

Musiktherapie mit Menschen im Wachkoma

Inhalt:

1. Vorbemerkungen / Untertitel
2. Was ist Wachkoma ?
Medizinische Definition und gesellschaftliche Situation
3. Ziele und Chancen
4. Grenzen aller Therapien
5. Ablauf einer musiktherapeutischen Sitzung
Musiktherapie mit Herrn S.
5.2 Musiktherapie mit Herrn L.
5.3 Musiktherapie mit Mark H.
6. Die therapeutische Beziehung
7. Wachkoma und das Thema 'Zeit' im musiktherapeutischen Prozess
8. Musiktherapie und das interdisziplinäre Team
9. Fazit
10. Schlusswort und Dank
Literaturliste

Astrid Kletke-Drawert

Seit eineinhalb Jahren arbeite ich nun musiktherapeutisch im Bereich der neurologischen Rehabilitation. Dabei ist der Bereich ' Wachkoma ' mir zur besonderen Aufgabe geworden.

Hier interessieren mich besonders folgende

Fragestellungen:

Was passiert, wenn ein Gehirn so traumatisch verletzt wurde ?

Welche Bereiche kann die Musik erreichen, wo die Sprechstimme keinen Zugang mehr hat ?

Welchen Beitrag zur Entspannung und Entkrampfung

kann die Musik leisten, wenn Muskeln sich schmerzhaft kontrahieren ?

Wie kann Musik helfen, die Ängste zu lösen, die dazu führten, sich so weit aus dem Hier und Jetzt zurückzuziehen ?

Gibt es einen Weg zurück über die Musik, einen Kanal der Kommunikation, speziell da, wo der Sprache keine Möglichkeiten bleiben ?

Beim Studium und Lesen von Berichten wiedererwachter Komapatienten entdeckte ich immer wieder ähnliche Berichte aus einer mittelalterlichen Welt mit Kämpfen, Kerkererlebnissen bis hin zu Folterungen. Die Welt da draußen wurde umgedeutet, und das, was die ärztlichen und pflegerische Realität ausmacht, wurde als Bedrohung erlebt. So berichtet ein Patient, als der Arzt mit einem Lämpchen in seine Augen leuchtete, um die Pupillenfunktion zu testen:

„Ich war wie in einem engen Verlies. Dunkel war's. Da öffnete einer den Deckel und leuchtete mit seiner Fackel hinein. Das blendete schmerzhaft in den Augen.“

Hinrich von Deest berichtet von einem genesenen Patienten, der nach seiner Erlebniswelt während der Bewusstlosigkeit bzw. der schweren Bewusstseinstörung interviewt wurde: „Er kam sich vor, so gab er an, wie auf einem mittelalterlichen Schlachtfeld. Er habe sogar das Gefühl gehabt, dass er sich tot stellen müsse, um nicht von herummarodierenden Rittern getötet zu werden. Diese unberechenbaren Ritter, das waren die Behandelnden! Seine Situation wird noch verständlicher durch einzelne Wahrnehmungen: So deutete er zum Beispiel eine rote Blutdruckmanschette über seinem Krankenbett als Feuerlöscher, ein Hämofiltrationsgerät als eine Bombe, die jeden Augenblick explodieren könne. Aufforderungen bzw. Anreden des Personals wie z.B. ‚Machen Sie Ihre Augen auf!‘ oder ‚Drücken Sie meine Hand!‘ erlebte er als einen bedrohlichen Versuch fremder Machtausübung“ (1994, 35).

Auch Dr. Dagmar Gustorff bestätigt solche Situationsverkennungen und Umdeutungen: Eine Vielzahl von Komatösen berichten „übereinstimmend von dem Gefühl des Gefangenseins, wobei bei einigen die Überzeugung bestand, die Gefangenschaft durch eigenes Fehlverhalten verschuldet zu haben. Weitere Themen, die im Erleben Komatöser auftauchen, scheinen Phantasien zu sein, zu Krieg, Unfall, Krankheit und Tod. Ärzte und Pflegende werden in ihrer Funktion

*Kommunikation
jenseits der
Sprache*

*Situationsver-
kennungen und
Umdeutungen
während der
Bewusstlosigkeit*

Krankheit und Tod. Ärzte und Pflegende werden in ihrer Funktion missdeutet und häufig als bedrohlich und verfolgend wahrgenommen. Sie werden zu ‚Verbrechern und Ganoven mit Masken‘, zu ‚Gefängniswärtern‘; zu Menschen, die einem Böses tun wollen, zu ‚Sklavenhändlern‘“ (2000, 29).

Diese Bilder erinnerten mich an das Buch „Die Brüder Löwenherz“ von Astrid Lindgren. Nach einem Sprung aus dem Fenster und einem Herzstillstand gelangen die Brüder Jonathan und Karl in ein Zwischenreich, das sie Nangilima nennen. Hier müssen sie im Apfelblütental und Heckenrosental viele Abenteuer und Kämpfe gegen den Tyrannen Tengil mit seinem Drachen bestehen. Am Ende retten sie sich mit einem weiteren Sprung nach Nangijala, dem endgültigen Tod, wo Ruhe und Frieden sind.

Diese Bilder scheinen die Welt eines Menschen im Wachkoma gut zu beschreiben. Neben schönem Erleben auf scheinbar luftigen Wiesen, gibt es auch Momente, wo schlimme Spasmen die Bewohner gefangen halten.

Die Musik scheint wie ein Lockruf in die Welt, wo die geliebten Menschen der Vergangenheit sind, aber auch die traumatischen Erfahrungen einer Verletzung.

Diese Brücke zu nutzen, in Nangijala zu bleiben oder nach Nangilima zu springen, muss jeder Mensch im Wachkoma für sich entscheiden.

Was ist Wachkoma?

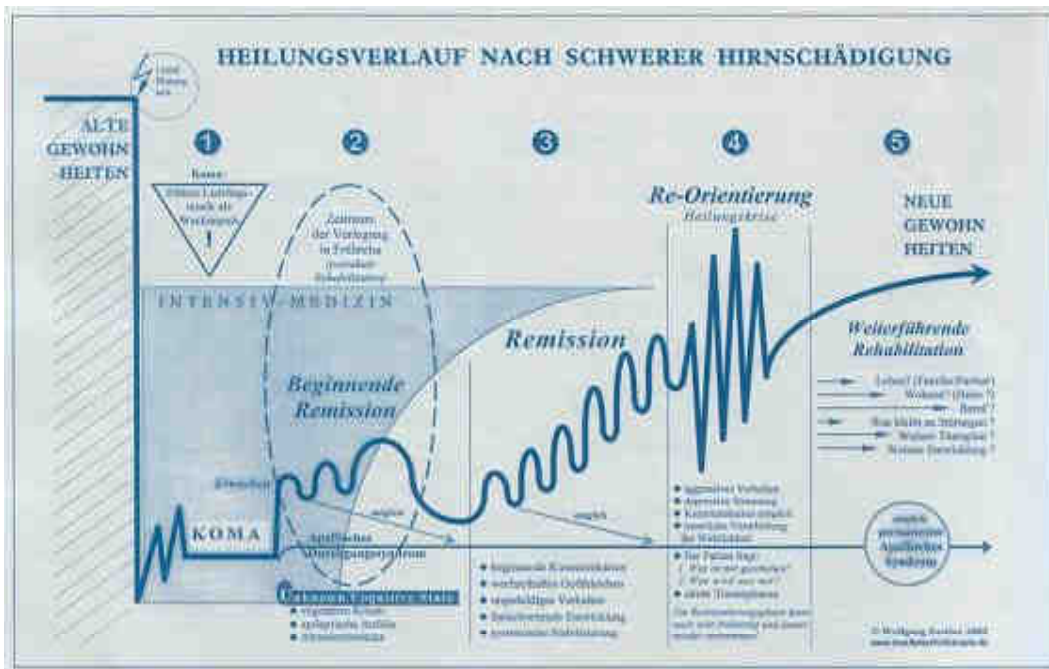
Das Wort KOMA zunächst beschreibt eine Art „tiefer Schlaf“, eine Bewusstseinsstörung, aber – wie wir wissen – keine Erlebnislosigkeit. Nach einer Untersuchung von Hannich können sich 40 bis 50 Prozent der Menschen, die aus einem posttraumatischen Koma erwacht sind, an den komatösen Zustand erinnern. Das bedeutet, dass Wahrnehmungen in dieser Zeit möglich sind.

Menschen fallen nicht ohne vorangehendes Ereignis ins Koma, sondern werden bewusstlos nach unvorhergesehenen, schweren Erkrankungen, wie Infarkten oder

nach gewaltvollen Einwirkungen, wie Unfällen. Entweder ist es zu einer Verletzung des Hirns (nach Quetschungen oder Operationen) gekommen oder eine fehlende

Sauerstoffversorgung (nach Reanimationen) des Gehirns zieht den hypoxischen Hirnschaden nach sich.

Nach Bienstein hat das Koma die Funktion, das Überleben zu sichern,



indem der Körper sich auf seine basalen Funktionen zurückzieht. Der Mensch wird so lange im Koma bleiben, bis er das traumatische Erleben verarbeitet hat, oder, wenn das nicht möglich ist, bedeutet es sein Sterben (vgl. Schramm in 2002).

In der Glasgow – Koma Scale werden die Häufigkeit des Augenöffnens, die beste motorische Antwortreaktion oder die beste verbale Antwort erfasst. Anhand eines Zahlenspiegels lässt sich der Wachheitsgrad errechnen.

Wachkoma bedeutet:

- erhaltene Spontanatmung
- erhaltener Schlaf – Wachrhythmus
- geöffnete Augen
- keine sinnvolle Reaktion auf Ansprache oder Berührung
- keine eigene Kontaktaufnahme zur Umwelt (vgl. Zieger 1998)

Prüfung	Reaktion	Bewertung
Augenöffnen	Spontan	4
	Auf Anruf	3
	Auf Schmerzreiz	2
	nicht	1
Motorik	Nach Anforderung	6
	Gezielte Abwehrbewegung	5
	Massenbewegung	4
	Beugesynergien	3
	Strecksynergien	2
Sprache	keine	1
	Orientiert, klar	5
	Verwirrt	4
	Einzelne Wörter	3
	Einzelne Laute	2
	Keine	1

Bewertung: Summe aller Reaktionen, d.h. 3-15 Punkte (Quelle: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2571994)

Zeitler in: Wachkoma 2002, 32

Es handelt sich um eine bis an den Rand des Todes zurückgenommene Lebensform.

