

Musiktherapie mit Patienten auf der Intensivstation

Michael Dümpelmann

Während die Musiktherapie in vielen Krankenhäusern und besonders auf psychiatrischen Stationen ihren Platz gefunden hat, finden wir musikalischtherapeutische Ansätze im intensivmedizinischen Bereich nur sehr selten.

Dafür gibt es verschiedene Gründe. Zum einen ist die Intensivstation mit ihrer Enge, ihrer durch Technik geprägten Atmosphäre und der damit verbundenen Geräuschkulisse kein idealer Ort für diese Art von Behandlung. Zum anderen ist hier die Abhängigkeit der Patienten von Apparatemedizin und Intensivpersonal sehr groß und ihre Belastbarkeit aufgrund der akuten lebensbedrohlichen Situation maximal eingeschränkt. Zudem scheint die Zusammenarbeit zwischen Musiktherapeuten und Medizinern auf wissenschaftlichem Gebiet bisher recht schwierig. Die Musiktherapie wird hier mit Fragen nach Objektivität und Reproduzierbarkeit konfrontiert. Dr. Daniel Graff, der meine Arbeit medizinisch betreute, formulierte es so:

„Das ‘Experiment’ muss jederzeit, an jedem Ort, unabhängig vom Untersucher wiederholbar zum gleichen Ergebnis führen.“

Die musikalisch-therapeutische Arbeit wird also von Seiten der Schulmedizin häufig ganz im Sinne eines Experimentes der klassischen Naturwissenschaften gesehen. Die Ergebnisse sollen eindeutig messbar sein und sich in Zahlen ausdrücken lassen, z. B. Senkung des Medikamentenverbrauches, Verringerung der Patientenliegedauer im Krankenhaus etc.

Diesem ergebnisorientierten Denken steht die Musiktherapie als prozess- und beziehungsorientierte, den individuellen Patienten in den Mittelpunkt stellende Methode gegenüber.

Es darf keinen Zweifel darüber geben, dass die Intensivmedizin notwendig und für den Patienten mit seiner akuten Erkrankung absolut lebenswichtig ist. Doch kann die Musiktherapie im Anschluss an die akute Krankheitsphase, in welcher sich der Patient ausschließlich passiv mit seinem Leiden auseinandersetzen kann, ein Ansatz sein, ihn darüber hinaus zum aktiven Handeln zu führen und seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Außerdem kann sie die von Technik und Abhängigkeit geprägte Atmosphäre durchbrechen und Nähe sowie Vertrauen schaffen. In der Therapie mit komatösen Patienten öffnet sie neue Türen der Kommunikation oder kann den Sterbeprozess begleiten.

Die Station umfasst vier Betten und eine Notaufnahme-Betteneinheit. Sie ist neben der Inneren Medizin und Chirurgie auf Notfallmedizin ausgerichtet.

Die Auswahl der Patienten für die Musiktherapie geschah aufgrund der Diagnosen, des Allgemeinzustandes und auch auf eigenen Wunsch der Patienten.

Ich arbeitete mit Patienten mit Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Lungenembolie, Lungenkarzinom, Karzinome im abdominellen Bereich, Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, sowie Beatmungspatienten nach Reanimationen (wach, sediert, komatös).

Dabei führte ich neun musiktherapeutische Einzelbehandlungen. mit einer bis sieben Sitzungen durch, von denen sich einige bis in die postintensive Zeit auf der Allgemeinpflegestation erstreckten.

Intensivmedizin

naturwissenschaftlicher Forschungsansatz

Die Intensivstation

Während der gesamten Dauer meiner musiktherapeutischen Praxistätigkeit arbeitete ich unter Supervision.

*Möglichkeiten und
Behandlungsformen
auf der
Intensivstation*

Da die Patienten auf der Intensivstation aufgrund ihrer akuten Erkrankung nicht belastbar und somit nicht in der Lage sind, eine aktive Musiktherapie im Sinne von z. B. Improvisieren auf einem Instrument zu erleben, wähle ich für dieses spezielle Setting zwei Behandlungsformen der musiktherapeutischen Möglichkeiten aus.

1. das gemeinsame Reflektieren des Musikerlebens im Sinne der rezeptiven Musiktherapie bei wachen Patienten, welche nach einer weitgehend abgeschlossenen Intensivtherapie noch als Überwachungspatienten auf der Intensivstation liegen,
2. den Einsatz von Tonträgern sowie die musikalische Improvisation mit Instrumenten und Stimme in Form interaktiver Musiktherapie in einem ganz speziellen Sinne bei komatösen Patienten.

Backgroundmusik

Bevor ich in die musiktherapeutische Einzelarbeit einsteige, spiele ich Musik im Hintergrund bei der täglichen Grundpflege und auch in den Ruhephasen der Patienten, um die Stationsatmosphäre zu verbessern und um zu sondieren, ob die Musik von den Intensivpatienten eher positiv oder negativ empfunden wird. Auch erleichtert es mir die Auswahl der Patienten sowie der Musikstücke für die Einzelarbeit.

Zum Abspielen der Musik benutze ich einen qualitativ hochwertigen Stereokassettenrecorder mit gutem Raumklang. Der Einsatz von meist beruhigender Musik auf der Intensivstation hat sowohl für die Pflegenden und Ärzte als auch für die Patienten eine positive Wirkung auf das Arbeitsklima und verändert die gesamte Stationsatmosphäre.

Die elektronische Geräuschkulisse, bestimmt durch die Signale der Infusomaten, Perfusomaten, EKG-Monitore und Beatmungsmaschinen weicht einer harmonischen, menschlichen und für manche Patienten bekannten und gewohnten klanglichen Umgebung. Bei der Auswahl der Musik gehe ich situationsgerecht vor und erfülle nach Möglichkeit auch die Musikwünsche der Patienten.

Als Begleitung für die Patientenmobilisation oder zur Grundpflege wähle ich ergotrope, also dynamische Musik etwa aus Vivaldis *Vier Jahreszeiten*, Bachs *Brandenburgischen Konzerten* oder auch von Kassetten der Patienten. In den Ruhephasen wähle ich trophotrope, also entspannende, beruhigende Musik etwa aus Debussy's *Clair de lune*, Chopins *Klavierkonzert* oder ebenfalls Kassetten der Patienten.

Bei der Musikauswahl greife ich bewusst auf für die Patienten bekannte Stücke zurück, um Ihnen ein Gefühl von Vertrautheit zu vermitteln (vgl. Decker-Voigt 1991, 74 - 89).

Milieu-therapie

Zumeist wird die Hintergrundbeschallung mit klassischer Musik auf der Intensivstation von den Patienten sehr begrüßt.

Hier einige Zitate von Intensivpatienten:

„Jetzt bin ich aber richtig erholt und ausgeglichen.“

„Die Musik ist so gut und träumerisch - da kann ich mich richtig wohlfühlen. Ich möchte auch morgen wieder Musik hören.“

„Da kann man sich richtig gehen lassen. Ich hätte gerade tanzen können.“

Diese Zitate und die Lockerheit und Natürlichkeit im Gespräch zeigen den positiven Effekt der Musik. Bedingt durch die vertraute Musik haben die Patienten weniger Angst, sie bekommen einen Wunsch erfüllt und beginnen, über das Gehörte ihre Wünsche zu verbalisieren. Daraus resultiert oft der Wunsch, mit mir intensi-

ver über das Empfundene zu reden. Einige Patienten wählen sich auf diese Weise selbst für die musiktherapeutische Einzelarbeit aus.

Solche Reaktionen zeigen, dass auch eine auf den Raum bezogene, also nicht patientenspezifische, Beschallung der Intensivstation den Patienten sehr wohl tun und auf eine recht einfache und nicht aufwendige Art helfen kann, Stress auf der Intensivstation zu reduzieren.

Voraussetzung dafür ist, dass die Musik unaufdringlich und sorgsam eingesetzt wird und der Patient die Möglichkeit hat, die Beschallung zu unterbinden.

Durch die Einladung zur gemeinsamen Reflexion des Musikerlebens komme ich dem Wunsch der Patienten nach, ganzheitlich und individuell behandelt zu werden. Für viele Patienten ist es schlimm, dass sich der Kontakt zu den Pflegepersonen und Ärzten auf die professionellen therapeutischen Handgriffe, die Medikamentengaben und die Visiten beschränkt. Sie fühlen sich einsam und abhängig. Sie können nicht handeln sondern werden behandelt.

Rezeptive Musiktherapie bei Intensivpatienten

Viele Patienten reagieren mit Stresssymptomen wie Blutdruckerhöhung und schnellem Pulsschlag. Angst spielt eine große Rolle.

Für mich ist es wichtig, diesen Stress zu reduzieren, Kontakt anzubieten und Erfahrungs- und Gefühlsbereiche zu aktivieren.

Auf der Station habe ich mir eine stilistisch breit gefächerte Sammlung von Musikstücken zusammengestellt, die besonders geeignet sind, Gefühlsbereiche zu aktivieren. Nach Wunsch biete ich einen offenen Kopfhörer an. Für die Dokumentation habe ich ein Musiktherapie-Verlaufsprotokoll entworfen. Die Vorderseite dokumentiert alle Daten und Beobachtungen während des Musikerlebens. Auf der Rückseite fertige ich jeweils das Protokoll der anschließenden Reflexion an.

