

Musiktherapie mit alten Menschen im klinischen Bereich

Monika Biewald

Die Prinzhornklinik, ist eine Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik unter Trägerschaft des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe mit Sitz in Hemer-Frönsberg. Der Namensgeber der Klinik wurde in Hemer geboren. Er war Kunsthistoriker, Psychologe, Philosoph und Arzt. Berühmt wurde er durch sein 1922 erschienenes Buch "Bildnerei der Geisteskranken" und den Aufbau der Prinzhorn-Sammlung in der Universität Heidelberg, welche über 5000 künstlerische Arbeiten von psychisch kranken Menschen umfasst. Seine These: In jedem Menschen ist ein Gestaltungsdrang angelegt. In Phasen seelischer Störung oder psychischer Erkrankung, wird in einzelnen Begabten Gestaltungsdrang frei, hin zu ursprünglichen Ausdrucksformen. Die Klinik in Hemer griff diesen Gedanken auf und ergänzte die vollstationäre Krankenhausbehandlung, die Institutsambulanz und die Tagesklinik (Gerontopsychiatrisches Zentrum) durch Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie und andere ganzheitliche Therapieformen. *Prinzhornklinik*

Klientel der Stationen 13a, 13b, 14 und des Gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ) sind psychisch erkrankte Personen, ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen gehören Altersdemenz und Depressionen. *Klientel*

Die Altersdemenz ist definiert als organisch bedingter, fortschreitender Verlust geistiger Fähigkeiten: komplexes Symptombild eines chronischen Verwirrheitszustandes mit Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Desorientiertheit, Persönlichkeitsveränderungen und in der Folge auch körperlichem Abbau. Bei Eintritt vor dem 65. Lebensjahr, spricht man von präseniler Demenz, bei späterem Auftreten von seniler Demenz. *Altersdemenz*

Neunzig Prozent aller Demenzerkrankungen sind sogenannte primäre Demenzen. Sie entstehen aufgrund einer Erkrankung des Gehirns, sind nicht rückbildungsfähig und schreiten mehr oder weniger rasch voran (Alzheimer Demenz, zerebrovaskuläre Demenz oder Mischformen). *Primäre Demenz*

Zehn Prozent der Demenzerkrankungen sind sekundäre Demenzen. Sie entstehen in Folge einer Grunderkrankung, die außerhalb des Gehirns liegt (z.B. Leberzirrhose, Infektionen). Sekundäre Demenzerkrankungen können sich teilweise zurückbilden, wenn die Grunderkrankung behandelt wurde (vgl. Dagmar Stricker-Jannan 2004, 141). *Sekundäre Demenz*

Typische Symptome im kognitiven Bereich sind: Zerstreutheit, Konzentrationsstörungen, Störungen der Merkfähigkeit, Probleme im sprachlichen Ausdruck, räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen. Weiterhin sind Interesselosigkeit, affektiver Rückzug, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität, Neigung zu diffuser Verstimmtheit, Apathie, Reizbarkeit und Aggressivität und in den körperlichen Funktionen, Gangstörungen und Stuhl- und Harninkontinenz zu bemerken. *Symptome bei Altersdemenz*

Demenz wird in drei Schweregrade unterteilt: *Schweregrade von Demenz*
Leichte Demenz: Arbeit und soziale Aktivitäten sind deutlich beeinträchtigt, un-

abhängig leben ist hier noch möglich.

Mittelschwere Demenz: Selbstständige Lebensführung nur unter Schwierigkeiten möglich.

Schwere Demenz: Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind weitgehend nicht mehr möglich, sodass eine kontinuierliche Aufsicht nötig wird. Der Betroffene ist zum Beispiel nicht in der Lage eine minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten und auch die bestehende Orientierungslosigkeit, macht einen hohen pflegerischen Aufwand nötig.

Depression Depression ist definiert als länger andauernder Zustand gedrückter Stimmung (mindestens zwei Wochen), der mit verschiedenen psychischen und physischen Beschwerden sowie Veränderungen im äußeren Erscheinungsbild, im Verhalten und in den Beziehungen zu anderen Menschen einhergehen kann. Die Gesamtheit wird als depressives Syndrom bezeichnet. Depression gilt auch bei den älteren Menschen, als die am häufigsten vorkommende psychische Erkrankung. Es kommt zu Störungen der Stimmung, des Antriebs und des Selbstwertgefühls, die Bewegungen sind verlangsamt, die Mimik erstarrt, die Gestik ist spärlich; andererseits kann es aber auch zu Bewegungsunruhe kommen. Die Patienten sind dann hektisch, getrieben und klagen viel, Schlaf- und Appetitlosigkeit stellen sich ein, Denk- und Konzentrationsstörungen gehen mit diesem Zustand einher.

reaktive Depression Beim älteren Menschen handelt es sich häufig um reaktive Depressionen, d.h. eine Reaktion auf ein eingetretenes Verlustereignis, zum Beispiel der Tod eines nahe stehenden Menschen oder Verlust von geistigen Fähigkeiten (vgl. Dagmar Stricker-Jannan 2004, 77).