Die herkömmliche medizinische Nomenklatur bezeichnet Wachkoma auch als „apallisches Syndrom (ab pallium (lat.) bedeutet: gelöst vom Hirnstamm, was aber in vielen Fällen nicht zutrifft). International wird der Begriff „persistent vegetative state“ verwendet.

„Das apallische Syndrom kann sehr oft als Durchgangssyndrom imponieren, zügig bis zögernd die Remissionsstadien durchlaufen, auf einzelnen Remissionsstufen stehen bleiben und schließlich in den Endzustand übergehen. Erfahrungen aber beweisen, dass auch nach einem schweren apallischen Syndrom Möglichkeiten der Rückbildung (Remission) bestehen und deshalb zu intensiven Maßnahmen ermutigen, selbst wenn diese sich über Jahre hinaus erstrecken sollten“ (Schwörer, 2000, 4).

In unserer Gesellschaft zählt das, was berechenbar ist, das was funktioniert. Menschen im Wachkoma treten nicht in Erscheinung, werden in Pflegeeinrichtungen weggesperrt und treten in der Öffentlichkeit nicht auf. Ihr Äußeres, oftmals durch Spasmen und Kontraktionen, sowie verdrehte Gliedmaßen und nicht einzuordnende mimische Äußerungen geprägt, befremden und machen Angst.

Der Kalorienbedarf eines Menschen im Wachkoma entspricht dem eines Hochleistungssportlers, was bedeutet, dass die körperliche Anstrengung, durch Spastiken, Myoklonien, Epilepsien etc. hervorgerufen, immens hoch ist. Da der Schluckreflex nicht mehr funktioniert, werden Menschen im Wachkoma meistens per PEG (Sonde) ernährt.

Bewusstsein definiert sich aus der Beziehung, die ein Mensch zu sich und seiner Umwelt, besonders zu anderen Menschen aufbauen kann. Menschen im Wachkoma funktionieren nicht nach den Kommunikationsmustern unserer Gesellschaft. Ihre Art des Mitteilens wird von uns nicht verstanden. Zudem sind ihre Pflege und Betreuung kostenintensiv.

Umgang der Gesellschaft mit Komapatienten

Familiäre Belastungen

Die Angehörigen sind oft überfordert mit der Pflege und Organisation des Alltags. Der Kampf mit den Krankenkassen um die notwendigen Hilfsmittel oder den behindertengerechten Umbau des Lebensraums, dazu die Bearbeitung des auch für sie traumatischen Einschnittes, belasten die Familien bis an die Grenzen des Leistbaren.

Für viele Menschen im Wachkoma, besonders für Erwachsene, bedeutet das die Verlegung in Pflegeheime. Die neue Umgebung traumatisiert zusätzlich. Hier werden sie täglich mit bis zu zwanzig wechselnden Personen konfrontiert. Der Lärmpegel und Fremdheit der sie umgebenden Geräte (Beatmungsgerät, Ernährungspumpe, Wechseldruckmatratze) ist immens.

Nur wenige Menschen lassen sich auf das mittlerweile belegte Wissen ein, dass ein Mensch im Wachkoma seine Umwelt wahrnimmt. Das bedeutet, die Übernahme von Verantwortung und das Einlassen auf die Vorstellung, dass wir, als aufgeklärte, nach christlichen Wertmaßstäben orientierte Gesellschaft, die wir sein wollen, eine *Bringschuld* diesen Menschen gegenüber haben.

Dazu bedeutet, ihr Leben als Gottesgeschenk und Wachkoma, diese besondere Form des Lebens am Rande zum Tod, als Herausforderung für uns sogenannte „Gesunde“ zu begreifen.

Aus dieser Einstellung heraus war es mir wichtig, diesen Beitrag mit einem Titel zu überschreiben, der den einzelnen mit seinem Anspruch auf Leben wahrnimmt und ihm den Respekt entgegenbringt, den er als mein Mitbruder und meine Mitschwester verdient.

Ziele und Chancen der Musiktherapie in der Begegnung mit Menschen im Wachkoma

Unser Ohr ist das erste Organ, das sich, schon im Mutterleib, ausbildet und seine Funktion übernimmt, während die anderen Organe noch in ihrer Entwicklung sind. Es ist auch das Organ, das sich als letztes schließt, wenn wir sterben. Das Ohr lässt sich nur aktiv verschließen, wenn wir es zuhalten, aber nicht z.B. wie das Auge mit einem Lidschluss. Nicht hinhören ist schwieriger als nicht hinzusehen.

Das Ohr bringt uns mit unserer Umwelt in Kontakt, es öffnet uns die Welt der Klänge und Geräusche, die wir lieben lernen oder die uns abstoßen. Mit akustischem Erleben verbinden sich Bilder, die für unser Leben prägend sind.

Wenn Vater und Mutter abends singend am Bettrand sitzen und den Tag friedvoll und harmonisch für ein Kind beenden, oder Bomben - und Flugzeuggetöse Kriegserlebnisse heraufbeschwören. Für jeden Menschen verbinden sich bestimmte Geräusche mit Bildern aus dem Erlebten.

Musik bedeutet für die meisten Menschen, egal welchen Musik-Geschmack und welchen kulturellen Hintergrund sie haben, eine Steigerung der Lebensqualität. Hier verbinden sich ebenfalls Musikstücke mit Erlebnissen. Wiegenlieder, Lieder zu Hochzeiten, Lieder zu den Jahreszeiten, zu Glauben und Ethik, aber auch Hymnen und Vereinslieder. Immer bedeutet Musik die Identifikation mit Geschehenem.

Auch die Haut und der Knochenbau fungieren als Schallüberträger und ergänzen die Funktion des Ohres. Musik ganzkörperlich wahrzunehmen, mit allen Sinnen (z.B. in einer Klangmassage) zu genießen, ist für viele Menschen ein besonderes Erlebnis.

Junge Leute suchen die Lautstärke einer Diskothek, um die donnernden Basstöne u.a. in der Magengegend zu spüren und sich bewegen zu lassen.

Für die meisten Menschen im Wachkoma bedeuten die akustischen Reize, neben den taktilen, die wichtigste Form der Ansprache. Doch selten führen verbale Anforderungen, wie z.B. die Hand zu drücken oder nach einem Ja / Nein – Code die Augen zu schließen zu einem befriedigenden Ergebnis. Denn so wird das defizitäre Erlebnis, das Menschen im Wachkoma ohnehin spüren, verstärkt. Die Hand gehorcht nicht, auch wenn die Botschaft ankommen mag.

Dass jedoch Kontraktionen, Spasmen und Retardierungen bei schweren Hirnschädigungen zu den Folgen gehören und Reaktionen ausbleiben, weil Botschaften nicht in ' sinnvolles ' und erwartetes Tun umgesetzt werden, wird oft gleichgesetzt mit Wahrnehmungsunfähigkeit.

Eine andere Art der Botschaft sendet die Musik. Sie sagt:

- ich nehme Dich wahr
- ich stelle mich auf dich ein
- deine Botschaften werden aufgenommen
- du gestaltest mit

Die Musik erreicht die Aufmerksamkeit bei den Menschen, die sich verbal nicht mehr oder noch nicht ansprechen lassen, auf nonverbalem Weg (Zieger 1992, 108). Sie bietet Anreize und Möglichkeiten zu ersten eigenen Äußerungen und zur Dialoggestaltung. Diese Wahrnehmung ist für Menschen im Wachkoma, die sonst in der totalen Fremdbestimmung leben, eine erste Erfahrung der eigenen, verbliebenen Möglichkeiten.

Sichtbare und wahrnehmbare Reaktionen sind:

Atemrhythmus: wird er schneller, langsamer, tiefer, flacher ?

Körperspannung: lässt sie nach, spannt sie weiter an ?

Gesichtsausdruck: Gesichtsfarbe, Augenausdruck, Augenbewegungen

Mimik: Mundwinkel verändern sich?

Lächeln?

Stereotypien: z.B. Schnalzen, Schmatzen, Speicheln, Massenbewegungen, Kaureflexe

stimmliche Äußerungen: Lautieren, Husten, Lallen

Ist der Bewohner an Messapparate angeschlossen, erhalten wir über diese weitere Daten, wie Herzfrequenz, Pulsschlag, Sauerstoff-Verbrauch und Blutdruck.

Diese beobachtbaren Reaktionen sind die Basis einer annehmenden Musiktherapie, auch wenn Mediziner sie oft als Automatismen bewerten und als unveränderbar deklarieren. Wir aber können sie als kommunikative Elemente nutzen und dem Wachkomabewohner eine Basis des Verstandenwerdens und der Akzeptanz bieten!

Es ist dann unsere Aufgabe als Musiktherapeuten auszuwerten:

- „wann diese Reaktionen auftreten,
- ob ein Zusammenhang zum musikalischen Angebot erkennbar ist,
- ob sie sich bei einer Veränderung eines musikalischen Parameters auch verändern,
- ob sie auf die Dauer der musikalischen Begegnung beschränkt sind,
- ob sie wiederholbar sind“ (Herkenrath, 2002,127).

*Instrumente oder
und die Stimme
in der musikali-
schen Kommuni-
kation*

Die Frage der Auswahl der eingesetzten Instrumente im musiktherapeutischen Angebot für einen Menschen im Wachkoma ist umstritten. Hier begegnen sich mehrere Meinungen. Während zum Beispiel Dagmar Gustorff in ihrer Arbeit mit Komapatienten nur auf den Einsatz der Singstimme als das persönlichste und unverwechselbarste Instrument eines Menschen Wert legt und ausschließlich die Stimme wählt, um das Defizit zwischen Patient und Therapeut nicht unnötig zu unterstreichen, beziehen Zieger und Herkenrath Instrumente in ihre Arbeit mit Menschen im Wachkoma ein, um sie durch die Schwingungen eines Instrumentes zusätzlich basal zu stimulieren.

