

Bis an die Schwelle zum Tod begleiten



Bild: shutterstock

Bei unruhigen Patienten kann es hilfreich sein, die Füße zu halten und zu massieren

Angst und Druck beeinträchtigten am Lebensende den Atem des kriegstraumatisierten Herrn A. Indem sie den Fokus konstant auf den Ausatem legte, gelang es der Atemtherapeutin Christine Meyne, den Patienten zu beruhigen.

Christine Meyne

Herr A., ein 84-jähriger, gesetzter Herr, hatte Leukämie im Endstadium, wusste aber bis vor kurzem nichts von seiner Erkrankung. Er war zuhause gestürzt und in die Notaufnahme gekommen. In der Folge wurde die Diagnose nach einer Knochenmarkpunktion gestellt.

Herr A. hatte im Krieg als Soldat an der Front gekämpft und sagte, er habe seitdem keine Angst mehr vor dem Tod, man könne ihm ruhig sagen, wie lange er noch zu leben hätte. Nachdem die Ärzte ihm gesagt hatten, dass seine Zeit begrenzt sei, begannen die unterdrückten Angstreaktionen: Puls und Blutdruck stiegen, er hatte das Gefühl, einen Kloss im Hals zu haben, der ihm das Atmen schwer machte und ihn dauernd zum Räuspern zwang. Ausserdem erschwerte ihm der Druck auf die Brust das Atmen zusätzlich. Er strengte sich sehr an, den Atem einzusaugen, was ihn wiederum weiter unter Druck und Stress brachte. Der Atem-Angst-Kreislauf hatte begonnen.

Ich behandelte Herrn A. einige Male mit Betonung des Ausatems. Danach fühlte er sich ruhiger. Ich bot ihm auch an, den Atem mit einem langen «A» aus dem Mund auszuhauchen. Das tat ihm gut. Das angestrengte, tiefe Einsaugen hörte auf. Er konnte den Atem mehr kommen lassen.

An seinem letzten Nachmittag konnte ich lange bei ihm sein und ihn begleiten. Es hatte eine erneute Einblu-

tung ins Gehirn stattgefunden, er konnte nicht mehr fixieren und nicht mehr sprechen, er war sehr unruhig. Sein Atem ging laut, schwer und tief und voller Anstrengung. Er wirkte gequält. Auf die Berührung meiner Hände – eine auf dem Bauch, eine auf der Schulter – reagierte er unmittelbar erleichtert, und der Atem antwortete sofort mit einem lösenden, ausatmenden Seufzen.

Zwischen Ruhe und Unruhe

Ich blieb bei diesem Kontakt, fragte nach einer Weile sanft: «Sie erinnern sich an das lange «A»?» Er hatte mich verstanden, nickte und begann, mit «A» auszuatmen. Der Atem verlangsamte sich. Ich bot ihm an, mit ihm zu atmen. Ja, das wollte er, und es beruhigte ihn weiter. Aus dem «A» wurde immer mehr ein «Ja» mit tiefen rhythmischen Atemzügen. Er atmete sehr laut, aber ruhig und gleichmässig. Das Gequälte war nicht mehr da. Dann aber kam doch wieder Unruhe auf. Ich beugte mich weiter über ihn und schob meine Hand unter seinen Nacken. Er schmiegte sich regelrecht an, die Atemmuskulatur im Nacken entspannte.

Plötzlich – für mich in diesem Moment aus dem gleichmässigen Rhythmus heraus völlig unerwartet – atmete er fast mit Druck ein starkes «Ja» aus. Und dann: Stille. Es kam kein Einatem mehr! In diesem Moment war es absolut still. Auch bei mir kam kein neuer Einatem. Bis mir dann nach einem schier unendlich erscheinenden Zeitraum neuer Lebensimpuls aus diesem Unbekannten heraus kraftvoll auftauchte und mir einen vollen, tiefen Einatem schenkte, der meine Lungen füllte wie der erste Atem nach einem tiefen Tauchgang oder nach der Geburt, während Herr A. still und bewegungslos in diesem anderen Raum blieb.

Christine Meyne, 58, ist Atemtherapeutin, Hospizbegleiterin, Psychologin und Journalistin. Sie ist Spezialistin für palliative und psychosomatische Atemtherapie und gibt laufend Fortbildungen. Der nächste Kurs «Palliative Atemtherapie» findet vom 10. bis 12. Oktober in München statt und steht allen interessierten Atemtherapeuten offen. www.atemland.de

Der Erstkontakt – da sein

Ob eine Behandlung, ein Gespräch oder eine Kombination daraus angeboten wird, entscheidet sich in dem Moment, in dem der Kontakt zum Patienten da ist. Dann erlebt die Therapeutin, in welcher Verfassung der Patient ist. Es geht also zuerst um ruhiges Dasein und Wahrnehmen. Oft haben Patienten die Erwartung, dass die Atemtherapeutin etwas macht mit ihnen oder ihnen rät, wie sie atmen sollen. Es ist ungewöhnlich für sie, dass jemand ins Zimmer kommt und erst mal gar nichts von ihnen will. Der kranke oder sterbende Mensch kann einfach so sein, wie es ihm gerade geht und ist darin begleitet. Oft ist schon das erleichternd und gibt ein Stück Weite und Aufatmen. Kann der Patient sprechen, findet die Therapeutin im Gespräch heraus, wie es ihm geht und was ihm gerade jetzt gut tun könnte. Sie hört auf Stärke, Tiefe, Mass und Rhythmus des Atems, auf die Übergänge und die Stimme. Daraus leitet sie die individuelle Behandlung ab. *cm*