

## Bericht von M. Steidle-Röder

Wenn wir eines Weges gehen und  
einem Menschen begegnen, der  
uns entgegenkam und auch eines  
Weges kam, kennen wir nur unser  
Stück, nicht das seine, das seine  
erleben wir nur in der Begegnung.

(Martin Buber)

### **1 Prolog - eine persönliche Vorbemerkung**

Dem Projekt ging ein persönliches Erlebnis voraus. Mein 24jähriger, an Krebs erkrankter Patensohn berichtete mir, daß er und seine Mitpatienten klinisch zwar gut betreut werden, daß sie sich aber psychisch sehr verlassen fühlten. Er war zu dieser Zeit stationär am Westdeutschen Tumorzentrum in Essen. Einige Monate vor seinem Tod legte er mir ans Herz, mich zu bemühen, die Musiktherapie für krebserkrankte Patienten anzubieten. Während ich bisher die Musiktherapie in erster Linie bei Patienten mit geistigen und körperlichen Schädigungen einsetzte, bot mir das Projekt an der Universitätsklinik in Ulm die Möglichkeit, diesen "Auftrag" zu erfüllen, der mir persönlich ein großes Anliegen war. Außerdem erschien es mir sehr wichtig, Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie bei chronisch- und schwerkranken Patienten selbst zu beobachten.

### **2 Einleitung**

In der Zeit vom 15. Juni 1991 bis 15. Juni 1992 sah ich 23 Patienten und sprach mit mehreren Angehörigen. An Krebs erkrankt waren 11 Patienten, 12 Patienten hatten zum Teil anderweitig schwierige Operationen vor oder hinter sich - in der Mehrzahl Pankreas-Operationen. Mit 9 Karzinom-Patienten arbeitete ich aktiv bzw. rezeptiv musiktherapeutisch. Zwei Patienten suchten die Begegnung im Gespräch mit mir. Ich initiierte ferner ein Stationskonzert, anlässlich dessen ich zusammen mit Schwestern für

## Musiktherapie in der Chirurgie

Patienten spielte. Zum Abschied spielte ich noch einmal für die gesamte Station, diesmal zusammen mit einem musiktherapeutischen Kollegen der Abteilung Psychotherapie. Außerdem brachte ich mich in zahlreichen Übergabebesprechungen und Stationsgruppen ein, nahm an vielen Visiten teil und sprach unzählige Male mit Schwestern, Pflegern und Ärzten.

Ich habe in diesem Jahr sehr viel auf einem Gebiet dazulernen können, das mir in meiner sechzehnjährigen musiktherapeutischen Praxis bisher fremd geblieben war. Titel bzw. Untertitel dieses Erfahrungsberichtes kristallisierten sich aus meinem Erleben und meinen praktischen Erfahrungen auf einer chirurgisch-onkologischen Station des Universitätsklinikums am Safranberg und der inhaltlichen Arbeit in den Konferenzen der psychotherapeutischen Ambulanz am Kuhberg. Ich pendelte also als "Lernende" zwischen Kuh- und Safranberg hin und her.

### **3 Das chirurgisch-psychotherapeutische Liaisonprojekt<sup>1</sup>**

#### **3.1 Die Abteilung Allgemeine Chirurgie**

Es handelt sich um eine hochspezialisierte Universitätsabteilung, deren Schwerpunkt im Bereich der Bauch-, insbesondere der Pankreaschirurgie und endoskopisch-chirurgischer Techniken liegt. Die Abteilung verfügt über eine Poliklinik und drei Stationen. Für das Projekt wurde vom ärztlichen Direktor der Abteilung eine in aller Regel vollbelegte Station mit 26 Betten ausgewählt, die meist zur Hälfte mit Privatpatienten belegt sind. Auf der Station arbeiten: 8 Vollzeit- und 2 Teilzeit-Pflegekräfte, 4 Stationsärzte, davon ein Arzt im Praktikum, ein Oberarzt, ein Chefarzt, außerdem steht ein Sozialarbeiter und ein Klinikseelsorger bei Bedarf zur Verfügung.

Behandelt werden neben Pankreaskranken überwiegend Krebspatienten. Die Patientenfluktuation ist bei einer mittleren Belegungsdauer von 1-2 Wochen entsprechend hoch. Je nach Erkrankung bzw. Stadium der Diagnostik und Therapie schwankt die Belegungsdauer in typischer Weise: 1-2 Wochen dauert die unkomplizierte diagnostische Abklärung einer extern gestellten Verdachtsdiagnose, 2-4 Wochen die Bestätigung einer Tumordiagnose und die anschließende OP bzw. Einleitung eines systemischen oder lokalen Chemotherapiezyklus, für den die Patienten dann jeweils für wenige Tage wieder einbestellt werden. Andere Patienten verbleiben u. U. monatelang bis zu ihrem Tod auf der Station. Das Einzugsgebiet erstreckt sich mit lokalem Schwerpunkt der Ulmer Region über die gesamte Bundesrepublik und das angrenzende Ausland.

---

<sup>1</sup> Dieses Kapitel ist ein überarbeiteter Auszug aus: Dahlbender et al. (im Druck).

### **3.2 Die Situation onkologisch Kranker und ihrer Behandler**

Die Patienten sind lebensbedrohlich onkologisch erkrankt, was vielfach gravierende seelische, familiäre und soziale Probleme mit sich bringt, die unmittelbar krankheitsbedingt sind und/oder sich als Folge der notwendigen, einschneidenden und z. T. nebenwirkungs- und risikoreichen Behandlungsmaßnahmen ergeben und die umfassende Verarbeitungsvorgänge erforderlich machen. Die Erkrankten und auch ihre Familienangehörigen sind häufig überfordert und bedürfen zumindest kurzzeitiger professioneller therapeutischer Hilfestellungen in Form eines angemessenen Spektrums einzel- und familientherapeutischer Maßnahmen, vor allem im Rahmen der Mitteilung bzw. Bestätigung der Diagnose, der Aufklärung über die therapeutischen Konsequenzen und Erfolgsaussichten, der Konfrontation mit ausgedehnten und folgenschweren Operationen (z. B. Anus praeter), der postoperativen Mitteilung eines ungünstigen Operationsergebnisses, den medikamentösen Nebenwirkungen, den vielfältigen technischen Behandlungsproblemen (z. B. Zytostatikapumpe), der Rezidivöffnung, Sterben und Tod des Krebskranken und die Notwendigkeit zur Neuorientierung der Angehörigen.

Die eingreifende und äußerst intensive Krankenhausbehandlung Schwerkranker, der hohe physische Einsatz, der verantwortungsvolle Umgang mit komplizierten Behandlungstechnologien, die ständige Konfrontation mit Sterben und Tod bedeuten für Ärzte und in größerem Maße noch für das mannigfaltig geforderte Pflegepersonal Dauerbelastungen, welche insbesondere das erlebnismäßige Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit jedes Mitgliedes des Behandlerteams nachhaltig tangieren und möglicherweise negative Rückwirkungen auf Patienten haben können. Zur Entlastung und Verarbeitung sind auch für Behandler kompetente Hilfestellungen notwendig, etwa beim Tod zahlreicher Patienten innerhalb kurzer Zeit oder dem eines gefühlsmäßig nahestehenden Patienten.

Die chirurgischen Behandlungsmaßnahmen expandierend in Richtung einer somatisch ausgerichteten "high-tech"-Behandlungsrationalität, der sich psychosoziale, insbesondere Beziehungsaspekte im täglichen Umgang von Patienten, Ärzten und Pflegemitarbeitern sowie Angehörigen in ungünstiger Weise scheinen unterordnen zu müssen. Die psychosoziale Situation eines Patienten kann aber mittlerweile als gesicherter Co-Faktor angesehen werden, der sich in komplexer Weise modulierend auf den Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf auswirkt, vor allem auch auf die Intensität und die Dauer krankheits- und behandlungsbedingter körperlicher Beschwerden. Der negative Einfluß seelischer Prozesse, vor allem von Angst, Depression und (An-)Spannung oder ungünstiger Coping- bzw. Abwehrstrategien auf körperliche Funktionen ist ebenfalls bekannt. Diese Ergebnisse der Grundlagenforschung weisen somit darauf hin, daß die erstaunlichen Erfolge der technologischen chirurgischen Machbarkeit durch gerade jene

Behandlungsrealität geschmälert werden, die die psychosoziale Situation von Patienten und deren Angehörigen vernachlässigt bzw. verkümmern läßt.

Das Einbeziehen psychologischer Momente in die chirurgische Versorgung beinhaltet im wesentlichen folgende Ziele:

1. Förderung der Krankheitsverarbeitung von Patienten und Angehörigen, d. h. ihnen zu helfen, die physischen, psychischen und sozialen Momente der Krankheit in ihre innere und äußere Realität zu integrieren;
2. Förderung der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen, d. h. größtmögliches psychosoziales Wohlbefinden unter den gegebenen extremen Bedingungen;
3. Reduktion der Dauerbelastungen und Förderung der Verarbeitungsstrategien der Behandler;
4. Strukturverbesserung der psychosozialen Versorgung.

### **3.3 Kooperationsvereinbarung**

Zwischen dem Direktor der Abteilung Psychotherapie und dem Direktor der Abteilung Allgemeine Chirurgie wurde eine Kooperation zur Betreuung der bislang psychosozial unterversorgten Problemgruppe zunehmend jüngerer, prognostisch ungünstiger Krebspatienten und ihrer Angehörigen vereinbart. Ziel war, ein alle Beteiligten einschließendes Interventionsprogramm zu entwickeln und exemplarisch zu erproben, das die psychosozialen Konsequenzen onkologischer Erkrankung und Therapie besser zu verarbeiten hilft. In einer Felderkundungsphase wurden die Problemfelder in Gesprächen mit Ärzten und Pflegepersonal eruiert. Der allseitige Wunsch nach Entlastung war unüberhörbar. Begrüßt wurden daher die Möglichkeiten zu einer Balint- bzw. Stationsgruppe, zu gemeinsamen Fallkonferenzen und zur Musiktherapie. Es wurde ein multimodales Liaisonkonzept entwickelt, das in Dahlbender et al. (im Druck) näher beschrieben wird. Das Konzept sieht gemäß der verschiedenen Interventionsebenen und Zielgruppen verschiedene Interventionsmodalitäten vor, etwa Liaison-, Familien- und Musiktherapie, Stationsgruppe etc..

### **3.4 Musiktherapie**

Affektive Vorgänge stehen im Zentrum der Krankheitsverarbeitung von Abwehr- und Bewältigungsprozessen. Zahlreiche effektiv einzuschätzende Strategien zielen mittelbar auf eine emotionale Veränderung im Sinne von Entlastung, Entwicklung positiver Gefühlszustände und Entspannung ab. Musik kann Affekte beeinflussen, modulieren, regulieren bzw. kanalisieren und bietet somit einen extraverbale Zugang zum Prozessieren von Affekten. Daher galt der Musiktherapie im Liaisonprojekt ein besonderes Interesse. Insofern sie einen positiven Gefühlszustand von basalem Wohlbefinden herzustellen vermag, trägt sie vermutlich zur besseren Verarbeitung von Krankheit und Belastung bei, und zwar gleichgültig, ob bei Patient, Angehörigen und Behandlern.

Die Abteilung Psychotherapie stellte für das Liaisonprojekt die berichtende Musiktherapeutin auf der Basis einer ABM-Stelle zur Verfügung. Genauso wie der Liaisonpsychotherapeut war sie an mehreren Tagen auf Station präsent und nahm auch an den Visiten und den Stationsgruppen teil. Über die Projekt-Supervision und die Mitgliedschaft in der musiktherapeutischen Arbeitsgruppe, sowie anderweitige Aktivitäten war sie andererseits in die Abt. Psychotherapie eingebunden. Sie führte rezeptive und aktive Musiktherapie mit Patienten in Einzelsitzungen und gelegentlich auch gemeinsam mit Angehörigen durch. Die palliative Musiktherapie im Sinn einer Sterbebegleitung war ein weiterer Schwerpunkt musiktherapeutischer Arbeit, wie auch die sog. Stationskonzerte.

## **4 Die Situation auf der Station**

### **4.1 Die vorgefundenen äußeren Bedingungen**

Es handelte sich um eine Station mit 24 max. 26 Betten, davon zwölf Zweibettzimmer und zwei Einbettzimmer. Neben einem Stationszimmer gibt es ein Zimmer für die Schwestern und Pfleger, ein Arztzimmer, ein Oberarztzimmer, einen Vorratsraum und eine Abstellkammer für Patienteneigentum und Stationsbedarf. Für die Musiktherapie war kein eigener Raum verfügbar. Freundlicherweise teilten Schwestern und Pfleger ihren Aufenthaltsraum mit mir. Zweimal wöchentlich stand er zwischen 14 und 17 Uhr für die Musiktherapie zur Verfügung. In Ausnahmefällen, wenn der Raum nicht zur Verfügung stand oder es einem Patienten zu schlecht ging, mußte die Musiktherapie im Krankenzimmer angeboten werden.

## **4.2 Woher und wohin mit den Musikinstrumenten?**

Da das Projekt noch nicht über Instrumente verfügen konnte, begann ich die ersten Therapien mit meinen privaten Instrumenten. Die Stationschwester zeigte sich sehr kooperativ und fand bald die Möglichkeit, ein Schrankabteil und ein Regalfach in der Abstellkammer auszuräumen. Somit war ein notdürftiger Raum für die Musikinstrumente gefunden. Für den Instrumententransport innerhalb der Station richtete sie einen kleinen Verbandswagen her.

### **Der "Verbandswagen"**

Das Instrumentarium setzte sich zusammen aus fünf Zupfinstrumenten (2 Bordun-Leiern, zwei Kantelen, einer pentatonisch gestimmten Harfe), einem Streichinstrument (einer Alt-Chrotta) und fünf Schlaginstrumenten (Steeldrum, Tambourin, Asiantrommel, Schlitztrommel und einzelnen Xylophonstäben).

Die Frage der Finanzierung für stationseigenes Instrumentarium blieb leider ziemlich lange, nämlich bis Weihnachten völlig ungeklärt. Für einen benötigten Walkman mit Kopfhörer, Mikrophon und Verstärker stellte die Abteilung Psychotherapie Geld aus Drittmitteln zur Verfügung. Diese Anschaffung diente der rezeptiven Musiktherapie und war außerdem für die auditive Dokumentation der Therapiestunden vorgesehen. Von diesem Geld

konnten weiterhin bald zwei Bordun-Leiern angeschafft werden. Aus dem Instrumenteninventar der Abteilung Psychotherapie wurde ein noch fehlendes Metallophon ausgeliehen.

Kurz vor Weihnachten finanzierte der ärztliche Direktor der chirurgischen Klinik die Anschaffung von Instrumenten, einen fahrbaren, verstellbaren Instrumententisch und Musikkassetten, die für die rezeptive Musiktherapie nötig waren (s. Abb. im Anhang). Doch leider zogen sich die Anschaffungen etwas hin, so daß ich bis dahin nur unter erschwerten Bedingungen arbeiten konnte.

### **4.3 Meine Aufnahme als Musiktherapeutin in das Team**

Auf der Station erfuhr ich eine zuvorkommende Aufnahme. Schwestern und Pfleger der Station und besonders eine Ärztin zeigten sich sehr offen für die Musiktherapie. Ihr Interesse drückte sich einerseits aus durch ihre Bemühungen, das Zustandekommen der Therapiestunden zu ermöglichen, andererseits dadurch, daß sie öfters kamen, um selber ein Musikinstrument auszuprobieren. Um sie und die Ärzte auch in den Genuß des Musizierens kommen zu lassen, bot ich mehrere Termine für eine Gruppenaktivität an, die aber aus Zeitmangel und Überlastung des Personals nie zustande kam. In der Adventszeit jedoch schlossen sich einige Schwestern mit Freude dem Musizieren an.

Von den Ärzten wurde ich bereitwillig über die Diagnosen der Patienten aufgeklärt. Doch außer der erwähnten Ärztin zeigten sich die anderen Ärzte zunächst eher zurückhaltend gegenüber der Musiktherapie. Durch meine Präsenz und durch die positive Patientenresonanz wuchs das allgemeine Interesse allmählich, und die Musiktherapie wurde zur immer selbstverständlicheren therapeutischen Einrichtung auf der Station.

## **5 Die musiktherapeutische Felderkundung**

Lange Zeit nahm ich einmal wöchentlich an der Visite teil. Das änderte sich, als ich beobachten konnte, daß meine Teilnahme an den Visiten für Ärzte und Schwestern eine Mehrbelastung bedeutete, da sie mich nach Möglichkeit vor jedem Krankenzimmer über die Situation des betreffenden Patienten aufklärten. Aus diesem Grunde zog ich mich zurück und nahm zunächst nicht mehr an den Visiten teil.

Meine Rücksichtnahme auf die zusätzliche Belastung erwies sich aber sehr bald als ungünstig. Denn der Kontakt zum Patienten läuft über die Visite. Sie ist ein ganz zentrales Bindeglied aller Mitverantwortlichen, die sich um das

Wohl der Patienten bemühen. Also nahm ich bald wieder teil - und zwar im weißen Kittel. Dieses Kleidungsstück diente den Patienten als Orientierungshilfe und als Signal dafür, daß die Musiktherapie in die Station integriert war. Trotzdem konnten sie spüren, daß der Auftrag der "Musiktherapeutin in Weiß" sich von dem der Ärzte unterschied. Verdeutlicht wurde das auch durch ein am Kittel angestecktes Namensschild mit Berufsbezeichnung.

Bei der Visite hatte ich Gelegenheit, mir ein erstes eigenes Bild von den Patienten zu machen und Fragen an den Arzt zu sammeln, die für die Therapie abgeklärt werden mußten, z. B., inwieweit der Patient über seine Krankheit aufgeklärt ist.

Eine weitere wichtige Informationsquelle für mich war die Pflege-Übergabe, bei der jeder einzelne Patient durchgesprochen wurde: neueste Befunde, anstehende Untersuchungen, Komplikationen, Auffälligkeiten im medizinischen oder psychischen Bereich. Mit großem Engagement und bewundernswerter Geduld überlegten die Schwestern auch mit, für welche Patienten Musiktherapie sinnvoll sein könnte. Nach all diesen Vorinformationen wurden die in Frage kommenden Patienten von mir dann schließlich aufgesucht.

## **6 Pragmatische Indikationsstellung für Musiktherapie**

Ein festes Indikationsschema gab es nicht. Die Indikationsstellung erwies sich in besonderem Maße als ein multipersonaler Prozeß. Dies zeigt sich sehr deutlich daran, daß mögliche Indikationen kooperativ zwischen Patient, Ärzten, Pflegepersonal und mir überlegt wurden - ganz besonders in den ersten Wochen, als alles noch unbekannt und neu war. In erster Linie war die Indikation aber an Interesse und Bereitschaft des Patienten geknüpft. Diese Selbstindikation unterstreicht, daß Musiktherapie meinem Verständnis nach keine Verordnung im klassischen Sinne ist. Dennoch hatten die medizinische bzw. die psychische Situation eines Patienten oder auch die äußeren Gegebenheiten darüber hinaus mehr oder minder großen Einfluß.

Eine allgemeine Indikation für eine musiktherapeutische Begleitung war durch den seelischen Ausnahmezustand gegeben, in dem sich die meisten Karzinom-Patienten befanden. Die Mehrzahl der Patienten waren bei meinem ersten Besuch verunsichert, zögernd, skeptisch, ängstlich, deprimiert, resigniert und unnahbar zurückgezogen oder aggressiv ablehnend.

War der Allgemeinzustand des Patienten so, daß aktives Musizieren nicht Entspannung oder "Anregung", sondern unzumutbare emotionale oder körperliche Anstrengung bedeutet hätte, wäre aktive Musiktherapie möglicherweise kontraindiziert gewesen. Falls ein Patient nicht allein im Zimmer lag und das Bett nicht verlassen konnte, hing der Einsatz der aktiven Musiktherapie auch von der Einstellung des Bettnachbarn ab. In manchen Fällen erwies sich dieser als kooperativ, im günstigsten Fall sogar als "Kotherapeut". Bisweilen war dieses Miterleben von Musiktherapie auch Anstoß, sich selber aktiv mitzubeteiligen.

Im Falle der rezeptiven Musiktherapie kam es darauf an, welche Beziehung der Patient zur Musik hatte. Im Falle von Sterbebegleitung galten die oben genannten Aspekte ebenfalls. In dieser Phase kam *nur* rezeptive Musiktherapie in Frage. Außerdem mußte in solchen Fällen auch die Einstellung der Angehörigen zum Einsatz von Musik für den Schwerkranken berücksichtigt werden.

Stand ein Patient kurz vor seiner Entlassung, und war keine ambulante Fortführung der Musiktherapie möglich, wurde in manchen Fällen vom Angebot der stationären Musiktherapie abgesehen, es sei denn, der Patient äußerte den ausdrücklichen Wunsch.

### **7 Die Kontaktaufnahme mit Patienten oder das Spielen mit Möglichkeiten**

Meistens fanden zunächst ein oder mehrere Kurzbesuche am Bett des Patienten statt, die dazu dienten, mich und meine Tätigkeit als Musiktherapeutin auf der Station vorzustellen. Ich betonte dabei, daß die Musiktherapie im Rahmen eines Liaisonprojektes der Abteilung Psychotherapie und der Abteilung Allgemeine Chirurgie zur psychosozialen Unterstützung angeboten wird. Ich wies darauf hin, daß im Gegensatz zur medizinischen Behandlung der Patient in der Musiktherapie nicht "behandelt", sondern selbst zum "Handelnden" wird. Auch bei der rezeptiven Musiktherapie kann der Patient selbst entscheiden, etwa wann und wie lange er seine Musik hören will. Ich versuchte, dem Kranken im Gespräch zu vermitteln, daß die Musiktherapie nicht wie ein Medikament, das eingenommen werden muß, verordnet wird, sondern, daß die Entscheidung zur Musiktherapie beim Patienten selber liegt. Das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ist hier

ein partnerschaftliches. Der Therapeut hat eine begleitende Funktion. Diese Klarstellungen schienen eine wichtige Basis für den Zugang zur Musiktherapie zu sein. Denn da die Patienten häufig unter "Diagnoseschock" standen, reagierten sie sehr empfindlich auf Forderungen.

Je nachdem, ob und wie ein Patient Kontakt annehmen konnte bzw. wollte, richtete ich mich darauf ein. War die Musiktherapie so definiert, daß die Patienten sich etwas darunter vorstellen konnten, entwickelten sie leichter Zutrauen. Die Form der Definition hing zum Teil auch von ihren individuellen Fragen ab. Schon ihre Fragestellung gab oft einen ersten Hinweis auf den therapeutischen Ansatz. Drückte ein Patient z. B. seine Sorge aus, daß er noch nie ein Instrument gespielt habe und auch keine Noten kenne, begegnete ich ihm mit einem Instrumentarium, das ein "unzensiertes" Musizieren ermöglicht, z. B. mit pentatonisch gestimmten Instrumenten.

Verhielt sich ein Patient eher unnahbar und abweisend, hielt auch ich mich zunächst zurück. Ich beobachtete: Wie nimmt mich der Patient bei der nächsten Visite wahr? Welche Fragen hat er an den Arzt? Wie verhält er sich, wenn wir uns außerhalb des Krankenzimmers zufällig begegnen? Es kam vor, daß ich manche Patienten häufiger besuchte, ohne die Musiktherapie zu erwähnen. Ich war bemüht, dem Menschen so zu begegnen, wie er im Augenblick sein wollte und sein konnte. Wichtig schien mir für den Patienten das Erlebnis meines Interesses und meiner Nähe zu sein. Oft fanden solche Menschen dann doch noch Zugang zur Musik. Dazu folgendes Beispiel:

Es handelte sich um eine 55jährige Frau nach Gallen-OP, Aneurisma der Milzarterie und Milzentfernung. Sie lebte weit entfernt und war einige Monate stationär in Ulm. Schwestern und Ärzte machten sich Sorgen um sie, da sie ihnen depressiv erschien. Eine typische Konstellation im Vorfeld für eine musikalische Intervention.

Ich versuchte, mit ihr in Kontakt zu kommen und besuchte sie an ihrem Bett. Sie machte einen scheuen, zurückgezogenen Eindruck. Von der Musiktherapie wollte sie nichts wissen. Sie meinte, das wäre nichts für sie, zumal sie unmusikalisch sei. Außerdem fühlte sie sich zu schwach für irgendwelche Aktivitäten. Musik hören könne sie sowieso, der Radioempfang sei ja in jedem Zimmer möglich. Sie war deutlich ablehnend. Auf meine Frage, ob sie manchmal Besuch bekomme, erfuhr ich, daß das nur ganz selten der Fall war. Ihr Mann und ihr Sohn kamen überhaupt nicht. Traurigkeit lag in ihrer Stimme. Ich spürte im Verlauf des Gespräches, daß sie sich ein ganz klein wenig öffnete. Ich erkundigte mich, wie sie den Tag verbringt. Sie erzählte mir, daß sie hin und wieder angerufen wird, und daß sie gerne mal ein Journal liest, z. B. "Film und Frau" oder "Frau im Spiegel". "Da erfahre ich dann was von draußen", meinte sie. "Aber", fuhr sie fort, "das muß ich immer dem Zufall überlassen. Ich kann ja noch nicht zum Kiosk gehen und mir Zeitungen kaufen." Diese Äußerung nahm ich zum Anlaß, Kontakt zu

halten. Von jetzt an besuchte ich sie regelmäßig, fragte nach ihren Zeitungswünschen und besorgte ihr entsprechende Lektüre. Über diesen Weg entwickelte sie Vertrauen. Als der Stationsarzt Musiktherapie für sie empfahl, wollte sie es sich, entgegen ihrer ursprünglichen Ablehnung, überlegen. Ein paar Tage später kam sie dann zur Musiktherapie. Während sie sehr scheu Kontakt zu den Instrumenten aufnahm, gelang es ihr in der ersten Stunde, aus sich herauszugehen. Zum Schluß äußert sie sich zu diesem Erlebnis:

*"Ich hab' mir gar nichts gedacht, ich hab' einfach gespielt. Ich wußte nicht, daß Instrumente so wirken können. Ich konnt's einfach tun. Jetzt weiß ich, daß Musik mir guttut." Später erzählte sie, daß sie nach der Stunde zufriedener zurück in ihr Zimmer gegangen sei.*

Der Umgang mit der Bordun-Leier, so scheint es, hatte ihr geholfen, ihre Angst zu bewältigen. Sie überwand an diesem Instrument die Befürchtung, nichts zustandezubringen. Bis zu ihrer Verlegung in eine Klinik am Heimatort hatte ich dreimal mit ihr gearbeitet. Bei der Nachtschwester sprach sie über ihr positives Erlebnis mit der Musiktherapie. Die stellvertretende Stationsschwester beobachtete, daß Frau B. sich durch die Musiktherapie veränderte und an Selbstvertrauen gewonnen hatte. Genaueres, wie die Patientin die Musiktherapie erlebte, findet sich im Anhang.

Eine weitere Möglichkeit, Kontakt zu Patienten aufzunehmen und sie für die Musiktherapie zu interessieren, bestand darin, das Schwesternzimmer in einen Ausstellungsraum zu verwandeln. Literatur und Bildmaterial zum Thema Musik lagen zur Ansicht aufgeschlagen zwischen den Instrumenten. Sodann lud ich die noch skeptischen Patienten zu dieser kleinen Ausstellung ein. Manchmal führte das Anschauungsmaterial dazu, die Instrumente ausprobieren zu wollen. Ein erster Zugang zur Musiktherapie war da.

## **Musiktherapie - zum Anschauen**

## **8 Bedeutung und Wirkung des Instrumentariums**

Das für die Patienten außergewöhnliche Instrumentarium, das auf dieser Station zum Einsatz kam, löste Faszination bei ihnen aus, weckte Neugierde und stellte sich in vielen Fällen als "Eingangs- oder Zugangspforte" zur Musiktherapie heraus. Folgende Instrumente wurden eingesetzt:

Zupfinstrumente:

Bordun-Leiern, Pentatonische Harfe, Kantelen, Kalimba (Daumenklavier)

Streichinstrumente:

Alt-Chrotta, Geige

Schlaginstrumente:

Metallophon, Xylophonstäbe, Steeldrum, Schlitztrommel, Asiantrommel, Tambourin.

Als Begleitinstrument zum Singen wurde die Gitarre sowohl von Patienten, als auch von mir gespielt.

Das angebotene Instrumentarium wurde nach folgenden Gesichtspunkten ausgesucht: Sie sollten in der Handhabung einfach, d. h. ohne musikalische und spieltechnische Vorbildung, ohne viel Kraftaufwand zu spielen sein. Ihr Klang sollte Neugier und Interesse wecken und zum Selberspielen anregen. Unter diesen Voraussetzungen konnten die Patienten meist schnell ihre anfänglichen Bedenken, daß sie unmusikalisch seien und nichts zustandebringen, überwinden. Somit entfiel die Sorge, etwas leisten zu müssen.

Welche Instrumente zum Einsatz kamen, bzw. von Patienten bevorzugt wurden, hing relativ eng mit ihrer Gesamtsituation zusammen.

### **8.1 Die in Akkorden gestimmte Bordun-Leier**

Die Bordun-Leier ist ein Saiteninstrument, das sowohl als Begleitinstrument zum Singen, als auch als "Hackbrett" mit ein oder zwei Klöppeln gespielt werden kann. Normalerweise benutzten wir zwei bis drei Bordun-Leiern, die in verschiedenen Harmonien (Kadenz) gestimmt waren. Der Klang dieser Instrumente ist weich und unaufdringlich, er wirkt lösend und entspannend - manchmal auch Schmerzen verringernd, wie von Patienten geschildert wurde. Für die Kranken war dieses Instrument in den meisten Fällen die Zugangspforte zur Musiktherapie. Je schlechter der Zustand des Patienten, desto mehr verlangte er nach diesem Instrument. Der Klang der Bordun-Leier und die Wirkung der Harmonien weckten Vertrauen und gaben ein Gefühl von Geborgenheit. Patienten, die die Musiktherapie zunächst

ablehnten, äußerten, nachdem ihnen dieses Instrument vorgestellt wurde: "Das gefällt mir, dann komme ich." Eine Patientin bemerkte im Begleit-Fragebogen zur Musiktherapie zu den Bordun-Leiern:

*"Die Bordun-Leiern haben mir am besten gefallen. Sie klingen schön und wohltuend - sie entspannen. Sie sind einfach zu spielen, sie schwingen."*

## **Bordun-Leier**

### **8.2 Die pentatonisch gestimmte Harfe**

Die Pentatonik, als Fünftonleiter, ist ein Tonsystem ohne Dissonanzen, ohne Spannung. Sie enthält keine Halbtonschritte. Daher fehlt ihr der im Dur-Moll-System schlußbildende Schritt. Das Klangerlebnis ist ein schwebendes. Es wurde von Patienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium bevorzugt oder von solchen, die sich als "kopfgesteuert" einschätzten.

## **Kinderharfe**

### **8.3 Das diatonisch gestimmte Kantele**

Dieses in der Durtonleiter gestimmte Saiteninstrument erzeugte bei den meisten Patienten Angst zu versagen, dadurch, daß die Diatonik u. a. durch unsere kulturelle Prägung uns dazu auffordert, Melodie und Form zu gestalten. Obwohl viele Patienten häufig danach suchten, eine klar gegliederte Form, etwa in der Art bekannter Volkslieder zu erleben, machte ihnen der Aufforderungscharakter dieses Instrumentes oft angst. Auf diesem Instrument wurde, wenn sich Patienten daran wagten, vorwiegend assoziativ gespielt, z. B. Glissandi, die oft als Wasserfall erlebt wurden.

## **Mondkantele**

### **8.4 Die in Quinten gestimmte Alt-Chrotta**

Hierbei handelt es sich um ein nach keltischem Muster speziell für therapeutische Zwecke nachgebautes Streichinstrument, das sowohl als Geige oder aber als Fiedel zu spielen ist. Durch den besonderen Bau - der Steg ruht auf der Decke und auf dem Boden des Instrumentes - hat das Instrument eine besonders starke Schwingung. Der Klang ist sehr obertonreich und wirkt beruhigend. Das Instrument ist als Streich- und Zupfinstrument einzusetzen, als Begleit- oder Melodieinstrument. Da dieses Instrument "mein" Instrument ist (Geigenersatz), hatte ich damit u. a. die Möglichkeit, die Patienten bei der Improvisation melodisch zu unterstützen und zu inspirieren. Spielte ich z. B. ein melodisches Tanzmotiv, schlossen sich die Patienten manchmal der Stimmung, dem Rhythmus an und ließen sich mitreißen.

## **Alt-Chrotta**

### **8.5 Die Schlaginstrumente**

Schlaginstrumente, besonders die Trommel, regen grobmotorische Aktivität an und unterstützen die Willensfunktion. Von allen Schlaginstrumenten war das Metallophon das beliebteste. Der Klang des Instrumentes kompensierte die Problematik der diatonischen Stimmung. Das Metallophon hat durch seine Klangwirkung, ähnlich wie die Bordun-Leier, einen lösenden Charakter. Die Spielweise kommt dem Kranken aber weniger entgegen. Die Steeldrum, ein pentatonisches Schlaginstrument, das ohne viel Kraftaufwand zum Klingen zu bringen ist, überwindet die Diatonik des Metallophons und setzt innerlich viel Ausdruck frei. An der Steeldrum spielten die Patienten in erzählender Weise. Eine sehr beliebte Kombination war das Daumenklavier mit der Steeldrum zusammen. Auffallend war das Faktum, daß die wenigsten Ca.-Patienten zur Asian-Trommel griffen. Nur in einem einzigen Fall wurde der Versuch dazu gemacht. Die Schlitztrommel stieß auf Ablehnung. Der punktuelle Klangcharakter der Xylophonstäbe wurde nur für kurze Zeit von Patienten ausprobiert, dann aber schnell "verworfen". Das Tambourin wurde von mir gespielt. Sein Klang

**Steel-drumm**

**Kalimba**

wurde von den Patienten akzeptiert. Sie wählten es aber kaum zum eigenen Spiel. Diese Instrumente schienen zuviel Aktivität und Willensanstrengung für Patienten zu bedeuten, die sie vielleicht überfordern.

### **9 Die äußeren Rahmenbedingungen oder der fehlende Raum**

Die Musiktherapie fand zweimal wöchentlich im Besprechungszimmer des Pflegepersonals statt. Hierzu mußte das Zimmer hergerichtet werden. Aus organisatorischen Gründen konnte der Umbau für die Musiktherapie in der Regel leider erst nach 14 Uhr erfolgen. Als erstes wurde gelüftet, das Kaffeegeschirr weggeräumt, dann wurden die Eßtische gesäubert und mit-samt den Stühlen an die Wand gerückt. Einige Stühle, Instrumentenkoffer und sogar der Abfalleimer wurden zu Instrumententischen umfunktioniert. Letzterer wurde durch ein bemaltes Seidentuch seiner Häßlichkeit enthoben. Dem Zimmer eine musiktherapeutische Atmosphäre zu geben, gelang bei allen improvisatorischen Bemühungen jedoch kaum. Zwischen den Therapien mußten häufig neue Umbauten erfolgen, dem Zustand der Patienten angepaßt.

### **Musizierende Patienten im Schwesternzimmer**

Es war zu beobachten, daß es den Patienten nicht zusagte, wenn die äußere Situation der Musiktherapie den Eindruck von Zufälligkeit oder allzu großer Improvisiertheit hinterließ. Es schien wichtig, daß Professionalität auch im Äußeren sichtbar wurde. Nicht durch sterile Perfektion, wohl aber durch ein entsprechendes therapeutisches Klima. Häufig jedoch wurde der therapeutische Prozeß durch Personal gestört, das etwas im Schwesternzimmer vergessen hatte oder durch hungrige Ärzte, die an den Kühlschrank wollten. Auch akustische Störungen durch ein läutendes Telefon oder die Patientenglocke ließen sich nicht vermeiden, auch wenn das Telefon in den Kühlschrank wanderte. Patienten erlebten diese Umstände als Verunsicherung und Irritation. So geschah es z. B., daß eine Patientin, die ohnehin sehr ängstlich und schwer zu motivieren war, versunken am Metallophon spielte. Als die Glocke läutete, erschrak sie und kam anschließend nicht mehr in einen Spielfluß. Wenig später wollte sie gehen. Dies zeigt, wie fragil eine solche beginnende therapeutische Situation ist, und wie leicht so ein Ansatz zerstört werden kann.

**Musizierender  
Patient macht  
das beste aus  
der "Raum-  
Improvisation"**

**Und dennoch ...**

**Musik wird zum Partner**

**Musik verbindet**

Ich mußte von Mal zu Mal damit rechnen, neue, veränderte Situationen vorzufinden, sowohl von den äußeren organisatorischen, als auch von den Bedingungen der Patienten ausgehend. Dies erforderte viel Flexibilität. Nur ein einziges Mal war es durch die Initiative einer sehr bemühten Schwester möglich, daß eine schwerstkranke Patientin mit ihrem Bett und Infusionsständer ins Schwesternzimmer zur Therapie gefahren werden konnte. Die Patientin hatte sich sehr auf die Musiktherapie gefreut, konnte aber durch die Verschlechterung ihres Zustandes nicht mehr aufstehen. Konnte ansonsten ein Patient sein Bett nicht verlassen, mußte das Instrumentarium auf den "Verbandswagen" gepackt und zum Patienten ans Bett transportiert werden.

### **Vollbepackt von Zimmer zu Zimmer**

So groß mein anfänglicher Enthusiasmus war, und so sehr ich mich auch auf ähnliche Erfahrungen des improvisierten Arbeitens stützen konnte, bedrückten mich diese Zustände zunehmend. Ich sah, wie Patienten sich für die Musiktherapie öffneten, ich erfuhr über ihre Rückmeldung, daß sie ihnen guttat. Obwohl von vorneherein klar war, daß eine solche äußere Situation die Arbeit in vielen Fällen unmöglich machen würde, versuchte ich durch besonderes Engagement, durch Ideen und Initiativen, wie z. B. Stationskonzerte oder das Organisieren eines Benefizkonzertes zugunsten der Musiktherapie, diese Mängel zu überwinden. Als Dauerzustand war dieses jedoch nicht möglich. Dazu fehlten einfach die Voraussetzungen für ein

wirksames musiktherapeutisches Vorgehen: Eine wesentliche Bedingung für die Bildung von Vertrauen und Sicherheit ist ein eigener Raum, der so eingerichtet ist, daß er ein therapeutisches Klima bietet, in dem sich eine ungestörte und gelöste Atmosphäre entfalten kann.

Ein weiteres Problem kam hinzu. Oft hatten die Patienten Mühe, eine angemessene, schmerzfreie Spielhaltung einzunehmen. Die meisten Patienten waren operiert und ihre Narben drückten sie. Löste ihre Spielhaltung Schmerzen aus, waren manche Patienten weniger motiviert, wiederzukommen.

Mit diesen erschwerenden äußeren Umständen wurde ich zunehmend schlechter fertig. Ich möchte eine Tagebuchaufzeichnung sprechen lassen:

*20.8.1991*

*Heute war ich den ganzen Nachmittag auf der Suche nach konkreten Therapiemöglichkeiten. Viele Instrumente werden aus der Kammer geräumt, auf den Wagen gestapelt und dann ins Schwesternzimmer gefahren. Hier werden sie aufgebaut, Leiern und Kantelen gestimmt, Tonband installiert, Boxen angeschlossen. Als endlich alles für Herrn P. am Platze steht und ich ihn abholen will, ist er völlig erledigt und müde - will nicht kommen.*

*Herr S., ein anderer Patient, braucht veränderte Voraussetzungen für die Therapie. Das heißt, einige Instrumente abbauen, sie auf den Wagen laden und zu ihm ans Bett fahren. Er ist in einem schlechten Zustand und wenig zugänglich.*

*Für den Instrumentenwagen ist das Zimmer zu eng. Der Patient sitzt in einer Zimmerecke wie eingeklemmt. Wie und wohin soll ich die Instrumente plazieren? Die Enge im Raum ist erdrückend. Die Musik kann auf dieser Basis nicht wirken.*

*Anschließend besuche ich Frau B.. Ihr Zustand hat sich verschlechtert. Sie kann ebenfalls nicht zur Musiktherapie kommen. Der aufwendige Aufbau der Instrumente im Schwesternzimmer muß wieder abgebaut und das Zimmer umgeräumt werden. Es gibt viel zu schleppen. Ich komme mir vor wie ein Möbelpacker. Abends tut mir mein Kreuz weh. Das alles wäre kein Grund zum Klagen, wenn Änderungen in Sicht wären.*

Vor allem diese erschwerenden äußeren Umstände wandelten spätestens ab Mitte Oktober meinen Arbeits-Enthusiasmus in Ernüchterung. Ein Hoffnungsschimmer war ein unerwartetes, sich spontan ergebendes Gespräch mit dem leitenden Oberarzt der Abteilung. Anfang November sprach er mich an: "Jetzt weiß ich auch, wer Sie sind, Sie sind die Musiktherapeutin! Ich halte sehr viel von der Musiktherapie." Er erkundigte sich, ob und wie ich auf der Station zurechtkomme, ob ich irgendwelche Hilfe brauche. Ich sagte, daß ich Hilfe brauche und sprach das drängende Raumproblem an. Der Oberarzt stimmte zu, daß einen Raum möglichst auf der Station am besten wäre. Mit dem Angebot, "Ich helfe Ihnen, rufen Sie mich an. Ich helfe, wo ich kann. Die Musiktherapie ist so wichtig für die Patienten." verabschiedet er sich. Mir fiel erst einmal ein Stein vom Herzen. Vor Weihnachten rief ich ihn an und hakte nach. Außer der Tatsache, daß Patienten sich positiv über die Musiktherapie geäußert haben, erfuhr ich leider nichts Neues, was die Raumfrage betraf. Lösungen zeichneten sich nicht ab, der Oberarzt meinte aber, weiter kämpfen zu wollen.

## **10 Die Stationsmusik verbessert das Stationsklima**

In meiner Ernüchterung setzte ich dann große Hoffnungen in die bevorstehende Adventszeit, was das Echo bei den verantwortlichen Ärzten betraf. Ich nahm mir vor, Patienten und Schwestern gemeinsam zum Musizieren zu bringen. Dieses Ziel verschaffte mir neue Motivation und neue Zuversicht. Am 1. Advent wurde dieser Wunsch Wirklichkeit. Nicht nur das Bild der Station verwandelte sich durch die vorweihnachtliche Musik. Auch das gemeinsame Musizieren und das gemeinsame Musikerleben von Patienten, Schwestern und mir führten zu einer Verbundenheit, die der Arbeit und dem Stationsklima sehr zugute kamen.

Am 1. Advent kam ich gegen 14 Uhr auf die Station, um mit den Schwestern Advent-Musik einzuüben. Die Schwestern erwarteten mich bereits: "Da kommt sie!", schallte es mir entgegen. Außer einer Blockflöten-Spielerin war keine Musikantin unter ihnen. Ich hatte meine Geige mitgebracht. Diese "Stimme" war wenigstens sicher. Alles andere? Es wird entstehen!, hoffte ich zuversichtlich. Wer spielt was?, wurden die Rollen verteilt. Bis auf Schwester B., die nach Noten C-Flöte blasen konnte, hatten alle übrigen keine Erfahrung mit Instrumenten und glaubten auch, nicht singen zu können. Ich bot eine Alt-Chrotta, d. h. ein Streichinstrument, als Quintenbegleitung an. Die Schwestern waren bereit, das Streichen und Zupfen der Saiten zu üben. Es machte ihnen sogar viel Spaß. Wir probierten im sehr einfachen Stil eine weihnachtliche Hirtenweise. Schwester B. begann sehr zurückhaltend. Alsbald machte sie die Erfahrung, daß sie gut vom Blatt spielen konnte. Das gab ihr Mut und sie war freudig überrascht, als wir zusammen spielten. Schwester N. wurde dadurch auch ermutigt. Sie wollte einen Part auf dem Metallophon probieren. Unser "Ensemble" wuchs zusehends. Wenig später

gesellte sich Schwester D. mit der Alt-Chrotta dazu. Viele Stücke wurden im Laufe des Nachmittags geprobt.

### **Das Schwesternzimmer wird zum Probenraum**

Unser Repertoire erweiterte sich allmählich. Der Wunsch, dazu zu singen war der nächste Schritt. Bald fühlten sich alle recht sicher. Schwester B. machte schließlich den von mir ersehnten Vorschlag: "Jetzt spielen wir für die Patienten." Eine Ecke des Stations-Flurs wurde rasch zum Podium. Zunächst fehlten Instrumenten-Tische und Notenständer. Schwester B. zündete Kerzen an, die überall vor den Patientenzimmern aufgestellt waren. Der Kerzenschein verdeckte die unschönen Hilfgestelle unserer Tische und Notenpulte. Atmosphäre kam auf. Immer mehr Krankenzimmertüren wurden geöffnet. Es war ein spannender Augenblick, als wir Musikanten im Halbkreis saßen und bereit waren, zu beginnen.

## **Das Konzert geht los!**

Wir begannen mit einem Stück für Flöte und Geige. Schwester B. spielte sich damit ein. Sie wurde in der Vorspielsituation sicherer. Patienten machten sich aus ihren Betten und Zimmern auf den Weg zu uns. Die Zuhörer bildeten einen zweiten Halbkreis um uns Musikanten. Bald musizierten und sangen wir alle zusammen. Auch einige Patienten sangen mit. Sie klatschten, wollten noch mehr Musik. Wir erfüllten ihren Wunsch. "Das hat so richtig Spaß gemacht, das müssen wir unbedingt wiederholen", meinte Schwester Brigitte. Die Schwestern hatten in dieser Weise noch nie zusammen musiziert.

Die Patienten gingen nach dem Musizieren auf die Instrumente zu, ließen sie sich interessiert erklären und sagten zur Musiktherapeutin: "Jetzt wollen wir auch mal zu Ihnen zum Musizieren kommen." Zwei Tage später stand eine Patientin vor dem Schwesternzimmer und lauschte meinem Stimmen der Instrumente. Als ich die Tür öffnete, sprach sie mich an: "Ich hab' Klänge gehört, da dacht' ich mir, da gibt's vielleicht wieder Musik wie am Advent-

Sonntag. Davon haben mir die Patienten so begeistert erzählt. Ich war leider zu spät gekommen." Ich bat die Patientin herein. Wenig später spielte sie begeistert mit allen Instrumenten. Sie bedauerte, daß sie wegen ihrer Entlassung diese Gelegenheit kein zweites Mal wahrnehmen konnte.

Seit diesem Advent-Sonntag war das Interesse an der Musik bei Patienten und Pflegepersonal so lebendig geworden, daß man aus eigenen Impulsen musizieren wollte. Jetzt ergriffen die Schwestern selbst die Initiative und setzten die Advent-Musik fort. Zwischen ihrer pflegerischen Arbeit kam immer mal die eine oder andere Schwester, um kurz an einem Instrument zu spielen. Die Instrumente besaßen nun eine Anziehungskraft für sie. Das eine Ziel der Musiktherapie, Patienten durch Musik zu aktivieren, wurde durch dieses Erlebnis erweitert. Auch die Schwestern spürten, daß die Freude an der Musik sie miteinander verband. Schwestern und Patienten begegneten sich in der Musik.

**Musik zieht an**

## 11 Mein Abschied - kein Abschied

War es ein Abschied? Ja und Nein! Nach einem Jahr verließ ich schweren Herzens Patienten und Personal der chirurgischen Station am Safranberg und die Kollegen am Kuhberg, die das Musiktherapieprojekt wohlwollend begleitet hatten. Ich hatte mich entschieden, eine musiktherapeutische Aufgabe an meinem Wohnort München zu übernehmen.

Wie kam es dazu, daß ich dieses Projekt vorzeitig beendete? Äußere und innere Gründe spielten zusammen. Zum einen war es unsicher, ob meine AB-Maßnahme verlängert werden würde und in München bot sich mir unterdessen eine dauerhafte Arbeitsstelle, noch dazu eine Stelle mit optimalen Arbeitsbedingungen. Zum anderen begann sich, wie ich zahlreichen Äußerungen entnehmen konnte, bei Schwestern, Ärzten und auch bei Patienten ein spürbares Unbehagen gegenüber den andauernden Beschränkungen und unzulänglichen Improvisationen in der Musiktherapie breitzumachen. Während mir zu Beginn meiner Tätigkeit noch aus eigener Initiative vom Pflegepersonal und auch von den Ärzten Patienten zur Musiktherapie vorgeschlagen wurden, verebbte dieser Zustrom nach einem dreiviertel Jahr. Die Patienten gaben sich immer weniger mit der unzulänglichen Atmosphäre des Schwesternzimmers zufrieden. Statt einem Ort der Ruhe - eine nüchterne und zudem verrauchte, durch Telefon und Schelle viel zu oft gestörten Durchgangsstation für rastloses Pflegepersonal und hungrige Ärzte. Trotz all dem, so empfand ich, wurde die Musiktherapie aber von allen Seiten als Gewinn betrachtet. Daß dennoch kein geeigneter Raum, als Grundlage für ein professionelles und patientengerechtes Arbeiten in Aussicht gestellt werden konnte, bedrückte auch mich zunehmend.

Ich beschloß, ein Abschiedskonzert für die Station zu geben. Ein musiktherapeutischer Kollege der Abteilung Psychotherapie, Stefan Schmidt, erklärte sich bereit, mich aktiv dabei zu unterstützen. Unter anderem kamen dabei auch seine persönlichen Kompositionen zur Aufführung. Das Konzert wurde terminlich mit den Schwestern abgestimmt und durch Aushang und Mundpropaganda auf der Station lange zuvor angekündigt. Trotzdem kamen immer mehr Absagen von seiten des Personals - durch Krankheit, Dienstverschiebungen oder verständliche private Verpflichtungen. Aktivitäten, wie zuletzt beim Adventskonzert, blieben diesmal aus. Auch viele Patienten schienen den Termin vergessen zu haben. Sie erschienen mit ihren Angehörigen zum Teil erst zum Ende und bedauerten, das Konzert verpaßt zu haben. Der Informationsfluß schien genauso versickert, wie die Musiktherapie. Hier und da wurden Patientenzimmer geöffnet. Stefan Schmidt und ich blieben ziemlich "einsam" auf dem Stationsflur zurück, musizierten aber dennoch mit viel Freude.

**Türen gehen auf - ein letztes Mal dringt Musik herein**

**Ein "einsames" Abschiedskonzert**

Wenn dieser Abschluß bezeichnend für den wenig erfolgreichen Versuch sein sollte, Musiktherapie unter derart provisorischen Rahmenbedingungen in der Chirurgie zu etablieren, dann mag ein wenig darüber hinweg trösten, daß nicht die Musiktherapie selbst gescheitert ist und ein Projekt in diesem Feld unter günstigeren Bedingungen durchaus erfolgreicher sein könnte. Besonders die Schwestern, aber auch viele Ärzte, bedauerten mein Ausscheiden und das Ende der musiktherapeutischen Unterstützung für die Patienten und für sich. Den größten persönlichen Gewinn daraus schienen mir die Schwestern gezogen zu haben. Sie kamen häufig zu mir und vertrauten mir allerlei psychische Belastungen des Stationsalltages an. Gemeinsames Musizieren, wie es von manchen Schwestern beschrieben wurde, half ihnen oft, um "auf andere Gedanken zu kommen".

Auf dem Kuhberg wurde mir ein Abschied ganz anderer Art zuteil. Prof. Kächele lud mich zusammen mit den Musiktherapeuten der Abteilung zu einem kleinen festlichen Essen ein. Diese Geste hat mich sehr gefreut, drückte sie doch viel Herzlichkeit und Anerkennung für meine Pilot-Arbeit auf dem Safranberg aus. Zudem hat sie mich über die Zeit in Ulm hinaus in meinem Bemühen gestärkt, krebserkrankten Menschen in der Musiktherapie zu begegnen, sie zu stützen und ihnen zu helfen. So verließ ich Ulm mit dem angenehmen Gefühl, es nicht zu verlassen. Meine dortigen Erfahrungen blieben prägend für mein Interesse an diesen Patienten und an dem dortigen onkologisch-musiktherapeutischen Ansatz. Insofern - ein Abschied und doch kein Abschied.

## **12 Facetten musiktherapeutischer Arbeit an Fallbeispiele**

In den nachfolgenden Fallbeispielen will ich versuchen, verschiedene Facetten musiktherapeutischer Arbeit möglichst lebendig zu illustrieren.

### **Frau H.: Eine 84-jährige Patientin mit metastasierendem Magenkarzinom im Terminalstadium**

Als ich zum ersten Mal an einer Stationsvisite teilnahm, fiel mir eine Patientin besonders auf, die allein im Zimmer lag und einen schwachen, abgekämpften Eindruck machte. Es handelte sich um eine 84jährige Frau mit metastasierendem Magenkarzinom. Die diensthabende Ärztin bat mich, mit dieser Patientin Kontakt wegen einer Musiktherapie aufzunehmen. Die Frau lag schon mehrere Wochen in der Klinik und befand sich in der Endphase ihrer Krebserkrankung. Sie wirkte teilnahmslos. Ihre Tochter berichtete mir, daß ihre Mutter seit einer Woche kein Gespräch mehr mit ihr geführt hatte. Der Zustand der Patientin - so wie er mir geschildert wurde - ließ darauf schließen, daß meine erste Therapie auf dieser Station eine Sterbebegleitung sein würde.

### **Die Kontaktaufnahme - Frau H. ist sehr schwach und müde**

Nachmittags besuchte ich Frau H. Sie lag mit geöffnetem Mund, schwer atmend in ihrem Bett. Ich begrüßte sie, stellte mich vor und setzte mich zu ihr ans Bett. Als ich ihr von meiner Tätigkeit auf der Station berichtete und sie das Wort "Musik" hörte, schaute sie mich freundlich an und sagte mit schwacher Stimme: "Schön." Ich fragte nach, ob es ihr Freude machen würde, wenn ich ihr bei meinem nächsten Besuch einige meiner Musikinstrumente vorführen würde. Frau H. nickte und antwortete wieder mit schwacher Stimme: "Ja." Frau H. hatte Mühe, die Augen aufzuhalten. Ich sagte: "Sie sind müde." "Bin immer müde", war ihre Antwort, "hatte heute Blasenkatheter; bin sehr geplagt." Frau H. schlief aber nicht ein, obwohl ich ihr durch längere Gesprächspausen Gelegenheit dazu bot.

Ich versuchte mir ein Bild zu machen von ihrer Beziehung zur Musik. Durch kurze Fragen, die Frau H. mit Handzeichen, Kopfnicken, oder vereinzelt Worten beantwortete, erfuhr ich, daß sie klassische Musik liebt. Sie selber spielte Klavier und sang gerne dazu. Sie erwähnte ihre Tochter und ihre zwei Enkel. "Spielen die Enkel auch ein Instrument?" fragte ich. "Ja", flüsterte sie und meinte lächelnd: "Das ist was Schönes." Ich war erstaunt, daß sie sich auf dieses Gespräch so ausdauernd einlassen konnte. Danach fielen ihr die Augen zu. Da ich mir nicht sicher war, ob sie nur ruht oder wirklich

eingeschlafen war, blieb ich noch eine Weile in ihrer Nähe. Dann sagte ich: "Jetzt gehe ich wieder." Frau H. öffnete die Augen, schob mir ihren Arm auf der Bettdecke entgegen und bedankte sich. Ich hatte den Eindruck, daß es mir trotz ihres schwachen Zustandes möglich war, durch die behutsame Gesprächsführung teilweise herauszufinden, welche Beziehung Frau H. im Leben zur Musik gehabt hat.

### **Die erste rezeptive Musiktherapiestunde - Harmonien erklingen**

Fünf Tage später, das Wochenende lag dazwischen, besuchte ich Frau H. mit zwei Bordun-Leiern. Ich bot ihr den sehr unaufdringlichen und harmonischen Klang der Instrumente an. Sie nahm den Klang wahr, und äußerte sich dazu: "Schön." Danach improvisierte ich singend zu den Harmonien der Bordun-Leiern. Damit versuchte ich, ihr eine musikalische Welt zu schaffen, an die sie sich mit ihrer früheren Erfahrung erinnern konnte - das eigene Klavierspielen und dazu das Singen. Sie probierte das Instrument sogar selber einmal ganz kurz aus, indem sie mit einer matten Handbewegung über die Saiten glitt. Dann legte ich zeitweise die Leiern auf ihre zitternden Hände, um der Patientin die Resonanz der Instrumente auch physisch erlebbar werden zu lassen. Bei der Wiederholung konnte ich beobachten, daß die Unruhe in den Händen nachließ. Als ich die Melodie "Komm lieber Mai und mache...", die auch das Thema eines Klavierkonzertes von Mozart ist, zur Bordun-Leier summt, reagierte sie mit einem lächelnden "Schön". Noch während meines Besuches bei ihr kam ihre Tochter zu Besuch und löste mich mit den Worten ab: "Das freut mich, daß Sie für meine Mutter Musik gemacht haben."

Als ich abends vor meiner Heimfahrt nochmal zu ihr ins Zimmer schaute, schlief die Patientin und wirkte im Gegensatz zum Nachmittag so, als ob der Tod sehr nahe sei. Es schien, als hätte sie den "Kampf" aufgegeben und sich ein Stück mehr losgelassen.

### **Der Abschied - Frau H. stirbt**

Zwei Tage später empfangen mich die Schwestern der Station mit den Worten: "Wie gut, daß sie kommen, Frau H. geht es sehr schlecht. Gehen sie zu ihr, sie schläft nur, aber hören wird sie sie, wenn sie für sie spielen. Die Musik hat ihr das letzte Mal so gut getan." Ich ging daraufhin sofort zu ihr, setzte mich zu ihr ans Bett und hielt ihre Hand. Ich erinnerte mich an ein Gespräch mit der Tochter von Frau H.. Sie hatte mir erzählt, daß ihre Mutter besonders gerne Instrumentalmusik von Bach höre. Ich hatte ein Streichinstrument dabei, eine Alt-Chrotta. Die Patientin atmete schwer und röchelte. Sie war sehr verschleimt. Das Abhusten gelang ihr zunächst nicht. Als ich anfang, ein frei improvisiertes Chormotiv auf dem Instrument für sie

zu spielen, öffnete sie die Augen. Ihr Blick war starr. Als ich das Spiel beendete, schloß sie die Augen. Sie mußte husten. Der Schleim löste sich nicht. Ich spielte noch einmal das gleiche Motiv. Sie öffnete wieder die Augen. Danach war Stille. Zum Schluß bot ich ihr leise den weichen Klang der Leier an. Frau H. mußte wieder husten. Allmählich brachte sie den Schleim los. Ich half ihr. Dann schief sie ein. Mit einem gesummen Lied zur Bordun-Leier beendete ich meinen Besuch bei ihr.

Frau H.'s Tochter kam wieder, als ich gerade gehen wollte. Fast vorwurfsvoll reagiert sie darauf, daß ich wieder Musik für ihre Mutter gemacht hatte: "Ach, sie haben wieder Musik gemacht. Ob das nicht zu anstrengend für meine Mutter war. Das letzte Mal war sie fix und fertig. Sie hat kein einziges Wort mit mir gesprochen." Über den "Vorwurf" sprechen die Tochter und ich später. Dabei stellt sich heraus, daß diese Reaktion kein Vorwurf gegen den Einsatz der Musik war, sondern daß sich dahinter das Problem versteckte, nie mit ihrer Mutter über den Tod gesprochen zu haben, der dann so schnell und überraschend angezeigt war. Frau H. starb in der folgenden Nacht.

Durch dieses Erlebnis beschäftigte mich die Frage, welche Bedeutung der spezifische Klang dieser Instrumente in der Sterbebegleitung hat? Munroe (1986) weist in ihrem Buch "Musiktherapie bei Sterbenden" darauf hin, daß der Klang eines Musikinstrumentes Gefühle, Körperempfindungen, Gedanken, Bilder und Erinnerungen auslösen kann. Sie schreibt: "Also der Klang eines Musikinstrumentes setzt in Bewegung. Wir nehmen die Klänge auf und lassen sie ein in uns." Frau H., so schien es, vertraute sich dem Klang an, besonders dem Klang der Bordun-Leier. Dann konnte sie sich mitnehmen, wegtragen lassen, sich innerlich entspannen, sich lösen, sich hingeben, vielleicht sich sogar dem Gedanken des Sterbens öffnen. Könnte es sein, das die Vorstellung des Sterbens durch die Musik Raum fand? Wie die Musik emotional auf die Patientin gewirkt haben mag, diese Antwort konnte sie uns nicht mehr geben, wir können sie höchstens erahnen. Aber wir wissen, daß die Musik materielle und immaterielle Anteile hat - und der Sterbende geht aus der materiellen in die immaterielle Welt.

Ein Zitat aus dem Jahre 1958 von E. Thayer Gaston, das ich in dem o. g. Buch von Susan Munroe fand, lautet: "Es gäbe keine Musik, und man bräuchte sie auch nicht, wenn man mit Worten sagen könnte, was man mit Musik so leicht ausdrücken kann." In diesem Fall z. B. "Abschied".

### **Frau U.: Eine 40-jährige Patientin mit Scheidenkarzinom**

Während der sechswöchigen musiktherapeutischen Behandlung fanden ein Vorgespräch und neun Therapiestunden statt.

## **Kontaktaufnahme - Musik "setzt frei" und "löst"**

Frau U., eine Apothekerin, lag im Bett, war aber in relativ guter Verfassung bei meinem ersten Besuch. Zunächst schien sie sehr zurückhaltend und etwas skeptisch. Das änderte sich aber bald.

Ich klärte sie auf über meine Tätigkeit als Musiktherapeutin auf der Station und über die Inhalte der Musiktherapie. Sie meinte danach: "Jetzt kann ich mir was darunter vorstellen, ich glaube, das ist was für mich." Das Thema Musik brachte sie in Redefluß. Sie erzählte aus ihrem Leben mit der Musik. Frau U. hatte eine gute musikalische Vorbildung, hatte 13 Jahre Geige gespielt und war als Kind im Kinder-Rundfunkchor. Auf meine Frage, wie sie zu den vielen Instrumenten und deren Klangfarben stehe, antwortete sie: "Für mich hat jeder Instrumentenklang seinen speziellen Reiz, ich mag alle Instrumente, auch das Saxophon, aus jedem Instrument kann man was machen." Frau U. erzählt mir, daß sie sich überlegt, selbst wieder Geige zu spielen. Sie vermittelt, daß sie neue Initiativen ergreifen will, um wieder Sinnbezug zu finden.

Als Frau U. zum ersten Mal ins Schwesternzimmer zur Musiktherapie kam, bestand das instrumentale Angebot aus zwei Bordun-Leiern, die eine in F-Dur, die andere in C-Dur gestimmt, einer Alt-Chrotta, einer Kantele, einzelnen Xylophonstäben und einer Kalimba. Die Bordun-Leiern erweckten zuerst ihr Interesse. Die ersten beiden Akkorde, an diesen Instrumenten angespielt, setzten in der Patientin das Singen frei. Ihre Stimme klang kräftig, hell und schön. Sie sang ein Volkslied nach dem anderen, von jedem alle Strophen, am liebsten bayerische Lieder. Frau U. blühte auf und erzählte aus ihrem Leben. Danach sang sie weiter. Im Laufe des Singens verlor sie manchmal die Beherrschung über ihre Stimme. Einmal grenzte ihr Gesang kurz an einen "Schrei". Zur Unterstützung bot ich ihr gelegentlich einen Begleitton an, den sie aber gar nicht wahrzunehmen schien. Nach der Stunde sagte sie: "Komisch, eigentlich habe ich gar nichts gehört." In dieser Stunde fand nur das Raum, was sie kannte. Mir wurde bewußt, daß ihr die bekannten Lieder Orientierung und Sicherheit gaben.

Am Schluß dieser Stunde, die 75 Minuten dauerte, äußerte sich die Patientin wie folgt: "Das Selber-Musik-Machen ist für den kranken Menschen so wichtig. Im Selber-Tun setzt die Musik soviel frei, sie öffnet und löst. Das ist ein wichtiges Erlebnis." Ich bestätigte sie in ihrer Meinung mit den Worten: "Schön, daß Sie das so erleben konnten."

## **Musik als Katalysator**

Nach fünf Tagen fand die zweite musiktherapeutische Sitzung statt. Frau U. hatte eine Menge Liederbücher mitgebracht, die sie sich von zu Hause erbeten hatte. Wie versprochen, hatte ich meine Geige dabei. Die Patientin bevorzugte wieder das Singen. Die Stimme versagte ihr häufig. Darüber war sie ziemlich deprimiert. Das zweistimmige, in Terzen und Sechsten Gesungene der bayerischen Lieder rührte sie manchmal kurz zu Tränen, die sie aber schnellstens unterdrückte. Ihre Traurigkeit überspielte sie, indem sie sofort zum nächsten Lied überging. Auf die bayerischen Lieder kam sie dann im weiteren vorerst nicht wieder zurück. Dann wechselten wir zu den Instrumenten über. Wir versuchten eine erste kleine Improvisation. Frau U. wählte die Bordun-Leier und ich begleitete sie auf der Geige. Sie schaffte ein ruhiges Tempo, ihr Spiel war sehr einfühlsam. Sie hörte auf meine Spielimpulse und hielt das ruhige, stützende Tempo durch. Wir spielten einen langsamen Tanz. Mit ihrem Einverständnis hatte ich die Improvisation auf Band aufgenommen. Bevor ich abends heimfuhr, besuchte ich die Patientin in ihrem Zimmer und nahm einen Recorder und die Kassette mit unserer Musik mit. Frau U. hörte sehr versunken zu. Sie schaute dabei nachdenklich auf ihre Bettdecke, halb froh, halb traurig. Ich sagte anschließend: "Sehen Sie, dieses schöpferische Potential lebt in Ihnen." Ihre Reaktion: "Ja, aber nur, weil Sie so schön Geige dazu spielen."

Die dritte Stunde fand zwei Tage später statt. Frau U. betrat das Zimmer mit den Worten: "Heute brauche ich eine Trommel. Ich bin frustriert, kann keinen Arzt mehr sehen und auch keine Spritze." Glücklicherweise hatte ich an diesem Tag tatsächlich eine Trommel dabei. Danach setzte sie mit einer akzentuierten Trommelimprovisation ein. Ihre psychische Kraft reichte zwar nicht aus, ihrer Frustration Ausdruck zu verleihen, aber motorisch reagierte sie sich durch bewegtes Spiel an der Trommel ab. Sie baute sich ein Orchester auf und spielte an mehreren Instrumenten gleichzeitig. Wie sie das Zulassen ihrer Aggressionen erlebte, brachte sie mit folgenden Worten zum Ausdruck: "Jetzt geht's mir schon besser." In dieser Stunde blühte sie auf, weil sie ihre Aggressionen herauslassen konnte. Ihre Stimme klang anschließend kräftig und bestimmt. Zwei Tage später faßte sie den Entschluß, um einen Urlaubstag zu bitten. Außerdem äußerte sie den Gedanken, ihren Mann um den Kauf einer Gitarre zu bitten. Nach 45 Minuten beendeten wir die Stunde.

Vor der vierten Sitzung war die Patientin einen Tag zu Hause. Sie wirkte auffallend verunsichert, zurückgeworfen und konfus. Bevorzugt griff sie zur Kantele, auf der sie stereotype Tonleitermotive oder Glissandi spielte. Fast chaotisch wechselte sie von einem Instrument zum anderen. War sie emotional zu sehr berührt, wich sie auf der Kantele in ein fast schreiendes Glissando aus. Akkorde auf den Bordun-Leiern lösten in ihr Tränen aus, die sie aber zu unterdrücken versuchte. Nach ihren Worten war ihr Lärmpegel an der untersten Grenze: "Habe ein sehr dünnes Nervenkostüm, da kommt mir das Instrumentarium sehr entgegen. Die Bordun-Leiern tun mir gut."

"Hat Ihnen der Tag Urlaub gutgetan?", fragte ich. "Ja und nein," antwortete Frau U.. Sie fuhr fort: "So lieb ich meine Kinder habe (sie hat 3 Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren), so habe ich doch gesehen, daß es noch zu früh für mich wäre, nach Hause zu gehen. Meine Nerven sind noch zu dünn. Außerdem gibt es da immer nur ein zentrales Thema - meine Krankheit. Das Bewußtsein, daß man krank ist, das ist schwer." Nun fing sie bitterlich zu weinen an. Völlig unvermittelt, ohne ein Wort dazwischen, setzte sie dann mit dem Spiel auf der Kantele ein. Sie schüttete sich mit Tönen zu, spielte ein Glissando nach dem anderen, rang mit den Tönen wie ein Ertrinkender. Intuitiv beantwortete ich dieses Spiel, das mich an Wasser und Wellen erinnerte, mit Glissandi am Metallophon. Plötzlich sang es aus der Patientin: "Es freit ein wilder Wassermann von der Burg wohl über den See ..." Und als es im Text hieß: "Kind, willst Du mit mir hinuntergehn", da verlor sie den Halt in der Stimme und die Tränen flossen.

### **Gemeinsames Musizieren mit den Angehörigen**

Nach diesem Erlebnis waren fünf Tage vergangen. Frau U. kam mir strahlend auf dem Flur der Station entgegen. Später stellte sich heraus, daß ihr Strahlen ein Überspielen war. Niedergeschlagen erzählt sie mir dann in der Stunde, daß sich wieder neue Lymphknotenmetastasen gebildet haben.

Frau U. hatte nachmittags Besuch von ihrem Mann und ihrer Tochter bekommen. Sie äußerte den Wunsch, ihren Angehörigen das Instrumentarium zeigen zu dürfen. Die Angehörigen waren begeistert von den ihnen unbekanntem Instrumenten. Sie freuten sich, daß der Mutter im Krankenhaus etwas angeboten wurde, das ihr Freude machte. Nach 15 Minuten wurde das Musizieren mit der Familie zugunsten eines geplanten Spaziergangs abgebrochen. Nach dem Spaziergang kam Frau U. noch einmal allein zur Musiktherapie. Sie sei "ausgepumpt", wie sie sagte, aber sie wolle noch ein wenig Musik machen. Sie sang bekannte Lieder und spielte Flöte. Ihre Stimme klang gepreßt und kraftlos, die Puste ging ihr aus. Sie klagte über Schmerzen im Bein. Nach 25 Minuten meinte sie: "Ich kann heute nicht mehr, aber am Donnerstag komme ich wieder."

### **Tempo der Musik - Spiegel des Lebenstempos**

In der sechsten Stunde zeigte sich deutlich, daß die Patientin Schwierigkeiten hatte, ein gemäßigtes Tempo zu finden und sich zu entspannen. Sie klagte über Schlafstörungen und äußerte: "Abends stellen sich die Ängste ein, und wenn die Nacht kommt, kann ich mich nicht entspannen, da gehen mir so viele Gedanken durch den Kopf. Auch mit dem Entspannen in der Musiktherapie ist es so. Es hält nicht vor. Es ist Entspannung im Augenblick des Tuns, vielleicht noch etwas darüber hinaus, aber die Nächte sind so

schlimm." Wir beschäftigten uns aus diesem Grunde viel mit dem Thema Tempo und versuchten, unser Tempo zu finden. Die Patientin verfiel immer wieder ins Accelerando. Als ich versuchte, ihr das bewußt zu machen, äußert sie: "Ich war immer aktiv und in Hetze. Ruhig zu spielen, verursacht mir manchmal physischen Schmerz." An dieser Stelle wurde ihr Lebenskonflikt deutlich.