Behandlungsformen bei Depression Klassische Behandlungsformen sind neben der Psychotherapie, die als unterstützende Hilfe bei der Bearbeitung anstehender Themen angesehen werden sollte, die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka. Bewegungsangebote, wie Krankengymnastik und Seniorentanz, sowie Ergotherapie ergänzen den Therapieverlauf. Die Musiktherapie wird hier als komplementäres Verfahren angesehen.

Meine Musiktherapeutischen Angebote Neben einem Singkreises auf der geschlossenen Station 13B, der einmal wöchentlich für eine Zeitdauer von einer Stunde stattfand, bot ich Einzelmusiktherapie auf Station 14 der Klinik, einer offenen Station mit dreißig Behandlungsplätzen, an.

Des weiteren verbrachte ich einen Vormittag in der dazugehörigen Tagesklinik in Iserlohn, auch Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ) genannt. Dort baute ich zwei Musiktherapiegruppen auf, eine für kognitiv stark beeinträchtigte Patienten und eine andere für kognitiv weniger beeinträchtigte Patienten. Die Anzahl der Teilnehmer schwankte zwischen fünf und sieben.

Klinikalltag Der Klinikalltag stellte für mich eine ganz neue Erfahrung dar. Es galt den Gepflogenheiten der Klinik gerecht zu werden und dabei meine eigenen Vorstellungen nicht aus den Augen zu verlieren. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen.

Auf der geschlossenen Station 13B sollte einmal die Woche ein Singkreis angeboten werden. Auf dieser Station waren kurzfristig Patienten untergebracht, die für sich und ihre Umwelt eine Gefahr darstellten. Sie wurden medikamentös eingestellt um anschließend auf Station 13A oder 14 verlegt zu werden.

Raum für das Liedersingen bot sich ausschließlich im Aufenthaltsraum der Station, in dem ein ständiges Kommen und Gehen von Patienten, Besuchern und Personal normal war. Eine grundlegende Aufgabe bestand für mich darin, in diesem Umfeld einen Rahmen zu schaffen, in dem Musiktherapie möglich war. Das bedeutete für mich, einen geschützten Rahmen zu schaffen, in dem es ohne Störungen von außen möglich wurde in Kontakt zu treten, Gefühle zuzulassen, Erinnerungen auszutauschen. Es fanden meinerseits zahlreiche Gespräche mit Ärzten und Pflegepersonal statt, spürbare Verbesserungen traten allerdings erst ein, als ich an die geschlossene Tür des Aufenthaltsraumes ein Schild mit der Aufschrift „Musiktherapie, bitte nicht stören“ anbrachte.

*Setting
Liedersingen*

Frau H., von Unruhe getrieben, war die nicht zum längeren Verweilen im Stuhlkreis zu animieren. An manchen Tagen ertrug sie es nicht, wenn die Türen geschlossen waren. Sie wanderte dann beständig vom Aufenthaltsraum in den Flur und wieder zurück. Geschlossene Türen stellten offensichtlich für sie ein großes Hindernis dar auf ihrem Weg, dem sie mit lautem Schreien begegnete. An solchen Tagen blieb die Tür geöffnet und ich versuchte immer wieder sie durch verschiedene Klänge zu locken, die ich auf dem mitgebrachten Instrumentarium erzeugte. Auch über die Volkslieder, die wir im Kreis sangen, wurde ihre Aufmerksamkeit kurzfristig erregt.

*Frau H.
Unruhe*

Auch auf Station 14 erforderte es zahlreiche Gespräche, um die Musiktherapie in den Tagesablauf der entsprechenden Patienten mit einzuplanen. Es scheint dem Klinikpersonal nicht bewusst zu sein, dass Musiktherapie als ein Prozess zu betrachten ist, der Entwicklungen im Therapieverlauf erst durch mehrere Faktoren möglich macht, dazu gehören u.a. eine Kontinuität der angebotenen Musiktherapiesitzungen, durch die eine stabile Beziehung Klient/Therapeut entstehen kann.