Dokumentationsbogen

Jeden Patienten kläre ich über meine musiktherapeutische Arbeit auf. Ich erläutere meine Vorgehensweise und lasse mir durch seine Unterschrift das Einverständnis zur Dokumentation der Gespräche und anfallenden Daten bescheinigen.

Nach Absprache mit meinen KollegInnen nehme ich mir für jede Sitzung ca. 60 Minuten Zeit, in welcher möglichst keine pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten am Patienten verrichtet werden sollten. Diese Absprache kann meistens eingehalten werden. Doch kommt es durchaus vor, dass ein Notfall im Nebenraum oder die Alarmsignale der Überwachungs- und Beatmungsgeräte das Setting beeinflussen.

rezeptive musiktherapeutische Einzelarbeit

Nun fordere ich den Patienten auf, sich in eine bequeme, entspannte Lage zu begeben. Dann starte ich die Musik - ein vorher festgelegtes und angekündigtes Musikstück von ca. 10 Minuten Länge - in einer dem Patienten angenehmen Lautstärke. Dabei setze ich mich auf einen Stuhl neben das Patientenbett. So kann ich neben den Ergebnissen der Standardüberwachung wie EKG-Monitoring etc. auch geringfügige Reaktionen wie Muskelkontraktionen, Augenlidbewegungen, Tränensekretion oder Hautveränderungen (Schweiß, Rötungen) beobachten. Außerdem kann ich mit dem Patienten Bückkontakt aufnehmen oder seine Hand halten. Nach Beendigung des Musikerlebens machen wir jeweils 15 Minuten lang Pause, in welcher der Patient zu sich kommen kann und ich meine Beobachtungen über den Verlauf dokumentiere. Dann setze ich mich wieder an das Bett des Patienten, um mit ihm das Musikerlebnis zu reflektieren. Eine Reflexion dauert jeweils 20 bis 30 Minuten.

Ich wähle hauptsächlich neuere Instrumentalmusik für die rezeptive musiktherapeutische Einzelarbeit aus. Komponisten wie z.B. Arvo Pärt, Hans Otte, Instru-

mentalgruppen wie Flairck, Tänzers Traum oder meine eigenen Aufnahmen mit Harfenmusik sind den meisten Patienten nicht bekannt. Somit läßt diese Musik die Patienten nicht in Reflexionsklischeés oder Erinnerungen an Altbekanntes verfallen, sondern bietet eine „Projektionsfläche“ für die aktuellen Themen, ihre Gefühle, Ängste und Fragen.

Die Musikauswahl erfolgt meist intuitiv.

Für einen ateminsuffizienten Patienten wähle ich beispielsweise Arvo Pärt's *Spiegel im Spiegel*, eine ruhig pulsierende, weite Musik aus, welche genügend Raum zum Atmen gibt.

Einen unruhigen, nervösen Patienten konnte ich durch die treibende Musik von Tänzers Traum *Tanzende Blätter* spiegeln. Später konnte ich seiner Nervosität durch Bachs Air entgegensteuern. Diese musikalische „Gegenüberstellung“ konnte dem Patienten seine permanente Unruhe und Aufgedretheit bewusst machen.

non direktive Gesprächsführung Bei der Reflexion des Musikerlebens arbeite ich hauptsächlich mit den Methoden der „non direktiven Gesprächsführung“ nach Carl Rogers (vgl. Mucchielli 1972, S. 15 - 45).

Allein durch die Wiedergabe der Äußerungen des Patienten mit meinen eigenen Worten, durch einfaches Nachfragen und Wiederholen seiner Antworten kann ich erreichen, dass er ausspricht, was ihm noch nicht wirklich bewusst ist.

„Dieser Prozess ungesteuerten Wahrnehmens ist nicht mit bewusster Reflexion - gesteuertem Nachdenken- oder gar Deutung zu verwechseln. In der Therapie ist folgerichtig nicht Deutungsarbeit, sondern Erinnern und Beschreiben von Wahrgenommenem das eigentliche therapeutische Instrument“ (Schwabe 1996, S.52).

Auf diese Weise werden latente Themen des Patienten deutlich und bewusst gemacht, ohne ihn zu sehr psychisch zu belasten.

Fr. K. ist eine zierliche 70jährige Patientin, die schon seit vielen Jahren mit Herzrhythmusstörungen (Arrhythmia Absoluta) in ärztlicher Behandlung ist. Nun liegt sie aufgrund einer akuten Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose nach einer Hüftoperation den fünften Tag auf der Intensivstation.

Herzrhythmusstörungen Fr. K. wirkt bleich, schläfrig und trotz einer O₂-Gabe von 2 l / min über eine Sauerstoffnasenonde mit ihren blauen Lippen und weißen Fingerspitzen peripher nicht ausreichend oxigenisiert. Ihre Atmung ist flach. Sie hat mit 38.0°C Körpertemperatur rektal leicht Fieber, ihr Blutdruck ist mit 165 / 85 mmHg dauerhaft erhöht, und ihre Herzfrequenzen liegen bei 70 - 90 bpm. Sie erhält kreislaufstabilisierende Medikamente.

Bei der morgendlichen Grundpflege hört Fr. K. Bach's Air. Die Musik gefällt ihr so gut, dass sie meinen Vorschlag, dieses schöne Erlebnis zu wiederholen und darüber zu sprechen dankend annimmt.

Also nehme ich mir nachmittags Zeit für Fr. K.. Nachdem sie sich in ihrem Bett mit leicht aufgerichtetem Oberkörper eingerichtet hat, nehme ich auf einem Stuhl an ihrer rechten Bettseite Platz. Nach drei Ruheminuten starte ich die Kassette mit Bachs Air in einer Version für Piano und Cello (ca. 6 min), die sie sich wieder gewünscht hat. Wir hören die Musik leise aber sehr nah aus dem Recorder, welcher neben dem Kopfende des Bettes auf dem Nachtschränkchen steht.

vitale Veränderungen beim Musikhören Während der Musik schließt Fr. K. die Augen, ihre Atmung wird tiefer und weicher, ihre Gesichtsfarbe rosiger. Sie lächelt. Die Vitalwerte ändern sich während des Musikhörens nicht signifikant. Da ich die für Fr. K. wohltuende Wirkung der Musik in diesem Moment spüre, spiele ich das Stück anschließend noch einmal ab. In der kurzen Pause reden wir nicht miteinander, aber ich habe den Eindruck, dass wir uns verstehen. Nach Beendigung des zweiten Abspielens sitzen wir noch etwa vier Minuten ganz ruhig und lassen die Musik und die damit verbundene Atmosphäre in uns nachwirken.

Als ich Fr. K. frage, wie sie das ihr bis dahin nicht bekannte Musikstück betiteln würde, sagt sie: „Gehen lassen, oder ... nein, besser 'Schwingen'“.

Fr. K. hat bis unmittelbar vor ihrer Hüftoperation noch in ihrem eigenen Geschäft gearbeitet. Sie schildert ihre Situation: „Eigentlich wollte ich schon vor drei Jahren aufhören. Doch irgendwie kann ich nicht. Die Arbeit ist mein ganzer Lebensrhythmus.“

Nachdem Fr. K. nun durch ihre Krankheit und den damit verbundenen Krankenhausaufenthalt aus ihrer Arbeit - ihrem Lebensrhythmus - herausgebracht ist, sei sie nun zum Nachdenken gekommen. Sie sagt: „Diese Musik tut mir so gut Wissen Sie, ein solches Gefühl habe ich noch nie gehabt. Ich hätte gerade tanzen können. Das habe ich endlich mal gebraucht.“ Während sich Fr. K.'s Gedanken und Planungen vor ihrem Intensivaufenthalt ausschließlich auf ihr Geschäft konzentriert haben, sagt sie nun: „Ich fühle mich wohl in diesem Moment, und ich mache jetzt keine Planungen für die Zukunft mehr.“

Von mir nach ihren Wünschen gefragt, antwortet sie: „Gesund möchte ich werden und mit meiner Familie leben. Und wissen Sie, die Musik brauche ich. Ich will mir mehr Zeit nehmen.“

Die musiktherapeutische Arbeit mit Fr. K. zeigt deutlich, dass das Musikerleben und eine weiterführende patientenzentrierte Reflexion dazu führen können, latente Gedanken und Wünsche bewusst zu machen und die Krankheit als Chance zur Neuorientierung zu nutzen. Frau K. hat es wohlthuend erlebt, „schwingen“ zu können als Alternative zum krankmachenden Rhythmus des Geschäfts. So steht das musikalische Erleben in direkter Beziehung zum täglichen Leben der Patientin. Von Forschungen über Zusammenhänge zwischen Herzrhythmusstörungen und Schwierigkeiten im alltäglichen Lebensrhythmus berichtet ausführlich David Aldrige.

Transfer zum Alltagsleben

Hr. P. ist 67 Jahre alt und leidet an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. Sein EKG zeigt seit Jahren Herzrhythmusstörungen. Nun liegt er drei Tage lang nach einem akuten Vorderwandinfarkt und einer erfolgreichen Lysebehandlung, welche zur Auflösung des das Herzkranzgefäß verstopfenden Thrombus geführt hat auf unserer Intensivstation. Sein Zustand wird unter medikamentöser Therapie als stabil bezeichnet.

Herzinfarkt

Als ich eine musiktherapeutische Behandlung anspreche, sagt Hr. P.: „Ich möchte aber etwas hören, das ich kenne, etwas traditionelles. Ich habe Entspannung mit Musik schon mal in einer Kur gemacht.“

Er entscheidet sich für alle drei Sätze aus Mozarts *Konzert für Flöte, Harfe und Orchester* (ca. 24 min), welches er schon kennt. Hr. P. möchte die Musik nicht über Kopfhörer hören. Sein Blutdruck ist 110 / 70 mmHg, sein Puls 80 bpm im Sinusrhythmus und mit 38,1⁰ C rektal hat er leichtes Fieber.

Hr. P. nimmt sich einige Minuten Zeit um sich für das Musikhören passend einzurichten. Ich nehme auf einem Stuhl an seiner rechten Bettseite Platz, und nach einer kurzen Ruhepause starte ich die Musik. Hr. P. sieht aus, als ob er schläft. Er bewegt sich kaum. In den beiden Satzpausen sagt er jeweils nur ein Wort: „Schön“.

Während der Musik wird sein Atem sehr ruhig. Der Blutdruck fällt langsam bis zum letzten Takt auf 100 / 60 mmHg ab, der Puls fällt gleichzeitig auf 60 bpm im Sinusrhythmus.

Als das Musikstück beendet ist, steigt der Puls plötzlich von 60 auf 90 bpm an. Der EKG-Monitor zeigt zwei ventrikuläre Extrasystolen (VES). Hr. P. atmet immer noch sehr ruhig und wirkt introvertiert.

Als ich nach 15 Minuten wieder zu Hr. P. komme, um die Reflexion zu beginnen, ist sein Blutdruck wieder leicht auf 125 / 75 mmHg gestiegen. Sein Puls beträgt 80 bpm und seine Körpertemperatur ist auf 37,9⁰ C rektal gesunken.

Im Gespräch ist er schwer zentrierbar. Ich muss meine Frage nach einem möglichen Titel für das Musikstück dreimal wiederholen, bis Hr. P. sie versteht. Ihm fällt kein Titel ein. Er sagt: „Ich fühle mich erholt ausgeglichen. Ich habe Ruhe gefunden.“

Er spricht auch von sehr angenehmen Kindheitserinnerungen und einem Gemälde, welches Friedrich den Großen darstellt, der einem Flötenkonzert lauscht. Dieses Bild gefällt ihm sehr. Es begleitet ihn schon seit seiner Kindheit und erscheint ihm immer dann, wenn er sich in eine schöne Musik vertieft.

Er wirkt erschöpft, sagt aber: „Die Musik gibt mir Auftrieb.“ Zu Hause höre er oft alleine und konzentriert Musik. Wenn seine Frau, von der er sagt sie sei nicht musikalisch, oder andere anwesend sind, hört er seine Musik mit Kopfhörer. Ich frage ihn, ob er sich dabei wohl fühlt, dass er die Musik nur alleine richtig genießen kann oder unter seinem Kopfhörer. Hr. P. antwortet: „Ich möchte niemanden stören.“

Am nächsten Tag lerne ich Fr. P., etwa gleichaltrig, agil und lebendig kennen. Sie besucht ihren Mann. Als ich mich mit beiden unterhalten möchte, ist sie wortführend und tonangebend. Sie beantwortet auch die Fragen, welche ich nicht an sie, sondern persönlich an ihren Mann richte. Ich

frage: „Hr. P., möchten Sie, dass ich Sie übermorgen auf Ihrem Stationszimmer besuche? Dann können wir vielleicht wieder Musik hören?“ Sofort fährt Fr. P. in das Gespräch und gibt die Antwort:

„Zu Hause hat mein Mann eine ganz teure Stereoanlage.“ Sie nimmt seine Hand und sagt:

„Dann kannst Du wieder schön Musik hören, nicht?“ Hr. P. reagiert nicht, wirkt abwesend und schaut bei diesem Satz aus dem Fenster. Fr. P. lächelt mich an. In meinem Gesprächsprotokoll beschreibe ich sie stichwortartig als nervös, fordernd, nervig, dominant. Nachdem Fr. P. ihren Besuch beendet hat, frage ich Hr. P., wie es ihm jetzt gehe. Er antwortet:

„An meine Krankheit denke ich am liebsten gar nicht. Ach ja, ich lebe so in den Tag hinein. Ich lasse einfach alles an mich herankommen.“

Es wird deutlich, dass Hr. P.'s Verhalten und möglicherweise seine Krankheitsgeschichte sehr viel mit seiner Beziehung in der Ehe zu tun haben. Nachdem er in der musiktherapeutischen Situation die Flucht vor seiner Ehefrau in ein sicheres Gebiet, die ihm bekannte Musik, welche ihm Schutz gibt, ihn aber auch isoliert, wird deutlich, dass er noch nicht bereit ist, sein Verhalten und seine Ehe anzuschauen.

Organsymbolik

Was haben Hr. P.'s Krankheitssymptome zu bedeuten? Herzrhythmusstörungen können stehen für „*nicht im eigenen Rhythmus sein*“, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung mag „*nicht frei durchatmen können*“, und der Herzinfarkt als Verstopfung eines Herzkranzgefäßes kann gleichbedeutend sein mit „*nicht lassen fließen können*“. Die Aufarbeitung solcher psychosomatischer Zusammenhänge ist selbstverständlich auf der Intensivstation nicht möglich. Hr. P. wäre in seiner akuten Krankheitssituation damit vollständig überfordert. Zudem wäre das Setting auf der Intensivstation hierfür nicht geeignet.

Nur die Zusammenarbeit mit einem Krankenhauspsychologen im Anschluss an die Intensivbehandlung könnte Hr. P. dazu bringen, mit Hilfe einer Therapie sein alltägliches Leben zu verändern und damit den möglichen Ursachen seiner Erkrankungen zu begegnen.

Am Beispiel Hr. P.'s wird deutlich, dass die musiktherapeutische Reflexion Themen berühren kann, welche aufzuarbeiten für den labilen Intensivstationspatienten eine Überforderung darstellen würde.

Es ist wichtig, die individuellen Grenzen der Patienten für die musiktherapeutische Reflexion innerhalb der Sitzungen zu erkennen und zu respektieren. Doch kann die musiktherapeutische Grenzerfahrung in diesem Zusammenhang durchaus als Ausgangspunkt für eine mögliche spätere Therapie gelten.

Die rezeptive Musiktherapie-Erfahrung, das Musikhören in einer haltenden therapeutischen Beziehung, kann auch auf der Intensivstation zu deutlichen Entspannungsreaktionen führen, bei denen die Organbelastung deutlich abnimmt.

Es mag an der speziellen Lebenssituation liegen, welche die Intensivpatienten gerade durchleben, dass sie hier besonders empfänglich für die Musiktherapie sind. Oftmals werden gerade in diesem tiefen Lebenschnitt Neuorientierungen gesucht.

Ähnlich der unspezifischen, als Raumbeschallung angebotenen Musik bedeutet auch die patientenspezifische musiktherapeutische Arbeit in erster Linie, ein Stück Schönheit, Menschlichkeit, Harmonie, Kunst und vielleicht auch Persönliches auf die Intensivstationsatmosphäre zu übertragen.

Die harmonisierende Wirkung der Musik kann die körperliche Vitalität erhöhen, Erschöpfung und Trägheit lindern, Stimmungen beeinflussen, das Denken konzentrieren, Beziehungen vertiefen und bereichern, sowie Kreativität und Sensibilität anregen (vgl. Lingerman 1991, S. 13 - 20). Sie löst Blockaden oder Ängste und ermöglicht dadurch einen tieferen Kontakt zwischen Patienten und Behandelnden. Dieser Kontakt bedeutet für beide Seiten Sicherheit und Vertrauen und bildet damit einen der wichtigsten Pfeiler, auf welchen die ganzheitliche medizinische Behandlung steht.

Koma (griech.: Bewusstlosigkeit) ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit; auch auf stärkste Reize zeigt der Patient keine Reaktion; die Eigen- und die Fremdre reflexe sind erloschen, die Pupillenreaktion fehlt häufig, und es kommt zu Störungen der zentralen Atem- und Kreislaufregulation (vgl. Arns/Jochheim/ Remschmidt 1983, S. 193).

Von musiktherapeutischen Begegnungen mit komatösen Patienten wird erst in jüngerer Zeit berichtet.

Der amerikanische Psychologe Arnold Mindell beschreibt 1989 die Reaktionen eines komatösen Mannes auf Musik, rhythmische Berührungen und Sprache (vgl. 1992, S. 44 - 60).

Die Musiktherapeutin Dagmar Gustorff, GKH Herdecke, stellt seit 1980 die Stimme, ihres emotionalen Gehaltes wegen, in den Mittelpunkt der musikalischen Improvisation mit Komapatienten und beschreibt Reaktionen wie Verbesserung der Atemqualität, Änderungen der Herzfrequenz und reaktive Mimik (vgl. Gustorff 1990, S. 120 – 126, 2000).

In Wien arbeiteten die beiden Musik- und Körpertherapeutinnen Takehisa und Zeichmann - Kocsis mit einer nach einem schweren Hirntrauma in einem reversiblen Koma liegenden Patientin, und evozierten mit Stimme, Leier, Klangstäben und Glocken neben Mund- und Armbewegungen, Erröten, Lidschlag und Atemberuhigung sogar Lächeln und Stimmlaute (vgl. Keller 1995, S. 97 - 101).

Schon in alten animistischen Kulturen spielt die Musik bei der Begleitung Sterbender eine wichtige Rolle. So gibt es beispielsweise in Tibet seit über 1000 Jahren die intuitive Erkenntnis, dass der sich im praefinalen Koma befindende Mensch imstande ist, Klänge wahrzunehmen (vgl. Evans - Wentz 1989, S. 157 -229).

Was kann eine musiktherapeutische Behandlung bei komatösen Patienten auf der Intensivstation, welche ja oftmals dort versterben, bewirken? Nur zu oft werden komatöse Patienten sich selbst überlassen, wenn alle medizinischen Therapiemittel ausgereizt sind. Ich habe oft erlebt, dass gerade diejenigen Patienten, welche aufgrund einer zu spät eingeleiteten Reanimation mit einem hypoxischen Hirnschaden auf die Intensivstation kommen und deren Weiterleben nur noch durch kreislaufstabilisierende Medikamente und maschinelle Beatmung gewährleistet werden kann, ärztliches und pflegerisches Intensivpersonal vor schwierige Fragen stellen (vgl. Hannich 1994, S. 150 -158).

Die Frage nach dem Sinn einer ausschließlich lebenserhaltenden und sehr aufwendigen Intensivtherapie taucht auf. Von fehlender Lebensqualität ist die Rede.

Die Hilflosigkeit, dem komatösen Patienten als Körper - Seele - Geist - Einheit zu begegnen, offenbart sich im Verhalten des behandelnden Intensivpersonals. So wird z. B. am Bett des Patienten über ihn gesprochen und über hinweg entschieden, als handele es sich bei ihm nicht mehr um ein zu respektierendes wahrnehmendes menschliches Gegenüber.

Die Vorstellung, dieser sich im Koma befindende Mensch könne seine Umwelt wahrnehmen, scheint durch standardisierte Testverfahren wie Erhebung der Glasgow – Koma - Skala, EEG, Prüfung von Motorik, Reflexen und vegetativen Funktionen oder die Bestimmung von biochemischen Laborparametern widerlegt.

Aber was können uns diese Informationen, welche sich auf anatomische und physiologische Schädigungen beziehen, über die derzeitige individuelle Wahrnehmung und das Empfinden des Patienten sagen?

Durch die Reduzierung auf das Funktionieren der Organsysteme und Stoffwechselfvorgänge kann man der Ganzheit Mensch nicht gerecht werden.

Dem komatösen Patienten zur höchstmöglichen Lebensqualität zu verhelfen, muss im Mittelpunkt jeder ganzheitlichen Behandlung stehen. Obwohl er stumm, passiv und für uns scheinbar unerreichbar, wie in einer anderen Welt daliegt, gebühren ihm Mitmenschlichkeit, Respekt und Aufmerksamkeit (vgl. Gustorff 1992, S. 8 - 16).

Im folgenden möchte ich eine Einzelfallstudie schildern, welche die musikalisch-therapeutische Begegnung mit einem komatösen Patienten beschreibt. Dabei beschränke ich mich bei der Beschreibung des Therapieverlaufes auf die wesentlichen Beobachtungen und Meßwerte.

Fallbeispiel

Hr. G., 73 Jahre alt

Aufnahme auf die Intensivstation am 06.09.93

Diagnose: Zustand nach Reanimation bei Hm-Kreislaufstillstand nach Herzinfarkt; hypoxischer Hirnschaden

Der Patient kommt als Notfall sehr kreislaufinstabil noch unter Reanimationsbedingungen auf die Intensivstation. Er ist medikamentös sediert und kontrolliert beatmet (vgl. Burchardi 1988, S. 27 - 37).

Seine Ehefrau und zwei Töchter begleiten ihn. Während die etwa gleichaltrige Ehefrau den Zustand ihres Mannes noch nicht richtig begreifen kann und unter Schock steht, komme ich mit seinen Töchtern, welche schon am Aufnahmetag sehr lange bei ihrem Vater bleiben, in ein Gespräch. Hr. G. sei ein ruhiger, fröhlicher, recht sportlicher und aktiver Mensch gewesen. Auch einen Herzinfarkt 1986 habe er sehr gut kompensiert.

An diesem Tage sei ihm während der Gartenarbeit plötzlich übel geworden. Er habe sich auf eine Bank gesetzt und sei nicht mehr ansprechbar gewesen. Geatmet habe er nicht mehr. Die Reanimation durch den Notarzt habe frühestens 10 Minuten später begonnen.



Ich spreche eine mögliche musiktherapeutische Behandlung an. Hr. G.'s Ehefrau und besonders seine Töchter stehen diesem Angebot sehr positiv gegenüber. Hr. G. habe zu Hause sehr gerne Musik gehört.

Wir besprechen, dass ich Hr. G. zunächst über Kopfhörer Musik anbieten und später auch mit Instrumenten arbeiten werde.

Trotz hohem intensivmedizinischen Aufwand, sind sich Hr. G.'s Angehörige darüber klar, dass seine Prognose äußerst schlecht ist.

1. - 3. Musiktherapie - Sitzung

Am folgenden Tag möchte ich mit der musiktherapeutischen Arbeit bei Hr. G. beginnen. Sein Zustand hat sich unter der medikamentösen Therapie etwas stabilisiert. Hr. G. ist nach wie vor sediert und kontrolliert beatmet. Seine Blutdruckwerte sind normoton, Darmgeräusche sind vorhanden.

Die neurologische Untersuchung des Arztes ergibt keine Schmerzreaktion, Pupillen beidseits eng, Bizepssehnenreflex negativ, Patellarsehnenreflex negativ, Babinskireflex negativ. Ein Atropin - Stammbirntest verläuft positiv. Die Sedierung wird langsam vermindert, um eine bessere neurologische Beurteilung stellen zu können.

Hr. G. liegt in einem Intensivzimmer allein. Es ist unruhig und hektisch. Die Alarmsignale der Überwachungsgeräte, Infusomaten und Perfusomaten ertönen oft und sehr laut. Eine Pflegekraft ist ständig damit beschäftigt, Medikamente zu verabreichen und Infusionen zu erneuern.

Hr. G. wirkt, obwohl sediert, innerlich aufgewühlt. Sein Puls ist mit 115 bpm recht schnell; sein Blutdruck beträgt 120 / 95 mmHg und er schwitzt stark bei einer Körpertemperatur von 38,3⁰ C rektal. Die Magensonde fördert unaufhörlich kleine Mengen Magensaft.

Trotz dieser Unruhe vereinbare ich mit Ärzten und Pflegepersonal eine möglichst ungestörte erste Sitzung.

ich bereite den Kassettenrecorder vor, schließe den offenen Kopfhörer an, nehme an Hr. G.'s linker Seite auf einem Stuhl Platz und begrüße ihn, indem ich seine linke Hand halte und ihn leise anspreche. Ich stelle mich vor und erkläre ihm, in welcher Situation ich ihn gerade vor mir wahrnehme. Dabei erwähne ich auch seinen Körper und berühre dabei entsprechend Arme, Schulter, Bauch und

Beine.

Ich biete ihm an, eine Musik zu hören, von der ich denke, dass sie für ihn ein Gegenpol zu den akustischen Eindrücken sein kann, welchen er gerade ausgesetzt ist.

Dafür habe ich ein ruhiges, schwereloses Solo - Piano Stück von Hans Otte aus dem *Buch der Klänge* ausgewählt (ca. 19 min.).

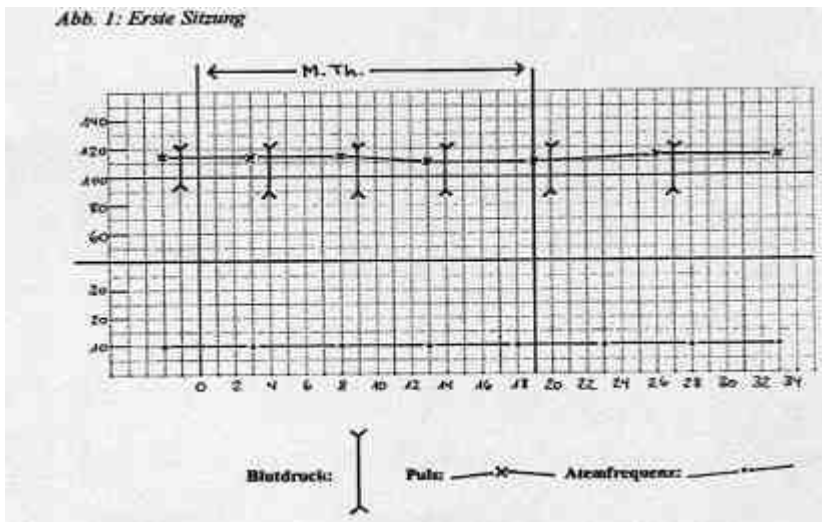
Ich setze Hr. G. den offenen Kopfhörer auf und starte die Musik in einer, wie ich denke, angenehmen Lautstärke.

Während des Musikstückes halte ich Hr. G.'s Hand und kann ihn von meinem Stuhl aus sehr gut beobachten. Obwohl ich Hr. G. sehr genau beobachte und einen Berührungskontakt habe, habe ich nicht das Gefühl, eine Reaktion oder ein minimales Feedback wahrzunehmen. Auch die vom Monitor angegebenen Werte wie Blutdruck, Puls oder Atemfrequenz zeigen keine Veränderungen während des Musikerlebens.

Auf die Erhebung von Laborparametern wie Blutzucker (BZ), Blutgasanalyse (BGA) etc. verzichte ich aufgrund der schon herrschenden Unruhe an Hr. G.'s Bett.

Nach Ende des Musikstückes beobachte ich Hr. G. noch 3 Minuten lang. Dann nehme ich ihm den

Kopfhörer ab, setze mich wieder auf meinen Stuhl, halte seine Hand und verabschiede mich von ihm. Ich sage, dass ich am nächsten Tag wiederkommen werde, um nochmals mit ihm gemeinsam Musik zu hören. Vielleicht sei er ja dann auch schon etwas wacher.



2. Sitzung am 08.09.93, 20.55 - 21.25 Uhr, 3. Tag Intensivstation

Am folgenden Tag bespreche ich die Situation mit Hr. G.'s Töchtern, welche sich erhoffen, dass ihr Vater nach dem Absetzen der sedierenden Medikamente nun vielleicht Reaktionen auf die Musik zeigen würde.

In Hr. G.'s Zimmer ist es ruhiger geworden. Sein Zustand ist ohne den Einsatz von kreislaufstabilisierenden Medikamenten weiterhin stabil. Die Schmerzmittel, die sedierenden und relaxierenden Medikamente sind vollständig abgesetzt. Doch Hr. G. erscheint mir nicht wacher als am Vortag. Er wird noch kontrolliert beatmet. Auf Ansprache, auch auf sehr laute, reagiert er nicht.

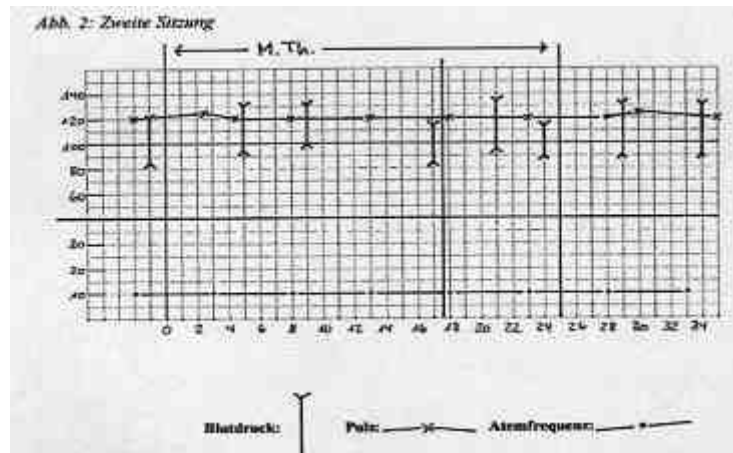
Seine Blutdruckwerte sind schwankend normoton bei erhöhter Pulsfrequenz von 120 bpm. Das neurologische Screening ergibt keine Schmerzreaktion, beidseits gleichmäßig positiv reagierende Pupillen, Bizepssehnenreflex dtl. positiv, Patellarsehnenreflex negativ, Babinskireflex negativ. Die Stationsärzte sprechen von eingeschränkter Stammhirnfunktion.

Hr. G. wirkt gestresst. Er schwitzt sehr stark und fühlt sich heiß an. Seine Körpertemperatur beträgt $38,5^{\circ}\text{C}$ rektal; seine Haut ist stark gerötet.

Vor der Musiktherapiesitzung erhebe ich eine arterielle BGA und einen BZ - Wert. Während die BGA der kontrollierten Beatmung angemessen im Normbereich liegt, ist der BZ mit $210\text{ mg}\%$ erhöht.

Danach nehme ich mit Hr. G. Kontakt auf. Wieder nehme ich seine Hand und spreche mit ihm über das, was ich von ihm wahrnehme. Da mir Hr. G. gestresst erscheint, wähle ich auch heute eine sehr ruhige Musik aus: Debussys *Suite Bergmasque* und *Preludes* (ca. 25 min.). Ich starte die Musik. Etwa 2,5 min. nach Beginn des Stückes zeigt Hr. G. einen leichten Pulsfrequenzanstieg von 120 bpm auf 125 bpm. Nach weiteren 2 min. pendelt der Puls sich wieder auf 120 bpm ein. Mit diesem kleinen Pulsfrequenzanstieg geht ein Blutdruckanstieg von $120 / 85\text{ mmHg}$ auf $130 / 95\text{ mmHg}$ einher. Die Pulsfrequenz bleibt nun im Verlaufe des Musikerlebens konstant bei 120 bpm, um 5

min. nach Ende der Musik noch einmal einen kleinen Gipfel von 125 bpm zu markieren. Die Blutdruckkurve fällt nach ihrem Anstieg zu Beginn der Musik bis zum Ende des ersten Stückes *Suite Bergamasque* auf 115 / 85 mmHg. Zu Beginn des zweiten Stückes *Preludes* steigt der Blutdruck schnell wieder auf 135 / 95 mmHg an, um bis zum Ende wieder abzufallen bis auf 115 / 90 mmHg.



Nach Ende dieser Musik-Therapiesitzung pendelt sich der Blutdruck auf 130 / 90 mmHg ein. Die BGA unmittelbar im Anschluss an das Musikerleben zeigt keine signifikanten Veränderungen. Der BZ ist auf 234 mg% angestiegen. Fühlbare, sichtbare oder hörbare Reaktionen Hr. G.'s auf das Musikerleben kann ich trotz intensiver Beobachtung nicht feststellen.

3. Sitzung am 09.09.93, 21.00 - 21.25 Uhr, 4. Tag Intensivstation

Am nächsten Tag ist Hr. G. so wach, dass er 3 bis 5 Atemzüge pro Minute selber atmen kann. Dennoch braucht er allerdings noch Unterstützung durch das Beatmungsgerät.

Hr. G.'s Töchter freuen sich sehr über diesen Fortschritt und bitten mich, ihrem Vater doch einmal stimulierende Musik anzubieten. Das könne ihn vielleicht aus seinem Dämmerzustand erwecken.

Ich gehe auf diese Idee ein und wähle das Stück *Nachtflug* (ca. 23 min.) der Folk- und Fusiongruppe *Tänzers Traum*, welches neben ruhigen meditativen Passagen auch schwungvolle Anklänge an Barockmusik beinhaltet.

Da es in Hr. G.'s Zimmer wieder recht unruhig und bisweilen laut zugeht, verzichte ich auf die Erhebungen von BGA und BZ zu Beginn der Sitzung.

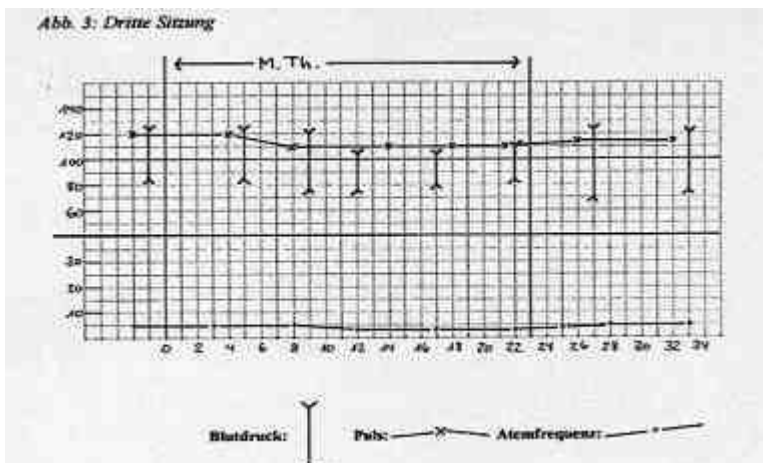
Sein Fieber ist auf 37,9°C rektal zurückgegangen. Er schwitzt nicht mehr so stark. Das neurologische Screening ist gegenüber gestern unverändert. Der Blutdruck beträgt 125 / 85 mmHg, die Pulsfrequenz 120 bpm.

Nachdem ich Hr. G. begrüße, halte ich lange seine Hand und sage ihm, dass ich mich freue, dass er nun auch Fortschritte mit der Atemregulierung zeigt und dass ich ihm für heute ein lebhaftes Musikstück ausgewählt habe.

In den ersten 5 Minuten des Musikerlebens bleiben Blutdruck und Pulsfrequenz sehr konstant. Hr. G.'s eigene spontane Atemfrequenz (AF) beträgt 5 / min. Dann sinkt die Pulsfrequenz von 120 bpm auf 110 bpm ab. Der Blutdruck fällt von 125 / 85 mmHg zunächst auf 120 / 75 mmHg und bis zur 12. Minute der Musik langsam auf 105 / 75 mmHg.

Hr. G.'s EKG-Monitor zeigt in dieser Phase fünf einzelne ventrikuläre Extrasystolen (VES) und drei einzelne supraventrikuläre Extrasystolen (SVES).

Seine spontane Atemfrequenz ist von anfänglichen 5 / min. auf 3 / min. gesunken. Dabei verlaufen die spontanen Atemzüge nun etwas länger und weicher. Ich habe das Gefühl, Hr. G. kann die ihm behilfliche Beatmung jetzt besser zulassen.



Am Ende des Musikerlebens nach 22 Minuten ist die Pulsfrequenz unverändert bei 110 bpm, der Blutdruck beträgt 110 / 85 mmHg. Die Musik klingt aus. Wie immer lasse ich Hr. G. und mir noch einige Minuten Zeit, um der

erlebten Musik nachzuspüren. In diesen ca. fünf Minuten der Stille steigt Hr. G.'s Blutdruck wieder auf 125 / 70 mmHg an. Die Pulsfrequenz hebt sich leicht auf 115 bpm und die spontane AF steigt von 3 / min. über 4 / min. wieder auf 5 / min. an. Extrasystolen sind in dieser Zeit nicht zu beobachten. Der BZ ist mit 161 mg% im Tagesmittel konstant; die arterielle BGA liegt im Normbereich.

Zusammenfassung

Hr. G. zeigt in den ersten beiden Musiktherapiesitzungen keine deutlichen Veränderungen seiner physiologischen Daten oder seines Bewusstseinszustandes, welche zu Aussagen bezüglich der Wirkung meiner Musiktherapie berechtigen.

Dies ist erwartungsgemäß, da Hr. G. noch kontrolliert beatmet wird und unter dem Einfluss von Medikamenten steht, welche seine vegetativen Parameter stabilisieren. Auch die überhängende Wirkung der sedierenden und relaxierenden Medikamente spielt eine Rolle.

In der dritten Sitzung habe ich den Eindruck, Hr. G. mit der Musik zu erreichen. Besonders der Blutdruckabfall im Verlauf des Stückes, die damit synchron einhergehende Verminderung der Pulsfrequenz - Hr. G. hatte im Tagesmittel kaum Abweichungen von durchschnittlichen 120 bpm - sowie das Auftreten von ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen erscheinen mir auffällig.

Über die Bedeutung dieses Verlaufes möchte ich nicht spekulieren. Mein Eindruck, Hr. G. mit der Musik zu erreichen, ist subjektiv. Aussagen bezüglich der Qualität des Musikerlebens, ob es für Hr. G. angenehm oder unangenehm gewesen ist, können nicht gemacht werden.

4. - 6. Musiktherapie - Sitzung

Ich berichte Hr. G.'s Ehefrau und seinen Töchtern von meinem Erleben in der 3. Sitzung und warne gleichzeitig davor, Spekulationen über diesen Verlauf anzustellen. Sie möchten, dass ich mit ihrem Vater weiterarbeite.

Ich erläutere ihnen die musiktherapeutische Arbeit von Dagmar Gustorff, die im GKH Herdecke mit komatösen Patienten musiziert, indem sie sich mit der Stimme auf den Atemrhythmus der Patienten einschwingt. Dagmar Gustorff lehnt das Beschallen komatöser Patienten durch Musik auf Tonträgern weitgehend ab, da die Abspielgeräte den Patienten in die Zuhörerrolle drängen und ein weiteres Gerät inmitten der hochtechnisierten Ausstattung auf der Intensivstation darstellen (vgl. Gustorff 1992, S. 40 - 43).

Ich erkläre Hr. G.'s Angehörigen, dass ich mit Klangschalen arbeiten werde und zeige ihnen die Instrumente, welche nicht nur auf akustischem Wege schwingen, sondern auch durch ihre Schwingungen und Vibrationen wie eine Klangmassage auf das Nervensystem wirken können (vgl. Jansen 1991, S. 37 - 39). Dabei konzentriere ich mich wie Dagmar Gustorff primär auf den Atemrhythmus des Patienten.

Hr. G.'s Töchter begrüßen meine Idee mit einer spürbaren Erwartungshaltung, möchten den Sitzungen aber auch weiterhin nicht beiwohnen.

4. Sitzung am 10.09.93, 17.25 - 17.49 Uhr, 5. Tag Intensivstation

Hr. G. benötigt nach der 3. Musiktherapiesitzung immer weniger Unterstützung durch das Beatmungsgerät und atmet nun vollständig spontan. Nur wenn er sich durch die Spontanatmung erschöpft hat, wird er noch assistiert beatmet.

Nach Absetzen vieler Medikamente und somit vieler Infusomaten und Perfusomaten ist es in Hr. G.'s Zimmer ruhiger geworden. Die Atmosphäre ist nicht mehr ganz so technisch geprägt. Deutlich ist Hr. G.'s Atmung durch den Tubus zu hören. Am Tage hat seine Atmung gewechselt. Nachdem er sich über Stunden mit einer Hechelatmung und Atemfrequenzen zwischen 30 / min. und 35 / min. erschöpft hat, ist er von der Beatmungsmaschine assistiert beatmet worden.

Er wirkt gestresst, schwitzt stark und hat einen hochroten Kopf. Seine Temperatur ist wieder auf 38,2-C rektal angestiegen. Sein Blutdruck beträgt 120 / 90 mmHg, sein Puls 110 bpm. Das neurologische Screening ist unverändert. Sein BZ ist mit 231 mg% erhöht.

Als ich Hr. G. begrüße, atmet er spontan Raumluft. Mit einer AF von 36 / min. zieht er ein AMV von 14,8 l, was einem Hubvolumen von 0,41 l entspricht. Die Beatmungsmaschine dient mir als Messinstrument.

Ich erkläre Hr. G., dass ich ihn heute mit seiner Hechelatmung als gehetzt und gestresst erlebe und dass ich mit ihm gemeinsam Musik machen möchte, indem ich seinen Atemrhythmus auf einer

Klangschale

Klangmassage

Klangschale spiele, welche ich ihm auf das Sternum stellen werde. Das erkläre ich Hr. G. langsam und ruhig zweimal und berühre die Stelle auf seiner Brust, wo ich dann die Klangschale auf seinem Hemd platziere, um ihn nicht direkt mit dem kalten Metall zu berühren.



Um mich besser bewegen zu können, sitze ich nun nicht mehr auf einem Stuhl, sondern stehe zu seiner rechten neben Hr. G.'s Bett.

Ich stimme mich zwei Minuten auf seinen schnellen Atemrhythmus ein, schlage dann zu Beginn einer Inspiration die Klangschale mit dem hölzernen Griff meines Schlegels an und höre, wie der metallische, obertonreiche Klang langsam verklingt.

Nach 15 Atemzügen, ca. 30 Sekunden später, schlage ich die Klangschale zu Beginn der Expirationsphase mit dem weichen Schlegel an. Ein ruhiger satt und weich vibrierender Klang erfüllt den Raum. Hr. G. atmet über 7 Sekunden langsam aus. Sein schneller Atemrhythmus ist unterbrochen. Das Beatmungsgerät zeigt eine AF von 8 / min. bei einem AMV von 9,6 l an. Das entspricht einem Hubvolumen von 1,2 l.

Hr. G. atmet nun selbständig ruhig und konstant mit Atemfrequenzen von 7 bis 10 / min. bei einem

AMV zwischen 7,7 l und 10,5 l.

Ich stimme mich auch auf diesen ruhigen Atemrhythmus ein und betone jede zehnte Inspiration mit einem hohen Klang (Holzschlegel auf Metall) und jede zehnte Expiration mit dem weichen vibrierenden Klang (weicher Schlegel). Der Abstand zwischen den hohen und tiefen Klängen beträgt immer viereinhalb Atemzüge.

In diesem Rhythmus streichele ich nun auch Hr. G.'s Arme, seine Brust und seinen Bauch und erkläre ihm während der längeren Expirationsphasen ruhig, was ich erlebe:

„Hr. G., Ihre Atmung ist jetzt viel ruhiger und entspannter geworden. Unser Rhythmus tut mir auch sehr gut.“

Ich spiele die Klangschale ca. 20 Minuten. Während dieser Zeit fällt Hr. G.'s Pulsfrequenz von 110 bpm auf 95 bpm, sein Blutdruck sinkt von 120 / 90 mmHg auf 110 / 80 mmHg.

Er wirkt auf mich nun deutlich entspannter, während seine AF konstant bei 7 bis 10 / min. bleibt.

Ich beende die Sitzung vier Minuten nach dem letzten weichen Expirationsklang und erkläre Hr. G., dass ich sehr überrascht über die Wirkung der Klangmassage bin und dass ich mich freue, mit ihm zusammen am nächsten Tag wieder Klangschalen - Musik zu machen.

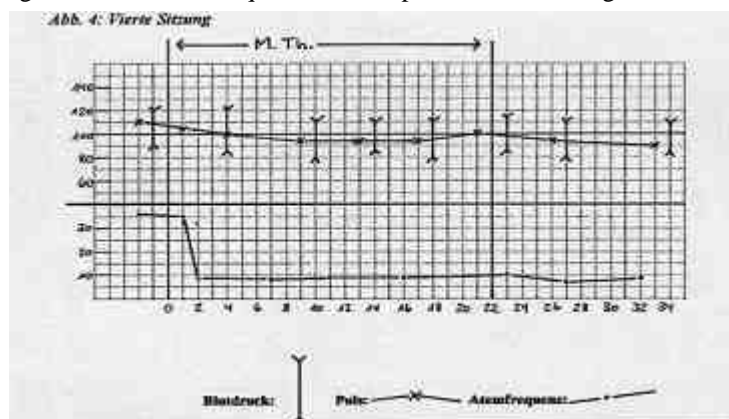
10 Minuten nach Beendigung der Sitzung erhebe ich die Werte: AF = 9,7 min., ANN = 9,9 l, Blutdruck = 110 / 85 mmHg, Puls = 90 bpm BZ = 176 mg-/, BGA (art.) = Normbereich.

Alle Mitarbeiter auf der Intensivstation zeigen sich sehr überrascht über den Verlauf dieser Musiktherapiesitzung.

Die Wirkung der Klangmassage auf Hr. G.'s Atmqualität ist im positiven Sinne augenscheinlich.

Die auf Stress hindeutende Hechelatmung ist einer ruhigen und entspannten Atmung gewichen. Hr. G.'s AF und sein AMV bewegen sich nun ohne Assistenz der Beatmungsmaschine im Normbereich.

Diese ruhige Atmung hält bei Hr. G. von Beginn der 4. Sitzung, 17.25 Uhr, bis ca. 12.00 Uhr am nächsten Tag an.



5. Sitzung am 11.09.93,14.00 - 14.35 Uhr, 6. Tag Intensivstation

Ich beginne um 14.00 Uhr mit der Therapie. Hr. G. hat seit der ersten Klangschalenbehandlung gestern um 17.25 Uhr seinen ruhigen Atemrhythmus bis heute Mittag um ca. 12.00 Uhr beibehalten. Seit ca. 2 Stunden wird sein Rhythmus wieder schneller, und er macht einen unruhigen, gesterssten Eindruck.

Hr. G.'s Haut ist bei einer Temperatur von $39,1^{\circ}\text{C}$ rektal stark gerötet und verschwitzt.

Seine AF liegt bei 22 / min. bei einem AMV von 15,2 l. Das entspricht einem Hubvolumen von 0,7 l. Sein Blutdruck ist 120 / 90 mmHg, seine Pulsfrequenz 110 bpm und der BZ liegt bei 175 mg%.

Während des Vormittages hat Hr. G.'s EKG-Monitor fortwährend VES gezeigt. Aber nicht nur sein Herz ist arrhythmisch. Auch seine Atmung ist in eine Art Stolperatmung übergegangen. Hr. G. reagiert auf das tracheale Absaugen heute erstmals mit Schluckreflexen und setzt nach jedem Absaugen mit der Stolperatmung jeweils für etwa 15 Minuten aus, um rhythmisch, schnell und oberflächlich zu atmen.

Als ich Hr. G. anspreche und mich neben dem Bett einrichte, erlebe ich ihn, als ob er etwas mitteilen möchte, dieses aber aufgrund seines Allgemeinzustandes nicht kann. Eine Situation, welche ich auf der Intensivstation bei nicht sedierten und relaxierten Beatmungspatienten sehr oft erlebt habe.

Ich erkläre Hr. G., dass ich wieder die Klangschale spielen möchte und formuliere an ihn die Bitte:

„Bitte lassen Sie es mich spüren, wenn Ihnen die Klangmassage gut tut.“

Wieder stimme ich mich auf Hr. G.'s Atemrhythmus ein und beginne mit einem hohen Klang den Anfang einer Inspirationsphase zu spielen. Sofort beginnt Hr. G. schneller zu atmen, stolpert aber nicht dabei.

Ich schlage wieder im 5er Rhythmus die Klangschale an: Bei jeder fünften Inspiration den hohen Klang, dann den tiefen, weichen Klang für die Expiration, den ich wiederum fünf volle Atemzüge ausklingen lasse. Diesen Rhythmus halte ich ein. Anders als am Vortag atmet Hr. G. immer schneller, auch nachdem ich die tiefen Klänge spiele.

Seine AF steigt in den ersten fünf Minuten von 22 / min. auf 29 / min. an. Nach weiteren fünf Minuten beträgt seine AF 34 / min.. Er hechelt und klingt verschleimt. Das AMV beträgt jetzt 13,8 l was einem Hubvolumen von 0,4 l entspricht.

Hr. G.'s Blutdruck steigt auf 130 / 95 mmHg an, sein Puls steigt auf 115 bpm.

Ich sage zu ihm, dass ich mich durch seine Atmung sehr gehetzt fühle und dass ich nun langsamer spielen möchte. Darauf behalte ich zunächst den 5er Rhythmus bei, falle aber jeweils etwas später in die In- und Expirationsphasen ein. Dadurch schaffe ich eine Spannung zwischen Hr. G.'s Atemrhythmus und meinem Klangschalenrhythmus. In der Interaktion wird diese Spannung deutlich hörbar, doch ich halte sie aus und beharre auf meiner langsameren Spielweise.

Hr. G. steigert seine AF in der 11. Minute noch einmal von 34 / min. auf 38 / min.. Ich spiele mit der rechten Hand die Klangschale. Meine linke liegt seitlich auf Hr. G.'s Brustkorb. Ich höre, sehe und fühle seine schnelle Atmung.

In der 11. Minute plötzlich vibriert Hr. G.'s Brustkorb. Er öffnet leicht den Mund und schluckt zweimal heftig. Sein Atemrhythmus wird unterbrochen. Ich spiele auch das Stolpern auf der Klangschale mit. Hr. G. verzieht kurz sein Gesicht zu einer Grimasse, atmet tief durch und atmet mit einer AF von 34 / min. stolperfrei weiter.

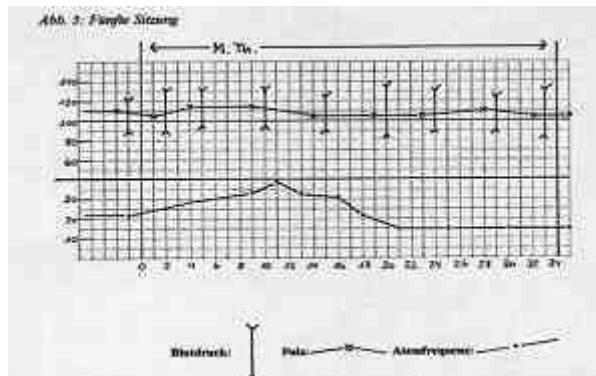
Ich spiele meinen Rhythmus nun in halber Geschwindigkeit. Statt wie vorher jede fünfte In- und Expiration zu spielen, spiele ich nun nur noch jede zehnte mit. Doch bleibe ich dabei, das Tempo bewusst zu verzögern.

Nach dieser musikalischen Synkope fällt Hr. G.'s AF langsam wieder ab. Nach fünf Minuten, die AF liegt jetzt bei 32 / min., folgt ein weiteres Schlucken. Wieder wird der Rhythmus gebrochen, wieder spiele ich die Synkope mit.

Nach dieser zweiten Synkope sinkt seine AF recht schnell. Nach zwei Minuten beträgt sie 22 min., nach weiteren drei Minuten 15 / min.. Diesen Rhythmus begleite ich auf der Klangschale nun noch zehn Minuten lang. Hr. G.'s Pulsfrequenz beträgt nun 105 bpm, sein Blutdruck bleibt bei 130 / 90 mmHg.

Ich beende diese Improvisation mit den Worten:

„Schön, dass Sie nun wieder einen ruhigen Atemrhythmus gefunden haben.“



Die Werte nach der 5. Sitzung:

AF = 15 / min., AMV = 11,0 l, Hubvolumen = 0,73 l Blutdruck = 130 / 85 mmHg, Puls = 105 bpm, BZ = 104 mg% BGA (art.) = Normbereich.

In der folgenden Nacht nach diesem Kontakt in der 5. Sitzung steigt Hr. G. mit seiner AF wieder auf 32 / min. an. Er stolpert mit seiner Atmung öfter und sein EKG - Monitor zeigt vereinzelt VES. Das neurologische Screening bleibt unverändert. Jedoch wird berichtet, Hr.

G. reagiere beim trachealen Absaugen, bei pflegerischen Tätigkeiten wie Drehen, Waschen etc. und manchmal auch auf Ansprache mit mimischen Bewegungen, wie Mund öffnen oder Schlucken. Seine medizinische Prognose wird als sehr schlecht bezeichnet.

6. Sitzung am 12.09.93, 19.20 - 19.40 Uhr, 7. Tag Intensivstation

Aufgrund der Erfahrungen in den vorausgegangenen Musiktherapiesitzungen mit Hr. G. möchte ich mich in der heutigen Sitzung speziell auf seine Atmung konzentrieren und erhebe außer der Atemfrequenz und Blutgasanalysen keine weiteren Daten.

Hr. G.'s Zustand ist von medizinischer Seite aus betrachtet heute sehr schlecht. Die Dekompensation seiner Herzfunktion scheint bevorzustehen. Er hat eine schnelle, flache Atmung mit einer AF von 30 / min. ohne Hilfe durch die Beatmungsmaschine.

Die arterielle BGA zeigt eher unbefriedigende Werte. Besonders der pO_2 mit 65,3 mmHg und die O_2 sat mit 92,5 % liegen unterhalb des Normbereiches.

Nach der Begrüßung und weiteren fünf Minuten, welche ich damit verbringe, Hr. G. zu beobachten und mich in seinen Atemrhythmus zu vertiefen, beginne ich wieder, meine Klangschale im 5er Rhythmus zu spielen. Schon beim ersten Tiefklang stolpert die Atmung. Wieder steigt die AF zunächst auf 35 / min. an, um nach zwei Minuten wieder bis 18 / min. abzufallen.

Hr. G. atmet nun gleichmäßig ein und aus. Seine Atemzüge werden langsam tiefer und ich meine, dass es ihm gut tut, ruhiger und tiefer zu atmen.

Dann löse ich mich vom bekannten 5er Rhythmus und beginne, frei zu seinem Atemrhythmus zu improvisieren. Während Hr. G. mit seinem Atem den Takt angibt, improvisiere ich auf der Klangschale mit dem Holzgriff des Schlegels 1/4 und 1/8 Rhythmen und spüre den obertonreichen Klängen und tiefen Vibrationen gemeinsam mit Hr. G. nach. Gleichzeitig summe ich die Klangschalentöne und improvisiere mit der Stimme in kleinen Intervallen um Hr. G.'s Grundrhythmus herum.

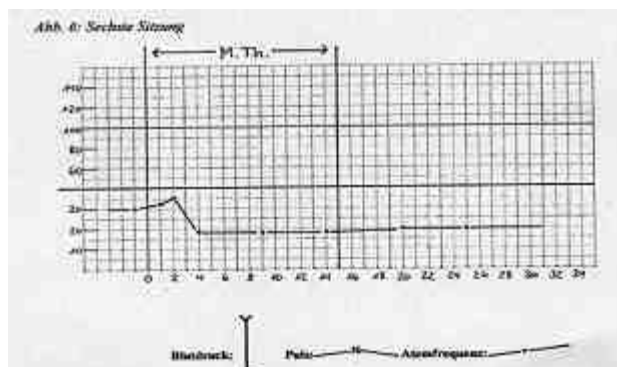
Meine linke Hand liegt wieder auf seinem Brustkorb, während sein Atemrhythmus mit 18 min. konstant bleibt und die Atemtiefe stetig zunimmt.

Nach ca. 13 Minuten kündigt ich Hr. G. das Ende der Improvisation an. Nachdem ich die letzten tiefen Klänge gespielt habe, liegt eine Atmosphäre des Friedens und der Ruhe im Raum. Ich denke, dass die Klangmassage Hr. G. gut getan hat, und auch bei mir bleibt das Gefühl einer stimmigen Interaktion zurück: Eine Musik mit Anfang, Aufeinanderhören, sich aufeinander einlassen und gemeinsamem Ende. Beispiel für eine gelungene Improvisation.

Ich verabschiede mich von Hr. G., danke ihm für diese gelungene Begegnung und für die gemeinsame Zeit bisher und erkläre ihm, dass ich erst in drei Tagen wiederkommen kann.

Nach Ende der 6. Sitzung liegt Hr. G.'s AF bei 20 / min. Die Werte der arteriellen BGA zeigen eine deutliche Verbesserung der Atemqualität an: $P0_2$ = 83,2 mmHg, O_2 sat = 96,3%.

Drei Tage später, am 15.09.93 verstirbt Hr. G. bei akutem Herz - Kreislaufstillstand, Nierenversagen und begleitender Sepsis auf der Intensivstation.



Die Musiktherapiesitzungen zeigen deutlich, dass Hr. G. die Klänge und Vibrationen der Klangschale wahrgenommen hat. Besonders die wiederholten und gleichwertigen Veränderungen von Atemfrequenz, Atemtiefe und somit der Atemqualität zeigen, dass ich Hr. G. mit den Klängen erreicht habe.



Diese Änderungen schlagen sich in Werten nieder, welche auch aus schulmedizinischer Sicht als Verbesserung der Atemqualität gewertet werden müssen. Das zeigt schon die Effizienz der vierten Sitzung, nach welcher Hr. G. nahezu 19 Stunden ruhig und entspannt weiteratmet. In den letzten beiden Sitzungen beobachte

ich Hr. G.'s Reaktionen nicht nur als Veränderung von Atemrhythmus und Atemtiefe, sondern erlebe zudem eine Form musikalischer Interaktion auf einer der Wahrnehmung des komatösen Patienten angemessenen Ebene.

Über meine Inhalte der Musik kann ich berichten, Hr. G.'s subjektives Empfinden, seine Themen und Inhalte während der musikalischen Interaktion sind uns nicht zugänglich. Doch scheinen mir seine entspannte mit den Klängen korrespondierende Atmung mein Gefühl des Friedens und die gelungene musikalische Improvisation in der sechsten Sitzung eine auch für ihn wohltuende Begegnung zu kennzeichnen.

Der Beweis für eine Wiederholbarkeit dieser sehr individuellen Arbeit kann hier nicht erbracht werden. Für ein von naturwissenschaftlicher Forschung gefordertes Experiment nach dem Ursache – Wirkung - Prinzip ist die musiktherapeutische Begegnung in ihrer Spontaneität und Lebendigkeit meines Erachtens nur bedingt geeignet.

Aus den Erhebungen vieler objektiver physiologischer Daten innerhalb der Musiktherapie mit komatösen Patienten hat sich herausgestellt dass es wichtig ist~ sich auf die maßgeblichen Untersuchungen zu beschränken.

Physiologische Datenerhebung

Während BZ, Zentralvenöser Druck (ZVD), Urinausscheidung, Körpertemperatur oder Glasgow – Koma - Skala innerhalb der Musiktherapiesitzungen selten einen signifikanten Verlauf zeigen, können Blutdruck, Puls, EKG arterielle BGA, AF oder AMV als wichtige und aussagekräftige Messparameter für die Musiktherapie angesehen werden.

Wesentlich bleiben unsere Sinne. Die intensive Patientenbeobachtung auf *minimal Feedbacks* wie Mimik, Hautrötungen, Atemgeräusche, unmerkliche Bewegungen der Arme, der Beine, der Mimik etc. steht im Mittelpunkt meiner Diagnostik.

minimal Feedbacks

Auch die Umgebung, das Zimmer und die anderen Patienten sollten berücksichtigt werden. Denn auch sie haben auf das aktuelle Setting Einfluss.

Meine musiktherapeutische Arbeit mit Intensivpatienten, welche ihre akute Krankheitsphase hinter sich haben, hat mir deutlich gezeigt, dass diese Patienten Bedürfnisse haben, welche über die medizinische Versorgung hinausgehen.

Diese Bedürfnisse zeigen sich an der Offenheit und Dankbarkeit, mit welcher die Musiktherapie hier aufgenommen wird, um Stress und Ängste abzubauen, die Ein-

ganzheitliches Behandlungskonzept

Einsamen und Sterbenden zu begleiten und um Erlebtes aufzuarbeiten. Es wäre gut, wenn diese Bedürfnisse als solche erkannt und in ein ganzheitliches Behandlungskonzept eingebunden würden.

Dass dieses leider noch nicht so ist, zeigt das Fehlen von Musiktherapeutenstellen in vielen, gerade kleineren Krankenhäusern. Dabei greift die Musiktherapie kaum störend in die alltäglichen Abläufe der Intensivstation ein und kann ohne großen Aufwand durchgeführt werden.

Ich erinnere besonders an die musikalische Beschallung der Räumlichkeiten mit ergotroper oder trophotroper Musik, eine nicht aufwendige Möglichkeit, welche wohl tut und sehr heilsam sein kann. Dazu möchte ich das Personal auf Intensivstationen grundsätzlich ermutigen.

Seit wir wissen, dass Klänge selbst im tiefsten Koma wahrgenommen werden, etabliert sich die musiktherapeutische Arbeit mit komatösen Patienten allmählich auch in Deutschland, wie z. B. an der Universitätsklinik Münster oder im GKH Herdecke.

Obwohl uns inzwischen zahlreiche Arbeiten zu diesem Thema vorliegen und selbst Schulmediziner über musiktherapeutische Verläufe mit komatösen Patienten überrascht sind - wie im von mir in dieser Arbeit beschriebenen Falle - wird diese Arbeit nicht ausreichend anerkannt. Der komatöse Patient hat nicht nur Anspruch auf optimale ärztliche und pflegerische Versorgung, sondern darüber hinaus auch auf die Berücksichtigung und Betreuung als ganzheitliches Wesen mit Körper, Seele und Geist.

Literatur:

- Arns, Wolfgang; Jochheim, Kurt-Alphons; Remschmidt, Helmut: Neurologie und Psychiatrie für Krankenpflegeberufe, Stuttgart 1983
 Burchardi, Hilmar: Akute Notfälle, Stuttgart 1988
 Decker - Voigt, Hans - Helmut: Aus der Seele gespielt, München 1991
 Evans - Wentz, W. Y. (Hrsg.): Das Tibetische Totenbuch, Freiburg 1989,
 Gustorff, Dagmar: Lieder ohne Worte. In: *Musiktherapeutische Umschau* 1990, 120 - 126
 Gustorff, Dagmar: Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation (Dissertation), Witten/Herdecke 1992
 Gustorff, Dagmar, Hannich, Hans - Joachim: Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation, Göttingen 2000
 Hannich, Hans-Joachim: Die Individualität des Patienten nicht aus den Augen verlieren!. In: *Krankenhaus Arzt* 1994, 150 - 158
 Jansen, Eva-Rudy: Klangschalen, Funktion und Anwendung, Diever 1991
 Keller, Claudia: Musik in der Intensivpflege? In: *Intensiv* 1995, 97-101
 Lingerman, Hal: Bewusst Musik hören, Frankfurt 1991
 Mindell, Arnold: Schlüssel zum Erwachen, Freiburg 1992
 Mucchielli, Roger: Das Nicht - Direktive Beratungsgespräch, Salzburg 1972
 Schwabe, Christoph: Regulative Musiktherapie, Stuttgart 1996

Michael Dümpelmann
 Im unteren Stollen 6
 79189 Bad Krozingen
 Tel./Fax: 07633-101920
 Email: harpediem@t-online.de

Jg. 1966, arbeitet als Krankenpfleger und Musiktherapeut in der Werner-Schwidder-Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin in Bad Krozingen. Er ist außerdem als Musiker (Keltische Harfen) und als Workshopleiter in den Bereichen Regulatives Musiktraining und Obertönen tätig.