Die tiefen Frequenzen eines Cellos oder eines Klaviers, die Schwingungen einer Klangschale oder eines Monochords lassen die Musik auch über den Körper erfahrbar werden.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Menschen im Wachkoma ebenso auf Instrumente, wie auf die Stimme reagieren. Während mancher Bewohner eher die Singstimme als Kanal nutzt, ist für einen anderen die „Baucherfahrung“ (Klangschale am Körper) ansprechender. Darin wird – meiner Meinung nach – Individualität deutlich, der ich auch im musiktherapeutischen Prozess Rechnung tragen muss und kann.

Vielleicht bedeutet der Wachheitsgrad Wachkoma, obgleich die Augen ins Leere gehen, den ersten Schritt auf dem Weg zurück ins Leben.

*Die Grenzen
aller Therapien*

In jeder Therapie soll der Patient die bestimmende Rolle haben. Seine Fragen, seine Themen und seine Krankheit sind Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens.

Während Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie die körperlichen Funktionen trainieren und so über den verhaltenstherapeutischen Ansatz – („ich kann, also bin ich“) – die Identität des Klienten aufbauen und fördern, ist die Musiktherapie mit ihren Klängen ein Angebot an die Seele.

Hier heißt der Schwerpunkt :

sono, ergo sum ! Ich klinge, also bin ich !

oder, im Umkehrschluss: Ich klinge nicht, also bin ich nicht !

Durch Stimme und Instrumente lassen sich Emotionen wecken und ausdrücken, die sonst verschlossen blieben.

*Bio-psycho-
soziale Bedeu-
tung der Musik-
therapie*

Diese nach außen zu transportieren, wahrnehmbar zu machen, indem sie zum Klingen gebracht werden und so dem Klienten den Zugang zu seiner Identität vermitteln, ist die Aufgabe der musiktherapeutischen Beziehung. Es ist eine Begegnung über die Seele. Deren Pflege wird den Körper zur Gesundung motivieren. Über den Zusammenhang zwischen Körper und Seele in der Musiktherapie schreibt Juliette Alvin über ihre Arbeit mit autistischen Kindern:

„Durch musikalische Erlebnisse hoffte ich, den Gehör-, Gesichts-, und Tastsinn des Kindes sowie seine motorische Kontrolle und sein Raumgefühl zu entwickeln und zu integrieren. Das ganze Erleben zielte auf die Aktivierung einer Anzahl geistiger und kognitiver Prozesse und sollte möglichst auch emotionale Bedürfnisse befriedigen“ (1988, 138).

So in der Seele gestärkt, kann auch der Körper sich entfalten. Eine Unterstützung und Betreuung „nach allen Regeln der Kunst“ ist für den Klienten wünschenswert.

Doch alle Therapien haben ihre Grenzen, wenn ein Klient seine Mitarbeit verweigert, wenn er dem Therapeuten die Rolle des alleinigen Machers zuschiebt und von ihm – wie einem Monteur in einer Werkstatt – Heilung erwartet.

Die Mitarbeit macht den Erfolg der Therapie aus. Sich auf den Weg machen, ihn gemeinsam durchschreiten, auch einmal Irrwege ausprobieren, wieder zurückkommen, weitergehen, erneut probieren – alles das ist schon Therapie, die ihre Wirkung hat, wenn der Hilfesuchende sich einlassen kann.

Bei aller Überzeugung, dass die Musiktherapie für Menschen im Wachkoma die größte Chance für die Kontaktaufnahme bedeutet, bin ich mir dessen auch bewusst, dass Grenzen erreicht werden, nämlich dann, wenn:

- ich nicht genug Sensibilität für den Menschen vor mir aufbringe,
- ich nicht das richtige Klangangebot entwickeln kann, um den Wachkomabewohner zu erreichen,
- der Kanal durch Medikamente und schlechte äußere Bedingungen „verstopft ist“,
- mein Gegenüber sich entschlossen hat, sich abzuwenden.

Sich dieser Grenzen bewusst zu sein, sie zu akzeptieren und dann auch den Mut aufzubringen eine Therapie abzubrechen und mich vom Wachkomabewohner zu verabschieden, halte ich für sehr wichtig, wenn ich eine ehrliche Reflexion meiner Arbeit betreiben will.

*Therapeutische
Beziehung*

In der Kaiser – Otto – Residenz findet die Musiktherapie hauptsächlich am Bett statt. Nur in seltenen Fällen haben wir die Möglichkeit, den großen Flügel im Seniorenbereich zu nutzen.

In den Rehakliniken Meerbusch und Holthausen standen gut ausgerüstete Musiktherapieräume zur Verfügung.

Ein Therapieplan für jeden Bewohner regelt die Koordination der Therapien.

Bis 9 h ist die Pflege angehalten mit der Grundpflege der meisten Bewohner fertig zu sein. Eine sorgfältige Lagerung der Bewohner soll eine gute Aufnahme unterstützen.

Pumpen und PEGs werden während der Sitzung abgeschaltet.

An den Tagen, wo Musiktherapie auf der Station stattfindet, sollen vor dem Besuch der Musiktherapeutin keine Radios oder Fernseher in den Zimmern laufen.

Eine Therapiesitzung mit Kurzreflexion dauert zwischen zehn und dreißig Minuten.

Ein Schild an der Zimmertür weist darauf hin, während der Sitzung Stille zu wahren und nicht einzutreten.

*Ablauf einer
musiktherapeutischen
Sitzung*

Ruhig betrete ich das Zimmer und begrüße den Bewohner, neben seinem Bett stehend, zuerst verbal.

Der erste Eindruck (und die Vorinformation in der Dienstübergabe zuvor) lässt mich wahrnehmen:

- Wie geht es Herrn / Frau nn gerade ?
- Welche Gesichtsfarbe hat er / sie ?
- Wie ist der Atemrhythmus ?
- Wie lang sind die Atempausen ?
- Welchen Geruch nehme ich wahr ?
- Wie ist die Körperhaltung ?
- Macht die Lagerung Beschwerden ?

- Liegen die Ohren frei ?
- Welche Außengeräusche nehme ich wahr ?

Dann folgt das Begrüßungslied angepasst an den Atemrhythmus des Bewohners:

Schon während des Begrüßungsliedes beobachte ich, ob der Bewohner mitgeht, mein Singen durch Kaubewegungen untermalt, den Kopf dreht oder seine Mimik sich verändert.

Vielleicht liegt er aber auch nur zuhörend da, nicht immer sind die Augen offen. Ich habe mich entschlossen, erst dann mit dem Angebot aufzuhören, wenn ein Bewohner so tief schläft, dass er sich nicht wecken lässt. Dann verringere ich die Lautstärke, den Wunsch des Bewohners akzeptierend, dass er vielleicht seine Ruhe haben möchte. Die Einladung, sich auch im nächsten Moment anders zu entscheiden, möchte ich ihm nicht vorenthalten.

Ist das Begrüßungslied, das ebenso wieder auch das Lied zum Abschied einen festen Rahmen um die musiktherapeutische Sitzung legt, vorbei, warte ich eine kleine Weile der Stille ab.

Reisetampura



Wenn ein Instrument zu holen ist, sage ich das dem Bewohner. Ich bereite ihn darauf vor, dass z.B. eine Tantara über sein Bett gelegt wird. Bei einer kalten Klangschale achte ich auf ein leichtes Tuch zwischen Instrument und Bewohner. Der Klang soll als angenehm und stimulierend wahrgenommen werden.

Im Laufe der Therapiesitzungen hat sich für die meisten Bewohner eine Melodie, die sich speziell für sie entwickelt hat, ergeben. Meistens ist sie im Wiegerhythmus, enthält die Namensnennung, ist nach Dur und Moll wandel- und wiederholbar. Mit ihrem Erklängen soll sich der Bewohner daran erinnern, dass er gemeint ist. Da sie eine gemeinsame Komposition ist, wird sie auch gemeinsam gewandelt. Je nach

Tageskonstitution des Bewohners gestalte ich sie langsamer oder schneller, rhythmischer oder wiegender, lauter oder leiser, bekommt Schlenker oder Vorhalte, Pausen und Ergänzungen.



Klangschale



Fallbeispiel

Die Wachkomabewohnerin heißt Magdalena. Immer, wenn ihr Name auftaucht, reagiert sie, indem sie ihr Gesicht verzieht. Zusätzlich zieht sie den linken Arm und die Schulter an.

Die Melodie ist dem Ruf einer Mutter nach ihrem Kind nachempfunden. Der Oktavsprung zu Beginn ist auffordernd, lässt aufhorchen. Ähnlich einer Glocke wird ein freundliches Rufen ausgedrückt. Das „Komm, komm“ besteht aus kleinen Intervallen, ruht auf dem Grundton F. Durch die Sekunden, wirkt es eindringlicher, rufender.

Einem Mantra gleich wird es wiederholt, wird lauter und leiser, abgewandelt durch „Ja“ in Trillern, wenn Kaubewegungen hinzutreten.

Manchmal füge ich einen Ostinato - Ton auf der Laute, die über dem Bett in Bauchhöhe liegt, hinzu. Dabei halte ich die Hand der Bewohnerin, meinen kleinen Finger an ihrem Puls.

Wenn ich keine weitere Reaktion beobachten kann oder die Bewohnerin die Augen schließt, werde ich leiser.

Der Ostinato - Ton bleibt noch eine Weile bis er verebbt.



Aus einer kleinen Stille heraus biete ich weitere Klänge an: Klangschale, Flöte, Kalimba, Trommel, Glockenspiel.

Bleibe ich ohne Antwort, beende ich die Musiktherapiesitzung.

Ich sage an, dass ich nun das Instrument vom Körper / Bett

nehme und singe das Schlusslied, ebenfalls im Atemrhythmus der Bewohnerin.

Kalimba

Das Schlusslied hat die Melodie von „Kumba yah, my Lord“, ist daher einigen bekannt. Als Schlusslied in der Gruppentherapie ist es z.B. mit *resonator bells* leicht zu spielen. Ich passe es dem Atemrhythmus an. Auch hier wird der Name des Bewohners wieder gesungen.

resonator bells

Bei drei Bewohnern arbeite ich auch rezeptiv mit CDs, die Freunde und Verwandten aufgenommen haben. Nach langen Gesprächen über die biografischen Hintergründe des Bewohners, kristallisierten sich besondere Stücke heraus, die im Leben der Bewohner mit positiven Momenten verbunden waren. (siehe Beispiele von Herrn L. und Herrn S.)

CDs mit biografischem Hintergrund

Erst von ferne und leise, dann lauter und dichter, biete ich dem Bewohner, seine Hand haltend, die Songs seiner Vergangenheit an. Auch die werden dann – je nach Reaktion – in das musiktherapeutische Ritual aufgenommen. Sie helfen erinnern und bearbeiten, sie locken und wecken Emotionen.

<i>Abschiedsritual</i>	<p>Ist die Sitzung nach dem Schlusslied beendet, streichele ich vorsichtig über Kopf oder Arm des Bewohner die Sitzung aus, verabschiede mich noch einmal verbal, und verlasse leise das Zimmer.</p> <p>Direkt im Anschluss daran notiere ich mir die wichtigsten Erlebnisse in der Sitzung. Erst am Nachmittag - mit Abstand vom Erlebten - bearbeite ich die weiterführenden Infos aus der Erinnerung. Videodokumentation helfen mir Prozesse zu analysieren, Strukturen und Muster - auch bei mir - zu entdecken und zu reflektieren.</p>
<i>Videodokumentation</i>	<p>In der Dienstübergabe des nächsten Einsatztages kann ich im Therapeutenteam meine Beobachtungen artikulieren, erfahre Ergänzungen oder Bestätigungen des Beobachteten.</p>
<i>Teamarbeit</i>	<p>So lassen sich gemeinsam Strategien entwickeln, die sich gegenseitig unterstützen und ergänzen. Durch die Musiktherapie eingeführte Klänge - wie im Gesang der Vokal A lassen sich auch für die Logopädie nutzen. Eine positive Unterstützung für den Bewohner im Gesamtkonzept auf der Basis der ganzheitlichen, beziehungsmedizinischen Betreuung.</p>
<i>Musiktherapie mit Herrn S.</i>	<p>Herr S., Jahrgang 1963 erlitt mit 38 Jahren einen Hinterwand-Infarkt und musste reanimiert werden. Seit Mai 2001 ist er im Wachkoma.</p> <p>Er ist von schwächlicher Statur, sein schwarzes Haar ist schütter, seine Gesichtshaut rosig. Seine großen, blauen Augen, die unruhig wandern, beherrschen den ersten Eindruck. Seine Hände sind in den Handgelenken über die Maßen kontrakt in Richtung der Unterarme, seine Füße sind in einem Streckspastik.</p> <p>Herzrhythmusstörungen sind weiterhin für ihn ein großes Problem. Der Puls ist kaum fühlbar.</p> <p>Neben seinem Bett und am Ampullenständer hängen Fanartikel des Fußballvereins Schalke. Blau-weiß ist ebenfalls Herrn S. favorisierte Farbkombination.</p> <p>Sportsendungen und Fußballspiele verfolgt er mit Interesse, aber auch die Durchsage der Spielergebnisse seines Lieblingsvereins beantwortet er mit begeisterter Pressatmung.</p> <p>Mit der Physiotherapeutin, die mit ihm in permanentem Fußball-Gespräch ist, steht er in engem Kontakt über die Atmung.</p> <p>Auf Sätze wie: " Andreas, wenn Du mich hörst, dann atme tief ein..", reagiert er verzögert, aber adäquat bei ihr.</p> <p>Zu anderen Personen (Bezugspflege o.ä.) nimmt er keinen Kontakt auf. Myoklonien verzerren oft seine sympathischen Gesichtszüge.</p> <p>Zwar ist Herr S. in der Musiktherapie immer sehr aufmerksam gewesen, aber eine besondere Affinität war lange nicht sichtbar. Heute, nach 25 Therapiesitzungen, scheint ich sein Vertrauen gewonnen zu haben. Heute beginnt die Pressatmung schon bei der Begrüßungsmelodie.</p> <p>Im folgenden sollen einige Musiktherapiesitzungen beschrieben werden:</p> <p>16. Therapiesitzung</p> <p>Die entscheidende Wende brachte bei ihm der Einsatz des Fanliedes „Schalke – blau – weiß“ aus dem Internet. Ich hatte die oben genannte Kollegin gebeten, an einigen Therapiesitzungen teilzunehmen. Sie gab mir den Hinweis zu dieser Möglichkeit, den ich gerne aufgriff. Und so war sie auch beim ersten Anhören dabei. Mit den ersten Tönen ging ein Lächeln über Herrn S. Gesicht, emotionale Berührung wurde sichtbar, indem seine Augen feucht wurden, besonders an der Textstelle, wo von „tausend Freunden und tausend Lichtern“ gesungen wurde.</p> <p>Während des gesamten Liedes hielt die Physiotherapeutin seine Hand.</p> <p>Nach zweimaligem Anhören des Liedes ließen wir Stille einkehren.</p> <p>Ich nahm im Gesang die Melodie auf und übertrug sie in seinen Pressatem, was zu einem befremdlichen Holpern in der Melodie-Führung führte, aber Herr S. öffnete den Mund, der bis dahin fest verschlossen gewesen war, so dass auch die Zahnpflege bei ihm ein großes Problem darstellt. Er atmete nun durch den Mund. Wollte er mitsingen?</p>
<i>Fanlied „Schalke blau weiß“</i>	

17. Therapiesitzung

Auch dieses Mal reagierte Herr S. beim Anhören mit einem Lächeln und ging in die Pressatmung über. Nun hörten wir den Song nur einmal und ich übernahm wieder den Gesang. Herr S. atmete mit, öffnete aber dieses Mal nicht den Mund.

Nach dem Abschiedslied saß ich noch eine Weile bei Herrn S. im Zimmer etwas weiter weg und schrieb meine Kurzreflexion, als ich Klackgeräusche (Zungenschnalzen am Gaumen) in Verbindung mit Kaubewegungen von Herrn S. hörte. Sie kehrten wieder und wieder. Ich beantwortete sie ebenfalls mit Klackgeräuschen. Herr S. reagierte sofort mit Lidbewegungen. Nach drei Malen stoppte ich, wartete – wieder erneutes Klacken, wie ein Rufen, ich antwortete wieder, trat dann nochmals ans Bett, verabschiedete mich erneut und versicherte, dass ich wiederkäme.

20. Therapiesitzung

Die nächsten drei Sitzungen wurden per Video aufgezeichnet und im interdisziplinären Team reflektiert.

Wir hatten oft den Eindruck, dass Herr S. überfordert war, und die angebotenen Informationen nicht verarbeiten konnte. So beschlossen wir in der weiteren Therapie die Informationsmenge auch in der Musik zu drosseln und mehr Wert auf basale Stimulation im Körpererleben (Fühlen von Schwingungen) zu legen.

In den nächsten Wochen verschlechterte sich jedoch sein Gesundheitszustand, dass wir die Videoaufzeichnungen abbrechen.

29. Therapiesitzung

Ich hatte die Bar-Chimes am Bett des Bewohners befestigt. Mit der Flöte intonierte ich eine Melodie und begleitete sie leise auf den Chimes, deren Bewegungen Herrn S. zum Hinblicken animierten.

Leise Töne in Melodieform schien Herr S. eher als angenehm zu erleben, als laute, harte Geräusche.

Da die Musiktherapiesitzungen am Bett stattfinden und Herr S. ein Zweibettzimmer bewohnt, wird er oft durch die Nebengeräusche des Bettneighbours abgelenkt.

In dieser Sitzung agierte Herr S. wieder mit Kaubewegungen und Zungenschnalzen.

31. Therapiesitzung

Starke Blähungen und Myoklonien beeinträchtigen die Sitzung.

Herr S. schläft über leisem Gesang ein.

Bar-Chimes

Fazit

Bei Herrn S. hatten wir gedacht, auf einem Aufwärtstrend zu sein.

Durch die positive Reaktion auf den Fan - Song hatten wir uns in der Hoffnung gewogen, ihn aus seinem „persistent vegetative state“ locken zu können, ihm wieder ein Stückchen von der Welt ahnen zu lassen. Doch Herr S. hat sich anderes entschieden und wieder zurückgezogen. Sein Tempo ist ein anderes als unseres. Ein gutes Beispiel dafür, dass Therapie nicht linear verläuft, auch wenn scheinbare Erfolge wie „Edelsteine“ den Weg säumen.

Das Wichtigste war und ist, zu erfahren, dass es möglich ist, Kontakt aufzunehmen. Die Musik kann dabei entscheidende Schritte übernehmen kann.

Auch Herrn S. Versuche, mit mir über das Klacken Kontakt aufzunehmen sind eine beglückende Erfahrung. Versuche der Reproduktion durch die Ergotherapeutin schlugen fehl. War und ist es sein spezielles Angebot an mich?

Als ich Herrn L. im Mai 2002 kennen lerne, ist er gerade vierzig Jahre alt geworden. Im Januar 1999 hatte er nach einem schweren Autounfall ein offenes Schädel-Hirn-Trauma mit der Diagnose III. Grad plus Hydrocephallus occales erlitten. Seither ist er im Wachkoma. Nach der Akutphase wurde er im Mai 99 in die Kaiser-Otto-Residenz verlegt.

Da er aktiv atmet, konnte er von der Trachialkanüle befreit werden. Seine linke Gesichtshälfte erscheint gelähmt, das linke Auge ist geschlossen. Das rechte ist offen und aktiv. Unruhig wandert es vom äußeren Augenwinkel zum inneren. Sein Kopf ist nach hinten überstreckt. Seine Hände spastisch gestreckt. Der Körper ist in der Hüfte auf 30 Grad gekrümmt. Viele Kissen stützen seinen

*Musiktherapie
mit Herrn L.*

Körper bei der Lagerung auf einer Wechseldruckmatratze, deren permanente Pumpgeräuschkulisse im Zimmer vorherrscht.

Eine starke Verschleimung der Lunge und Luftröhre zwingt ihn immer wieder in starke Hustenanfälle, die in Spasmen enden.

Er reagiert auf den Erstkontakt sehr angstvoll mit Zittern, was sich nach wenigen Minuten legt.

Rechts neben seinem Bett stehend, dass mich sein offenes Auge sehen kann, begrüße ich ihn verbal, stelle mich vor und beginne mit dem Begrüßungslied. Das Auge stellt seine Wanderung ein, er scheint zu lauschen. Vorsichtig nehme seine rechte Hand, einen Finger an seinem Puls. Der Atem ist schnell und unregelmäßig.

Ich nehme den Pulsrhythmus als stark und stringent wahr, schwinde mich auf ihn ein und beginne leise im Pulsrhythmus zu summen. Der Kopf wendet sich mir zu. Herr L. hört intensiv zu.

Nach einigen Minuten verabschiede ich mich mit dem Abschiedslied, streiche über Herrn L.'s Arm und verlassen den Raum.

Weitere Sitzungen sollen nun dargestellt werden:

3. Therapiesitzung

Nun reagiert Herr L. auf mein Kommen mit Ruhe. Sein Atem ist gleichmäßig. Das Auge findet schneller einen Ruhepunkt im Zuhören. In der 2. Therapiesitzung hatte ich ein Mantra nach einem indischen Lied versucht, nachdem ich mir Fotos von Herrn L.'s früherem Leben angeschaut hatte. Durch Aktenstudium wusste ich von seinen Reisen und seinen kulturellen Vorlieben. Nach dem Begrüßungslied gehe ich zum Mantra über, mich leise auf der Gitarrenlaute, die über dem Bett liegt, mit dem Grundton E in der Oktave begleitend. Herr L. geht nun in Kaubewegungen mit.

Schwere Hustenanfälle unterbrechen den Fluss. Wenn sich die Reizungen legen, der Schleim ausgeschieden war, wird Herr L. durch Zittern geschüttelt. Er lässt zu, dass ich seinen Kopf mit Kissen in den Arm nehme, mit der rechten Hand dem Kopf auf der Stirn haltend, weitersumme. Ihm so Halt bietend, beruhigt er sich schnell.

Lautierend beschwert er sich scheinbar. Seine Lautäußerungen nehme ich musikalisch in Lautstärke und glissandi auf. Nach 20 Minuten endet die Sitzung.

The image shows two staves of musical notation. The top staff is labeled 'Mantra' and the bottom staff is labeled 'D - ostinato'. Both are in 4/4 time and G major. The Mantra lyrics are: 'Ha - lo, Ka - li, Ha - li - o, Ha - li - lo' on the first line and 'Ha - li - lo, Ka - li - li, Kal - li, Ha - li' on the second line. The D-ostinato consists of a single melodic line with a steady rhythm.

6. Therapiesitzung

Herr L. ist nach der Pflege müde, aber aufmerksam. Er wirkt blass und unruhig.

Das Mantra ist zur Erkennungsmelodie geworden, während Begrüßungs- und Abschiedslied weiterhin den Rahmen geben.

Herr L. geht nun durch Kaubewegungen im Takt mit. In Takt 9 des Mantras warte ich auf den Einsatz durch Herrn L.'s Kauen. Bleibt es aus, singe ich nicht weiter, warte so lange, bis er durch Kauen das Weitersingen bestimmt. Herr L. scheint an diesem Spiel Spaß zu haben. Sein Auge sucht Blickkontakt. Kein Hustenanfall behindert die Sitzung. Als sie beendet ist, ist Herrn L.'s Gesichtsfarbe rosig, sein Auge wirkt wach und konzentriert.

9. Therapiesitzung

Herr L. begrüßt mich mit einem kleinen Lächeln. Nach wenigen Minuten schüttelt ihn ein schwerer Husten, der Kopf streckt sich nach hinten. Unter der Kopfhaut ist eine Hochwölbung der Hirnmasse vor Anstrengung zu sehen. Das Gesicht läuft rot an, ein Zittern beginnt. Die Angst zu ersticken ist deutlich spürbar.

Ich nehme seinen Kopf mit Kissen in den Arm und lagere ihn höher. Ein starker Schleimerguss nach der Kopfstütze verschafft Erleichterung. Entspannung erfolgt beim Gesang, der durch Herrn L.'s lautierendes Beschweren bestimmt wird. Ich nehme den spürbaren Schmerz auf in abschwingenden glissandi.



Herr L. atmet stimmhaft mit. Er wird ruhiger. Ich nehme das Mantra wieder auf. Herr L. lächelt, während sich eine kleine Träne aus dem linken Auge löst.

Im August erfahre ich durch Herrn L.'s Schwester von seinen musikalischen Vorlieben und bitte sie eine Aufnahme seiner Lieblingstitel zusammenzustellen, was sie auch tut.

14. Therapiesitzung

Herr L. zeigt sich heute wach, gut gelaunt und aufnahmebereit.

Unter Herrn L.'s Lieblingstitel ist „WIND OF CHANGE“ von den Scorpions. Ich setze bewusst diesen Titel ein, weil er sich mit einem Konzertbesuch und positiven Erlebnissen verbindet.

Nach einer Vorbereitung nach gewohntem Muster, erzähle ich Herrn L. nun, dass wir uns eine Musik gemeinsam anhören wollen.

Erst leise, dann ein zweites Mal lauter, spiele ich den Song ab. Beim Hören ist Herr L. konzentriert, sein Auge steht fast starr ohne Lidbewegung. Er kaut nicht mit. Sein Atem geht gleichmäßig und ruhig. Ich lasse das Gehörte nachklingen, bevor ich die Pfeif-Melodie übernehme. Jetzt setzt Herr L. mit Kaubewegungen ein, begleitet mit. Nach einer kurzen Stille und dem Abschiedslied streichele ich Herrn L.- wie gewohnt - über den Arm und gehe.

Mehrmals am Vormittag schaue ich in Herrn L.'s Zimmer vorbei und habe auch die Pflege um weitere Beobachtung gebeten.

*Rezeptive Musik-
therapie*

16. Therapiesitzung

Heute probiere ich einen weiteren Song aus. Udo Lindbergs ' CELLO ' ist auf einer anderen Aufnahme der Schwester und markiert einen anderen Abschnitt in Herrn L.'s Leben. Dazu führe ich die tieffrequenten Klänge des Cellos ein. Herr L. ist sichtlich entspannt und scheint die tiefen Bass-töne zu mögen. Ich spiele das Cello auf der linken Bettseite, um Herrn L. zum Kopfwenden zu motivieren, was er aber nicht tut. Sein Blick geht ins Leere. Ich wechsele die Bettseite, spiele nun von rechts. Herr L. wendet sich der Klangquelle, soweit es seine Lagerung zulässt, zu. Verbal bereite ich ihn auf das Zuhören vor – erst leise, dann lauter. Ich nehme auch jetzt wieder die Cello - Solostelle auf, spiele sie selber, singe sie dann. Während des Hörens von CD und Cello ist Herr L. reaktiv konzentriert. Übernehme ich jedoch die Melodie in den Gesang und nehme dabei Herrn L.'s Hand in die meine, beginnt er mit Kaubewegungen. Ich schließe daraus, dass ihn ein direkter, persönlicher und spürbarer menschlicher Kontakt emotional mehr berührt und animiert, aktiv zu werden. Für die nächsten Therapiesitzungen habe ich hauptsächlich den Gesang ohne weitere Instrumente gewählt.

24. Therapiesitzung

Ich setze nun wieder rezeptive Mittel ein. Der Cello - Song kommt wieder zum Einsatz, Herr L. geht im Rhythmus des Liedes mit Kaubewegungen mit.

Das Vertrauensverhältnis zu mir ist gewachsen. Herr L. lässt nun Klangmassagen zu, scheint sie zu genießen. Das Brummen der Klangschale begleitet er mit kurzen Brummtönen. Ich ermuntere ihn zu weiterem Lautieren. (In Absprache mit der Logopädin vereinbaren wir die weitere Vorgehensweise) Sein rechtes Auge scheint zunehmend mehr zu fixieren.

35. Therapiesitzung

Die Logopädin ist mit ihrer Therapie noch nicht fertig, als ich schon den Raum betrete. Ich werde eingeladen teilzunehmen. Die Logopädin lockert Herrn L.'s Kinnpartie und trainiert die Schluck-Reflexe. Herr L. arbeitet sehr gut mit. Ein besonders starker Hustenreiz schüttelt ihn, zwingt sofort in die Spasmen. Da ich gute Erfahrungen mit Nähe bei ihm gemacht habe, greife ich ein, nehme den Kopf mit Kissen in den Arm und fange sofort an das bekannte Mantra zu summen. Innerhalb weniger Minuten beruhigt sich Herr L. Wir setzen ihn so aufrecht wie möglich, gestützt von vielen Kissen. Sofort beginnt er mit mir zu singen und begleitet mich im Mantrarhythmus. So singen wir ca. zwei Minuten. Er wählt Ä und A als Gesangs-laute, ist diffus in der Melodieführung, aber deutlich im Rhythmus. Wir beenden gemeinsam den Gesang mit einem langen Ah.... Herr L. lächelt.

Klangmassage

Gesang

Fazit

Für Herrn L. ist die Musiktherapie die wichtigste Begleiterin geworden. Mehr noch als bei Logopädie oder Physiotherapie ist er hier ansprechbar, emotional offenbart er sich in der Musiktherapie, zeigt hier Trauer oder Freude. Um aktiv ein Instrument zu spielen ist Herr L. zu sehr in seinem gepeinigten Körper gefangen, aber er gebraucht dankbar die Mithilfe der Musiktherapeutin, um sich mitzuteilen. Ich bin dankbar und freue mich, dass ich ihn dabei begleiten darf.

Musiktherapie mit Mark H.

Den fünfjährigen Jungen lernte ich im Rahmen meiner Praxistätigkeit in der Neuropädiatrie der St Mauritius Klinik in Meerbusch im März 2002 kennen. Beim Familienurlaub auf Mallorca war Mark nach einem Ertrinkungsunfall im Swimmingpool der Hotelanlage reanimiert worden. Seit drei Wochen lag er nun im Wachkoma. Die Diagnose lautete: hypoxischer Hirnschaden und apallisches Syndrom.

Während die Arme angewinkelt starr und die Hände in Fauststellung waren, befanden sich Beine und Füße in einer Streckspastik. Der Kopf war in den Nacken überstreckt. Ein Neglect hielt den Kopf in Richtung linker Schulter.

Mark wurde über eine PEG ernährt. Die Medikation erfolgte über eine subkutane Pumpe.

Mark konnte selbständig atmen. Seine Augen waren in den Wachphasen, wenn er nicht weinte, weit geöffnet.

Anfänglich weinte Mark ununterbrochen. Seine Mutter, zu der er ein sehr enges Verhältnis hatte, bewohnte mit ihm das Zimmer.

Mark ließ sich allerdings auch von ihr – sei es über verbale Ansprache oder Körperkontakt - nicht beruhigen. Lediglich in den Schlafphasen kam er zur Ruhe.

So bot sich Musiktherapie als Möglichkeit der sanften Annäherung und Entspannung an. Da es für das Kind unangenehm war mobilisiert zu werden, fanden meine Besuche hauptsächlich bei ihm am Bett statt.

Im folgenden soll der musiktherapeutische Prozess dargestellt werden:

1. Therapiesitzung

In einem Vorgespräch mit der Mutter erkundigte ich mich nach Marks Hörgewohnheiten und Lieblingsliedern, besonders solchen, die ihm seine Mutter als Kleinkind vorgesungen hat.

Frau H. berichtete von vielen Kinderlieder MC's, mit denen sie versuche Mark zu beruhigen. Als Lieblingslied gab sie an: „La, li, lu – nur der Mann im Mond schaut zu“.

Gesang

Mit diesem Lied und einer Gitarre näherte ich mich links seitlich am Bett stehend dem weinenden Kind. Mark hörte nach einer kleinen Weile auf zu weinen und lauschte meinem leisen Gesang. Summend ging ich dann in eine kleine, wiegende Melodie über, die Mark mit einem genüsslichen Mümmeln begleitete. Diese Melodie sollte später unsere Erkennungsmelodie werden. Dass ich seine Hand hielt, ließ Mark nicht zu, sondern er entzog sie mir. Nach ca. 10 Minuten begann Mark seine Augen zu schließen. Gleichmäßig atmend war er eingeschlafen. Ich beendete ich die Sitzung mit einem Abschiedslied.

Vor der Zimmertüre reflektierten die Mutter, die während der Sitzung anwesend war, und ihren Sohn und die gemessenen Pulswerte (Mark war anfangs noch an einen Pulsmesser angeschlossen – Anfangs RR bei 97, dann zu Beginn um 110, pendelte sich bei 82 ein) genau beobachtet hatte, und ich das Erlebte.

Sie freute sich, dass Mark zur Ruhe gefunden hatte, und dass er auf Musik so gut ansprach. Wir vereinbarten den nächsten Besuch in der kommenden Woche. Ich bat die Mutter in dieser Zeit die Kassettenmusik zu dosieren – und ermunterte sie für ihren Jungen selber zu singen oder zu summen.

2. Therapiesitzung

In der nächsten Woche schallte mir Marks Schreien schon laut auf dem Flur entgegen. Die Physiotherapeutin hatte gerade ihre Therapie beendet. Mit ihr, der Mutter und dem Stationsarzt besprachen wir, ob eine anschließende Musiktherapie sinnvoll sei. Wir einigten uns auf einen Versuch mit dem Schwerpunkt Entspannung.

So näherte ich mich sanft dem weinenden Kind und legte ihm - unsere kleine Melodie leise summend – meine Hand auf den Kopf. Ziemlich schnell hörte das Weinen auf, und Mark lauschte meinem Singen. Ich wiederholte in seinem Atemrhythmus immer wieder die kleine Melodie. Er begann wieder mit seinem Mümmeln, die Augen weit geöffnet. Gemeinsam gestalteten wir die Wendung nach Moll, als er leicht die Augenbrauen zusammenzog. Als sein Gesicht sich wieder

entspannte, antwortete ich in Dur. Mark sanft über den Kopf streichelnd sang ich das Abschiedslied.

5. Therapiesitzung

Bald hatte sich Marks Zustand sichtbar verbessert. Sein Weinen hatte nachgelassen. Langsam stellte sich ein Nacht – Tag- Rhythmus ein und verschaffte auch der Mutter den wohlthuenden Schlaf.

Mark ließ nun den Sitz im Rolli zu, und so besuchten seine Mutter und er mich im Musiktherapieraum. Mit unserem Begrüßungslied hieß ich Mark und seine Mutter herzlich willkommen, setzte dann zu unserer Melodie den tiefen Ostinatoton D auf dem Keyboard hinzu. Mark lauschte konzentriert, seine Augen spürten der Klangquelle nach. Sein Mümmeln begann nun schon nach wenigen Takten. Seine Hände öffneten sich, schienen Berührung zu suchen. Vorsichtig hielt ich ihm meine Hand entgegen. Seine Finger umschlossen meinen Zeigefinger. So verharrten wir für einige Minuten. Mit dem Abschiedslied beendete ich nach 15 Minuten die Sitzung.

Später, auf der Station, erzählte mir Marks Mutter noch einmal von dem Unfall, von ihren Schuldgefühlen, ihrer Angst vor der Zukunft, besonders auch um die noch kleine Schwester von Mark.

Dieses Gespräch gab den Anlass und die Erkenntnis, dass dringend eine Oase für Eltern geschaffen werden musste. Gemeinsam mit der Heilpädagogin und der hauptamtlichen Musiktherapeutin wurde diese Oase ins Leben gerufen. Marks Mutter hatte hier die Gelegenheit, wie auch die anderen betroffenen Eltern, die traumatischen Erlebnisse mit ihren Kindern anzusprechen, aufzuarbeiten und / oder die Zeit in der Klinik, die bis zu drei Monaten dauern konnte, für sich zu nutzen. Hier wurde es nach einer Trauerphase Frau H. bewusst, dass sie ihr ' altes Kind ' so nicht wiederbekäme, sondern, dass eine neue Zeit für sie und die Familie bevorsteht. Erst jetzt konnte Marks Mutter loslassen.

Meines Erachtens ist Marks stetiger Fortschritt u.a. dieser Erkenntnis zu verdanken. Durch das Loslassen - auch der vermeintlichen Schuld – hat auch Mark seine Verkrampfungen loslassen können. Die Musik wurde ihm eine wichtige Brücke ins Leben. Während die Physiotherapie ihm weiterhin Schmerzen bereitete, war die Wassertherapie – siehe Ertrinkungsunfall – für ihn eine Möglichkeit der Aufarbeitung.

Er genoss es im warmen Wasser auf Händen getragen zu werden. Das veranlasste seine Eltern ihn im nächsten Jahr zur Delphintherapie nach Florida anzumelden. Er liebte es, auf einer Matte liegend, in der Nesthaltung beschallt zu werden. Besonders tiefe Töne ließen ein Lächeln über sein Gesicht huschen. Der Neglect hatte sich zum Ende seines Klinikaufenthaltes deutlich verringert, daß er selbständig seinen Kopf wenden konnte.

Mark weinte kaum noch. Seine Mutter verbrachte wegen der kleinen Schwester zwischendurch auch einige Tage zuhause, um u.a. den behindertengerechten Umbau der Wohnung zu beaufsichtigen.

Ein Instrument hat Mark nicht spielen wollen, aber von mir verabschiedete er sich mit dem ihm eigenen Instrument: seiner Stimme. Lautierend, als wolle er mitsummen, verabschiedeten wir uns mit unserer Melodie.

Gehen wir erstens davon aus, dass Menschen im Wachkoma vollwertige Menschen sind, die sich lediglich in einer anderen Lebensform befinden als wir, zweitens – dass sie Menschen sind, die Wahrnehmungen haben, wenn auch andere als wir, und drittens setzen wir voraus, dass die Musik eine besondere Kommunikationsebene bildet, weil sie den Menschen im Wachkoma in seinem Sosein erreicht und ernstnimmt, so ist der Musiktherapeut als Mensch ein besonderes Gegenüber für den Wachkomabewohner.

Er nimmt eine andere Rolle ein, als Angehörige, Pflegende, Logopäden, Ergo- oder Physiotherapeuten, weil er den Menschen im Wachkoma da abholt, wo dieser seine größten kommunikativen Stärken hat.

Er handelt nicht am Menschen, sondern er handelt mit ihm! Er nutzt die Möglichkeiten, die der Wachkomabewohner hat, indem er sie sensibel registriert, in das musikalische Geschehen aufnimmt, den Bewohner spiegelt und ihm das Gegenüber bietet, das jeder Mensch braucht, um sich selbst wahrzunehmen.

*Angehörigenar-
beit*

*Die therapeuti-
sche Beziehung*

*Gegenübertra-
gungsthemen und
-gefühle*

Musik eignet sich als gemeinsame Sprache, weil sie nonverbal ist. Im Rhythmus, in gestalteter Melodie, in Lautstärke, in accelerandi, in glissandi und durch die Wahl der Instrumente findet sich die beste Art der Kontaktaufnahme und Kommunikation.

Wie in jeder Therapie bringen beide, Therapeut und Klient, ihre Möglichkeiten und ihre Themen mit. Raumgestaltung (wo findet die Therapie statt ? Wie sind die Rahmenbedingungen? Welche brauchen wir? Welcher Bewohner kann welches Instrument bedienen? Wie positioniere ich es richtig? Die Frage der Rollstühle und der Wege) und Bereitstellung der Instrumente richtet sich nach den Möglichkeiten des Hauses und des Therapeuten.

Der kreative Akt findet dann in der Musik statt. Hier lässt sich der Therapeut auf die Führung durch den Klienten ein, seine Fragen und seine Themen dürfen hier Vorrang haben. Das gilt auch für die Arbeit mit dem Wachkomabewohnern, die oftmals durch eine besonders sensible Tageskonstitution zusätzlich behindert werden. Magen - Darmprobleme, Erkältungen und starkes Verschleimen, Kreislaufprobleme und Atemnot machen oftmals eine Therapie unmöglich.

Seine eigenen Themen und Gefühle, die durch die Begegnung mit den Menschen im Wachkoma aktualisiert werden, muss der Musiktherapeut in ehrlicher Reflexion im Auge behalten und an anderer Stelle, vor allem in der Supervision, bearbeiten. Mögliche Themen wie: Mitleid, Ungeduld, Sympathie, Ekel, Angst vor dem Sterben und dem Tod, religiöse Fragestellungen, Pausen und Stille ertragen, Frage nach Erfolg etc.

Nur dann kann er seinem Gegenüber volle Aufmerksamkeit gewähren und sich auf den musikalischen Prozess konzentrieren.

