

Ute Glentzer & Irmtraud Drexler

Zurück ins Leben, aber wie? – Musiktherapie als Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung in der Rehabilitation

In diesem Vortrag stellen wir den **Arbeitsbereich der Unfallrehabilitation** mit seinen besonderen Aufgaben und Herausforderungen für die Musiktherapie vor. Den Schwerpunkt unserer Ausführungen stellt die **Neurologische Rehabilitation** nach Unfall dar. Wir beziehen uns hierbei auf die Erfahrungen im institutionellen Rahmen eines Rehabilitationszentrums der AUVA.

Institutionelle Ausgangssituation ist ein multifunktionelles Rehabilitationskonzept, in dem die Leistungsorientierung im Vordergrund steht. Die Klientel ist vielfältig, umfasst alle Altersgruppen und Schichtzugehörigkeiten und wird je nach Art der Verletzung (Schädel-Hirn-Trauma, Querschnitt, Amputation, Polytrauma) schwerpunktmäßig entsprechend behandelt. Wir arbeiten als freie Dienstnehmer mit den uns zugewiesenen PatientInnen in einem einzeltherapeutischen Setting zweimal wöchentlich 30 bzw. 60 Minuten.

Die spezielle Problematik bei der neurologischen Klientel liegt in der Überlagerung von hirnorganischer Erkrankung, vorbestehenden psychischen Komponenten und psychoreaktiven Komponenten, die in unterschiedlicher Gewichtung wirksam sind und in unserem ganzheitlichen Ansatz Berücksichtigung finden.

Alle Patienten, die nach einem Schädel-Hirn-Trauma in die weiterführende Rehabilitation überwiesen werden, haben eine oft Monate andauernde Phase der Spitalsbetreuung hinter sich. Sie sind im Koma oder Tiefschlaf gelegen, haben massive medikamentöse Behandlungen auch mit Schmerzmitteln oder Psychopharmaka benötigt, und oft ein Durchgangssyndrom durchlebt, in dem es zu stark angstbesetzten psychischen Störungen kommt. Sie sind konfrontiert mit Amnesie, räumlicher und zeitlicher Desorientierung, Realitätsentfremdung, Hilflosigkeit, Verlust der Autonomie, und leiden unter der mangelnden Intimsphäre.

Die **hirnorganische Schädigung** kann eine Vielzahl unterschiedlichster Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Auf der motorischen Ebene können dies Paresen oder Ataxien, auf der sensorischen Ebene Seh- und Hörbehinderungen, Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen, Neglect oder Sensibilitätsstörungen sein. Dazu können kognitive Einschränkungen wie Amnesie, Verlangsamung, Lern- und Konzentrationsstörungen, Störungen räumlicher Leistungen, Apraxie sowie Planungs- und Handlungsstörungen kommen. Weiters finden sich kommunikative Einschränkungen, wie Aphasie und Dysarthrie, sowie hirnorganisch bedingte Persönlichkeitsveränderungen wie Impulsdurchbrüche, Distanzlosigkeit, Apathie und Antriebslosigkeit, Verlust von Flexibilität, emotionale Instabilität, erhöhte affektive Erregbarkeit oder emotionale Verflachung. Auch Schmerz, Verspannungen, Inkontinenz, Entstellung oder Narben können die Befindlichkeit und das Selbstbild der PatientInnen stark beeinträchtigen.

Mit einer Vielzahl der hier genannten Probleme kommen die Patienten in die **weiterführende Rehabilitation**. Ihre erste Herausforderung ist, sich im Rehabilitationszentrum in den Alltag einzufinden. Dies ist bei mangelnder Orientierung (zeitlich, räumlich, zur eigenen Person etc.) besonders schwierig. Oft kommen andere Probleme wie Bettlägerigkeit, enorm eingeschränkte Beweglichkeit, Heimweh, Kontakt- und Anbindungsschwierigkeiten hinzu.

Im **musiktherapeutischen Erstkontakt** versuchen wir beim Patienten dessen Gesamtsituation, die subjektive Ebene des Erlebens (Unfall, Spital, Selbsteinschätzung, soziale Situation, emotionale Befindlichkeit), den Zugang zur Musik und seine Erwartungen zu erfassen. Entsprechend werden musiktherapeutische Angebote gesetzt.

Der **musiktherapeutische Ansatz** in dieser Phase beinhaltet das Nutzen vertrauter Elemente, da eine starke Verunsicherung vorhanden ist, das Anbieten eines leistungsfreien Raumes als Gegenpol zu den auf der funktionellen Ebene ansetzenden Therapien, das uneingeschränkte Akzeptieren persönlicher Grenzen, das Setzen vertrauensstärkender Angebote, das Aufzeigen von Freiräumen und das Hervorheben lustvoller Aspekte. Auch kommen wir dem Wunsch nach Regression nach.

Ist die Integration in den Rehabilitationsalltag geglückt und beginnen die Patienten die Unfallfolgen in der Konfrontation mit ihren Defiziten wahrzunehmen, sind die ersten Schritte in Richtung **Krankheitsverarbeitung** zu setzen.

Die psychische Verarbeitung dieser enorm belastenden Situation, in der sich die Patienten befinden, ist oft dadurch noch erschwert, dass Funktionen, die an den Verarbeitungsprozessen entscheidend beteiligt sind, wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Emotionen, Antrieb etc., selbst von der Schädigung betroffen sind (Baumann, 2004).

Vieles wird thematisiert, wie z.B. Ängste, Depression, Verunsicherung, Verlust des Selbstvertrauens, Verlust der Identität, Verlust von geliebten Menschen, Veränderung von Beziehungen, bleibende Schäden, Verlust von persönlichen Freiheiten und individuellen Gewohnheiten, Persönlichkeitsveränderungen, berufliche Veränderungen, Kriterien für ein lebenswertes Leben, Schuldfrage, Sinnfrage, Frage nach „Gerechtigkeit“ und der Umgang mit dem Tod.

Zu den **musiktherapeutischen Interventionstechniken**, die sich sowohl auf die allgemeine Befindlichkeit auswirken, als auch den Prozess der positiven Krankheitsverarbeitung unterstützen können, zählen spezifische Methoden zur **Entspannung, Körperwahrnehmung sowie Schmerzreduktion** durch den Einsatz von vibroakustischen Techniken, wie Klangschale, Monochord oder Klangliege.

Musikalische Rollenspiele (z.B. wird die gelähmte Hand zum Subjekt) ermöglichen es, den Umgang mit der Behinderung zu beleuchten, Perspektivenwechsel vorzunehmen.

Bei musikalischer Vorgeschichte geht es über die **Kontaktaufnahme mit dem früher erlernten Instrument** um den Erhalt als stimmungsfördernde lustvolle Ressource, aber auch um die **Adaptierung** bei körperlichen Beeinträchtigungen.

Musik kann als **Orientierungshilfe** und zur **emotionalen Stabilisierung** dienen. Dabei sind oftmals strukturierte Angebote (Rhythmus, Lieder, Instrumentalstücke), bekanntes musikalisches Material, die Reduktion auf überschaubare Angebote, Wiederholungen und Anleitung zum Handeln vonnöten.

Instrumentaler Ausdruck wird zum **Kommunikationsmittel** und dient als **Sprachersatz**. Dabei sind sowohl freie als auch themengebundene Improvisationen hilfreich.

Einen wesentlichen Beitrag leisten in der Unfallrehabilitation **Selbstvertrauen stärkende Angebote**. Hier kann der Einsatz des Schlagzeuges sinnvoll sein, aber auch das Spielen und Singen zur CD.

Über **Lieder** gelingt oft die **Annäherung an emotionale Themen**. Hier können sowohl rezeptive Angebote als auch das Singen von vom Patienten ausgewählten Liedern hinführenden Charakter haben. Im aktiven Umgang mit der eigenen Kreativität können Lieder aus spontan entwickelten Texten entstehen sowie Eigenkompositionen vom Patienten mit entsprechender Unterstützung geschaffen werden.

Der **Aspekt der Katharsis** ist im musiktherapeutischen Prozess nicht zu unterschätzen. Der Bogen spannt sich vom Malen zur Musik über Lärm und Chaos, Schreien und Stampfen, musikalischer Lynchjustiz bis hin zum musikalischen Jammern und Seufzen.

Lustfördernde Angebote, zu denen Session, Tanz, Lieblingsmusik zählen, können den Therapiealltag erträglicher machen, Energie spenden und neue Perspektiven eröffnen.

Eingebettet in die **therapeutische Beziehung** schaffen musikalische Interventionen Gelegenheit, sich mit der eigenen Befindlichkeit zu beschäftigen, im nonverbalen Spiel Erlebtes bewusst und aussprechbar zu machen. Strategien für den Umgang mit der Behinderung können gefunden werden und somit dem Integrationsprozess förderlich sein.

Literatur

Baumann, Monika (2004). Aphasie - Ansatzmöglichkeiten für die Musiktherapie. In Monika Baumann & Christian Gessner (Hrsg.), *Zwischenwelten – Musiktherapie bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung*. Wiesbaden: Reichert.