*Kontinuität
Stabilität
Beziehung*

Die Patienten gehören einer Generation an, die bereits vieles erlebt hat; vielleicht zwei Weltkriege oder das Aufgewachsen in einer zerstörten Heimat nach dem Ende des 2. Weltkrieges, Entbehrungen, Hunger und Not, aber auch nach Ende des Krieges Aufschwung und Wohlstand. Sie sind dazu erzogen worden zu gehorchen und der Obrigkeit nicht zu widersprechen.

*Gerontopsychi-
atrische Klienten*

Traumatisiert durch Erlebnisse der Vergangenheit, oder weil sie das Leben in unserer Gesellschaft nicht mehr meisterten und darüber psychisch krank geworden sind oder im Zustand nach organischen Krankheiten kognitiv eingeschränkt, bedürfen diese Menschen viel Geduld. Ein Anpassen der Schrittgeschwindigkeit an die des zu Begleitenden, ein offenes Ohr für Erzählungen, ein zur Unterstützung gereicher Arm, ein freundliches Wort sind Verhaltensweisen, um diesen verwirrten alten Menschen zu begegnen und deren bestehende Ängste abzuschwächen. Die Amerikanerin Naomi Feil, hatte bereits um das Jahr 1970 eine Methode entwickelt zur verbesserten Kommunikation mit desorientierten alten Menschen, die so genannte Validationstheorie, die über diese empathische Verhaltensweise hinaus, einen Weg bietet, in deren Realität einzutauchen.

Zehn Grundsätze¹ nach Naomi Feil:

*Validation n.
Naomi Feil*

1. Alte Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.
2. Alte Menschen sind wertvoll, ganz gleichgültig in welchem Ausmaß verwirrt sie sind.
3. Es gibt einen Grund für das Verhalten von verwirrten, sehr alten Menschen.
4. Verhalten in sehr hohem Alter ist nicht nur eine Folge anatomischer Verän-

¹ siehe: www.altenpflegeschueler.de/pflege/demenz.php

derungen des Gehirns, sondern das Ergebnis einer Kombination von körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen, die im Laufe eines Lebens stattgefunden haben.

5. Alte Menschen kann man nicht dazu zwingen, ihr Verhalten zu ändern. Verhalten kann nur dann verändert werden, wenn die betreffende Person es will.

6. Alte Menschen muss man akzeptieren ohne zu beurteilen.

7. Zu jedem Lebensabschnitt gehören bestimmte Aufgaben. Wenn man diese Lebensaufgaben nicht im jeweiligen Lebensabschnitt schafft, kann das zu psychischen Problemen führen.

8. Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Erwachsene, ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen.[...] Wenn ihr Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.

9. Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und [...] validiert werden, werden schwächer. Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert, werden immer stärker.

10. Einfühlung/Mitgefühl führt zu Vertrauen, verringert Angstzustände und stellt die Würde wieder her.

Schon Naomi Feil nennt als weitere Validationstechnik den Einsatz von Musik und stimmt mit Musiktherapeuten überein, dass die Fähigkeit Musik aufzunehmen als Letztes verloren geht. Auch wenn die Sprachfähigkeit durch Hirnleistungsstörungen verloren ist, ist mittels vertrauter Melodien das Singen von Liedtexten möglich (vgl. Naomi Feil 2002).

Die Musiktherapeutin Dorothea Muthesius nennt einige typische Eigenschaften von Musik, als, wie sie sagt „Unterstützungspotential“ für desorientierte Patienten (Dies.: 1999):

Musik ist emotionalisierend	Anknüpfen an, Erhalten und Reaktivieren emotionaler Fähigkeiten Verstehenszugang für Bedeutungen
Musik ist ordnend, strukturierend	Synchronisation von Handlungen Koordinieren von Reizen Restrukturieren emotionaler Fähigkeiten
Musik ist erinnerungsauslösend	Unterstützen, Reaktivieren des Altgedächtnisses Validieren der Krankheitsbewältigungsstrategie „Nutzung der Vergangenheit“ Reaktivieren des Gefühls der Identität
Musik motiviert zur Kreativität	Bedingung: Suche nach vertrauten, generationsspezifischen Kreativitätsformen
Musik ist vergemeinschaftend und fördert Interaktion	Erleben von Zugehörigkeit; Erleben von „Verstehen“ wegen ähnlicher Präferenzen Bedingung: Suche nach vertrauten generationspezifischen Formen der Gemeinschaft; krankheitsspezifische Vorsicht bei Förderung von Interaktion

Musik ist bewegungsfördernd	Unterstützung der Erinnerung und Emotionalität mit biographisch relevanter Tanzmusik Ermöglichung von Körperkontakt
-----------------------------	--

Musik, im Wesentlichen das Singen, spielte im Leben dieser Generation in Kindheit und Jugend eine große Rolle. