

Der bedürfnisorientierte Ansatz in der Musiktherapie mit Menschen im Wachkoma – Grundlagen und klinische Erfahrungen

**M.A. Karin Bösel
Prof. Dr. Andreas Zieger**

**„Woher willst du wissen, was für mich gut ist?“
Bedürfnisse – was Menschen im Wachkoma
brauchen.**

**Österreichische Wachkoma Gesellschaft
Wien, 19. Oktober 2012**

Bedürfnisorientierte Musiktherapie (BOM)

**M.A. Karin Bösel
Musiktherapeutin (DGMT)**

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
Abt. für Früh- und Weiterführende Rehabilitation

Doktorandin der Carl von Ossietzky-Universität
in Oldenburg, Fachbereich Musik
(Prof. Wolfgang M. Stroh/apl. Prof. A. Zieger)

Sonderpädagogische Hausfrühförderung
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)
Traumazentrierte Psychotherapie (ZPTN)



A. Zieger: Einführende Bemerkungen zum Vortrag von Frau Bösel

- Zusammenarbeit von Anfang an
- Erfahrungen im körpernahen Dialogaufbau in der Frühreha
- Einbeziehen des Anderen mit Wahrnehmungen, Bedürfnissen und Emotionen als essenzielle Körpersprache und Willensäußerungen des Selbst
- teilnehmendes Verstehen in therapeutischen Begegnungen
- Einblicke in ein laufendes Promotionsverfahren
- Narrative und empirische Evidenz für einen bedürfnisorientierten Ansatz



Übersicht

- I Entwicklungsneuropsychologische Grundlagen („Denkwerkzeuge“)
- II Wirkung von Musik - Ergebnisse aus der Forschung
- III Eigene Untersuchungen / Erfahrungen
- IV Fazit

Alle Menschen

- haben Bedürfnisse nach Zuwendung und Kontakt, Sicherheit und Zugehörigkeit, Kommunikation, Anerkennung und Respekt, Selbstrealisation, Freiheit und Resonanz, usf.!
- Menschsein ist auf Begegnung mit und Beziehung zu anderen Menschen angelegt (Cozolino 2002)
- **Menschen in besonderen Lebenssituationen – wie Schädel-Hirn-Patienten – haben diese Bedürfnisse auch !**

Bedürfnisse

- „Der eigentliche Antriebskraft unseres zielgerichteten Handelns ist die biologische Notwendigkeit, unsere Bedürfnisse in der Außenwelt zu befriedigen.“
(Solms und Turnbull 2007)
- Bedürfnisse können nicht ohne emotionale Reaktion entwickelt werden. (ebd.)

Beziehungen und „soziales Gehirn“

- Das menschliche Gehirn ist ein „soziales Organ“
(Fuchs 2008)
- Sozialisation/Bindung beginnt pränatal
(Brisch 2011, Janus 2007)
- Angeborene Reaktionsmuster sind z.B. Anschmiegen, Imitation, Nuckeln, Schwimmen, emotionale Zeichen wie Lachen oder Weinen
(Nöcker-Ribaupierre 2003, Janus 1997, 2007)
- Resonanz, Stimulation und Imitation gehören zum basalen Lernen

Emotionen

1. Basale Lebensregulation (Protoselbst)

Stoffwechsel-Regulation, reflexhafte Äußerungen, Hintergrundempfinden und primäre Basisempfinden wie Schmerz, Lust, Motivation, primäre Emotion

2. Emotionen (Kernselbst)

Erlebensweisen und Reaktionsmuster, zu denen sekundäre Emotionen und Lebensäußerungen wie Freude, Liebe und Trauer sowie Motivationszustände gehören (Kernselbst)

3. Gefühle (Autobiografisches Selbst)

Fühlen von Emotionen, Emotionen werden zu inneren Vorstellungen Ebenen der

Lebensregulation nach Damasio (2011, 2007), Denton (2007)

Bedürfnisse/Emotionen entwickeln sich bereits pränatal



- Bewegung hat vielfältige Funktionen
z. B. Selbstschutz, Exploration, Kommunikation,
Ausdruck der Individualität
- Körpersprache der ungeborenen Kinder verweist auf
Bedürfnisse, Interessen, Begabungen, Gefühle und
kognitive Prozesse
- Körpersprache ist der normalen Sprache überlegen,
weil sie viel früher einsetzt
- Körpersprache hat ein Leben lang dieselbe Bedeutung

Janus/Haibach: Seelisches Erleben vor und während der Geburt,
1997, 2007)

Bindung

- Bindung aktiviert die „intrinsische Motivations-Formation“ (IMF) bzw. „Emotions-Motoriksystem“ (EMS) (Trevarthen & Aitken 2001)
- Assoziierte Hirnareale sind der Hirnstamm, das Mittelhirn, Zwischenhirn, subcorticale Teile des limbischen Systems
- Unterstützt Bildung von Oxytocin (Bindungshormon) und reduziert Cortisol (Stresshormon) (Brisch 2011)
- Protoselbst, Kernselbst (Damasio 2002)

Verständnis der Begegnung mit Menschen im Wachkoma

- Menschen im „Wachkoma“ bringen Körper-Selbsterfahrungen (Voraussetzungen) mit.
- Auf dieser Basis ist Unterscheiden von lebensfreundlichen und lebensfeindlichen Situationen möglich.
- Diese Menschen haben Bedürfnisse nach Zuwendung von vertrauten Menschen, Nähe, Sicherheit, Trost, Entspannung, Schlaf und „Gespräch“!
- Diese Menschen benötigen Ansprache und Zuwendung, Sicherheit und Vertrauen!
- Reaktionen sind sinnvoll und bekommen durch mich eine Bedeutung !

Herausbildung des Selbst

1. Pränatale, fetale, autonome Ebene:

Wärme, Geborgensein, Gehaltenwerden, Bei-sich-sein, Schweben, Schaukeln, Versorgt-Sein,,Ewigkeit, „ozeanisch“

2. Kindliche, unreife Ebene:

Omnipotenz, Verschmolzenheit im grandiosem Selbst, „halte mich“, „versorge mich“, Zugehörigkeitsgefühl

3. Erwachsene, reife, kognitive Ebene:

empathische Resonanz: differenziert verstanden und liebevoll wahrgenommen werden

mod. nach Oberhoff, Bernd (Hg.): Die Musik als Geliebte. Gießen 2003

II Wirkung von Musik



1. Aufmerksamkeitsmodulation – Musik erregt Aufmerksamkeit
2. Emotions-Modulation – Musik stimuliert das limbische (emotionale) System: wichtig bei Depression, PTSD, Angst
3. Kognitions-Modulation: Erinnerungen, Musikanalyse wie Syntax, emotionaler Gehalt usf. (Alzheimer, Demenz)
4. Verhaltens-Modulation: Laufen, Sprechen, Bewegen
5. Kommunikations-Modulation: Hier auf körperlicher Ebene, Aktivierung der Sprachzentren im Gehirn

Koelsch (2009): A Neuroscientific Perspective on Music Therapy. The Neurosciences and Music III - Disorders and Plasticity: Ann. N.Y. Acad. Sci. 1169: 374–384. New York Academy of Sciences. 374

Forschungsergebnisse aus der MT

- Särkämö u.a. (2008): Musikhören nach Schlaganfall verbessert Genesung
- Schneider u.a. (2007): Instrumentalspiel fördert Arm- und Handmotorik
- Hackney, M. (2007): Tanzen hilft bei Parkinson
- Racette u.a. (2006): Mitsingen verbessert den Redefluss bei Aphasikern
- Pachhetti u.a., Italien (2000): Musiktherapie verbessert signifikant Motorik, Affekt und Verhalten

- Funktionale Musiktherapie: spezielle Training-Programme (Thaut 2008, Schneider, Altenmüller 2008, Templin 2008, Schlaug 2008)
- Musiktherapie bei Depressionen (Brandes 2008)
- Musiktherapie bei Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma (Gilbertson 2008)
- Musiktherapie bei multipler Sklerose (Schmidt 2004)
- Musiktherapie bei wachkomatösen Patienten (Herkenrath 2004)
- Musiktherapie im Koma mittels Singen oder Summen auf Atemrhythmus und Herzfrequenz (Gustorff 2000, 1992)

III Eigene Studie/ Untersuchungsmethode

Fragestellungen:

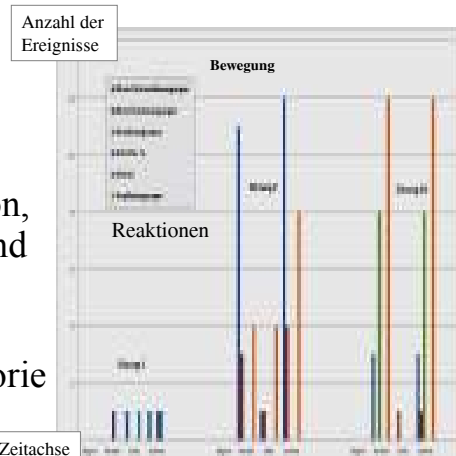
1. Welche „Grund“-Bedürfnisse haben diese Menschen?
2. Wie drücken „wachkomatöse“ Menschen ihre Bedürfnisse aus?
3. Kann Musiktherapie Bedürfnisse des Selbst entwickeln bzw. fördern?

19 Patienten von 2003 bis 2007

7 Patienten nach Hypoxie und Hirnblutung

12 Patienten nach Wachkoma/in Remission (SHT, Hirnblutung, Schlaganfall)

- ✓ Videoaufzeichnung während BOM
- ✓ Evaluation: Beobachtungsbogen, SEKS und GCS
- ✓ Hermeneutische Interpretation, Analyse unter Supervision und intersubjektiver Reflexion (kontrollierte Subjektivität)
- ✓ Bezugnahme auf Selbst-Theorie von Oberhoff (2003)