In der siebten Stunde schien mir die Patientin frischer. Ich bot ihr das Lied "Abendstille überall" an, das ich mit einem Ostinato an der Alt-Chrotta begleitete. Sie sang das Lied sehr gelöst, schön und langsam, und am Strophenende mit Rubato. Aber die Ruhe konnte sie nicht lange durchhalten. Es fielen ihr ständig neue Lieder ein, die sie zügig, immer schneller werdend sang, von jedem Lied alle Strophen im Marschtempo. Sie sang sogar in die Pausen hinein. Manche Liedertexte ließen auf ihre persönliche Problematik schließen, auf ihre leistungsorientierte Haltung. So sang sie mit Vorliebe das Lied: "Wer nur den lieben, langen Tag ohne Plag ohne Arbeit vertändelt, der gehört nicht zu uns.... Wir, wenn der Abend naht, sind nach getaner Arbeit eine fröhliche Schar." Gegen Ende der Stunde trat auch das gehetzte Spiel wieder in den Vordergrund. Hetze war nach meiner Beobachtung oft auch Ausdruck von Erschöpfung und Überforderung bei der Patientin. Über die Musik kam sie später wieder in Redefluß. Sie sprach über das Problem, daß sie sich so wenig hingeben kann. Ich wies auf ihre zeitweise Hingabefähigkeit beim Musizieren hin. Daraufhin antwortete sie: "Im Schöpferischen, das ist vielleicht eine der wenigen Gelegenheiten, wo ich mich hingeben kann."

In der achten Stunde zeigte sie sich zu Beginn sehr flexibel. Sie wählte in der Musik verschiedene Taktarten, benutzte Accelerando und Rubato, so wie Crescendo und Decrescendo. Später wurde deutlich, wie schwer es ihr fiel, zuzuhören und Ruhe zuzulassen. Es gelang mir nur mühsam, sie daran zu hindern, sich mit Klängen zuzuschütten. Am Metallophon war ihre Spielweise fest und heftig. Sie spielte nicht aus der Entspannung. Ihr Trommeln erinnerte mich an einen Marathonlauf. Wenn ich mit ihr redete, spielte sie in das Gespräch hinein. Sie selbst sagte von sich, daß ihr das Zuhören schwerfalle. Sie sei lieber selber aktiv. Als die Stunde dem Ende zuingt, kam sie wieder in Redefluß. Sie erwähnte, daß die körperliche Kraftlosigkeit ihr ein großes Problem sei. Sie möchte aber aktiv sein und was "leisten". Mir schien, daß sie in dieser Stunde Kraftlosigkeit als umfassendes Schwachsein erlebte. Plötzlich erinnerte sie sich und erwähnte eine länger zurückliegende Stunde. "Komisch", sagte sie, "damals konnte ich in der Stunde schlecht sitzen, mein Bein und mein Rücken taten so weh. Das wurde in der Stunde ja auch nicht besser. Aber als ich danach ins Zimmer kam und in mein Bett gehen wollte, war es weg." Hat also die Musik, das aktive Musizieren, auch körperlich nachgewirkt? Munroe (1986), die besonders viel Erfahrung mit Ca.-Patienten hat, beschreibt, daß instrumentale Klänge bis in das Physische des Menschen hineinwirken können.

## **Imitatives Spiel - Frau U. "hört zu"**

Die neunte Stunde fand nach einer zehntägigen Beurlaubung nach Hause statt. Da die Patientin alleine im Zimmer lag, fand die Therapie im Krankenzimmer statt. Sie wählte wieder vorwiegend die Bordun-Leier und die große Kantele mit den Baßsaiten. Im Gegensatz zu den vorhergegangenen Stunden waren Tempo und Lautstärke in dieser Stunde gemäßigt. Ihr Spiel klang zwar sehr musikalisch, aber kraftlos, fast resignativ. Ihre Durchhaltekraft war deutlich reduziert. Sie klagte über Schmerzen in ihrem Bein, die sie aber schnell wieder ignorieren wollte. Musikalisch hielt sie heute an wohlklingenden Harmonien fest. Ihr Spiel klang ergeben und ohne Dynamik. Sie hörte mir zu und ging ins imitative Spiel. Entweder sie wiederholte die von mir zugespielten kurzen Motive, oder sie ergänzte solche. Frau U. äußerte, daß ihr das Musizieren Freude macht und daß ihr das auch ein Bedürfnis sei. Nach 30 Minuten beendete sie die Stunde mit den Worten: "Ich kann nicht mehr, ich hab' heute keine Kraft."

Frau U. wurde anschließend in eine ganzheitliche Reha-Klinik entlassen. Dort hatte ich sie verschiedentlich angerufen. Es tat ihr spürbar gut, daß ich auch nach der Klinik noch Kontakt hielt. Bei den Telefongesprächen erwähnte sie immer wieder, daß ihr die Musik sehr fehle, das sei immer so schön gewesen. Die Patientin äußerte sich bereits zuvor im Fragebogen zur Musiktherapie (vgl. Anhang: Fragebogen: Frau U.). Ungefähr sechs Monate nach der Entlassung aus der Chirurgie teilte mir ihr Mann brieflich mit, daß sie kurz zuvor gestorben war.

## **Resümee**

An diesem Beispiel des Einsatzes der Musiktherapie bei einer schwerkranken Ca.-Patientin werden zwei, für diese Patientin zutreffende Phänomene deutlich: Ihre gesunden Potentiale und damit ein Stück Lebensqualität konnten mobilisiert werden. Sie erkannte, daß Lebenskräfte in ihr vorhanden waren und auch, daß Ruhelosigkeit, Hingabegehemmtheit und Leistungsanspruch diese Lebensqualität verminderten. Daran konnte unterstützend gearbeitet werden.

**Herr S.: Ein 54-jähriger Patient mit metastasierendem Magenkarzinom**

### **Kontaktaufnahme - Herr S. zögert, seine Frau ist initiativ**

Die Kontaktaufnahme lief primär über die Ehefrau, die mit nach Ulm gekommen war. Das Ehepaar lebt 80 km weg von Ulm.

Herr S. lag in einem Einzelzimmer. Als ich ihn besuchte, machte er einen stillen, zurückgezogenen Eindruck. Er war abwartend. Bei der Begrüßung reichte er mir zögernd und kraftlos die Hand. Ich berichtete über meine Tätigkeit auf der Station. Frau S. meinte daraufhin: "Ja, die Musiktherapie könnte was sein." Herr S. selber reagierte darauf nicht. Beide waren über die schlechte Prognose seiner Krankheit aufgeklärt, wie mir Frau S. vermittelte. Ein OP-Termin stand noch nicht fest. An diesem Tag sprachen Herr S. und ich kaum miteinander. Herr S. gab mir den Anschein, als läge ihm nichts daran. Also verabschiedete ich mich bald wieder. Beide sagten "Auf Wiedersehen."

Als ich Herrn S. das nächste Mal besuchte, war sein Zustand unverändert. Er machte einen apathischen Eindruck. Als ich in sein Zimmer kam, saß er in einer Zimmerecke auf einem Stuhl. Seine Körperhaltung wirkte gedrückt, den Kopf ließ er herunterhängen. Die einzige Äußerung lautet: "Das Warten zermürbt!" Die Operation war für 5 Tage später vorgesehen, wie er mir

sagte. Das Warten darauf machte ihm zu schaffen. Da Frau S. mir berichtet hatte, daß ihr Mann gern klassische Musik hört, brachte ich ihm diesmal Musikkassetten mit Werken von Mozart und Vivaldi mit. Ich dachte mir, damit könnte er die Wartezeit bis zur Operation überbrücken. Herr S. schwieg. Außer "Auf Wiedersehen" sagte er nichts. Für die Kassetten bedankte sich seine Frau, die einige Kunstkarten und Drucke mit Meditationssymbolen im Zimmer aufgestellt hatte.

Nach einer mehrwöchigen Unterbrechung sah ich Herrn S. wieder. Er lag nach der Operation lange auf der Intensivstation. Bei der Visite sprach ihn der Stationsarzt auf die Musiktherapie an. Er meinte, das wäre eine gute Sache für den Patienten. Herr S. litt sehr unter der schlechten Prognose. Er war depressiv. Für heute lehnte er die Musiktherapie aber noch ab. Er fühlte sich zu schlapp, hatte Röntgen und Lungenpunktion schon hinter sich. Wir vereinbarten einen Termin einige Tage später.

An diesem Morgen wurde in der Ambulanzkonferenz der Abteilung Psychotherapie von Herrn Dr. Allert, der verschiedene Patienten auf der Station 4/2 psychotherapeutisch betreute, berichtet, daß sich der Zustand von Herrn S. sehr verschlechtert habe. Herr S. hatte am Vortag erfahren, daß eine Verlegung, z. B. in eine Rehaklinik, nicht zu empfehlen sei, auch von einer Verlegung nach Hause sollte abgesehen werden. Diese Nachricht hatte den Patienten sehr niedergeschlagen und mutlos gestimmt.

### **Aktives Initiieren - Herr S. zeigt Interesse**

Auf Grund dieser Entwicklung rechnete ich nicht mehr damit, daß der Patient sich zur Musiktherapie würde aufraffen können. Infolgedessen wollte ich ihn nicht zur Musiktherapie abholen; ich wollte ihn in Ruhe lassen. Also machte ich mich auf den Weg zu einer anderen Patientin, Frau B., die auch vom Stationsarzt für die Musiktherapie vorgeschlagen wurde. Zu meiner großen Verblüffung kam mir aber Herr S. auf dem Gang entgegen, als ich mit Frau B. zur Musiktherapie ging. Seine Schritte waren mühselig. Er hatte sich von sich aus auf den Weg ins Schwesternzimmer zur Musiktherapie gemacht. Frau S. war zu diesem Zeitpunkt nicht im Hause. Ich war erschrocken darüber, seinen Termin ohne ihn zu fragen, vergeben zu haben. Frau B. bat ich darauf hin, ihren Termin um eine halbe Stunde verschieben zu dürfen. Sie hatte Verständnis.

Als Herr S. im Schwesternzimmer ankam, sprach er zunächst kein Wort. Die Schwestern fragten ihn, ob er etwas brauche. Er bat um ein Taschentuch, dann um ein Zäpfchen. Ich fühlte, daß er nicht aus diesen Gründen gekommen war. Ich sprach ihn an: "Möchten Sie sich setzen?" Herr S. nickte und setzte sich so, daß er die Musikinstrumente vor sich liegen hatte. Ich spielte eine Bordun-Leier für ihn an. Er reagierte mit einem spontanen "Schön". Dann stellte er in sehr knapper Form Fragen, die den Bau, die Schwingung und die Stimmung des angebotenen Instrumentariums angingen. Herr S. zeigte Interesse an den Instrumenten. Als ich ihm die Bordun-Leier auf die Hände legte, damit er die Schwingung auch physisch fühlen konnte, sagte er: "Das geht durch und durch." Dann nahm er selber Kontakt zu zwei Instrumenten auf. Er spielte in Abwechslung verschiedene Harmonien, ich sang ein Volkslied dazu: "summ, summ, summ".

Die Klänge des Instrumentes und das Singen schienen Herr S. emotional sehr zu bewegen. Er hielt sich die Hände vors Gesicht, so als wäre er traurig. Nach einer Unterbrechung zeigte ich ihm eine andere Spielweise des Instrumentes. Er versuchte es nachzumachen. Anschließend griff er zur Kantele. Er spielte ein Kinderlied "alle meine Enten". Als er das Lied nicht schaffte, hielt er wieder seine Hand vor Gesicht. Nach einem kurzen Zusammenspiel auf den Bordun-Leiern stand er auf und sagte ganz unvermittelt: "Dann komme ich am Donnerstag wieder." Er hatte genau die Daten in Erinnerung, an welchen Tagen ich auf der Station bin. Dann ging Herr S.. Er war diesmal 15 Minuten da.

Patienten, denen es sehr schlecht ging, besuchte ich immer schon vormittags, sobald ich im Hause war, um mir ein Bild darüber machen zu können, wie ich zeitlich und räumlich für die Musiktherapie am Nachmittag planen mußte. Herr S. hatte nachts gut geschlafen. Das war ihm morgens anzumerken. Er empfing mich an diesem Morgen mit den Worten: "Sie sind da, dann komme ich, aber ich muß etwas früher kommen, denn ich bekomme Besuch." Ich freute mich, wie initiativ er wirkte.

Am Nachmittag wirkte er dann dagegen sehr depressiv. Trotzdem kam er mit mir. Als erstes versuchte er, das Kinderlied "Hänschen klein" auf der Alt-Chrotta zu spielen. Er hatte mir erzählt, daß er als junger Mensch selber Geige gespielt hatte. Als er nur Fragmente von dem Lied zustande brachte, hielt er wieder seine Hände vors Gesicht, so als würde er empfinden: "Wieder ein Rückschlag". Er wirkte enttäuscht. Ich versuchte ihn musikalisch aufzufangen, ihm das Gefühl zu vermitteln, daß er mit diesem Instrument doch Musik machen kann. Ich zeigte ihm, wie man eine Begleitung in Quinten darauf spielen kann und war ihm beim Anspielen von zwei Saiten behilflich. Er konnte das bald ohne meine Hilfe. Ich sang ein mittelalterliches Tanzmotiv dazu. Herr S. äußerte, daß ihm die Musik gefalle. Dann erzählte er mir, daß er früher Ähnliches auf der Geige gespielt hatte. Anschließend sprachen wir über die Anfänge der Musik. Er beteiligte sich an dem

Gespräch und wollte dann noch einmal auf dem Streichinstrument spielen. Ich war ihm bei der Bogenführung zunächst wieder behilflich. Er wählte ein getragenes Tempo. Die Spielimpulse gingen von ihm aus. Sein Spiel wirkte teilnahmsvoll. Plötzlich unterbrach er es und hielt wieder die Hand vors Gesicht. Zum Schluß der Stunde wählte er die Bordun-Leier und bespielte sie mit einem Klöppel. Ich begleitete ihn am Metallophon. Er sagte: "schön", und blieb nach Beendigung des Zusammenspiels noch einen Augenblick nachdenklich vor den Instrumenten sitzen. Den Schlußpunkt setzte er. Mit den Worten "jetzt reicht's" ging er ohne Verabschiedung. Er war 15 Minuten da. Die Spielzeiten waren immer sehr kurz.

Zwischenzeitlich hatte Herr S. wegen einer Embolie auf der Intensivstation gelegen. Als ich ihn besuchte reagierte er fast abweisend auf mein Erscheinen. Ich hielt Distanz. Ich hatte das Gefühl, daß die Abweisung mit Resignation zu tun hatte und nicht gegen mich persönlich gerichtet war. Die Musik, die er gestalten wollte, führte ihn manchmal an seine Grenzen. Er mußte sich Enttäuschungen hingeben, etwa, wenn er seine Lieder nicht mehr vollständig spielen konnte. Ich zeigte Verständnis für seine Stimmung, hielt aber weiterhin Distanz. Er wollte heute nicht zur Musiktherapie kommen. Als ich ihn nachmittags besuchte, um zu fragen, ob er vielleicht doch kommen möchte, lehnte er ab. Erst als Frau S. den Vorschlag machte im Zimmer zu musizieren, ging er darauf ein. Frau S. war kooperativ. Sie verließ solange das Zimmer und ging spazieren.

In einer Musiktherapiestunde hatte mir der Patient kürzlich erzählt, daß er in Konzerten am liebsten die Blechbläser hört. Daran erinnerte ich mich. Darum erzählte ich ihm von einer sehr schönen Aufführung des Klarinettenquintettes von Mozart. Daraufhin reagierte er spontan mit den Worten: "Dann machen wir was." Im Zimmer war es furchtbar eng. Ich wußte nicht so recht, wie und wohin ich die Instrumente plazieren sollte. So hielt ich für Herrn S. eine Bordun-Leier. Er spielte das Instrument entspannt an. Ich sang dazu. Setzte ich mit dem Singen aus, schien er das nicht zu registrieren. Er spielte in unveränderter Weise weiter. Als er keinen "Endpunkt" zu finden schien, setzte ich wieder mit dem Singen ein und gestaltete eine Zäsur, die er dann auch als vorbereitendes Schlußzeichen wahrnahm. Er verlangsamte sein Spiel und hörte dann zu spielen auf. Er ließ seine Arme schwer und entspannt fallen und schwieg. Als ich ihn fragte, wie er mein Singen zu seinem Spiel empfunden hatte, sagt er: "Das war schön!" Also hatte er sich damit verbinden können. Durch die Chef-Visite wurden wir unterbrochen. Obwohl Herr Prof. Beger meinte: "Lassen Sie sich nicht stören", fand Herr S. nicht mehr ins Spiel zurück. Hilflös machte er noch einen Versuch, mußte mich dann aber nach seinen Worten "rausschmeißen", weil er auf die Toilette mußte. Heute waren wir 7 Minuten zusammen.

### **Abschied - Herr S. kann sich nicht lösen**

In der letzten Musiktherapiesitzung spielten wir 40 Minuten mit wenigen Unterbrechungen. Wieder fand die Stunde im Patientenzimmer statt. Herr S. saß auf seinem Stuhl, ich auf seinem Bettrand. Er schaute sehr traurig drein. Seine Körperhaltung wirkte resignativ, der Kopf hing herunter. Der Patient hatte zwischenzeitlich stark an Gewicht abgenommen, Augen und Hautfarbe waren auffallend gelb. Vom Patient selbst ging zunächst keine Initiative aus. Anteilnahme war auf seinem hoffnungslosen Gesicht nicht zu erkennen. Über ein Kunstbuch "Schöne Musikinstrumente" versuchte ich Kontakt zu ihm zu bekommen. Wortlos nahm er es, schaute sich kurz einige Abbildungen an und legte es mit den Worten zur Seite: "Jetzt müssen wir was spielen, sonst bleibt keine Zeit mehr." Mich berührte dieser Satz. Was mag er wohl heißen, dachte ich. Zum ersten Mal nahm er die pentatonisch gestimmte Harfe. Kurz vorher hatte er eine Abbildung dieses Instrumentes in einem Kunstbuch angeschaut. Herr S. fing eigeninitiativ zu spielen an. Zunächst spielte ich nicht mit. Später begleitete ich ihn auf der Steeldrum. Diese Klangkombination gefiel ihm sehr. Er initiierte eine Art Wechselgesang mit lamentierendem Charakter. Die Musik hatte keinen erkennbaren Anfang und kein Ende. Herr S. spielte fast stereotyp ohne ein Phrasenende zu finden, so daß ich ihm Stützung durch musikalische Gestalt anbieten wollte. Ich versuchte, ihn nach längerer gemeinsamer Spieldauer durch Rubato und eine Fermate in einen musikalischen Schluß zu führen. Herr S., der meine verzögerte Spielbewegung beobachtete, griff mein Zeichen auf und versuchte, einen musikalischen Schluß mitzugestalten. Diesen durchbrach er aber noch bevor das Ende erkennbar war. Wieder spielte er zunächst alleine. Ich griff zur Chrotta und spielte dazu. Herr S. spielte endlos. Er konnte keinen "Schluß" finden. Durch verzögertes akkordisches Spielen auf der Alt-Chrotta machte ich wieder den Versuch, mit ihm ein Motivende zu gestalten und ihm somit das Erlebnis eines musikalischen Schlusses zu ermöglichen. Das fiel ihm sichtlich schwer. Nicht nur die Schwierigkeit, einen musikalischen Schluß zu finden, war in dieser Sitzung auffällig, auch seine außergewöhnliche Spiellust und seine erstaunliche Ausdauer. Sogar beim Aufräumen der Instrumente wollte er mir behilflich sein. Da ich noch nie zuvor erlebt hatte, daß Patienten derartig mit einem Schluß rangen, beschäftigte mich dieses Erlebnis nachhaltig.

Zur nächsten vorgesehenen Stunde konnte Herr S. aber nicht kommen, weil sich sein Zustand zu sehr verschlechtert hatte. Er lag draußen auf einer Liege, seine Frau saß bei ihm. Als ich ihm auf meinem Heimweg "Auf Wiedersehen" zuwinkte, winkte er zurück. Das erste Mal ein deutliches Zeichen von "Auf Wiedersehen". Ich erlebte dieses Winken wie eine ferne "Botschaft". Wenig später starb der Patient in der Klinik.

### **Resümee**

Ein todkranker Mensch versuchte, sich noch an seine gesunden Kräfte zu erinnern. Er setzte sie ein, um sie zu überprüfen, könnte man meinen. Er schien das Unausweichliche gespürt zu haben. Er drückte seine innere Not zum Ende musikalisch so aus, daß er pentatonisch lamentierende Musik spielte, die keinen eindeutigen Anfang und kein Ende hat. Im musikalischen Prozeß zögerte er das Ende hinaus. Er schien mit der Zeit zu "ringen", auch die letzte Stunde versuchte er zeitlich hinaus zu zögern. Der Patient hatte nie mit mir über seine Situation gesprochen. Im Gespräch war er meist unnahbar. Über die Musik jedoch war er kontaktbereit und eine Begegnung war möglich.

**Frau K.: Eine 42-jährige Patientin mit Pankreaskopf-Resektion bei chronischer Pankreatitis**

Die aus der Salzburger Gegend stammende Patientin war vom 29.9.1991 bis zum 24.10.1991 auf der Station. Den ersten Kontakt nahm ich am 10.10.1991 auf, die letzte musiktherapeutische Sitzung fand am 22.10.1991 statt.

**Kontaktaufnahme - Frau K. tastet sich vor**

Auf die Patientin wurde ich aufmerksam, da sie über längere Zeit mit ihrem Infusionsständer schleppend über den Gang spazierte. Eine sympathische Patientin von zarter, fast abgemagerter Gestalt mit ernstem Gesichtsausdruck. Ich fragte die Schwestern und brachte heraus, daß Frau K. in einem psychisch labilen Zustand war. Sie hatte Probleme mit der Ernährung und nahm nicht zu. Zudem fühlte sie sich recht einsam, da sie selten Besuch bekam. Aus diesem Grunde besuchte ich sie eines Tages. Es gelang mir schnell, mit ihr in Kontakt zu kommen, denn Musiktherapie interessierte sie. Vor allem begeisterte sie sich für das Musikkassettenangebot. Sie bevorzugte klassische Musik. Gleich am Nachmittag wollte sie zur Therapie kommen. Zugleich meldete sie aber ihre Bedenken an, nicht ausreichend musikalisch und schon gar nicht instrumental vorgebildet zu sein. Ich versicherte ihr, daß das überhaupt nicht entscheidend ist. "Na, dann bin ich mal gespannt", sagte sie am Ende meines Besuches.

Als sie nachmittags kam, meldete sie sich an: "Aber nur für 10 Minuten!" Hier zeigte sie ihre "abtastende" Vorsicht. Ich nahm das zur Kenntnis und schlug vor, sie möge sich erst einmal die Instrumente anschauen. Sie schien beeindruckt, fing zu spielen an und drückte ihre Faszination über die Klänge und Vibrationskraft der Instrumente aus. Die Bordun-Leiern sagten ihr am meisten zu. Sie hätte gerne auch am Metallophon gespielt. Doch da wir keinen verstellbaren Spieltisch besaßen und die Patientin eine recht unbequeme

Spielhaltung hätte einnehmen müssen, verzichtete sie wegen Schmerzen. Deshalb wollte sie auch ins Bett zurück. Andere Patienten ließen sich aus diesem Grunde vom Wiederkommen abhalten, sie aber kam wieder.

### **Rezeptive Musiktherapie - eine Brücke aus der Einsamkeit**

Ich schlug vor, am Bett Musikkassetten auszusuchen und bot ihr einen Walkman an. Das freute sie. Mozart, Schubert und Vivaldi wählte sie aus. Ich versprach, vor meiner Heimfahrt am Abend, noch mal zu ihr ins Zimmer zu kommen. Frau K. und ihre Zimmernachbarin saßen in ihren Betten und hörten versunken Violin-Konzerte von Mozart an. Beide entdeckten eine beglückende Gemeinsamkeit. Frau K. sagte: "Es ist so wunderschön, die Musik tut so gut". Die rezeptive Musiktherapie half mit, ihre Einsamkeit im Krankenhaus zu überbrücken.

### **Aktive Musiktherapie - Frau K. bekommt "Appetit"**

Mit Frau K. arbeitete ich dreimal aktiv zusammen. In der Situation zeigte sie einerseits Bereitschaft, andererseits Vorsicht, richtig "zuzulangen". Sie nahm zwar ohne sichtbare Hemmung eigeninitiativ Kontakt zu den Instrumenten auf, aber ihre Spielweise hatte etwas von der Qualität eines zögernden "Nippens". Zaghaft, kaum vernehmbar war ihr Spiel. Sie bevorzugte entsprechend zarte Klänge. Sie suchte am Metallophon nach einem Rhythmus und nach einer melodischen Linie, war sich aber unschlüssig. Sie schien aber Musik zu erleben. Sie äußerte, daß ihr das gemeinsame Spiel Freude bereitet und fing sogar an zu singen. Nach 30 Minuten meinte sie: "Ich freu' mich schon auf's nächste Mal". Als ich sie fragte, ob sie einverstanden sei, wenn wir unsere Musik auf Kassette aufnehmen würden, antwortet sie: "Oh ja, dann kann ich das Band als Erinnerung mit nach Hause nehmen." Sie konnte die Erfahrung machen, daß ihr nicht nur etwas weggenommen, etwas herausoperiert wird, sondern daß sie auch etwas mit nach Hause nimmt. Ein neuer Gesichtspunkt.

In der nächsten und übernächsten Stunde kam Frau K. beschwingter. Sie erzählte mir, daß sie durch die Musik sehr angeregt wurde mit ihrer Bett-nachbarin zu singen. "Die Musik verändert die Krankenhausatmosphäre", äußerte sie. Ihr Spiel drückte jetzt auch mehr Kraft aus. Die Form und der Rhythmus nahmen Gestalt an. Kleine Motive wurden erkennbar. Beim Singen von bekannten Liedern fiel es ihr zwar schwer, alleine eine Stimme zu halten, aber sie kam doch zunehmend auf den "Geschmack". Auch ihre Stimme klang allmählich selbstbewußter. Dann erzählte sie mir, daß ihr das Essen im Krankenhaus nicht schmecke, und daß sie so gar keinen Appetit habe. "Ich muß zunehmen, eh' ich entlassen werden kann", sagte sie. Ich

griff das Thema "Appetit" in der nächsten Stunde im Gespräch noch einmal auf und machte ihr bewußt, daß im musiktherapeutischen Prozeß ähnliches passiert ist. Zunächst spielte sie nur 10 Minuten, "nippte" an den Instrumenten herum, denn sie wußte ja nicht, ob ihr das so schmecken würde ...

In der folgenden Stunde nahm die Lust am Spielen zu. Spielkraft fing an sich in ihr zu entwickeln. In der letzten Stunde wollte sie immer mehr, die Schwestern kamen schon mit dem Abendessen und wir waren noch immer beim Spielen. Frau K. hatte den "Appetit" auf Musik entwickelt und damit ein Gefühl von Lust verspürt. Dies übertrug sie anscheinend auch auf das Essen und fing langsam an, zuzunehmen.

Frau K. hinterließ einen Brief, in dem sie verdeutlichte, wie wichtig ihr ein intensiver persönlicher Kontakt - hier der zur Musiktherapeutin - war und wie sie Musiktherapie als Medium bzw. Forum nutzen konnte, ihre Situation im Krankenhaus, vor allem ihre Einsamkeit zu bewältigen:

*"Ich finde die Musiktherapie sehr gut; vor allem ist es ein schönes Gefühl, daß jemand da ist, der sich zweimal wöchentlich ganz persönlich um einen kümmert. Die Musiktherapeutin kann hervorragend auf den Patienten eingehen und spricht nicht nur über Musik, sondern auch über Probleme, die gerade ein einsamer Patient, der selten Besuch bekommt, einfach einmal besprechen will."*

## **Resümee**

Die Musiktherapie verdeutlichte dieser Patientin das Problem "Appetit" und unterstützte sie, wieder neuen zu entwickeln. Über die Musik eröffneten sich ihr auch ganz reale Kontaktmöglichkeiten im Krankenhaus. Dieses Beziehungsangebot konnte sie dosieren und nach Belieben nutzen. Die Zeit war viel zu kurz, der Traurigkeit und der Einsamkeit der Patientin noch tiefer nachzugehen.

### **Herr M.: Ein 54-jähriger Patient mit metastasierendem Pankreas- und Leberkarzinom<sup>2</sup>**

Herr M. war ein Patient, der mich auf verschiedene Weise sehr beschäftigte. Er lag mit mehreren Unterbrechungen vom 29.09.91 bis zum 24. 04.1992 im Ulmer Uniklinikum. Von seiner Frau erfuhr ich, daß er einige Zeit nach der Entlassung aus der Klinik starb.

### **Kontaktaufnahme - Herr M. ist fasziniert von den Instrumenten**

Es war der bepäckte Instrumentenwagen, der im Patienten Neugierde auslöste. Er ergriff die Initiative und erkundigte sich bei den Schwestern, wofür die Instrumente gedacht seien und kündigte ihnen sodann sein Interesse an: "So etwas möchte ich auch tun."

Wie angekündigt besuchte ich Herrn M. am 12.11.91 in seinem Zimmer. Er lag in einem Zweibett-Zimmer. Er schlief. Auch beim zweiten Besuch. Beim dritten Versuch traf ich ihn wach an. Er begrüßte mich freundlich. Im ersten Moment wußte ich eigentlich gar nicht so recht, wo ich hinschauen sollte, denn ein riesiges Blumenmeer, das um den Patienten aufgebaut war, erschlug mich fast. Viele Karten mit Genesungswünschen hingen an den Wänden und in den buschigen Blumentöpfen. Familienfotos, Wallfahrtsbildchen, ein schmiedeeisernes Kruzifix und ein Marienbüchlein schmückten als Erinnerungen an zu Hause seinen Nachttisch. Anhänglichkeit und Fürsorge der Familie wurden spürbar.

Während ich versuchte über das Thema "Musiktherapie" mit Herrn M. ins Gespräch zu kommen, schaute er ungeduldig auf die Instrumente, die auf dem Wagen lagen. Es waren zwei Bordun-Leiern, eine Kantele und eine Alt-Chrotta. Er wollte unbedingt spielen und wissen, wie die Instrumente funktionieren. Dann spielt er sie selber an. Ob man auf diesen Instrumenten auch "Stille Nacht" spielen kann, wollte er wissen. Ich erklärte ihm, daß die

---

<sup>2</sup> Eine Überarbeitung erschien als Fallstudie: Steidle-Röder M (1993).

Bordun-Leiern Begleitinstrumente sind und jede in einem anderen Akkord gestimmt ist. Für dieses Lied benötigte man drei Harmonien, also könnte man mit drei Bordun-Leiern dieses Weihnachtslied und viele andere begleiten. Von dieser Möglichkeit war er so begeistert, daß er mich fragte: "Was kosten solche Instrumente? Darauf möchte ich an Weihnachten spielen, sowas kaufe ich mir." Danach mochte er die Chrotta hören. Ich spielte sie an. Jetzt war seine Begeisterung noch größer und er meinte: "Das will ich lernen". Er wurde aktiv. "Kann man den Zillertaler Hochzeitsmarsch darauf spielen?" fragte er schließlich. "Ja", sagte ich, " aber ich kenne ihn nicht". Herr M. sang ihn mir vor und wünschte sich, daß ich ihm dieses Musikstück beibringe. "Den üb' ich hier. Und wenn ich den kann, dann kaufe ich Ihnen die Geige - so nennt er die Chrotta - auch noch ab." Er gebärdete sich in dieser Begegnung sehr kaufmännisch. Geld spielte für ihn keine Rolle, denn Herr M. hatte ein großes Hotel in Österreich - solange man Geld hat, kann man sich alles kaufen. Wir vereinbarten ein Wiedersehen.

In der Zwischenzeit hatte ich nach langen, umständlichen Versuchen die Noten des Zillertaler Hochzeitsmarsches aufgetrieben. Ich konnte mir jetzt ein Bild dieser "Heimatklänge" machen. Ich konnte ihm aber auch zeigen, daß ich seinen Wunsch sehr ernst nehme. Ich hatte mich in der Zwischenzeit mit seinem Anliegen auseinandergesetzt. Und genau das war auch heute seine erste Frage und Absicherung. Er prüfte meine Verlässlichkeit mit der Frage: "Haben Sie den Zillertaler Hochzeitsmarsch mitgebracht?" Ich war erleichtert, diese Frage bejahen zu können.

### **Herr M. wird initiativ**

Zur ersten Therapiestunde kam Herr M. noch am Tropf hängend. Er brachte seine Frau mit. Sie trug meinen Kassettenrekorder, den ich ihrem Mann ausgeliehen hatte. Sie hatte eine Musikkassette von zu Hause mitgebracht, den Zillertaler Hochzeitsmarsch. Sie spielte mir das Stück vor. Herr M. meinte, ich solle dazu mit der "Geige" spielen. Auf diesen Wunsch ging ich ein. Danach begann er mit dem Leierspiel. Er sang aus Herzenslust "Stille Nacht" dazu. Da ich drei dieser Instrumente dabei hatte, konnte er das Lied begleiten. Er war beglückt und sang alle Strophen. Schließlich fing er wieder von vorne an. Er konnte nicht genug bekommen. Auch der Hochzeitsmarsch kam wieder an die Reihe. Er spielte ihn am Metallophon. Mich bat er, ihn auf der Chrotta zu begleiten. Frau M. hörte den unermüdlichen Versuchen ihres Mannes geduldig zu. Seiner Frau zugewandt, meinte er: "Das klingt bärig". Aus seinen Worten hörte ich, daß Tradition und Heimatbewußtsein ihm möglicherweise Kraft und Stärke vermittelten. Auch seine Überschwenglichkeit wurde mir bewußt. Trotzdem nahm ich das nicht so wichtig. Ich konzentrierte mich auf seine Freude an der Musik. Darin und in seiner Aktivität wollte ich ihn bestärken. Anschließend wollte er diese Musik auf meiner "Geige" versuchen. Er sah

ein, daß er anfangen müßte, elementar zu üben. Dazu war er auch bereit. Er wollte alles einsetzen an Geduld und "Kraft", um den Zillertaler Hochzeitsmarsch spielen zu lernen. Also strich er zunächst nur leere Saiten und erhoffte sich von der nächsten Stunde mehr. Nach 45 Minuten beendete er die Stunde mit den Worten: "Das macht Spaß. Das nächste Mal spielen wir auch wieder "Stille Nacht"."

### **Steigerung der Aktivität**

Mitte November traf ich Herrn M. morgens auf dem Flur. Er benötigte keine Infusion mehr. Er rief mir zu: "Heute wird wieder musiziert. Aber nachmittags muß ich zur Sonographie, dauert das lange? Kann ich dann noch kommen? Sind Sie so lange im Hause?" Aus seinen Fragen war zu spüren, daß er Sorge hatte, die Stunde könnte nicht zustande kommen. Ich beruhigte ihn und versicherte ihm, daß ich auf ihn warten würde. Um 15.50 Uhr kam er dann mit seiner Frau ins Schwesternzimmer. Er kündigte an, daß er nur schnell noch einen Joghurt essen und seine Jacke ablegen wolle, dann aber käme. Wenig später war er dann "spielbereit". Mit den Worten "Auf, jetzt wird musiziert" war er da. Herr M. schlug viele Weihnachtslieder vor und sang aus Leibeskräften. Seine Spielbewegungen an den Leiern waren pathetisch und schwingend, ebenso wie der Klang seines Gesanges. Er äußerte seine Zufriedenheit über die vielen Leiern mit allen brauchbaren Akkorden. Er hörte jeden Harmoniewechsel sicher und konnte sich entsprechend gut an den Instrumenten begleiten. Wieder äußerte er den Wunsch, diese Instrumente kaufen zu wollen. Ich gab ihm die Hersteller-Adresse. Er wollte sicher sein, daß er an Weihnachten zu Hause darauf in ähnlicher Weise mit seinen Kindern musizieren konnte. Diese Vorstellung motivierte ihn sichtlich.

Nach dem Spiel der Weihnachtslieder wollte Herr M. den Hochzeitsmarsch wieder spielen. Ich machte ihm den Vorschlag, zunächst zupfend die Melodie zu probieren. Darauf ging er ein und hatte auch ein Erfolgserlebnis. Trotzdem stellte er fest, daß das gar nicht so leicht ist. Ich ging ganz bewußt mit ihm in die Auseinandersetzung, den Hochzeitsmarsch zu lernen. Dieses Anliegen mußte für ihn, so schien mir, eine tiefere Bedeutung haben und über das Traditions- und Heimatbewußtsein hinausgehen. Also überlegte ich mir "Griffstützen" für ihn. Ich markierte mit bunten Klebeplättchen die Griffstellen der benötigten Töne auf der Chrotta. Ebenso kennzeichnete ich die Noten. Herr M. war von meinem Einfall begeistert und hat Hoffnung, das Stück tatsächlich zu lernen. Es schien ihm wirklich gut zu tun, daß ich mich um sein Anliegen so ernsthaft bemühte. Das schenkte ihm Vertrauen und stimmte ihn zuversichtlich. Herr M. fragte mich: "Kann ich die "Geige" mit in mein Zimmer nehmen zum Üben?" "Nun, da müssen sie erst mal ihren Bettnachbarn fragen", lautete meine Antwort. Herr M. meinte: "Das ist

ein sehr netter Mensch, der hat sicher Verständnis dafür." Frau M. trug die "Geige". Der Bettnachbar war einverstanden.

Zwei Tage später wurde mir schon morgens von den Schwestern berichtet, daß Herr M. schon als die Morgenvisite kam, im Bett saß und übte. Er meinte: "Herr Prof., wir müssen schnell machen, ich muß wieder üben." Üben bedeutete ihm scheinbar ein Lösungsversuch, der doch keiner sein konnte. Dennoch sah ich es als eine Art "Selbsthilfe". Der Patient erlebte, daß im Krankenhaus aus seiner Kraft etwas Neues für ihn entstand. Und er erlebte Freude daran, die ihn zum Weitermachen motivierte. Tagsüber lag "meine Geige" auf Herrn M.'s Bett. Als ich Herrn M. nachmittags besuchte, kam er ins Erzählen. Er vertraute mir seine Beziehung zur Religion an und sagte: "Die Krankheit hat uns alle" (womit er seine Familie und sich meinte) "auf neue Wege geführt. Vor meiner Krankheit waren wir auch gläubig, aber etwas träger in der Durchführung." Zum ersten Mal sprach er in meiner Gegenwart das Wort Krankheit aus. Offenbar hatte er zu diesem Zeitpunkt Vertrauen gefaßt, wobei er ein solch persönliches Gespräch allerdings nie wieder mit mir führte. Nachmittags kamen Herr und Frau M. wieder zusammen zur Musiktherapie. Frau M. saß meistens liebevoll zugewandt als Zuhörerinnen dabei. Manchmal spielte sie mit, wenn auch sehr zurückhaltend, sie wollte ihrem Mann nichts wegnehmen, so schien es mir. Wir spielten dreistimmig und jeder hatte einen verantwortlichen Part. Wir übten eine ihnen unbekannte Adventmusik ein. Beide standen somit am Anfang. Frau M. spielte am Metallophon, Herr M. an den Bordun-Leiern. Und ich spielte die Alt-Chrotta. Frau M. sprach aus, daß ihr das gemeinsame Musizieren Freude macht. Sie wiederholte die Stücke so oft ihr Mann das wollte. Er schien beglückt und meinte: "Das spielen wir jetzt 25-mal." Zum Abschluß der Stunde wünschte Herr M. sich wieder den Hochzeitsmarsch. Er führte mir auf der "Geige" vor, daß er schon vier Takte mit Erfolg geübt hatte. Mir wurde deutlich, wie bemüht und engagiert er war, ein Stück Leben zu ergreifen.

## **Der Schritt nach (dr-)außen**

Tage später hatte Herr M. viel Besuch bekommen. Alle hielten sich in der Besucher-Ecke auf dem Flur der Station auf. Herr M. hatte die "Geige" mitgenommen und führte sie seinen Gästen vor. Während ich noch bei einer anderen Patientin im Zimmer war, vernahm ich die Melodie des Hochzeitsmarsches. Ich hielt das zunächst für einen versteckten Aufruf an mich, endlich zu kommen. Aber es war die für den Besuch bestimmte Vorführung seiner Künste. Die diensthabende Ärztin berichtete mir später, daß der Patient morgens bei der Oberarzt-Visite die "Geige" vorgeführt hatte. Sie hatte also eine zentrale Bedeutung bekommen. Mit der "Geige" wollte er den Hochzeitsmarsch in den "Griff" bekommen. Ich überlegte, ob dieses Musikstück etwas mit seiner Hochzeit zu tun haben könnte und fragte ihn danach. Er verneinte, erzählte mir aber, daß sein Sohn dieses Stück auf der Zither spiele und er so gerne mit ihm zusammenspielen würde. In der musiktherapeutischen Stunde spielte er für seinen Besuch, für die Schwestern, für die Patienten, die vorbeigingen. Die Schwestern öffneten die Tür vom Schwesternzimmer, damit der Klang der Musik auch andere Patienten erreichen konnte. Herr M. genöß seine Rolle sehr. Er teilte seine Musik mit den anderen Patienten.

Wenige Tage später überraschte ich ihn mit einer Gitarre. Er hatte mir erzählt, daß er in Österreich meistens das Musizieren seiner Kinder auf der Gitarre begleitete. Mir lag daran herauszufinden, ob er über die Gitarre auch andere Musik zulassen würde oder ob die Bedeutsamkeit des Hochzeitmarsches zentral ist. Obwohl er zunächst nur zur Gitarre sang, verlangte er zum Schluß wieder nach der "Geige", um sein Lieblingsstück zu spielen. Dieses Musikstück und die "Geige" spielten anscheinend eine wichtige Rolle, beim Versuch seine Krankheit zu bewältigen.

## **Der kranke Körper und die "kranke" Geige**

Wiederum einige Tage darauf hatte Frau M. ihrem Mann eine alte Geige vom Speicher mitgebracht. Das Instrument war nur noch vom Bau her als Geige zu erkennen. Sie hatte weder Saiten noch Steg, die Wirbel fielen einzeln heraus, das Griffbrett war zerlegt, zum Teil waren Holzstücke an den Zargen herausgebrochen. Als Geigenbogen sollte ein alter Kontrabaßbogen dienen. Als ich das Instrument samt Zubehör vorgeführt bekam, wußte ich nicht, ob ich lachen oder weinen sollte. Die Komik wich der Rührung. Die Idee, Herrn M. eine eigene Geige in diesem desolaten Zustand ins Krankenhaus zu bringen und die Hoffnung, die sich für beide daran anschloß, hatte für mich fast etwas Makaberes. Glücklicherweise führte er mir das Instrument vor. Wir besprachen gemeinsam, was zu tun sei, um die Geige wieder spielbar zu machen. Ich hätte nie gedacht, daß meine Hinwendung zum Instrument für Herrn M. so entscheidend sein würde. So lieblos das

Instrument mir rein äußerlich erschien, umso liebevoller drückten Herr und Frau M. ihr Interesse an diesem Instrument aus. Sie wollten es gemeinsam richten lassen, alles investieren, um es funktionsfähig zu machen. Wie einen kranken Körper hielten sie es in der Hand und trugen es dann gemeinsam zur Reparatur. Eine Woche später lag die "Geige" instandgesetzt und geputzt auf Herrn M.'s Bett. Den Steg feilte er zum Schluß selber mit seiner Nagelfeile so zu, daß er beim Anspielen der Saiten nicht gleich zwei auf einmal erwischte. Er übte dann fleißig darauf.

Bald darauf konnte er nur für 15 Minuten kommen. Er sah blaß aus, wirkt matter und abgekämpfter als sonst. Er wollte mit seiner Frau noch in die Stadt fahren. Rasch spielte er mir noch ein Stück seines Hochzeitsmarsches vor, übte ein paar Stellen mit mir und ließ sich Neues zum Üben aufgeben. Ich zeigte ihm eine D-Dur Tonleiter und den Anfang von "Alle Jahre wieder". Damit war die Sitzung für dieses Mal beendet.

Das andere Mal empfing er mich mit den Worten "Heute ist der Hochzeitsmarsch nicht so wichtig, das Weihnachtslied ist wichtiger." Mit Hilfe der Tonleiter hatte er "Alle Jahre wieder" einstudiert. Mit großer Verbissenheit übte er die Stellen, die noch nicht so sicher waren. Immer wieder war es das gleiche, er maß seine Kraft am Erfolg auf der Geige. So lange er Zufriedenstellendes für sich leistete, so lange konnte er sich die Krankheit "vom Leibe halten". Derartige Zusammenhänge wahrzunehmen, war für mich zuweilen emotional sehr strapaziös. Von mir auf sein Befinden angesprochen antwortete er immer, es gehe ihm "gut". Er machte meist einen gefaßten Eindruck. Gesten oder Äußerungen von Traurigkeit und Enttäuschung ließ er nicht nach außen.

In der neunten Sitzung übten wir wieder die üblichen Weihnachtslieder und Adventmusiken. Frau M. war diesmal nicht dabei. Inzwischen hatte Herr M. viele Stücke sicher auf den Leiern zu begleiten gelernt und auf der Geige das, was er sich vorgenommen hatte, zum Erfolg geführt, so daß er dafür meine Hilfe nicht mehr brauchte. Das erste Thema des Zillertaler Hochzeitsmarsches konnte er nun sicher spielen; das zweite Thema des Stückes interessierte ihn nicht. Aus den Therapiestunden gestalteten sich allmählich Geigenstunden. Auch wenn wir uns nur zufällig bei meinen Gängen über die Station sahen, kam es vor, daß ich ihm zwischendurch kurz Hilfe an der Geige anbot. Herr M. war sehr zufrieden über seine Erfolge und malte sich aus, wie schön das Musizieren mit der Familie an Weihnachten sein würde. Zu Weihnachten wurde er für einige Wochen entlassen. Bei der Verabschiedung brachte er noch einmal zum Ausdruck, wieviel Freude ihm das Musizieren gemacht hatte und wie sehr ihm die Musik den Krankenhausaufenthalt verkürzte. Auf dem Weg nach Tirol holte er in München drei für sich bestellte Bordun-Leiern ab.

## **Die Rezeption: Mozart und Schubert zur Entspannung**

Der nächste Chemotherapiezyklus war für Ende Januar vorgesehen. Eine schwierige Zeit lag vor Herrn M., der seit Mitte Januar wieder auf der Station war. Sein Zustand verschlechterte sich von Mal zu Mal. Er wehrte sich innerlich dagegen, bestrebt die Krankheit zu besiegen. Trauer trug er nicht nach außen. Alles, was ihn vorher mobil hielt, ließ er immer weniger an sich heran. In Gesprächen äußerte er, daß es ihm psychisch glücklicherweise gut gehe und er keine Probleme damit habe. Ich empfand das anders.

Kurz nach der Wiederaufnahme Mitte Januar erfolgte eine weitere OP: Herrn M. wurde ein Port implantiert und gleichzeitig die Gallenblase herausgenommen.

Als ich ihn danach besuchte, war sein Befinden entsprechend geschwächt. Herr M. sah gelb aus und hatte merklich an Gewicht verloren. Er klagte über Kraftlosigkeit, Mattigkeit und Müdigkeit. Auf mich machte er einen depressiven Eindruck. Gedrückt war auch die Stimmung in seinem Zimmer. Frau M. und ihr Sohn waren zu Besuch. Als ich Herrn M. die Hand reichte, lächelte er mich verhalten an. Die Atmosphäre im Zimmer hatte sich im Gegensatz zu seinem letzten Aufenthalt sehr verändert. Sie wirkte reduziert, seinem Zustand entsprechend: kaum Blumen, keine Bilder, keine Erinnerungszeichen an das Leben zu Hause. Nur das Marienbüchlein entdeckte ich auf seinem Nachttisch. Er sagte: "Musik kann ich im Moment keine machen, ich bin noch zu schwach". Offensichtlich hatte er gemeint, ich würde ihn nur der Musik willen besuchen. Er erzählte mir von Weihnachten, wie schön das Musizieren mit der Familie gewesen war und daß er sein Weihnachtslied auf der Geige vorgespielt hat. "Alle hatten Freude daran", berichtete er. "Wir werden das Musizieren fortsetzen, wenn es mir besser geht," fuhr er fort. Ich versprach ihm, weiterhin dienstags und donnerstags zu ihm zu kommen.

Ende Januar klagte er anlässlich einer Visite über Schwäche und Schlaflosigkeit. Da er im Moment nicht zur aktiven Musiktherapie in der Lage war, versuchte ich ihm durch das Hören von Musik zu helfen. Ich schlug ihm den 2. Satz des Klarinettenkonzertes von Mozart vor, den ich ihm der himmlischen Schönheit und des beruhigenden Rhythmus wegen auf Kassette überspielt hatte. Herr M. ging auf den Versuch mit der rezeptiven Musiktherapie ein. Nachmittags besuchte ich ihn. Er war nicht in seinem Zimmer. Ich kam später wieder. Herr M. empfing mich mit den Worten: "Ich war soeben in der Kapelle". Hier suchte er manchmal Trost und Hilfe. Ich war gekommen, um ihm den Walkman und die Musikkassette zu bringen. Er nahm es entgegen, ohne ein Wort, berichtete mir aber von einer hoffnungsvollen Nachricht des Oberarztes. Die Blutwerte seien wesentlich besser, das Chemotherapeutikum habe also positiv gewirkt. Aus seiner Schilderung sprach Hoffnung. Nach einer kurzen Pause zeigte er aber ganz unvermittelt trotzdem sein Niedergeschlagensein. Tränen traten ihm in die Augen. Er sagte: "der Herrgott wird schon einen Platz für uns haben". Er meinte damit sich und seinen Bettnachbarn, der an der gleichen Erkrankung mit ähnlich schlechter Prognose litt. Dies war das einzige Mal, daß er seine Trauer wirklich zeigte.

Anfang Februar berichtete mir die diensthabende Ärztin, daß Herr M. auf die Musik hin besser geschlafen habe. Mir berichtete er zudem, daß er mit Hilfe der Musik die Schmerzen auch besser ertragen konnte. Um an seinen religiösen Bezug anzuschließen, überspielte ich abends zu Hause das "Ave Maria" von Schubert für ihn. Ich wählte eine sehr schöne Interpretation von Jessey Norman. Ich schrieb ihm ganz bewußt den Text dazu ab, damit er sich akustisch und auch inhaltlich damit befassen konnte. Am übernächsten Tag brachte ich es ihm an sein Bett. Herr M. freute sich und fragte: "Darf ich das mit nach Hause nehmen?" Die Frage bezog sich erstaunlicherweise nur auf den Text. Herr M. wurde nämlich bis Mitte des Monats wieder nach Hause beurlaubt. Er kam dann in regelmäßigen Etappen zur Chemotherapie. Während seine Kraft von Mal zu Mal reduzierter wirkte, reduzierten sich auch die "Lebenszeichen" in seinem Zimmer. Ich gewann den Eindruck, als würde er die Familie verlassen und die Familie ihn. Herr M. zog sich immer mehr zurück. Meine Besuche bei ihm schienen ihn zwar noch zu freuen, aber er war nicht sehr mitteilksam. Auf meine Fragen, wie er sich fühle oder meine Erkundigungen nach seiner Familie, reagierte er freundlich. Immer war alles "gut". Er meinte, wenn es wieder besser gehe, wolle er sich zu Hause einen Lehrer suchen, um das Geigenspiel fortzusetzen. Verzweifelte Hoffnung sprach aus ihm.

Als er wieder auf Station war spürte ich, daß er über seine Krankheit nicht sprechen wollte. Das Musikkassettenhören war ganz in den Hintergrund getreten. Er hinterließ ein Gefühl von Einsamkeit in mir. Sein Zimmer wirkte wie "ausgestorben". Ein Eindruck, der sich von Mal zu Mal verstärkte.

### **Trauer: Herr M. zieht sich zurück**

Als ich ihn nach den Ostertagen wiedersehe - er war über Ostern wieder zu Hause - war ich sehr erschrocken. Zusammengekauert lag er in seinem Bett, die Decke fest über seinen Kopf gezogen. Leise, banale Musik, die an Kaufhausmusik erinnerte, spielte aus seinem Radio-Empfang. Er machte "dicht", ließ meinen Blick nicht an sich heran. Dreimal versuchte ich ihn in seinem Zimmer zu besuchen. Seine Lage, seine Haltung hatten sich den ganzen Nachmittag nicht verändert. Er lag da, als trauerte er alleine vor sich hin, ohne es jemandem zeigen zu wollen. Um ihn herum war jede Atmosphäre von Leben gewichen. Assoziativ kam mir ein Psalmenwort in den Sinn: "Und seine Stätte kennet ihr nicht mehr". Ich sah keine Möglichkeit, den Patienten in dieser Situation noch zu unterstützen, ihm Beistand zu geben. Mir schien, über die Brücke von Leben und Tod mußte er alleine gehen. Das zu erkennen, fiel mir schwer. Der Gedanke, ob ich ihn noch mal wiedersehe, beschäftigte mich. Ende April wurde er wieder entlassen. Ich sah ich ihn nicht mehr wieder.

