

Begegnungen für den Augenblick - Momente der Freude und des Glücks. Musiktherapie in der Palliativmedizin

Nicol Bartlau

Ich bin nicht nur Mutter von fünf wundervollen Kindern, sondern auch Doktorin der Medizin und habe mehrere Jahre in der Universitätskinderklinik sowohl auf einer neuropädiatrischen als auch auf einer psychosomatischen Station gearbeitet. Seit meiner Kindheit ist die Musik meine große Leidenschaft dem Klavier galt für viele Jahre mein Hauptinteresse. Erst ein halbes Jahr vor dem Abitur entschloss ich mich dazu Gesangsunterricht zu nehmen, viel zu spät, um an der Musikhochschule in Hannover die Aufnahmeprüfung für die Opernklasse zu bestehen. Nach einem Semester Musik und Englisch für Lehramt an der Pädagogischen Hochschule in Hildesheim folgte dann das sechsjährige Studium der Humanmedizin in Göttingen. In dieser Zeit verlor ich die Musik immer mehr aus den Augen. Es vergingen gut elf Jahre, bis ich durch meine drei größeren Kinder, die jeder ein Instrument erlernten, wieder Zugang zur Musik bekam. Ich selbst begann Querflöte zu lernen. Inzwischen war ich nicht mehr berufstätig, doch ich ertappte mich immer öfter dabei, wie ich Überlegungen anstellte, mein großes Musikinteresse mit meinem medizinisch-psychotherapeutischen Interesse verbinden zu können.

Die Siegener musiktherapeutische Zusatzausbildung, mit einem Angebot im Erfurter Raum, war mir da sehr willkommen: eine musiktherapeutische Ausbildung ohne Aufnahmeprüfung, ohne große instrumentale Voraussetzungen, ohne jegliche zeitliche Begrenzung, überwiegend an Wochenenden zu absolvieren und ohne Zwischen- oder gar Abschlussprüfungen.

Im August 1999 habe ich mit der Ausbildung begonnen. Heute (November 2003) habe ich den größten Teil meines Weges zurück gelegt.

Mit der folgenden Darstellung meines musiktherapeutischen Praxisjahres wird hoffentlich deutlich, dass Musiktherapie auch in einem Grenzbereich von großer Bedeutung und Wichtigkeit ist.

Palliative Medizin versteht sich im eigentlichen lateinischen Wortsinn als ummantelnde, beschützende ganzheitliche Behandlung und Pflege. Sie beinhaltet alle Maßnahmen, die zur Vermeidung und Therapie tumorbedingter Symptome notwendig sind. Dabei werden physische, psychische, soziale und spirituelle Probleme des Patienten berücksichtigt, ohne dass Einfluss auf die Tumorerkrankung selbst genommen wird.

Auf einer Palliativstation werden Patienten mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung betreut, deren vorrangiges Ziel eine stabile Verbesserung der individuellen Lebensqualität darstellt.

Folgende Leitsätze verdeutlichen die Besonderheit einer palliativmedizinisch geführten Station innerhalb eines großen Klinikapparates, in dem oft nicht der Patient, sondern die Erkrankung oder das Symptom im Mittelpunkt der schulmedizinischen Versorgung steht.

1. *Respekt vor der Würde des Menschen im Leben, im Sterben und danach*
2. *Nicht das Sterben, sondern die Qualität des verbleibenden Lebens steht im Mittelpunkt*
3. *Nicht der Schmerz, sondern der Mensch, der Schmerzen hat, muss behandelt werden*

*Zur Person der
Autorin*

Palliativmedizin

4. *Hoffnung auf ein Leben und Sterben in Würde*
5. *Hilfe zum Leben und Hoffnung für den Sterbenden*
6. *Nicht das medizinisch-technisch Machbare steht im Vordergrund, sondern das medizinisch-ethisch Vertretbare*

Musiktherapie an der Palliativstation des Universitätsklinikums der Georg-August-Universität Göttingen

Im Winter 2000 war ich in meiner Ausbildung an dem Punkt angekommen, an dem ich mir Klarheit darüber verschaffen musste, in welchen Bereichen ich zunächst meine musiktherapeutischen Erfahrungen sammeln wollte. Seit August 1996 hatte ich meinen Beruf als Medizinerin an den Nagel gehängt, doch das Bedürfnis, Menschen zu helfen und sie zu betreuen war immer vorhanden.

So bewegten und berührten mich Bereiche, die der klinischen Musiktherapie zugeschrieben werden, wie Musiktherapie mit komatösen Patienten, bei Patienten mit chronischen Schmerzen und bei Patienten nach einem Schlaganfall. Gut sieben Monate war ich auf der Suche nach einer geeigneten Praxisstelle - die Absagen, sei es durch Desinteresse, Schwierigkeiten einen Raum zur Verfügung gestellt zu bekommen oder zeitlich einen Konsens zu finden, ließen mich von Mal zu Mal mutloser werden und meine Zweifel wurden immer größer, ob ich mein Ziel jemals erreichen würde. Ein Vortrag über „Aktive Sterbehilfe“, gehalten vom Chef der „Abteilung für Notfall- und Palliativmedizin“, gab mir den Anstoß dazu, ein Gespräch mit der Stationsleitung zu führen. Gemeinsam mit dem Psychologen der Station sowie drei Krankenschwestern legten wir fest, dass ich an zwei Nachmittagen in der Woche jeweils für 45 bis 90 Minuten Einzelmusiktherapie für einige Patienten anbieten sollte.

Auf Wunsch der Patienten bestand weiterhin die Möglichkeit einer ambulanten musiktherapeutischen Weiterbetreuung zu Hause, im Pflegeheim oder Hospiz.