BOM auf der 1. Ebene

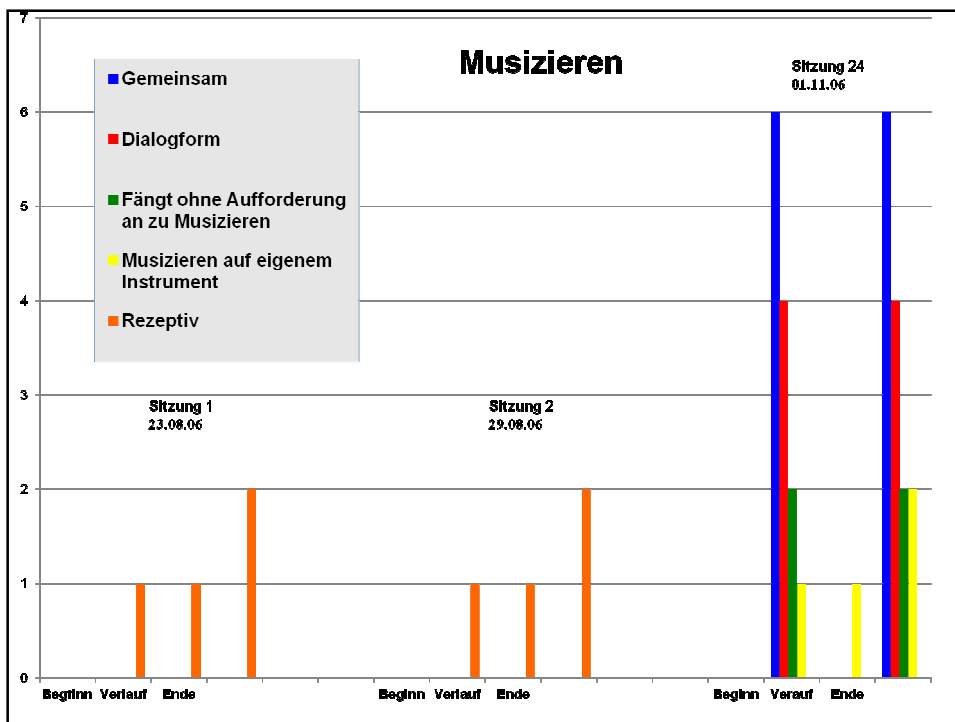
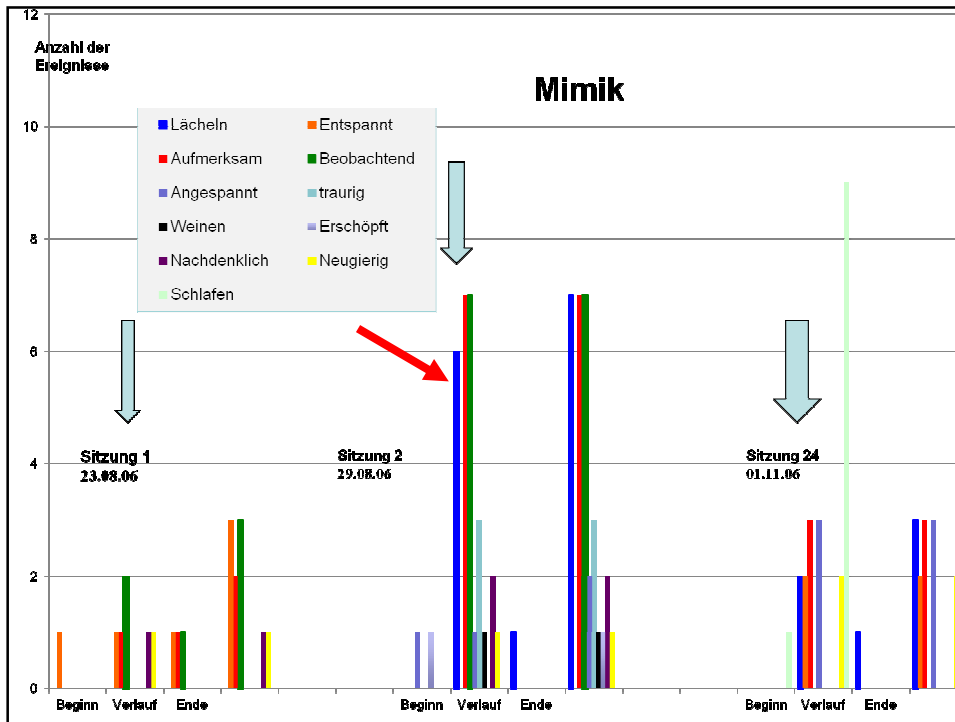


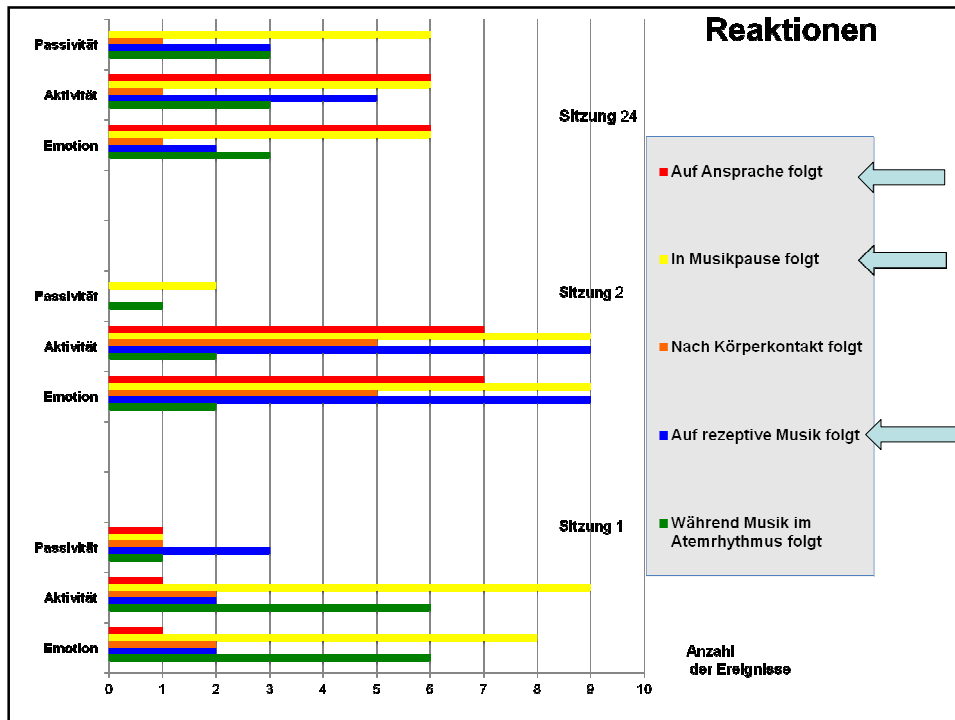
Vorgehen:

- Geringer Tonumfang
- Wieder erkennbare Melodien
- Einfache musikal. Strukturen und Rhythmen
- Wiegenlied-Charakter (Unyk et al 1992)
- Summen/Singen/Improvisieren z. B. im Atemrhythmus (Gustorff 2000) oder in Bewegungsmustern usf.
- ähnlich babytalk oder motherese (Papousek 1982)
- Pausen während der Musikangebote – keine langen Musikmonologe

Nicolaj, 22 Jahre

- Hypoxischer Hirnschaden nach Suizidversuch durch Strangulation (2007)
- “Wachkoma”, Spastik, Aspiration
- keine Kommunikation
- Musiktherapiebeginn auf Intensiv-Station
- Musiktherapie vom 23.08.06 bis 22.01.07 (45 Video-Sitzungen)
- Auswertungen: 1. Sitzung am 23.08.06, 2. Sitzung am 29.08.06, 24. Sitzung am 01.11.06





Annika, 16 Jahre



- Schädelhirntrauma nach Fahrradunfall am 3. Februar 2003
- Verlängertes Koma, Mittelhirnsyndrom
- Spastik mit tonisch-asymmetrischem Labyrinth-Reflex links
- Tremor re. Arm und Hand
- Trachealkanüle, Nasensonde, verdrahteter Kiefer

Annika am 7. Februar 2003

- Dialogspiel mit Sansula und Stimme
- tiefes Einatmen
- Blinzeln und Schließen der Augen
- Mehr Aufmerksamkeit Mimik
- Anheben re. Arm und Schulter
- Kau-Bewegungen
- Träne als emotionale Resonanz
- Kontakt und Kommunikation möglich

BOM auf der 2. Ebene

- Musizieren auf bereits gehörten bzw. eingesetzten Musikinstrumenten schafft Vertrauen (auch rezeptive MT)
- Wieder erkennen - Erinnern - Sicherheit
- Übergangsobjekt (Winnicott 2002)
- Nähe und Lösen - Distanz
- ICH-DU aber auch GEMEINSAM
- Hilfestellung beim Musizieren (geführte Bewegungen)

