

ZWISCHENWELTEN – EINE EINFÜHRUNG

MONIKA BAUMANN

Eine akute Hirnschädigung bedeutet immer ein einschneidendes, traumatisches Ereignis im Leben eines Menschen. Seine Existenz wird schlagartig und grundlegend in Frage gestellt und der Betroffene betritt Grenzbereiche menschlichen Daseins. Meist für kurze Zeit, manchmal für Wochen oder sogar Monate, gerät er in einen Zustand zwischen Leben und Tod, häufig in tiefer Bewusstlosigkeit. Kommt er wieder zu Bewusstsein, so ist die Wirklichkeit für ihn oft eine andere geworden: seine Wahrnehmungen, seine Äußerungs- und Handlungsmöglichkeiten, das Erleben seiner selbst und der Welt um ihn haben sich fundamental verändert.

Kontakt zu einem schwer Hirnverletzten aufzunehmen, heißt, sich auf diese veränderte Realität einzulassen und sich zwischen verschiedenen Welten zu bewegen.

Musiktherapeuten bringen die Musik als Medium zur Kontaktaufnahme mit, ein Medium, über das in besonderer Weise auch schwer betroffene Patienten erreicht werden können. Mit Klängen, Rhythmen oder Melodien eröffnen sie einen Raum, den beide Partner betreten können, sei es lauschend, spürend, tönend oder gestaltend. Hier entsteht etwas Drittes, eine *Zwischenwelt*, in der Begegnung möglich ist und Beziehung gestaltet werden kann. Um solche *Welten zwischen den Welten* wird es in diesem Buch immer wieder gehen, als ein Charakteristikum musiktherapeutischer Arbeit in einem sehr speziellen Arbeitsgebiet.

Was macht nun das Besondere dieser Arbeit aus? Das sind zuallererst die Patienten selbst. Bevor in den späteren Kapiteln dieses Buches auf einzelne Krankheits- und Störungsbilder oder auch einzelne Aspekte der Arbeit mit ihnen näher eingegangen wird, lohnt es sich, die Patientengruppe als Ganzes zu betrachten: Unter welchen Erkrankungen und Störungsbildern leiden die Patienten, in welcher psychischen Situation befinden sie sich?

Arten erworbener Hirnschäden

Man spricht von *erworbenen* in Unterscheidung zu den *angeborenen* Hirnschäden. Erworbene Hirnschäden können entweder von außen verursacht werden (durch ein traumatisches Geschehen) oder durch körperinterne Prozesse (kreislaufabhängig, entzündlich, raumfordernd, degenerativ oder stoffwechselbedingt). Die häufigsten und für die Rehabilitation relevanten Hirnschädigungsarten sind nach Prosiegel:

1. Schlaganfall (Hirnfarkt, Hirnblutung, Subarachnoidalblutung)
2. Schädelhirntrauma (heftige äußere Einwirkung, Unfall u. ä.)
3. Zerebrale Hypoxie (Sauerstoffunterversorgung des Gehirns, häufig bei Reanimation)
4. Multiple Sklerose
5. Enzephalitis (Hirnentzündung)
6. Hirntumore

(Prosiegel, 1991)

Diese Erkrankungen können zu unterschiedlichen Syndromen führen (apalthisches Syndrom, hirnorganisches Psychosyndrom, Kleinhirnsyndrom etc.), die gegebenenfalls in den einzelnen Kapiteln dieses Buches erläutert werden. Grundsätzlich können – einzeln oder in Kombination – verschiedenste Funktionen betroffen sein, was wiederum unterschiedliche Störungen hervorruft.

Betroffene Funktionen

Hirnschädigungen unterschiedlicher Äthiologie können je nach Lokalisation, also dem Ort der Schädigung im Gehirn, ähnliche Funktionen betreffen. Diese lassen sich drei Funktionsebenen zuordnen:

<i>Körperliche Funktionen</i>	<i>Geistige Funktionen</i>	<i>Psychische Funktionen</i>
Motorik Sensorik Koordination vegetative und vitale Funktionen	Bewusstsein, Sprache, Denken, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Planungs- und Handlungsfähigkeit	Persönlichkeit, Antrieb, Verhalten, Emotionen, soziale und interaktive Kompetenzen

Tab. 1: Funktionsebenen

Ist nun beispielsweise die Motorik betroffen, so kann dies folgende Störungen hervorrufen: Lähmungen der Extremitäten, der Rumpf- oder Gesichtsmuskulatur, Inkontinenz, Schluckstörungen, Probleme beim Sprechen und vieles mehr. Störungen der Emotionalität können sich in einer eingeschränkten emotionalen Schwingungsfähigkeit, in pathologischem Weinen oder einer euphorischen Grundstimmung des Patienten zeigen. Meist liegen Störungen mehrerer Funktionen, auch auf unterschiedlichen Ebenen vor. So ergeben sich höchst komplexe Störungsbilder.

Zur psychischen Situation der Patienten

Akut hirngeschädigte Patienten befinden sich in einer extremen, äußerst belasteten psychischen Situation. Die Erkrankung trifft sie meist plötzlich und mit großer Wucht. Von einem Moment auf den anderen verändert sich ihr gesamtes Dasein: Sie selbst verändern sich in ihrer körperlich-geistig-psychischen Gesamtheit. Sie erleben völlig unvorbereitet den Zusammenbruch von Teilen oder gar ihrer gesamten bisherigen Identität. Diesem traumatischen Geschehen folgt meist ein Aufenthalt auf einer Intensivstation, der verbunden ist mit Isolation, extremem Ausgeliefertsein und oft auch sensorischer Deprivation, d. h. dem Entzug von Sinnesreizen. Diese Zeit erleben viele Patienten ebenso als traumatisch. Wir haben es zu Beginn der Rehabilitation also mit akut traumatisierten Menschen zu tun. Zu diesem Zeitpunkt ist nicht absehbar, ob und bis zu welchem Grade sich ihr Zustand wieder verbessern wird. Niemand kann ihnen mit Bestimmtheit sagen, ob sie in ihren Beruf, in ihr normales Leben zurückkehren können, oder ob sie dauerhaft auf die Hilfe anderer angewiesen sein werden. Über lange Zeit müssen sie so mit der Ungewissheit leben, wie weit die Krankheit ihr Leben verändern wird. Die psychische Verarbeitung dieser höchst belastenden Situation ist oft dadurch erschwert, dass psychische und geistige Funktionen, die an Verarbeitungsprozessen entscheidend beteiligt sind (wie Antrieb, Emotionen, Gedächtnis, Aufmerksamkeit ...), selbst von der Schädigung betroffen sind. So kann der Betroffene nicht auf bewährte Bewältigungsstrategien zurückgreifen: Er kann sich nicht orientieren, nicht erinnern, keine Schlussfolgerungen ziehen, nicht nachfragen, um Hilfe bitten etc. Er ist den Ereignissen noch viel schutzloser ausgesetzt.

Während der Rehabilitation kommen also unter erschwerten Bedingungen enorme psychische Aufgaben auf den Patienten zu: das Erfassen und allmähliche Bewältigen der Veränderungen, welche die Krankheit für ihn und sein Leben bedeutet, die sog. Krankheitsverarbeitung.

Die musiktherapeutische Arbeit mit hirngeschädigten Patienten wird neben den Besonderheiten der Patienten selbst von den Rahmenbedingungen geprägt, innerhalb derer sie stattfindet.

Musiktherapeuten behandeln diese Patienten in Deutschland überwiegend im Rahmen rehabilitativer Einrichtungen, sei es in der Fachabteilung eines Akutkrankenhauses, in einer Rehabilitationsklinik oder im nachklinischen Setting. Zum besseren Verständnis ihrer Arbeitssituation wird die Konzeption der neurologischen Rehabilitation in Deutschland, nämlich ihre Einteilung in Phasen, hier kurz dargestellt.

Phasen der neurologischen Rehabilitation

1994 wurde die neurologische Rehabilitation in Deutschland in 6 Phasen untergliedert (s. Tab. 2). Mit dieser Aufteilung sind die Eingangsvoraussetzungen von Seiten des Patienten, die räumliche, personelle und therapeutische Ausstattung der Einrichtung und der Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme festgelegt worden.

<i>Phase A</i>	<i>Akutbehandlung</i> : Akutversorgung auf Intensiv- oder Normalstation
<i>Phase B</i>	<i>Frührehabilitation</i> : Intensive medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung, z. T. noch mit intensiv-medizinischer Versorgung
<i>Phase C</i>	<i>Weiterführende Rehabilitation</i> („ <i>Frühmobilisation</i> “): Die Patienten können in den Therapien bereits mitarbeiten, müssen aber noch medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden.
<i>Phase D</i>	<i>Anschlussheilbehandlung (AHB)</i> : Weitgehende Selbstständigkeit des Patienten ist Voraussetzung
<i>Phase E</i>	<i>Berufliche Rehabilitation</i> : Berufliche Wiedereingliederung, Arbeitsplatzprobung, Umschulung u. ä.
<i>Phase F</i>	<i>Aktivierende Pflege</i> : Es sind dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich.

Tab. 2: Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation von 1994

Das Phasenmodell ist nicht als eine feste, chronologische Abfolge zu verstehen. Es ist durchaus möglich, dass ein Patient direkt nach der Akutversorgung (Phase A) schon wieder so weit selbstständig ist, dass er eine Anschlussheilbehandlung (Phase D) beginnen kann und von dort aus in sein

normales Leben zurückkehrt. Andererseits kann sich in der Frührehabilitation (Phase B) die Erkrankung eines Patienten als so schwerwiegend und prognostisch ungünstig herausstellen, dass der Patient sofort in ein Pflegeheim (Phase F) verlegt wird.

Erfahrungen mit Musiktherapie gibt es inzwischen in allen Rehabilitationsphasen. Sie werden in diesem Buch erstmals umfassend dargestellt. Nicht eigens thematisiert wird die Arbeit in Phase A (nämlich Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation), da darüber bereits ein Buch vorliegt (Gustorff/Hannich 2000). Nach einer Studie von Pöpel et al., die Musiktherapie in der Neurorehabilitation in Deutschland um das Jahr 2000 auswertet, liegt der *Schwerpunkt musiktherapeutischer Arbeit in den Phasen B und C* (mit einem stärkeren Anteil in Phase B), also in der Frührehabilitation und der Frühmobilisation (Pöpel et al. 2001). In diesen Behandlungsabschnitten sind die Patienten noch weitgehend von der Pflege und Fürsorge anderer abhängig, ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sind stark eingeschränkt.

In den neurologischen Rehabilitationseinrichtungen arbeiten eine Vielzahl verschiedener Berufsgruppen zusammen, u. a.: Ärzte, Pflegepersonal, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Neuropsychologen, klinische Psychologen und eben auch Musiktherapeuten. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, der Austausch und die Abstimmung der Mitarbeiter untereinander sind von höchster Bedeutung. Wie lässt sich nun die Musiktherapie in einem solchen multidisziplinären Team einordnen, welchen Platz nimmt sie ein und welche Aufgaben stellen sich ihr?

Aufgabenstellung der Musiktherapie im interdisziplinären Kontext

Musiktherapie mit hirngeschädigten Patienten kann auf zwei Ebenen ansetzen: der funktionellen (im Sinne einer Verbesserung einzelner Funktionen) und der psychischen Ebene (im Sinne einer psychischen Unterstützung und Begleitung). Um der Komplexität der Problematik der Patienten gerecht zu werden, werden immer beide Ebenen zu berücksichtigen sein. Vom Großteil der in der neurologischen Rehabilitation arbeitenden Musiktherapeuten in Deutschland wird – anders als etwa im englischsprachigen Raum – der *Schwerpunkt ihrer Arbeit auf der psychischen Ebene* gesehen. In der Studie von Pöpel et al. nennen die befragten Musiktherapeuten als Hauptinhalte ihrer Arbeit: emotionale Stabilisierung, Interaktionsaufbau, Umgang mit dem Autonomieverlust, Krankheitsverarbeitung und Verbesserung der Lebensqualität (Pöpel et al. 2001). Auch von Seiten der befragten Ärzte werden die drei erstgenannten Aspekte als hauptsächliche Kriterien für eine musik-

therapeutische Indikation angesehen, nämlich emotionale Stabilisierung, Interaktionsaufbau und der Umgang mit dem Autonomieverlust. Interessanterweise stufen die Ärzte daneben jedoch die Förderung sensomotorischer und kognitiver Defizite als gleich wichtige Inhalte von Musiktherapie ein.

Vielleicht könnte man es vereinfacht so ausdrücken: Musiktherapeuten und das medizinische Fachpersonal nähern sich den Patienten von verschiedenen Seiten.

Die meisten Musiktherapeuten in Deutschland sind geschult, den Fokus der Therapie auf die psychische Verfassung des Patienten, seine Emotionalität und im Besonderen den interaktiven Prozess zu richten. Sie lernen im Umgang mit neurologischen Patienten, ihren Blick zu öffnen für funktionelle Aspekte, sowohl das Verständnis der Patienten, als auch die Therapieansätze betreffend. Im multidisziplinären Behandlungsteam hingegen, wie es in der Neurorehabilitation in Deutschland üblich ist, dominieren funktionelle, also an den defizitären Funktionen orientierte Therapieansätze. Auf der psychischen Ebene wird den Patienten selten professionelle Hilfe angeboten. (Klinische Psychologen oder z. B. andere Kreativtherapeuten sind in den Teams nicht oft vertreten). Beim Erfolg der Rehabilitation sind psychische und soziale Faktoren jedoch von größter Bedeutung (dazu: Zieger 1996). Musiktherapeuten haben also gerade mit ihrem Schwerpunkt auf der psychischen Ebene einen wertvollen Beitrag zu leisten. Sie sind dazu insbesondere in der Lage, weil sie mit der Musik über ein geeignetes nonverbales Medium verfügen. Warum dies so ist und wie die psychische Begleitung der Patienten durch Musiktherapie aussehen kann, wird in diesem Buch immer wieder Thema sein.

Abschließen möchte ich diese Einführung mit einem kurzer Blick zurück: Wie hat sich die Musiktherapie in diesem Arbeitsfeld entwickelt?

Geschichtliches

Erste Erfahrungen musiktherapeutischer Arbeit mit hirnerkrankten Patienten gab es in Deutschland bereits in den 70er- und 80er-Jahren des 20. Jhs. (s. Gadowski/Jochims 1986, Jochims 1990, Gustorff 1990). Zu einem eigenständigen musiktherapeutischen Arbeitsfeld wurde diese Arbeit durch die starke Ausweitung der neurologischen Rehabilitation in den 80er- und 90er-Jahren. Allein zwischen 1992 und 1995 ist die Bettenzahl hier um 62 % an-

gewachsen (nach Pöpel et al. 2001). Aufgrund der außerordentlichen Fortschritte in den Bereichen Intensivmedizin und Neurochirurgie überlebten immer mehr Patienten schwerste Hirnverletzungen und der Bedarf an Behandlungsplätzen stieg enorm. Eine Vielzahl neurologischer Rehabilitationskliniken wurde neu eröffnet und die Musiktherapie zunehmend als Behandlungsmethode miteinbezogen. Nach der Untersuchung von Pöpel et al. war sie um das Jahr 2000 in 29 % der Fachkliniken als Disziplin vertreten. Zudem wurde Musiktherapie als eigenes Fach in das Curriculum der 1992 neu eingeführten Facharztweiterbildung „Physikalische Medizin und Rehabilitation“ aufgenommen.

Musiktherapie hat sich also inzwischen als wirksame Behandlungsform bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung etabliert. Dieses Buch möchte dazu beitragen, dieses junge, höchst interessante und spezialisierte Arbeitsgebiet in seiner Vielfalt und Komplexität darzustellen und einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Literatur

- Gadomski, M. / Jochims, S. (1986): Musiktherapie bei schweren Schädel-Hirn-Traumen. *Musiktherapeutische Umschau* 7, 103–110
- Gustorff, D. (1990): Lieder ohne Worte. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. *Musiktherapeutische Umschau* 11, 120–126
- Gustorff, D. / Hannich, H. J. (2000): Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Bern.
- Jochims, S. (1990): Singend miteinander verbunden sein. Die Stimme im Zentrum der Therapie bei neurologischen Erkrankungen in der Frühphase. *Musiktherapeutische Umschau* 11, 127–131
- Pöpel, A. / Jochims, S. / v. Kampen, N. / Grehl, H. (2001): Evaluation of Music Therapy in German Neurorehabilitation – Starting Point for European Comparability. In: Aldridge, D. (Hg.): *Info CD-ROM IV*. Witten.
- Prosiegel, M. (1991): *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation*. München.
- Zieger, A. (1996): Musik als Vermittlerin neuen Lebens. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 8, 310–317