### **Resümee**

Dieses Beispiel mag zeigen, wie sehr dieser Patient nach einer positiven Lebensstrategie suchte. Die Musik war zunächst noch das Tor zum Leben. Er wählte die ihm unbekannt Geige, die ihm durch die Notwendigkeit zu üben, die Möglichkeit einer positiven Entwicklung bereithielt. Sie wurde zum Werkzeug, mit dem er etwas bewerkstelligen konnte und er bekam tatsächlich in den Griff, was er sich vorgenommen hatte. Was körperlich nicht mehr möglich war, wurde ihm über die Musik möglich. Dabei hielt er musikalisch an der Struktur fest, die er bestimmte. In der ersten Phase benutzte der Patient die Musik primär als materielles Medium. Er war hoffnungsvoll. In der darauffolgenden rezeptiven Phase, in der er Mozart und Schubert hörte, ließ er die "geistige Kraft" der Musik auf sich wirken. Zweifel stiegen spürbar in ihm auf. Doch noch verbarg er sie. In der dritten Phase ließ der Patient gar nichts mehr an sich heran, keinen Kontakt - keine Musik, kein Gespräch, noch nicht einmal einen Blick. Er schien die Unausweichlichkeit zu spüren. Was die Musik und die Geige Herrn M. als Erlebnis im Krankenhaus bedeuteten, äußerte er in einem persönlichen (Abschieds-)Brief an mich, den er mir zu veröffentlichen erlaubte:

*Sehr geehrte Frau Steidle-Röder,*

*Weihnacht ist nun längst vorbei und ich bin immer noch durch diese böse Krankheit sehr geschwächt, ich fühle mich aber so zu Dank verpflichtet, um Ihnen diese paar Zeilen zu schreiben.*

*Meinen neunwöchigen Aufenthalt in der Universitätsklinik in Ulm haben Sie mir durch Ihre musikalische Betreuung sehr verkürzt und bei unserer Gäste-Familienweihnachtsfeier, konnte ich sogar meine Geige mit dem Stück "Alle Jahre wieder" vorführen, zum Erstaunen aller Anwesenden, daß man sowas im Krankenhaus auch lernen kann.*

*Wie Sie wissen hatte ich nie in meinem Leben zuvor eine Geige zur Hand und verdanke dies nur Ihrer liebevollen Betreuung.*

*Mit den besten Wünschen aus Tirol*

### **13 Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie in der chirurgischen Onkologie**

Was konnte im Rahmen der musiktherapeutischen Arbeit für die Patienten getan werden? Wo sah ich Möglichkeiten, wo die Grenzen? Für mich ist seelische Stabilisierung von Patienten das Primäre. Die entscheidenden Möglichkeiten sehe ich in der seelischen Betreuung und Begleitung, im Wecken eigener Aktivitäten, in der Stärkung des Vertrauens zu den verbliebenen eigenen Möglichkeiten und mit den noch gesunden Kräften zu leben. Hinzu kommt auch die Stärkung des Vertrauens zu Kräften, die über das Materielle hinausgehen, z. B. im Falle der Sterbebegleitung. Die musiktherapeutische Bearbeitung lebensgeschichtlicher Problemkonstellationen ist zwar möglich, hat aber ihre Grenzen in der chirurgischen Onkologie. Ich halte es daher für richtig, diese Probleme nicht zu forciert aufdecken zu wollen. Dazu folgendes Beispiel:

Eine 42jährige Ca.-Patientin mit einem Scheidenkarzinom kam innerhalb von sechs Wochen neunmal zur Musiktherapie. Es handelte sich um eine Frau mit guter musikalischer und instrumentaler Vorbildung (ausführliche Darstellung s. o.). Intellektuell konnte sie sich für die Musiktherapie sehr öffnen. Jedoch zeigte sich innerhalb des Therapieprozesses, daß sie Schwierigkeiten hatte, dies auch innerlich zu tun. Ihre Hauptproblematik im seelischen Bereich bestand darin, daß sie von sich "Haltung" und Leistung erwartete. Durch die Musik gelang es der Patientin, sich mir gegenüber zu öffnen. So erfuhr ich von ihr, daß sie als Apothekerin in ihrem Berufsleben sehr erfolgreich war, sie aber dennoch nach mehr strebte. Sie wollte eine eigene Apotheke leiten und nicht nur in der ihres Mannes tätig sein. Immer wieder äußerte sie: "Ich kann nicht wirklich loslassen!" War sie in "Trab", war ihr das der beste Beweis, noch aktionsfähig zu sein. Aktivität schien für sie "Leben" zu bedeuten. An dieser Vorstellung hielt sie so fest, daß sie z. B. auch nur schwer zuhören konnte. Ihre Schwierigkeit bestand in ihrem leistungsorientierten Denken und Fühlen. Dies hatte zu einer inneren Hingabe-Gehemmtheit und Ruhelosigkeit geführt. Über die Musiktherapie

wurde es möglich, die gesunden Potentiale ihrer Lebenskraft so zu mobilisieren und zu stabilisieren, daß ich dann vorsichtig versuchen konnte, diesen Konflikt zu verdeutlichen, ohne die Patientin zu überfordern.

Für die Schwestern und Pfleger, die stellvertretend für sämtliche Behandler stehen, sehe ich vor allem psychohygienische Möglichkeiten der persönlichen Entlastung und Stabilisierung und dadurch wiederum der Verbesserung des Kontaktes zu den Patienten. Musik in Form von Stationskonzerten kann gewiß zur Verbesserung des Stationsklimas beitragen. Festgefahrene Konflikte zwischen einzelnen Pflegekräften bzw. Untergruppen oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen, wie sie auf der Station virulent waren und in verschiedenen Situationen immer wieder aufbrachen, kann sie meiner Erfahrung nach aber nicht lösen. Günstigstenfalls kann gemeinsames Musizieren ein Zusammengehörigkeitsgefühl fördern. Dies berichteten die Schwestern und Pfleger der Station, die sich ganz zu Beginn des Liaisonprojektes auf eine musikalische Selbsterfahrung unter der Leitung von Dr. T. Timmermann einließen (Dahlbender, Czogalik, Beger, Heimpel & Kächele 1993):

*“... Wir saßen im Halbkreis, jeder hatte ein Instrument seiner Wahl vor sich und konnte sich, auf seine persönliche Art musikalisch in die Gruppe einbringen. Es kostete einige Überwindung, seinem Klangkörper irgendwelche Laute zu entlocken. Wir waren ziemlich unsicher, nicht nur wegen der Musik. Wir tasteten uns auch langsam in eine für uns völlig neue Situation mit uns selber vor. Je sicherer wir uns dabei wurden, desto mehr bauten wir unsere Hemmungen gegenüber dem Instrument und auch untereinander ab. Unser erster Anlauf endete zwar im Geräuschchaos, doch wir waren beeindruckt. Im zweiten Versuch merkte man, wie wir uns aufeinander einstellten. Es war ein gegenseitiges Abtasten, ein Hören - was höre ich und was mache ich, was macht der andere, was machen wir miteinander? Es war schön zu fühlen, wie Musik zwischen uns wachsen konnte und wirkte. Anschließend entspannten wir uns bei den Klängen des Monochords. Das war faszinierend!*

*Den Abschluß bildete eine Gesprächsrunde, in der jeder seine Empfindungen äußern konnte: Empfund die eine wieder mehr innere Ruhe und Ausgeglichenheit, überwog bei der anderen das Gefühl, sich entspannt und Kraft geschöpft zu haben, für andere wiederum waren es Gefühle, die sich im Moment noch nicht recht einordnen ließen. Doch alle waren zufrieden. Bemerkenswerterweise teilten nahezu alle den Eindruck, daß die kleineren oder größeren Reibereien des Stationsalltags in den Hintergrund treten und in gewisser Weise bedeutungslos werden konnten. Ein Gefühl des Miteinanders, der Zusammengehörigkeit, die Basis einer gemeinsamen Arbeit, lebte seit langem wieder spürbar auf. In dem Moment zogen wir an einem Strang. Es wurde wieder erlebbar, daß hinter der Arbeitsgruppe*

*Menschen mit einer Persönlichkeit, mit Stärken und Schwächen stehen."*

## **14 Einige Erfahrungen und Überlegungen**

Es ist bemerkenswert, daß fast alle Patienten sich als erstes für die harmonisch gestimmte Bordun-Leier interessierten. Und ebenso interessant ist es, daß diese sie sogleich zur aktiven Musiktherapie motivieren konnte. Drei von neun Krebspatienten schafften sich sogar eine eigene Bordun-Leier an. Mir scheint, daß ich mit diesem "Harmonie"-Instrument die richtige Wahl zum musiktherapeutischen Einstieg für Patienten getroffen habe, die mehr oder weniger noch unter einem unmittelbaren "Diagnose-Schock" stehen. Es erscheint mir günstig, wenn das angebotene Instrumentarium behutsam und unaufdringlich in seiner Klangwirkung ist, um so dazu beizutragen, Patienten Wohlgefühl und Zutrauen zu vermitteln. Diese Erfahrung zu ermöglichen, sehe ich als ein wichtiges Ziel der ersten musikalischen Begegnung.

In der rezeptiven Musiktherapie fiel mir auf, daß die Mehrzahl der Patienten Barockmusik (Vivaldi, Händel oder Bach) oder Mozart wählten. Diese Musik ist zum Anhören gefällig, wenig anstrengend, wohl strukturiert und proportioniert. Das Aufbrechen der harmonischen Struktur, wie wir sie beispielsweise in den späten Streichquartetten von Beethoven oder in der Romantik finden, schien diese Patienten zu überfordern. Daß kein Patient eine solche Musik wählte, kann nicht nur auf kulturelle Gewohnheiten oder traditionelles Musikverständnis zurückgeführt werden, sondern muß vielmehr mit der Struktur der Musik selbst zusammenhängen, die für diese Patienten in ihrer besonderen Lebenslage bedeutsam wird. So war zu Therapiebeginn regelmäßig zu beobachten, daß die meisten Patienten das Bedürfnis nach Harmonie, Struktur und Gestalt zum Ausdruck brachten. Und sie suchten auch musikalisch danach - aktiv wie rezeptiv. Mir schien, als gebe ihnen diese Musik auf irgendeine Weise Schutz, Halt und "Ordnung". Daher lag für mich die Frage nahe, inwieweit Patienten, die seelischen Irritationen, die mit der zunehmenden Zerstörung ihres Körpers einhergehen, über das Medium Musik und deren Ordnung, zu kompensieren versuchen. D. h. inwieweit kann Musiktherapie dazu beitragen, die seelische Struktur zu halten, wenn die körperliche verloren geht? Der den Körper und das Leben zerstörende Krebs bringt strukturelle, funktionelle und erlebnismäßige "Unordnung" mit sich. In dieser Situation suchen viele Kranke nach einer "Ordnung". Ein Angebot kann die musikalische Ordnung i. S. der ihr zugrunde liegenden Harmonie, Form und Gestaltung sein.

Ich konnte ferner beobachten, daß Patienten, bei denen ein weniger bedrohlicher operativer Eingriff vorgenommen worden war, sich spontan einer freien Improvisation überlassen konnten. Unbekanntes zu erfahren, bereitete ihnen kaum Schwierigkeiten. Bei schwer Krebskranken mußte erst

therapeutische Vorarbeit geleistet werden, bis sie es wagten, sich einer freien Improvisation auszusetzen. Eine vorgegebene musikalische Form, z. B. ein bekanntes Lied, gab diesen Patienten die nötige Unterstützung. Harmonie vermittelte Vertrauen. Aufgrund dieser Hinweise stellte sich mir die Frage, ob das Bedürfnis nach musikalischer Ordnung mit der Schwere der körperlichen Bedrohung zusammenhängt? Die wenigen Beobachtungen aus meiner Praxis reichen aber sicher nicht aus, eine Antwort zum Verhältnis von zerfallender körperlicher Ordnung und dem zunehmenden Bedürfnis nach musikalischer Ordnung zu formulieren.

### **15 Epilog - ein persönlicher Rückblick**

Es war nicht leicht, in diesem Bericht die musiktherapeutischen Prozesse so zu beschreiben, daß deutlich werden konnte, was für diese Patienten die Musiktherapie darstellte. Immer wieder habe ich mich gefragt, wie mag ein fremder Leser die Fallberichte aufnehmen. Auf der einen Seite mußte und wollte ich das Umfeld, die Stimmung der Patienten und meine eigene Verfassung transparent machen. Auf der anderen Seite hatte ich die Befürchtung, daß eine solche Beschreibung zu emotional gefärbt wirken könnte. Aber gerade das ist ein zentrales Stück Realität: Emotional ist der Musiktherapeut auf einer solchen Station außerordentlich gefordert. Beim Nachdenken über meine Erfahrungen zogen immer wieder die Patientenschicksale in ihrer oft tragischen Realität an mir vorüber. Das Niederschreiben erforderte aber wieder eine gewisse rationale Distanzierung.

Zwischen Hoffnung geben und wieder zurücknehmen bewegte sich die Musiktherapie mit diesen Patienten. Ähnlich empfand ich auch mein Wirken auf der Station. Ich erlebte eine Art Parallelität zwischen dem, was Patienten durch ihre Krankheit empfanden und dem, was ich in meiner Situation als Musiktherapeutin auf dieser Station tun konnte. Die Raumfrage konnte nicht befriedigend entschieden werden. Ich sah daher zum Schluß meiner Tätigkeit auf der Station keine Möglichkeit mehr, die Situation wirklich zu verbessern und die Musiktherapie patientengerechter durchzuführen. Leider wurde auch das geplante Benefizkonzert zugunsten der Musiktherapie für diese Station von der Klinikleitung nicht befürwortet. Und die latenten Spannungen im Team taten ihr übriges. Somit schwankte ich auf vielfältige Weise zwischen Hoffnung und Ernüchterung.

## **Literatur**

Dahlbender RW, Allert G, Martin G, Steidle-Röder M & Kächele H (im Druck) Multimodale Liaisonarbeit. *Der Psychotherapeut* 39:230-238.

Dahlbender RW, Czogalik D, Beger HG, Heimpel H & Kächele H (1993) Entwurf eines DFG-Antrages: Musiktherapie in der psychosozialen Betreuung onkologischer Patienten und deren Angehöriger. Implementierung, Inanspruchnahme und klinische Evaluation adjuvanter musiktherapeutischer Angebote. Abteilung Psychotherapie. Universität Ulm

Munroe S (1986) Musiktherapie mit Sterbenden. Stuttgart: Fischer

Steidle-Röder M (1993) Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie mit einem krebskranken Patienten. *Musiktherapeutische Umschau* 14:2 142-157.

## Anhang

### Musikwirkung

Dem Gesamttenor der Patienteneinschätzungen nach wirkte Musiktherapie modulierend auf die körperliche Befindlichkeit und die affektive Gemütsstimmung. Am häufigsten wurde genannt:

1. entspannend
2. ablenkend
3. zufrieden(er) stimmend
4. schmerzlindernd
5. Aggressionen abbauend
6. Trauer und (inneren) Frieden ermöglichend
7. anregend, (zu Hause) weiterzumusizieren, und
8. beruhigend u. vertrauensfördernd auf Angehörige.

### Ausgewählte Patienten-Resonanzen

Im Rahmen des Projektes wurde jeder Patient zum Zwecke der qualitativ orientierten Evaluation der Musiktherapie befragt. Die geringen Fallzahlen lassen keine statistische Auswertung zu, geben aber eine erste Orientierung und Anregung zugleich. Daher sollen im folgenden auszugsweise einige Fragen und Antworten von Frau U. und Frau K. wiedergegeben werden.

#### **Frau U.:**

Wie haben sie die Stunden erlebt?

*Jede Stunde anders. Meine innere Verfassung hat die Stimmung und die Auswahl der Instrumente gelenkt.*

Wie haben die verschiedenen Instrumente auf Sie gewirkt?

*Zupfinstrumente mit Harmonien können Trauer oder Frieden öffnen. Schlaginstrumente dienen mir zum Abreagieren. Flöten erzeugen Schwingungen.*

Hat das Zuhören den Wunsch, selbst zu Musizieren in Ihnen ausgelöst?

*Zuhören fällt mir schwer. Ich bin, wenn möglich, selbst aktiv.*

Spielen sie lieber allein oder zusammen?  
*zusammen.*

Haben sie den Wunsch, das gemeinsame Musizieren fortzusetzen? Vielleicht sogar mit Ihren Angehörigen zu Hause oder hier?  
*Der Wunsch ist neu wieder geboren, zu Hause mehr zu Musizieren.*

Wie fühlten Sie sich nach der Stunde?  
a) konnten sie sich entspannen?  
*nur ablenken*

b) konnten Sie ihre Schmerzen vergessen?  
*manchmal, je nach innerer Verfassung*

c) klang die Musik in Ihnen nach?  
*ja, ich habe Aggressionen abreagiert*

Welche Assoziationen löste die Musik in Ihnen aus?  
*Verschiedene Instrumentenklänge ließen Erinnerungen an Elemente (z. B. Wasser) wach werden oder ich dachte spontan an ein Lied, auch an Personen oder Situationen.*

Hat die Musik für Sie eine Bedeutung bekommen?  
*Sie muß wieder mehr Raum finden im Alltag und in meiner Person.*

Welchen Eindruck hatten Ihre Angehörigen von der Musiktherapie?  
*Sie waren begeistert und wollten gleich mitmachen.*

### **Frau K.:**

Wie haben sie die Musiktherapie erlebt?  
*Entspannend*

Wie haben die verschiedenen Instrumente auf Sie gewirkt?  
*Die Instrumente sind außergewöhnlich. Ich möchte mir eine Bordun-Leier kaufen. Die Instrumente wirken beruhigend auf mich.*

Hat das Zuhören den Wunsch, selbst zu Musizieren in Ihnen ausgelöst?  
*Ja, ich denke dabei an die kommende Adventszeit.*

Haben sie den Wunsch, das gemeinsame Musizieren fortzusetzen? Vielleicht sogar mit Ihren Angehörigen zu Hause oder hier?  
*Ja, mit meinen Nichten.*

Wie fühlten Sie sich nach der Stunde?

## Musiktherapie in der Chirurgie

*Entspannt und die Schmerzen nicht so stark empfindend.*

Wie erleben sie das rezeptive Angebot von Musik?

*Der Verleih von Musikkassetten wirkt sich sehr positiv auf einen musikliebenden Patienten aus. Man vergißt einfach in der Zeit die Krankenhausatmosphäre.*