Von dem zuständigen Oberarzt der Station begrüßt zu werden mit den Worten: „Herzlich Willkommen, schön das Sie bei uns sind“, gab mir viel Auftrieb und ließ mich von Anfang an die Station mit ihrem Team und ihren Patienten als etwas Besonderes ansehen.

So konnte ich am 05.November 2001 mein musiktherapeutisches Praxisjahr auf der Palliativstation des Klinikums der Georg-August-Universität in Göttingen beginnen.

Diese Station verfügt über fünf Betten, verteilt auf zwei Zweibettzimmer und ein Einbettzimmer. Ein weiteres Zimmer, genannt die „Gute Stube“ mit einer kleinen Kücheneinheit kann von Patienten, ihren Angehörigen, Freunden und den Mitarbeitern der Station in verschiedener Weise genutzt werden, zum Beispiel für gemeinsame Mahlzeiten, Gespräche, Musik hören, Malen oder Familienfeiern.

Für Angehörige und Freunde bestehen bei Bedarf begrenzte Übernachtungsmöglichkeiten sowohl im Patientenzimmer als auch separat auf der Station.

Das Team der Palliativstation besteht aus einem Anästhesisten, einem Psychologen, sieben Krankenschwestern und einem Krankenpfleger.

Erforderliche Untersuchungen und Therapien (z.B. Strahlentherapie) werden nach Möglichkeit vormittags durchgeführt.

Feste Besuchszeiten gibt es nicht.

Mein persönliches musiktherapeutisches Konzept

Der Raum für die Musiktherapie: Mir war es wichtig, den Raum, in dem Begegnungen stattfinden sollten, in eine angenehme Atmosphäre zu verwandeln und verschiedene Sinne dabei anzusprechen. Seidentücher in blau-grünen, orange-gelben oder altrosa-violetten Farbzusammenstellungen habe ich zusammen mit einem duftenden Teelicht (lemon, orange) auf der Fensterbank und in Nähe des

Patienten auf einem separaten Tischchen oder Nachttisch dekoriert. Dabei symbolisiert die blau-grüne Farbzusammenstellung Erholung und Entspannung, die orange-gelbe Farbkombination ist Farbklang der Heiterkeit, der Lebensfreude und des Vergnügens und die altrosa-violette Farbkombination symbolisiert das Zarte und Naive als Eigenschaften des Kindlichen.

Besonders wesentlich für meine Kontakte war es, Raum zu schaffen für Ruhe und Stille. Symbolisch dafür hing ein Schild an der Tür mit der Aufschrift „Musiktherapie - Bitte nicht stören“. „Musiktherapie-Raum“ bedeutet für mich aber noch viel mehr, nämlich Raum geben für Ängste, Sehnsüchte, Trauer, Wut, Freude, für Entlastung, Entspannung, Nähe und Distanz.

*Musiktherapie -
Raum*

In der Siegener Ausbildung ist mir ein Satz wieder und wieder begegnet:

Der Klient führt - der Therapeut folgt.

*Musiktherapeutische
Methoden in
der Palliativme-
dizin*

Dieser Satz war mir während meiner gesamten Praxiszeit präsent. Ich habe gelernt, dass nicht meine Vorstellungen von Musiktherapie an erster Stelle zur Verwirklichung anstehen, sondern die Bedürfnisse, Nöte und Ängste der Patienten wahr- und anzunehmen. In Abhängigkeit von der körperlichen und psychischen Verfassung des Patienten setzte ich überwiegend Verfahren aus der Rezeptiven Musiktherapie ein.

Viele Patienten hatten einen langen Weg der Krankheit und Behandlung hinter sich, begleitet von Angst, Hoffnung, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen und ausgeliefert Sein. Persönliche Pläne, Hoffnungen, Träume, Wünsche für die Zukunft, berufliche Tätigkeiten sowie Freizeitaktivitäten wurden umgerissen, ohne dass die Patienten das Gefühl bekamen, sich wehren zu können. Sie waren körperlich und seelisch so erschöpft, dass häufig der Wunsch nach Entspannung und „zur Ruhe kommen“ geäußert wurde. Mit Klangschalen, Monochord und/oder Stimme spielte ich eine Entspannungsmusik, zum Teil wurden die Klangschalen nahe am Körper des Patienten platziert.

*Rezeptive Musik-
therapie mit
Klangschale,
Monocord und
der Stimme
Das
„Für-Spielen“*

Sehr oft habe ich auf einem von mir oder vom Patienten ausgewählten Instrument für den Patienten gespielt, häufig in freier Improvisation - vereinzelt gebunden an den Atemrhythmus des Patienten.

Timmermann bezeichnet diese Vorgehensweise als „Für-Spielen“ im Unterschied zum Vorspielen. Er meint damit „ein spontanes, improvisiertes Musizieren des Therapeuten für den Patienten. Sowohl das Instrument als auch die Art und Weise des Spiels werden vom Therapeuten durch Einfühlung in die Situation gewählt und entwickelt. Dies ist ein sehr persönlicher Vorgang. Der Therapeut lässt sich auf eine momentane subjektive Gestaltung ein, die sich wesentlich unterscheidet von der Interpretation eines Stückes, das ein anderer Mensch komponiert hat. Eine solche Gestaltung bietet viel weniger Schutz und mutet mehr unmittelbare Offenbarung zu. Gleichwohl ist die geforderte therapeutische Abstinenz erfüllt: Sie ergibt sich daraus, dass der Therapeut nicht um seiner Selbst Willen ‚von sich‘ spielt, sondern *für* den Patienten“ (1998).

Vereinzelt kam es vor, dass ich meinen Patienten eine CD mit von ihnen ausgewählter Musik vorspielte. Es war aber auch häufig möglich, aktiv Musik zu machen. Hierbei haben die Patienten mit „ihrem“ Instrument geführt und ich als Therapeutin bin gefolgt und habe begleitet.

Instrumente

Anfangs war ich sehr unsicher, welche Instrumente ich mit an das Krankenbett nehmen sollte - da begleitete mich immer wieder die Sorge, vielleicht nicht das passende Instrument dabei zu haben. So stellte ich mir aus meinem recht großen

Sortiment einen Reisekoffer und eine Tasche mit den unterschiedlichsten Instrumenten zusammen.

Da ich zum Patienten ins Krankenzimmer ging, mussten die Instrumente nicht nur tragbar sein, sondern ich konnte auch nur eine begrenzte Anzahl transportieren. Häufig war die körperliche Kraft der Patienten stark reduziert, so dass das Gewicht des Instrumentes entscheidend war für dessen Einsatz. Die leichten, kleineren Instrumente konnten auch von bettlägerigen Patienten gut festgehalten und gespielt werden.

Übrig geblieben sind die hier auf dem Tisch liegenden Instrumente: das Monocord, die Kantele, die Leier, die Klangschalen, das Glockenspiel sowie - ich trage es bei mir- meine Stimme.

Die Stimme

Sie wurde zu meinem wichtigsten Instrument - sowohl als Sprach- wie auch als Singstimme jederzeit verfügbar. Der Klang (m)einer Stimme offenbart meine wahre Befindlichkeit, ist Ausdruck meiner Persönlichkeit und Seele. Meine Stimme spiegelt wieder, wie „stimmig“ ich mich in dem fühle, was ich sage und vor allem wie ich es sage. Genau diese Beziehungsebene zwischen mir und meinem Gegenüber mit meiner Authentizität war für mich am Anfang eines jeden Settings von großer Wichtigkeit. Gerade Krebspatienten, die mit Menschen häufig schlechte Erfahrungen machen, denen sie im Verlauf ihrer Erkrankung hilflos ausgeliefert sind, besitzen ein besonderes Gespür für die „Echtheit“ ihres Gegenübers. Durch meine Singstimme, alleine oder unterstützt durch ein Saiteninstrument, entstand oft eine sehr nahe Beziehung.

Saiteninstrumente

Neben der Stimme waren die Saiteninstrumente und hierbei die Kantele das wichtigste Instrument. Ihr nachklingender Ton schien Raum und Weite zu schaffen und lösend oder befreiend zu wirken; ihr wunderschöner Klang bot Halt und Geborgenheit.

Klangschalen

In der Arbeit mit Klangschalen habe ich lernen müssen, dass diese sehr behutsam eingesetzt werden sollten. Viele Menschen sind von ihren Klängen befremdend berührt. Ich habe bei einem Patienten erfahren, dass der Klang einer Klangschale nicht nur zum Loslassen und einer tiefen Entspannung führt, sondern auch große Angstzustände und Abblocken bewirken kann. Dieser 56 jährige Mann mit einem Speiseröhrenkrebs im fortgeschrittenen Stadium hatte anfangs selbst mit den Klängen einige Minuten experimentiert und dann den Wunsch an mich geäußert, die große Klangschale, deren Klang ihm am besten gefallen hatte, für ihn zu spielen. Die Klangschale sollte dabei auf der schmerzenden Stelle im Oberbauch stehen. Nachdem ich circa drei Minuten gespielt hatte, wurde der Patient immer unruhiger, setzte sich plötzlich auf, weil die Schmerzen stärker geworden waren und sagte: „Ich glaube, das ist nichts für mich, das ist ja wie Autogenes Training. Es tut mir leid, aber ich kann dem nichts abgewinnen und möchte nicht mehr weitermachen.“

Besonderheiten der Musiktherapie in der Palliativmedizin

In der Ausbildung bekam ich durch Seminare und Literatur einige Rahmenbedingungen für mein musiktherapeutisches Arbeiten vermittelt, dazu zählten das Setting in einem „eigenen“ Musiktherapieraum, Kontraktabfassung mit dem Klienten, sowie bindende Terminabsprachen.

Bei mir waren diese Bedingungen völlig anders: es gab keinen „eigenen“ Musiktherapieraum. Denjenigen Patienten, die ruhebedürftig und schwach zwar, aber dennoch in der Lage waren aufzustehen und sich zu bewegen, stand für die Settings der Mehrzweckraum, die sogenannte „Gute Stube“, zur Verfügung. Ein ungestörtes Arbeiten war hier allerdings nur selten möglich. Dieser Raum war für

viele auf der Station Treffpunkt, und ich zu unerfahren und unsicher, um mir und meinem Patienten für die Zeit der musiktherapeutischen Begegnung den Raum frei zu halten. Ich ging nach kurzer Zeit dazu über meine Settings generell im Krankenzimmer stattfinden zu lassen. Das bereits vorhin erwähnte Türschild sorgte dafür, dass der Bitte bis auf wenige Ausnahmen auch Folge geleistet wurde.

Somit ging ich als Therapeutin zu meinen Patienten - in einen Raum der, wie es Krankenhauszimmer meist an sich haben, zweckmäßig eingerichtet war und trotz einiger Reproduktionen an den Wänden eher nüchtern und „kalt“ wirkte. Durch Infusionsständer, ein Sauerstoffgerät, einen Rollstuhl oder auch ein Bett für Angehörige war der Platz im Krankenzimmer zum Teil recht eingeschränkt. Ganz besonders zu Beginn meiner Praxiszeit verlangte mir meine intensive Zuwendung zum Patienten mit Wahrnehmen und Nachspüren meines „Gegenübers“ sowie bei mir selbst große Konzentration ab, so dass das „Drumherum“ oft in Vergessenheit geriet.

Es kam öfter einmal vor, dass meine vereinbarten Termine durch dringende pflegerische oder medizinische Versorgungen, durch Abruf zu Untersuchungen oder (Strahlen-) Therapie nicht eingehalten werden konnten bzw. dass das Setting abgebrochen werden musste. Dadurch wurde meine Frustrationstoleranz auf eine sehr harte Probe gestellt. In meiner Vorstellung ging ich davon aus, dass ich nicht nur eine Beziehung aufbauen, sondern auch eine Prozessentwicklung in Gang setzen konnte. Mindestens vier Monate geisterte diese Wunschvorstellung in meinem Kopf herum und eben solange frustrierten mich die abgebrochenen oder geplatzen Termine.

Auch die häufig wechselnde körperliche und seelische Verfassung der Patienten forderte von mir immer wieder ein hohes Maß an Flexibilität und innere Bereitschaft, mich einzulassen auf die momentane Gestimmtheit des Patienten, sowie auch dessen aktuelle Situation. Bestand in einer Sitzung der Wunsch nach aktiver Musiktherapie, so musste ich im nächsten Setting den Wunsch nach Stille oder allein gelassen zu werden akzeptieren. Es kam einige Male vor, dass ich wenige Stunden vor dem ersten Kontakt mit einem Patienten von dessen Tod erfuhr. Natürlich war ich immer wieder enttäuscht - die vielen Stunden der Vorbereitung zu Hause, der Wunsch mit Klängen etwas Gutes zu tun oder ganz einfach da zu sein für den Patienten und nicht zuletzt der Wunsch durch viele musiktherapeutische Begegnungen Erfahrung zu sammeln.

Achtzig Prozent der Krebspatienten haben im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung starke Schmerzen. Christof Müller-Busch (1997) spricht von einer „Krebsschmerzspirale“, einem Circulus vitiosus von Angst - Hoffnungslosigkeit - Isolation - Depression - Verspannungen - vegetativer Erregung und Schmerz, der durch die emotionale Wirkung und individuelle Bedeutung von Musik durchbrochen werden kann. Musik bietet zur Schmerzbewältigung unter anderem zwei besondere Qualitäten: die Umlenkung der Aufmerksamkeit und die Auslösung emotionaler Reaktionen. Oftmals müssen die Schmerzen jedoch so unvorstellbar stark sein, dass sämtliche Bewältigungsstrategien außer Kontrolle geraten. Auch ich wurde in den Settings bei meinen Patienten oft mit plötzlich einschließenden Schmerzen konfrontiert und musste erleben, dass diese Schmerzattacken den Patienten immer wieder brutal aus dem therapeutischen Prozess heraus und hinein in die Realität ihrer Krankheit rissen.

Ganz allmählich kam ich dahinter, dass Quantität nicht unbedingt Qualität bedeutete. Ich erkannte zunehmend, dass selbst eine einzige Begegnung häufig von großer Intensität und Nähe begleitet wurde und fing an, jedes Setting als einen in sich

Musiktherapie im Krankenzimmer

Unvorhersehbare situationsabhängige Bedingungen für die Musiktherapie in der Palliativmedizin

Schmerz

abgeschlossenen Augenblick der Begegnung zu betrachten. Meine Patienten befanden sich, bedingt durch das fortgeschrittene Stadium ihrer Erkrankung, in der letzten Phase ihrer „Lebensmelodie“, somit konnte ich nicht von einer kontinuierlichen musiktherapeutischen Arbeit ausgehen und nie sicher sein, ob es eine weitere Begegnung mit dem Patienten geben würde.

Es war ein inniger Händedruck, Worte des Dankes, ein Lächeln, strahlende Augen, Zufriedenheit oder eine Umarmung meiner Patienten, die mich mit Dankbarkeit für diese Momente des Glücks und der Freude erfüllten.

Es folgen zwei Patientendarstellungen, mit denen ich verdeutlichen möchte, wie musiktherapeutische Augenblicke wegbereitend sein können für bessere Lebensqualität.

*Loslassen und
Abschied nehmen.
Patientin mit
einem Angiosar-
kom der Leber*

Frau H. ist 65 Jahre, verwitwet und hat zwei Söhne. Sie ist in Warschau geboren, lebt seit 15 Jahren in Deutschland und hat als Krankenschwester gearbeitet. Im Januar 2001 wird bei ihr ein sehr bösartiger Tumor in den Lebergefäßen - ein Angiosarkom diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt befinden sich bereits Metastasen in der Lunge, der Milz und im Knochen, die starke Schmerzen verursachen.

