durch emotionale Resonanz (deutlich sichtbar)
- Verbesserung der Beziehungs- und Kontaktfähigkeit mit und zu den Angehörigen durch gemeinsame musiktherapeutische Gruppenstunden
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- Verlängerung der Aufmerksamkeitsphasen.

Auf zwei Patientinnen möchte ich im folgenden näher eingehen, da sie enorme Entwicklungsschritte gemacht haben.

Kerstin (Name geändert), ein 12-jähriges Mädchen ist ein sogenannter „Ertrinkungsunfall“. Sie ist im Schwimmbad ertrunken und nach einiger Zeit erfolgreich reani-



Wahrnehmen, Erleben und Gestalten sind in der musikalischen Begegnung immer möglich.

nach ihrer Mundbewegung. Klappt unser Zusammenspiel, weint sie glücklich, klappt es nicht, schreit sie wütend mit einem tiefen, kräftigen Unterton in der Stimme. Dann hält sie inne, ihr Blick verändert sich, die Pupillen werden klein, sie dreht den Kopf, schaut mir in die Augen. Jetzt ist sie zum Greifen nah. Mit Worten ermutige ich sie

burtstagsgeschenk der Eltern) ohne Hilfe spielen. Als ich sein Zimmer in dieser Zeit betrat, fand ich ihn in einem desolaten Zustand. Er atmete nur sporadisch, schaute ins Leere, reagierte nicht auf mich. Dann plötzlich - Atemstillstand. Gott sei Dank war die stellvertretende Stationsleiterin zur Stelle. In Windeseile begann sie mit Herzmassage, drückte mir die Atempumpe in die Hand und alarmierte den Notarzt. Nach etwa sechs Wochen Zittern war sein Zustand bei

miert worden. Grundlage für unser therapeutisches Setting war Vertrauen, was Kerstin sich mit ihrer negativen Vorgeschichte mühsam erarbeiten konnte. Sie öffnete sich immer mehr, was sie durch Blickkontakte, Fixieren und Lautieren und schließlich deutliches „Ja“ zum Ausdruck brachte. Kerstins emotionale Kontaktaufnahme begann mit Weinen, wodurch sie mir ihr „Berührt werden“ zeigte. Ihren Wunsch nach Nähe durch Greifen nach meiner Hand oder Anlehnen ihrer Wange an meine Hand haben mich tief berührt. Lautes Schreien und Weinen am Ende der Stunde konnte Kerstin durch regelmäßige und verlässliche Rituale ablegen. Leider wurde unsere mühsame Arbeit durch plötzliches Verlegen - auf Wunsch der Pflegemutter abgebrochen.

Carla, eine 40-jährige Frau, war durch eine Hirnblutung ins Wachkoma gefallen. Sie hat seit Beginn unserer Arbeit enorme Fortschritte gemacht. Nachdem Carla gelehrt hat auf Fragen mit ja beziehungsweise nein zu antworten, stand zunächst psychotherapeutische Arbeit im Vordergrund. Ihr



Musiktherapie wirkt auf das limbische System und wird aus diesem Grund immer häufiger in der Behandlung von Wachkoma-Patienten eingesetzt.

Mann hatte sie mit ihren zwei Kindern inzwischen verlassen und ist nach Süddeutschland gezogen. Sie hat lange in depressiven Phasen verharrt, wollte nicht mehr essen, nicht mobilisiert werden, nur noch im dunklen Zimmer liegen. Es dauerte einige Zeit, bis sie in der musikalischen Begegnung Wut und Trauer bearbeitet und ein neues Ziel für sich selbst gefunden hatte. In dieser Zeit habe ich ihr oft ihr Lieblingslied „Über sieben Brücken musst du gehen“ von Peter Maffay auf der Gitarre vorgespielt, wobei sie herzerreißend weinte. Anschließend haben wir mit Trommel, Schellenring oder Triangel gemeinsam improvisiert und Körper- und Seelenerfahrungen besprochen. Sie gewann an Selbstbewusstsein und Motivation. An Weihnachten überraschte sie ihre Kinder mit „heimlich geübt“ Weihnachtsliedern auf dem Keyboard. Sie ist hochmotiviert durch ein Klavier, welches in-

zwischen leihweise der Station zur Verfügung gestellt wurde. Sie spielt kleine Lieder mit der rechten Hand. Inzwischen kann sie selbstständig essen und teilweise schreiben. Sie ist stolz auf ihre Selbstständigkeit und arbeitet hart an weiteren Schritten. Carla hat in der Musiktherapie ihre Ressourcen entdeckt. Sie konnte ohne Leistungsdruck auf kreative Weise spüren, dass sie etwas tun kann, sich hörbar, spürbar machen. Sie war übergücklich, als sie zum ersten Mal einen Trommelton erzeugte, als sie ihre eigene Stimme hörte. Sie bekam wieder ein Gespür dafür, dass sie ein handelnder Mensch ist.

Musiktherapie konfrontiert den Patienten nicht ständig mit seiner Erkrankung oder Behinderung. Sie bietet ihm Handlungsspielraum, Kommunikationsformen, Gestaltungsweisen an. Sie holt ihn dort ab, wo er ist und begleitet ihn auf seinem Weg zu einer

neuen Lebensphase mit mehr Lebensqualität.

Schlussbetrachtung

Wenn ich gefragt werde, wie ich diese Arbeit aushalte, antworte ich oft: es gibt nichts zu verlieren, sondern nur zu gewinnen. Die Arbeit ist anstrengend, aber auch sehr befriedigend. Die Patienten danken und belohnen mich durch ihr sichtbares Bemühen, ihre vermeintlich noch so kleinen Fortschritte. Mein Austausch mit Kollegen in einer Arbeitsgruppe „SHT-Syndrom“ ist wichtig und meines Erachtens unerlässlich.

Ich hoffe, dass dieser Aufsatz die Wertigkeit der musiktherapeutischen Arbeit unterstützt.

Literatur

Mindell, A. (1989)
„Schlüssel zum Erwachen“, **Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma. Otten und Freiburg im Breisgau, Walter-Verlag**

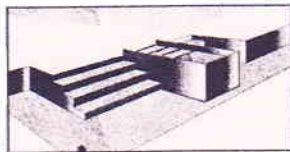
Psychyrembel, W. (1990)
Klinisches Wörterbuch. Berlin, New York, 256. Auflage, Walter de Gruyter-Verlag

Kontakt

Birgit van Beuningen
Bahnstraße 40 d
40822 Mettmann
van-beuningen-mettmann@t-online.de

- Automatic Step -

Future Tec GbR
Pausitzer Straße 60
01589 Riesa
Tel: 03525/776630
Fax: 03525/776631
Mail: future_tecgbr@yahoo.de



Weltneuheit zur Barrierefreiheit
ermöglicht Rollstuhlfahrern, eigenständig
Treppe sicher zu überwinden

INCAP



Elektronische Hilfsmittel für Menschen mit Behinderung



moMobil

das mobile Kommunikationsgerät mit
Sprachausgabe für Schrift und Symbole

Beratung und Info: ☎ (gebührenfrei) 0800 46 46 227
info@incap.de • www.incap.de • Fax 07231 94 63-50

INCAP-SupportCenter in Pforzheim (Zentrale), München, Magdeburg, Berlin, Bremen