Folgt er den Signalen, die der Wachkomabewohner sendet, wie Atemrhythmus, Atemtiefe, Atemfrequenz, Pulsfrequenz und Herzschlag, mimischen oder gar stimmlich lautierenden Äußerungen, Fingerbewegung, aber auch Zuckungen und Spasmen, und setzt sie in Musik um, so gestaltet er gemeinsam mit seinem Gegenüber das Musikstück, dann verhilft er dem Wachkomabewohner zu:

- Selbstwahrnehmung im Gegenüber
- zur Orientierung im Takt
- zur Motivation in der kreativen Gestaltung im Hier und Jetzt
- zur Eigenakzeptanz
- zur Lebensfreude

Im Gesang verleiht der Therapeut dem, der seine Stimme verloren hat, einen Ausdruck. In der Berührung mit der Hand des Bewohners oder durch die Schwingungen eines Instrumentes wird basal der taktile Sinn stimuliert. Die emotionale Befindlichkeit des Wachkomabewohners, seine Angst, sein Schmerz, aber auch seine Freude, werden wahrgenommen, in Klänge umgesetzt, und dadurch geteilt und verarbeitet.

Das Vertrauen, die Vertrautheit, die sich im Laufe einer Therapiefolge entwickeln kann, mag einem Menschen im Wachkoma die Basis zum Willen zur Remission geben. Geduld, langer Atem, genaue Beobachtung, kreative und flexible Musikgestaltung, Bereitschaft zum Einsatz von Atem und Stimme, Freude an Nähe und Berührung, Lust an Ritualen, sind – neben anderem - die Voraussetzungen, die ein Musiktherapeut in einer Pflegestation für Wachkomabewohner mitbringen sollte.

Der dialogische Prozess ist es, der Veränderung bringen kann. „Unsere Aufgabe als Musiktherapeuten ist es nun, diese (...) Prozesse dadurch zu erleichtern, dass

wir – im übertragenen und wörtlichen Sinne – dieses Improvisations- Repertoire erweitern, um so auf umwälzende Veränderungen zu reagieren, oder auch ein neues Repertoire zu entwickeln, wenn das Leben durch einen unglücklichen Umstand erheblich gestört ist“ (Aldridge in Gustorff und Hannich, 2000, 45)

Wie das Leben, unterliegt auch die Musik der Zeit. Zwar ist ein Musikstück wiederholbar, doch niemals genauso, wie in dem Moment ihres Geschehens. Selbst das Anhören von Musik auf CDs oder anderen Tonträgern unterliegt im nächsten Moment schon einem anderen Gefühl beim Hörer. Insofern ist Musik immer einmalig, im Zeitfluss und unwiederbringlich.

Neben der Melodie und der Lautstärke geben Tempo und Rhythmus einem Musikstück seinen Charakter. Sie bedeuten Struktur und geben Spieler und Hörer die Möglichkeit mitzuschwingen. Der individuelle Rhythmus des einzelnen, sein ihm eigenes Tempo geben auch dem Individuum seine Unverwechselbarkeit. Die Uhr der westlichen Gesellschaft legt ein rasantes Tempo vor. Die vielzähligen Mittel zur Kommunikation lassen schnellere Gleichzeitigkeit zu, sparen angeblich immer mehr Zeit. Kollidieren die Zeitrhythmen, gerät ein Mensch aus dem Takt. Seine Psyche oder / und sein Körper streiken.

Dann ist Zeit als CHRONOS ist vorbei. Das Funktionieren nach der Stechuhr ist unterbrochen. Der Mensch ist auf sich selbst zurückgeworfen. Er erfährt, dass die Maßstäbe des Funktionierens nicht mehr zählen.

Eine andere Qualität Zeit beginnt, nach der Zäsur im besten Fall eine Zeit der Erneuerung, eine Zeit mit individueller Struktur. David Aldridge nennt sie die „gute Zeit“ - den KAIROS. Es ist die Zeit, die der / die einzelne nutzen kann für sich, der Moment, der Umkehr bringt in der Therapie, besonders in der Musik, in der er / sie seinen / ihren eigenen Rhythmus erleben kann.

Für Menschen im Wachkoma ist die Uhrzeit außer Kraft gesetzt. Bei ihnen geben – wie für andere Rekonvaleszenten – nicht z.B. Mahlzeiten einen Tagesrhythmus an, da sie über eine Sonde ernährt werden. Ihr Alltag strukturiert sich aus den Begegnungen mit den Pflegenden, den Therapeuten, den Angehörigen, und das für sie in einer nicht nachzumessenden Zeit. Reaktionen sind verlangsamt und beziehen sich nicht immer auf das gerade Geschehene. Oder aber sie bleiben ganz aus, weil das Geschehen (noch) nicht verarbeitet werden kann.

Musik ist nicht wie eine Tablette, die eine chemische Reaktion nach sich zieht, nach dem Ursache - Wirkung – Prinzip.

Der Kairos ist für Menschen im Wachkoma der Moment, wo er erlebt, dass er gemeint ist, sich auf die Musik einlässt und auf sie antwortet, im gemeinsam entwickelten Metrum mitgeht. Hier gewinnt der Moment Bedeutung, der Moment des Miteinanders, der Moment des aktiven Gestaltens.

Während Begrüßungslied und Abschiedslied den äußeren Rahmen der musiktherapeutischen Begegnung bilden, ist die individuelle Melodie für den / die einzelnen der Mittelpunkt.

In der Improvisation versuche ich achtsam auch für ein Ende zu sein. Ist alles gesagt?

Für mich war es eine besondere – nicht immer konfliktfreie – Erfahrung im Umgang mit der Zeit auf der Wachkomastation.

Gewöhnt, schnell und effektiv den Arbeitsalltag zu strukturieren und die gestellten Aufgaben in optimaler Zeit anzugehen, gelten nun die Maßstäbe der Verlangsa-

*Das Thema
„Zeit“ im Wach-
koma und im
musiktherapeuti-
schen Prozess*

mung, der Achtsamkeit auf die kleinsten Zeichen, Kreativität im Minimalistischen zu entwickeln.

Zeit hat in der Therapie eine andere Bedeutung. Will sie dem Menschen, der der Therapie bedarf, gerecht werden, setzt er – der Klient - die Maßstäbe des Was und des Wann. Kairos ist nicht abrufbar, wie sich auch ein Fluss nicht anschieben lässt. Die Rolle des Therapeuten ist zu begleiten, Methoden anzubieten, sensibel zu beobachten und zu reflektieren, zu strukturieren und den Zeitpunkt wahrzunehmen, wann etwas geschehen will. Thema und Tempo sind die Sache der Therapiesuchenden.

Dieses zu erleben und selbst anzuwenden schaffte für mich einen Rollenkonflikt zwischen Organisation und dem Setzen pädagogischer Strukturen und dem therapiegerechten Verhalten. Abwarten, nicht eingreifen – nicht zu früh und zu ungeduldig zu intervenieren, dem Patienten die Führung zu überlassen, bedeutete für mich vor allem auch Arbeit an mir selbst.

*Musiktherapie
und das interdisziplinäre Team*

In vielen Einrichtungen, in denen Patienten im Wachkoma betreut werden, gehören Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie zum Standardangebot. Die Musiktherapie ist, weil medizinische Erfolge nicht nachweisbar scheinen, die „Kür“ im Reigen der funktionalen Angebote. Daher haben auch deren Ausübende, die Musiktherapeuten, oft einen recht dubiosen Stand.

Die Vorstellungen, was in der musiktherapeutischen Sitzung geschieht, ist recht vage. Oftmals begegnete mir der Satz: „Herr xx mag aber keine klassische Musik.“ oder „Frau xy bevorzugt WDR 4“. Diese Informationen zur Biographie der Bewohner sind sicherlich recht hilfreich, um sich ein Bild von der Persönlichkeit und dem früheren Leben eines Menschen zu machen. Und wie wir bei Herrn S. erfahren konnten, ist es manchmal eine hilfreiche Spur.

Doch die Musiktherapie beschreitet andere Wege als die funktionalen Therapien und lässt eine andere Sichtweise und Qualität der therapeutischen Beziehung zu. Daher war es mir wichtig, mein Arbeitsgebiet im Team der Kolleginnen und Kollegen von der Pflege und der funktionalen Therapien vorzustellen, sie auch nach Absprache einzuladen, an einem setting teilzunehmen oder sie um beobachtende Unterstützung und Informationsaustausch zum Tagesbefinden eines Bewohners zu bitten. Oftmals erlebten sie in der musiktherapeutischen Sitzung eine ungeahnte Dichte und einen Zugang, den sie auf ihrem Gebiet noch nicht erleben konnten.

Eine klare Dokumentation in der Therapieakte des Bewohners hilft bei der Transparenz und dem gegenseitigen Verstehen. So wird verhindert, dass Konkurrenzdenken um die Gunst der Bewohner entsteht und die Zusammenarbeit zum Wohle aller erleichtert.

In den Stationsbesprechungen werden alle Aspekte rund um das Befinden eines Patienten zusammengetragen.

Die Sensibilität der Pflegenden und der Therapeuten für den Menschen, der - auf totale Versorgung angewiesen - dort vor ihnen liegt, muss täglich neu erarbeitet werden. In der Musiktherapie spiegelt sich das momentane Befinden.

Der Eindruck von Aufmerksamkeit und Wachheit werden hier nicht verfälscht durch leistungsbezogene Anforderungen.

Die Musiktherapie mit ihrem individuellen Blick für den einzelnen kann ihren entscheidenden Beitrag leisten, indem sie den Signalen, die der Mensch im Wachkoma aussendet, eine musikalische Bedeutung gibt.

Eine qualifizierte Forschung auf dem Gebiet des Wachkoma wird den Stand der Musiktherapie und ihre Anerkennung im medizinischen Reigen weiterhin verbessern.

Eine Evaluation im wissenschaftlichen Sinne ist beim Thema „Wachkoma“ schwierig. Sie ist hauptsächlich möglich durch beschreibende Verfahren und deren Überprüfung.

Fazit

Ich durfte in meiner bisherigen musiktherapeutischen Praxis viele individuelle Schicksale von Kindern und Erwachsenen, deren Leben sich durch traumatische Erlebnisse total verändert hat, erleben. Sie alle haben sich auf den vegetativen Status zurückgezogen um überleben zu können.

Obgleich alle dieselbe Diagnose teilen, ist der einzelne Mensch so unterschiedlich wie sein Schicksal. So ist auch die Musik das Verbindende, das, was ihnen in das Wachkoma folgen kann, wenn andere Kommunikationsformen versagen.

Die Art der Musik, ihre Stimmung, die Lautstärke, die Tonarten, die Tempi sind so unterschiedlich, wie die Menschen. Das musikalische Erleben „bedeutet für Patienten mit apallischem Syndrom, dass höchstwahrscheinlich ‚ein direkter, vom Cortex unabhängiger Weg der akustischen Beeinflussung nicht nur vegetativer, sondern auch emotionaler und erlernter Verhaltensweisen stets erhalten bleibt“ (Grothe in Bischof, 2001, 60). Dieser Individualität und dem momentanen Zustand Rechnung zu tragen und das musikalische Angebot danach auszuwählen, ist die Aufgabe in der Musiktherapie. Das erfordert genaues Hinsehen, Mitfühlen, kreatives Ausprobieren, Forschungsarbeit in Gesprächen mit den Angehörigen und ein Einlassen auf lange Wege. Dabei wird das Bedürfnis nach Kommunikation, das auch Menschen im Wachkoma haben, vorausgesetzt.

Die Blockaden des Gefängnisses Körper mit Kontrakturen, Spasmen, Epilepsien, Wahrnehmungseinschränkungen, Blindheit u.v.a.m. können in der Musiktherapie Weitung erfahren, indem die Seele erneut Ansprache erfährt. Wenn Rehabilitation bedeutet, dass geistige und körperliche Funktionen wiederhergestellt werden mittels gezielter therapeutischer Maßnahmen, dann kann die Musiktherapie einen entscheidenden Beitrag leisten, indem sie den seelisch geistigen Boden bereitet für die funktionalen Therapien. Die Motivation im Miteinander der menschlichen Gemeinschaft leben zu wollen kann Musiktherapie stärken, und sie kann dem Menschen im Wachkoma den Weg dorthin bereiten, ihn begleiten und stützen.

Was aber, wenn der Mensch wahrnimmt: „Nein so nicht, nicht zurück zu alten, schlechten Beziehungen, nicht zurück und in diesem Zustand weiterleben!“?

Dann kann Therapie auch bedeuten, zu akzeptieren und loszulassen. Auch ein Mensch im Wachkoma hat ein Recht darauf, in Ruhe gelassen zu werden. Doch wann dafür der richtige Zeitpunkt ist, wie viele Therapieangebote vorausgehen müssen, um dann eine Therapie abzubrechen, ist schwer einzuschätzen.

In der Sterbebegleitung einer Bewohnerin, die nach einer Ganzkörperlähmung aufgrund eines Tumors in der Halswirbelsäule u.a. auch beatmet werden musste, habe ich gelernt, dass manchmal auch nur mitfühlendes Schweigen und mitgehendes Atmen eine Hilfe sein kann. Sie nahm deutlich meine Anwesenheit wahr, zeigte aber durch Stirnrunzeln, dass sie keine Musik wollte. So blieb ich an ihrem Bett schweigend sitzen. Die Stirnfalte glättete sich. Manchmal ist auch Stille die Musik des Augenblickes. Frau S. wählte den Sprung nach Nangilima. Sie verstarb friedlich, nachdem sie ein halbes Jahr lang bewegungs- und verbal mitteilungsunfähig bei geistiger Klarheit zum Pflegefall geworden war. Die Musiktherapie hat ihr viel bedeutet. Auf Phantasiereisen konnte sie noch einmal Dinge erleben, die ein reich gelebtes Leben ihr an Erinnerungen bot.

Sterbebegleitung

Musiktherapie mit Menschen im Wachkoma hat mir eine neue Welt eröffnet: Sie bietet mir die Gelegenheit zur Fürsorge um einen einzelnen, während in meiner Tätigkeit als Jugendleiterin immer der Blick auf eine ganze Gruppe gefordert war. Hier kam die Begegnung mit einzelnen oft zu kurz.

Hatte ich früher schnell und effektiv zu organisieren, ist nun eine auch für mich wohltuende Verlangsamung gefragt. Sie bietet mir ein häufigeres Innehalten auf dem Weg zu meiner eigenen Mitte.

Kreativität und Einlassen auf momentane Gegebenheiten geben mir die Freiheit, mir selbst auf die Spur zu kommen und in der behutsamen Begegnung meine eigenen Bedürfnisse und Schwächen zu sehen.

Es ist mir eine Herzensangelegenheit geworden, für die Menschen, die ihre Stimme nicht erheben können, die meinige zum Singen zu bringen, in den Facetten, die sie mir mitteilen, und die mir möglich sind.

Atem und Stimme sind für mich in dieser Arbeit zum Hauptinstrument geworden. Das Üben damit ist gleichzeitig eine Arbeit an mir selbst, und dafür bin ich den Menschen im Wachkoma besonders dankbar.

Schlusswort und Dank

An der Tür des Musiktherapieraums in Hattingen hängt ein kleiner Zettel, auf dem steht folgender kurzer Satz geschrieben:

„Die schönsten Improvisationen fliegen zurück in den Himmel, von wo sie gekommen sind.“

Das Geschenk des Himmels präsentiert sich im musikalisch schöpferischen Dialog der Menschen miteinander.

Es ist wunderbar zu erleben, dass auch diejenigen, die scheinbar am weitesten entfernt aus der mitmenschlichen Gemeinschaft leben, aus dem musikalischen Reigen, der Menschen untereinander und Menschheit und Himmel verbindet, nicht ausgeschlossen sind.

Meinem Schöpfer und den Menschen, die mir das gezeigt haben, bin ich sehr dankbar.

Ich danke:

als erstes meinem Mann Peter, der mich motiviert und unterstützt hat von C – wie Computer bis Z – wie Zugverbindungen und der mir, wenn mir die Puste auszugehen schien, Mut zusprach,

meinen Eltern, denen Musik in unserer Familie eine Herzensangelegenheit war, und die auf vieles verzichteten, um uns Kindern eine musikalische Ausbildung zukommen zu lassen

an Walter Fahrenkamp, der mich auf die Ausbildung in Siegen aufmerksam gemacht hat

Dank an Inge Kritzer, die mir im Vorgespräch schon versichert hat, dass ich in Siegen genau richtig bin und mir die ersten Schritte und - „wie Musiktherapie geht“ gezeigt hat,

an Karl – Heinz Wortmann, besonderen Dank, dass ich nun weiß, dass man einen Fluss nicht anschieben kann -, und für die kompetente Begleitung durch die Praxiszeit

Dank an Frank Henn, der mich auf die Stelle im Wachkomabereich aufmerksam gemacht und mir viele Literaturhinweise zur Verfügung gestellt hat

Herzlichen Dank an meine beiden Anleiterinnen in Hattingen, den Musiktherapeutinnen Mechthild Ehlich und Monika Platten, die mir sensibel und einfühlsam wichtige Erfahrungen im Frühreha-Bereich ermöglichten.

dem Stationsarzt der K 2, Dr. Thomas Becher und der Chefärztin der Neuropädiatrie, Frau Dr. Müller, in Meerbusch danke ich herzlich, dass sie mir „ihre“ Kinder anvertraut haben.

und last not least:

Dank an alle, die mich auf meinem Weg unterstützt und auch diesem Beitrag zum Gelingen verholfen haben.

Literatur

Aldridge, D. (Hrsg.): Kairos I – IV, Bern 1997 – 2001

Aldridge, D.: Musiktherapie in der Medizin, Bern 1999

Alvin, J.: Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder, Stuttgart, 1988

Bischof, S.: Musiktherapie mit apallischen Kindern, in: Aldridge, D. (Hrsg.): Kairos IV, Bern 2001, 58 ff

Decker-Voigt, H.-H.: Aus der Seele gespielt, München 1991

Gustroff, D. und Hannich, H.J.: Jenseits des Wortes, Bern 2000

Herkenrath A.: Musiktherapie und Wahrnehmung. Ein Beitrag der Musiktherapie zur Evaluierung der Wahrnehmungsfähigkeit bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen, in Aldridge und Dembski (Hrsg.): Music Therapy World, Witten-Herdecke 2002, 122-131

Jochims, S.: Musik - Trösterin oder Verführerin, Zeitschrift „not“, 4/2000

Lindgren, A.: Die Brüder Löwenherz, Hamburg, 1973

Netters: Neurologie, Stuttgart 2001

Schramm, A.: Koma und Bewusstlosigkeit in der basalen Stimulation, Zeitschrift „not“, 5/2002, 36 ff

Schwörer, Ch.: Der apallische Patient, München 2000

van Deest, H.: Heilen mit Musik, Stuttgart 1994

Zeitler, W.: Musik hat direkten Zugang zur Seele des Menschen, Zeitschrift Wachkoma, 3/2002

Zieger, A.: Der Wachkoma – Patient als Mitbürger, in: Wachkoma und danach, 12 ff (2/2002)

Zieger, A.: Die Rehabilitation, Quelle via internet, 1998

Zieger, A.: Musik als Vermittlerin neuen Lebens, Zeitschrift für Heilpädagogik, 1996, 310 ff

Zur Autorin:

Dipl. Sozialpädagogik an der ev. FHS Bochum, Tätigkeit beim Jugendamt der Stadt Düsseldorf und als Jugendleiterin in gemeindlicher Kinder- und Jugendarbeit, religionspädagogische Zusatzausbildung in Radevormwald, musikalisch – therapeutische Zusatzausbildung an der Uni Siegen, Einsatz in der mobilen Altenpflege, musiktherapeutische Tätigkeit in der neurologischen Rehabilitation in Hattingen und Meerbusch, besonderer Schwerpunkt in der musiktherapeutischen in der Arbeit mit **Menschen im Wachkoma** in Essen und Leverkusen. Musikalischer Schwerpunkt: Einsatz von Atem und Stimme, private Gesangsausbildung und Chorleiterschulungen, erlerntes Instrument: Geige

Astrid Kletke-Drawert

Lantzallee 2

40474 Düsseldorf

Tel.: 211-435 05 26

e-mail: a.kletke-drawert@voxplena.de