Bereits in den ersten Minuten unserer ersten Begegnung schwingt viel Herzlichkeit, Sympathie und Nähe mit. Frau H. sitzt blass und abgemagert auf ihrem Bett, ihr Bauch aufgetrieben, voller Flüssigkeit, die ihr das Atmen erschwert. Sie erzählt mit leiser Stimme Autobiographisches und erwähnt, dass sie sich überhaupt nicht sicher sei, ob sie hier in Göttingen bleiben oder in ein Hospiz zu ihrem Sohn nach Wiesbaden gehen solle. Sie sagt wörtlich: „Der Verstand sagt mir ganz klar - geh` ins Hospiz -, aber das Herz ist sich nicht so sicher“. Es entsteht eine kurze Pause, die Patientin blickt zu den Seidentüchern und Teelichtern und wird noch ruhiger. Während ich ihr die Kantele reiche, sage ich: „Schauen sie Frau H., ich habe mein Lieblingsinstrument mitgebracht“. Frau H. lächelt, schaut mich mit strahlenden Augen an und erwidert: „Oh, ist das Instrument schön anzusehen und auch anzufassen“. Als ich die Patientin einlade auf der Kantele zu spielen, sieht sie mich ganz ungläubig an und bekundet mir, dass das die Krönung unserer bisherigen wundervollen Begegnung sei. Sie spielt leise und zupft die Saiten sehr zart mit ihrem Zeigefinger. Drei Minuten lang genießt sie den Klang jeder einzelnen Saite - lässt jede Saite für sich vom Anschlag bis zum Ausklang ertönen. Auf mich wirkt diese Spielweise so, als ob Frau H. alle Seiten in sich erklingen lassen wolle oder auch alle Für und Wider, in ein Hospiz zu gehen für sich hinterfragt. Nach ihrem Spiel erzählt sie, dass es ihr jetzt sehr gut gehe. Sie habe während des Spielens gemerkt, dass sie viel ruhiger und entspannter geworden sei und ihre Schmerzen weniger wurden. Weiter sagt Frau H., dass ihr Spiel sie darin bestärkt hätte, doch lieber in das Hospiz nach Wiesbaden zu gehen.

Kantele

Ich war beeindruckt von der großen Wirkung der Musik. Klänge können einen Menschen nicht nur tief berühren, sondern ihm auch großen Halt vermitteln, so dass es ihm möglich wird, wichtige Entscheidungen zu treffen, loszulassen und Abschied zu nehmen von seiner bisherigen Lebensweise. Frau H. bedankt sich mehrmals bei mir für die schönen Erlebnisse und auch dafür, dass ich mir so viel Zeit für sie genommen habe. Vor ihrem Zimmer treffen wir die Stationschwester, zu der die Patientin sagt: „Schwester Anne, ich bin ja so glücklich“. Ich bin zutiefst bewegt und gerührt und mir wird erneut bewusst, wie reich ich von meinen Patienten beschenkt werde.

Eine Woche später sehe ich die Patientin zum letzten Mal wieder, bevor sie am nächsten Morgen in ein Wiesbadener Hospiz verlegt werden soll. Wieder sitzt sie auf ihrem Bett und schaut zum Fenster hinaus. Als sie mich bemerkt, erfüllt mich ihr Lächeln und ihre Freude mich zu sehen mit großer Wärme. Sie erzählt sofort, dass es ihr nach dem letzten Mal richtig gut gegangen sei. Sie habe weniger Schmerzen, weniger Flüssigkeit im Bauch und sei zufriedener. Sie bittet mich, noch einmal die Klangschalen für sie zu spielen, die ihr im letzten Setting bereits so gut getan hätten. Frau H. legt sich mit leicht erhöhtem Oberkörper auf ihr Bett. Ich setze mich zunächst an das Fußteil ihres Bettes und beginne die große Klangschale zu spielen. Dabei halte ich die Schale in meiner linken Hand und schlage leise mit einem Holzschlegel im Atemrhythmus der Patientin an den Außenrand der Klangschale. Nach zirka zwei Minuten atmet Frau H. ruhiger und schließt die Augen. Nun variiere ich mein Spiel nicht nur in der Lautstärke und im Rhythmus, sondern beziehe auch die beiden kleineren Klangschalen nach und nach mit ein. Die Patientin wirkt auf mich sehr entspannt und gelöst; sie kann sich fallen lassen mit der Gewissheit Halt zu haben. Nach fünf Minuten stehe ich auf und bewege mich mit der großen Klangschale im Raum - gehe langsam zur anderen Seite des Bettes und bin nun auch räumlich der Patientin näher. In der dreiminütigen

Schlusssequenz werde ich immer leiser und lasse mich wieder auf den gleichmäßigen ruhigen Atemrhythmus der Patientin ein. Nachdem der letzte Ton verklungen ist, öffnet Frau H. lächelnd ihre Augen, bedankt sich und sagt: „Ich habe ein herrliches Konzert mit einem wundervollen Orchester gehört. Ich bin so ruhig und zufrieden und hätte niemals gedacht, dass mir die Musik so viel Kraft geben kann“. Sie bedankt sich nochmals für die schönen Stunden mit mir und begleitet mich nach draußen auf den Flur. Dort fragt sie eine Schwester, ob sie sich am Kiosk im Hauptgebäude ein Eis kaufen könne. Die Schwester fragt mit erstauntem Blick, ob sich Frau H. diesen langen Weg (ca. 800 m) alleine zutraue, denn sie könne sie nicht begleiten. Frau H. bejaht dieses, geht sofort los und meldet sich nach gut zwanzig Minuten zurück.

Klangschalen

Peter Hess (1999) schreibt zur Wirkung von Klangschalen: „Eine noch so kurze Entspannungsphase bedeutet loslassen - geschehen lassen. Hieraus entstehen Neuorientierung, Neuordnung und Harmonie, aus denen Sie sich weitere Kraft zur Bewältigung der ausstehenden Aufgaben holen“. Einen Monat später erfahre ich vom Tod der Patientin, der mich traurig macht. Dennoch tröstet mich die Gewissheit, dass sie von unseren sehr nahen Begegnungen viel Wärme, Nähe, Kraft, Geborgenheit und Trost mitgenommen hat, so dass ihre Lebensmelodie in Ruhe und Zufriedenheit ausklingen konnte.

Die zweite Patientin, von der ich berichten möchte, kenne ich zwölf Monate und habe sie sieben Monate musiktherapeutisch begleitet. Mit ihr erlebe ich nicht nur verschiedene Stadien ihrer Erkrankung, ihrer psychischen Verfassung und in ihrem alltäglichen Leben, sondern sie bringt mich sehr viel näher zu mir und meinen Gefühlen. Frau M. ist 62 Jahre alt, ledig und hat als Schullehrerin gearbeitet. Im Juli 2001 wird bei ihr ein in den Knochen metastasierender Nierenzelltumor diagnostiziert, der noch im selben Monat samt rechter Niere operativ entfernt wird. Es folgt eine erste Serie von Bestrahlungen im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie die Anpassung einer Halskrawatte, da der erste Halswirbelkörper einzubrechen droht. Im Januar 2002 lerne ich Frau M. kennen, als sie zur Schmerz- und erneuten Strahlentherapie auf die Palliativstation aufgenommen wird. Ich begegne einer nachdenklichen, an vielem sehr interessierten Frau, die in dieser Phase ihrer Erkrankung der Realität nur schlecht ins Auge blicken und Gefühle kaum zulassen kann.

Suche nach Harmonie und Einklang in einer Erinnerungsme- lodie Patientin mit einem Nierenzell- Karzinom

In den zweieinhalb Monaten steht die aktive Musiktherapie im Vordergrund unserer Begegnungen. Über sieben Settings hinweg werden nicht nur die Saiteninstrumente wie Monocord, Kantele und Leier oder Klangschalen erforscht und erspürt; auch die Klänge der Panflöte, Kalimba und Océandrum üben für kurze Zeit (2 Settings) große Faszination auf die Patientin aus. In den folgenden Stunden gehören das Monocord, die Kantele und die Klangschalen zu Frau M.s bevorzugten Instrumenten. Diese Klänge sind es, die die Patientin bei ihrer Suche nach Harmonie und Einklang in fast allen Settings begleiten. Es scheint, als könne sie durch die Musik zumindest für kurze Zeit besser mit den brutalen Folgen ihrer Erkrankung umgehen. Der zunehmende Autonomieverlust bei bestehender geistiger Vitalität, sowie die immer länger werdenden und an Intensität zunehmenden Schmerzattacken machen ihr große Angst. In den letzten fünf Sitzungen vor Entlassung wird die Kantele zu ihrem Lieblingsinstrument, dessen Klänge nicht nur ihre Schmerzen lindern, sondern auf dem sie nach einer Melodie sucht, die sie bei Bedarf erinnern kann.



Immer und immer wieder spielt Frau M. diese kleine Tonfolge - mal mit den Fingern, mal mit einem Holzschlegel. Ich begleite ihre Melodie indem ich leise eine kleine Klangschale spiele. Frau M. kann so, wie sie selbst äußert, für einige Zeit alles vergessen, sogar die Schmerzen. Diese Erinnerungsmelodie wird in einer viel späteren Lebensphase der Patientin in den Begegnungen zu einer Brücke zwischen uns. Ich werde an anderer Stelle näher darauf eingehen.

In der vorerst letzten Musiktherapiestunde wird nochmals deutlich, welche Themen Frau M. beschäftigt. Während sie leise eine oder auch zwei Saiten der Kantele mit dem Finger zupft, erzählt sie, dass es ihr große Angst machen würde nach Hause zu gehen und sehr unsicher sei, was sie sich noch zutrauen könne. Bei vielen Dingen, die sie vorher machen konnte, sei seit Beginn der Krankheit nun ein regelrechter Bruch eingetreten, was sie sehr traurig stimmen würde. Außerdem fühle

sie sich so hilflos, da sie dem Krankheitsverlauf ausgeliefert sei und nichts dagegen tun könne. Am schlimmsten für sie sei jedoch die große Angst vor den nicht zu beherrschenden Schmerzen. Dann verstummt Frau M. und spielt für circa eine Minute auf der Kantele weiter - jede Saite einzeln gezupft, auf und ab, lauter und bestimmter als während ihres Erzählens, so, als wolle sie nochmals alle Seiten in sich zum Klingen bringen oder sich von einigen Teilen in ihrem Leben verabschieden. Frau M. bedankt sich bei mir für die schöne Zeit, die wir miteinander verbracht haben, und wir vereinbaren, dass wir telefonisch in Verbindung bleiben und Frau M. mir signalisiert, wenn sie eine musiktherapeutische Weiterbegleitung bei sich zuhause wünscht.

Nach zweieinhalb Wochen rufe ich Frau M. an und erfahre von ihr, dass sie sehr starke Schmerzen hat und ihre Wohnung nicht mehr verlassen kann. Sie klingt niedergeschlagen und deprimiert, so dass ich ihr vorschlage sich mit der Palliativstation bzw. mit dem Stationspsychologen in Verbindung zu setzen. Eine Woche später liegt Frau M. für weitere zwei Monate auf der Station. In dieser Zeit wünscht sie keine Musiktherapie. Es fällt mir anfangs schwer, Frau M.s Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden, anzunehmen. Habe ich irgendetwas falsch gemacht? Durch Gespräche mit dem Psychologen erfahre ich, dass sich der klinische Zustand bei Frau M. durch massive Wassereinlagerungen und eine beginnende Querschnittssymptomatik sehr verschlechtert hat, so dass die Patientin zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen ist und somit nicht mehr alleine in ihrer Wohnung leben kann. Während ich zu einem anderen Setting gehe, begegne ich Frau M. im Gehwagen auf dem Flur. Sichtlich erfreut, mich zu sehen, sagt sie: „Das ist aber schön, dass ich sie wiedersehe.“ Ich habe die Patientin kaum wiedererkannt - nicht nur äußerlich verändert mit einem aufgedunsenen Gesicht und schlürfendem Gang, sondern auch seelisch erschüttert, denn ihre klanglose Stimme signalisiert mir Hilflosigkeit, Ohnmacht und eine tiefe Depression. Ich drücke ganz fest ihre Hand und im selben Moment wird mir nicht nur die gesamte Dramatik einer Krebserkrankung bewusst, sondern auch, dass ich in unseren Begegnungen überhaupt nichts falsch gemacht habe.

Direkt von der Station wird Frau M. in ein Altenpflegeheim verlegt. Weitere dreieinhalb Monate vergehen, bis sie von sich aus wieder Kontakt zu mir aufnimmt. In den vergangenen Monaten hat sich ihr Gesundheitszustand weiter verschlechtert; inzwischen ist sie bettlägerig, kann sich ohne fremde Hilfe nicht mehr alleine drehen, die massiven Wassereinlagerungen in den Beinen und Füßen verursachen nicht nur große Schmerzen, sondern führen auch zu veränderter Körperwahrnehmung. Des weiteren ist die Kraft im linken Arm so stark reduziert, dass er nur durch Unterstützung der rechten Hand und des Armes bewegt werden kann. In dieser Zeit des Leidens hat sich Frau M. an ihr Lieblingsinstrument und ihre Melodie erinnert und wünscht sich sehnlichst wieder auf der Kantele spielen zu können. In der darauffolgenden Stunde genießt sie die Klänge „ihres“ Instruments. Mit den Fingern oder einem Schlegel spielt Frau M. anfangs jede einzelne Saite mäßig laut, klar und deutlich. Nach ca. zehn Minuten wandelt sich das Klangbild und ihre kleine, für sie so bedeutungsvolle Erinnerungsmelodie wird hörbar. Am Ende der Sitzung wirkt Frau M. wesentlich entspannter und zufriedener auf mich. Vier Tage später erfahre ich, dass die Medikation auf Grund weiter zunehmender Schmerzen hochgesetzt werden musste. Noch habe ich keine Vorstellung davon, was diese Maßnahme für meine musiktherapeutischen Begegnungen bedeutet. Vorweg genommen - das letzte Setting sollte die allerletzte Stunde bleiben, in der die Patientin selbst auf einem Instrument spielen konnte und in der ein Gespräch möglich war. In den nun folgenden zweieinhalb Monaten erlebe ich Frau M. in verschiedenen, stark wechselnden Wachheitsgraden, die von „leicht erweckbar“, mit Erkennen meiner Person und klaren Äußerungen, über Unruhezustände, Verwirrtheit, Wechsel von zusammenhanglosen Worten und Sätzen in verwaschener Sprache bis hin zu tiefem Schlaf ohne jegliche Reaktionen reichen. Fortan wird ihre kleine Erinnerungsmelodie von noch größerer Bedeutung. Ich spiele sie jedes Mal zur Begrüßung und habe den Eindruck, dass diese Melodie immer wieder eine Brücke zwischen ihr und mir schlägt. Ich selber gehe in dieser Zeit durch ein Wechselbad der Gefühle und lerne immer mehr mein Gegenüber wahrzunehmen. Mitzuerleben, welche Nebenwirkungen hohe Morphingaben, die ohne Frage im Finalstadium einer Krebserkrankung meist unumgänglich sind, hervorrufen können, haben mich oftmals verunsichert und hilflos gemacht. Auf die vielen zusammenhanglosen und abgebrochenen Sätze, die Gedankensprünge und Wortfetzen konnte ich mir durch Nachfragen keine Klarheit verschaffen. Der zunehmende Kontrollverlust über den Körper sowie dessen steter Verfall bedrückten mich und stimmten mich in so mancher Sitzung traurig. In den gleichen Settings spürte ich aber auch Freude und Glück, wenn ich Reaktionen der Patientin auf mein Musizieren oder ein komponiertes Musikstück wahrgenommen habe.

Und noch etwas darf ich erfahren, etwas, was mich weiterhin zutiefst berührt. Im Leiden dieser Patientin geht mir die wundervolle Bearbeitung des Chorals „Jesus bleibet meine Freude“ aus der Kantate „Herz und Mund und Tat und Leben“ von (J.S. Bach BWV 147) nicht mehr aus dem

Kopf.

Durch diese Musik und auch den Text finde ich immer wieder die Kraft für Frau M. da zu sein, um mit ihr ein Stück des Weges zu gehen. Darüber hinaus werde ich getröstet, gehalten und erfahre manchmal Geborgenheit. Kann ich ein größeres Geschenk als dieses für meine Arbeit erhalten?

Auf den Tag genau ein Jahr später, an dem wir uns das erste Mal begegnet sind, muss ich von Frau M. Abschied nehmen. Mir bleibt die Erinnerung an eine wundervolle Frau mit einer bedeutungsvollen Melodie und die Erfahrung, dass ich durch Musik in mir mehr bewegen kann, als ich dies bisher angenommen hatte.

Nachspüren

In einer Indianerweisheit heißt es:

Wirf dein Herz über den Fluss, dann springe hinein und hole es dir wieder.

Seit meinen ersten Kontakten mit der Musiktherapie ließ mich ein Traum nicht mehr los. Innerhalb von gut vier Jahren fand ich die kleinen Schritte, um mein Ziel zu erlangen. Dieser Weg bis hierher war nicht immer gerade, doch die zahlreichen, auch negativen, Erfahrungen, die ich gemacht habe, verleihen mir mehr Selbstbewusstsein, Stärke und Festigkeit. Ich habe in dieser Zeit enorm viel gelernt. In meiner Arbeit mit schwerstkranken Menschen bin *ich* als Person besonders wichtig, mit meiner Fähigkeit zu Hören und zu Schweigen, zu Lachen und zu Weinen, mit meiner erlernten Fähigkeit, wahrzunehmen sowie durch Dasein, Hochpräsenz und Authentizität dem Kranken zu begegnen. Da ein kontinuierliches Arbeiten nicht möglich war, lernte ich mit viel Geduld in kleinen Schritten voran zu gehen. Diese Verlangsamung tat nicht nur mir und meinem turbulenten Alltag gut, sondern erwies sich auch für meine musiktherapeutische Arbeit als sinnvoll. Sie erhielt dadurch mehr Qualität, denn meine Begegnungen waren häufig sehr intensiv, so dass ich genügend Raum für mich fand. Mit einem Menschen ein Stück seines Weges zu gehen und zu spüren, dass sich durch meine Arbeit dessen Lebensqualität verbesserte, erfüllt mich mit Glück und großer Dankbarkeit. Dennoch war nicht alles, was ich erlebte, leicht zu verarbeiten. Es gab einige schwierige Situationen, wie das Miterleben heftigster Schmerzattacken oder Begegnungen mit Patientinnen in meinem Alter und jünger. Dabei machte ich immer wieder die Erfahrung, dass ich mich durch Musik selbst schützen konnte und emotional entlastet wurde. Auf zahlreiche Settings folgte ich nenne es - ein „therapeutisches Nachspiel“, in der Form, dass mir häufig bereits auf dem Heimweg ein Thema einer „klassischen“ Komposition oder ein derzeitiger Megahit durch den Kopf schoss. So konnte ich nicht nur durch die Musik J.S. Bachs, Gabriel Faurés oder Camille Saint-Saens' zur Ruhe kommen, sondern ganz besonders auch durch Herbert Grönemeyers ergreifenden Song „Der Weg“ aus seinem neuesten Album „Mensch“.

Ich sehe es als ein großes Privileg an, dass ich Patienten auf einem Teil ihres Lebensweges begleiten und begegnen darf.

Mit dem heutigen Tag ist ein Teil meines Traumes wahr geworden, doch bedarf es noch weiterer Schritte, um an das Ziel dieses Traumes zu kommen.

So beende ich meinen Beitrag mit den für mich stimmigen, nebenstehenden Worten.

*Was mir leben hilft,
ist,
anderen leben helfen
oder auch
anderen sterben helfen.*

Abschließend möchte ich noch einige Worte des Dankes loswerden. Ich danke Hartmut Kapteina, Inge Kritzer und Karl-Heinz Wortmann für die Wertschätzung, die sie mir während der Ausbildungszeit und natürlich auch darüber hinaus entgegengebracht haben. Besonders dankbar bin ich Euch für meine veränderte neue Sichtweise im Umgang mit mir selbst, meiner Familie und meinen Mitmenschen, die ich im Verlauf der letzten Jahre durch die Siegener Ausbildung entwickelt habe. Gerd-Werner Gries danke ich für seine kompetente Betreuung während meiner Praxistätigkeit mit zahlreichen, mich inspirierenden Supervisionsstunden. Des weiteren möchte ich meiner Familie,

insbesondere meinen Kindern und deren „Kindermädchen“ dafür danken, dass ich mir den Freiraum nehmen konnte, um diese Ausbildung zu absolvieren. Zum Schluss gilt meinem Sohn Paul mein ganz besonderer Dank für seine Geduld mit mir in Sachen Computer.

Literatur

- Bunt, Leslie: Musiktherapie- Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe, Weinheim 1998
- Canacakis, Jorgos: Ich sehe deine Tränen. Trauern, Klagen, Leben können, Stuttgart 1987
- Decker-Voigt, H.-H.; Knill, P.J; Weymann, E.: Lexikon Musiktherapie, Göttingen 1996
- Decker-Voigt, Hans-Helmut: Aus der Seele gespielt - Eine Einführung in die Musiktherapie, München 1991
- Gustorff, D.; Hannich, H.-J.: Jenseits des Wortes, Göttingen 2000
- Haffa-Schmidt, Ulrike: Am Rande der High-Tech-Medizin - Existenzbedingungen für Musiktherapeuten, Musiktherapeutische Umschau 1999, 317-324
- Hankemeier, U.; Schüle-Hein, K.; Krizanits, F.(Hrsg.): Tumorschmerztherapie, Berlin/Heidelberg 2001
- Heller, Eva: Wie Farben wirken, Reinbek 2002
- Hess, Peter: Klangschalen für Gesundheit und innere Harmonie, München 2000
- Klaschik, E.: Palliativmedizin Praxis - Leitfaden für die palliativ-medizinische, Bonn 2001
- Kraus, Werner: Die Heilkraft der Musik - Einführung in die Musiktherapie, München 1998
- Timmermann, Tonius: Musik als Weg, Zürich 1987
- Kübler-Ross, Elisabeth: Verstehen, was Sterbende sagen wollen, München 2000
- Mangold, I.; Oerter, U.: „... Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen.“ - Zur besonderen Situation am Krankenbett, Musiktherapeutische Umschau 1999, 349-353
- Mindell, Arnold: Schlüssel zum Erwachen - Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma, Zürich/Düsseldorf 1999
- Müller-Busch, H.C: Schmerz und Musik - Musiktherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen, Stuttgart 1997
- Psychembel: Klinisches Wörterbuch, Berlin/New York 1998
- Weber, Susan: Am Ende eines Lebensweges: Musiktherapie im Palliativbereich, Musiktherapeutische Umschau 2000, 43-48
- Wortmann, Karl-Heinz: Arbeitspapiere zum musiktherapeutischen Leitungs- und Beratungstraining, Universität- GH Siegen 2001
- Wortmann, Karl-Heinz: Materialien zum Seminar Gesprächsführung, Universität- GH Siegen 2000

Dr. Nicole Bartlau
Am Weinberge 9
37120 Bovenden
0551/ 5086630
oder
0174-4050975