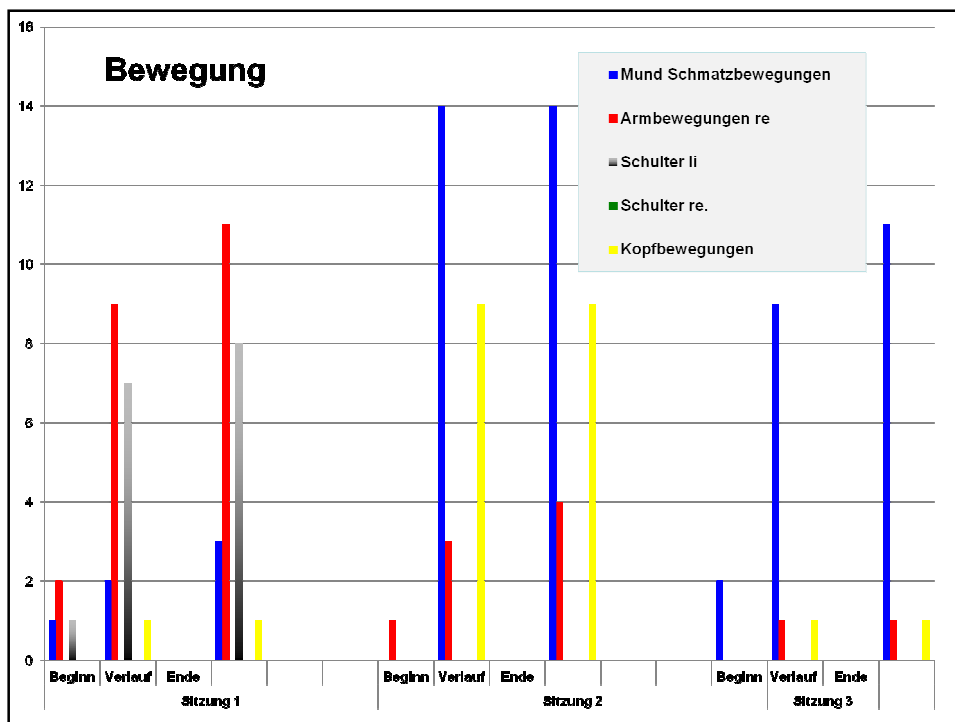


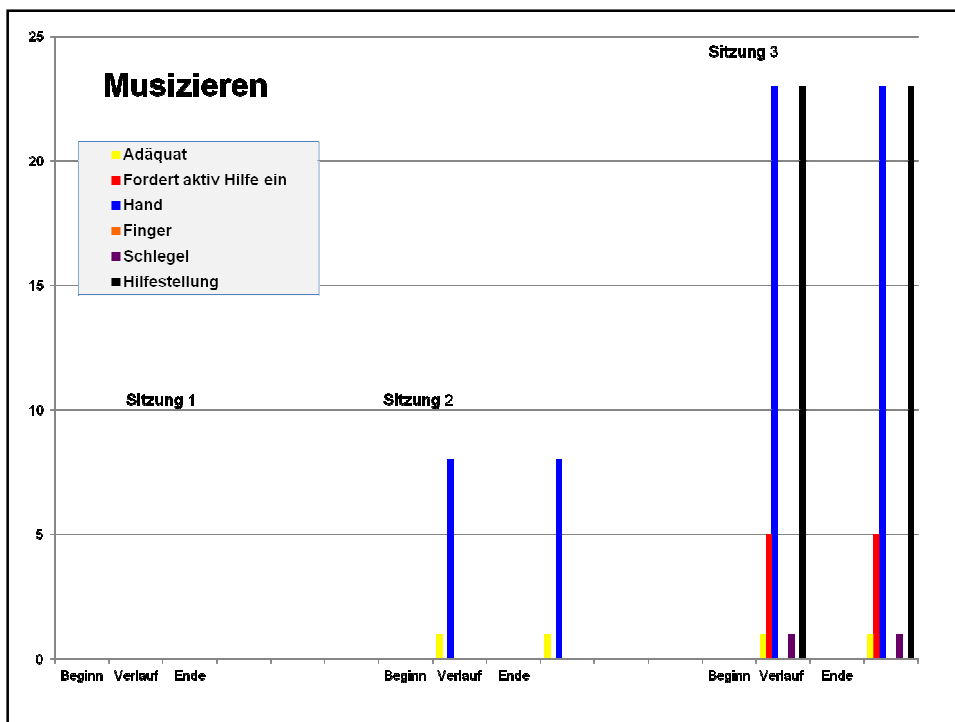
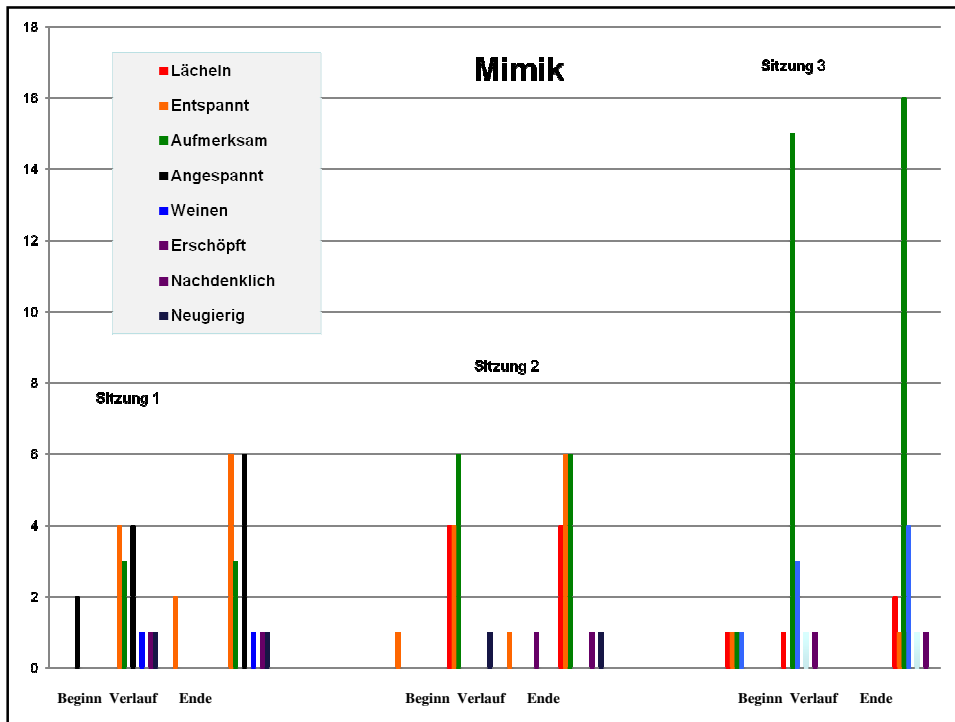
Annika am 7. März 2003

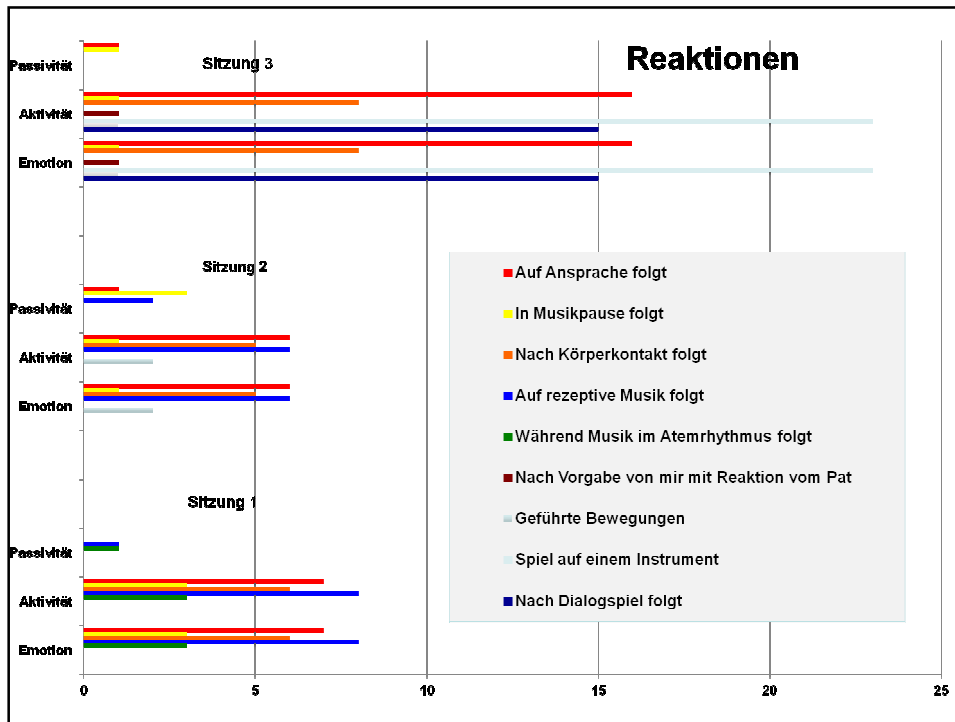
- Augen zunächst geschlossen,
Entspannung
- Mit Musikbeginn Anheben
des re. Armes - Anspannung
- Gezielte Aktivität
Freude - Lächeln
- Bedürfnis nach Kommunikation,
Dialog mit Chimes, Sansula, Bass-Kalimba
- Patientin versteht Fragen
- Sehr aktiv am musikalischen Geschehen beteiligt
- Soziale Integration wird deutlich

Annika am 5. März 2003

- Trachealkanüle selbständig entfernt
- möchte Sprache einsetzen, zu wenig Atem- und Stimmkraft
- Dialog mit Flöte und Gong
- starker Tremor
- Eigeninitiative







Auswertungs-Übersicht: 1. Ebene

| Reaktionen | Emotionale Zeichen | Bedürfnisse |
|--|---|---|
| vertiefte Atmung | emotionale Entlastung | Entspannung |
| Blinzeln, Blickkontakt Blick in die Ferne | Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeit nach Innen, Nachdenken | Neugierde, Interesse „Ozeanisch“, „Schweben“, „Bei-sich-sein“ |
| Veränderte Mimik | Aufmerksamkeit | Neugierde, Interesse, Des- Interesse |
| Körper-Bewegungen | emotionale Mitbewegung | Schutz-Bewegung, Sicherheit, Nähe, Mitbewegung |
| Kau-Bewegungen, Schmatz-Bewegungen | emotionale Mitbewegung | Kommunikation, Reaktion/Resonanz, Wärme, „Nahrung/Nuckeln/Saugen“ |
| Tränen/Weinen | Emotionales Zeichen für Trauer | Trost, Nähe, Zuwendung, Sicherheit, Empathie, Resonanz, Veränderung, Mitteilen |
| Lächeln | emotionales Zeichen für Freude | Wohlfühlen, Nähe, Resonanz, soziales Erlebnis, Veränderung, Mitteilen |

Auswertungs-Übersicht: 2. Ebene

| Reaktion | Emotionale Zeichen | Bedürfnisse |
|---|---|---|
| Augen geöffnet, Blickkontakt, Blick in die Ferne | Aufmerksamkeit | Neugierde, Interesse „Bei-sich-sein“, „Ozeanisch“ |
| Kopfbewegungen | Aufmerksamkeit | Neugierde, Interesse, Desinteresse |
| veränderte Mimik | Aufmerksamkeit | Neugierde, Interesse, Desinteresse |
| Arm heben, zielgerichtetes Handeln, Flöte spielen | Emotionale Bewegung, Motivation, Freude | Bewegung, Kommunikation, Dialog, Zugehörigkeit, Omnipotenz, eigener Wille Kontakt, Ausdruck, „Ja, ich kann!“, Lob, Anerkennung, Feedback |
| Kau-Bewegungen | Emotionale Bewegung | Kommunikation, Resonanz, Antwort, Mitteilen, Aufmerksamkeit |
| Lachen | Emotionales Zeichen für Freude | Wohlbefinden, Feedback, Stolz, Entspannung, soziales Ereignis |
| Festhalten, Geführt werden | Motivation, Freude, Unsicherheit | Nähe, Zuwendung, Hilfestellung (Hilf mir), Unterstützung, eigener Wille |
| Dialogspiel | Motivation, Freude | Kontakt, „Zwiegespräch“, Rückmeldung |
| Anstrengung | Motivation | Ausruhen, Rückmeldung, Lob |

IV Fazit

- ✓ Es bedarf Zuwendung bzw. Bindung, Zeit, Ruhe und Geduld, damit sich Bedürfnisse zeigen, wahrgenommen und beantwortet werden können!
- ✓ Keine kalten Aufforderungen, sondern Angebot zum gemeinsamen Erleben!
- ✓ Im „Zwiegespräch“ bekommen Reaktionen eine Bedeutung!
- ✓ Bedürfnisse werden über Mimik, Gestik/Bewegung ausgedrückt!
- ✓ Gibt wertvolles Feedback in das interdisziplinäre Team und hat Einfluss auf Beurteilung der Wachkoma tiefe und Remissionsstufe!
- ✓ Die Stufentheorie des Selbst von Oberhoff (2003) hat sich beim BOM als hilfreich erwiesen.
- ✓ „Wachkomat“?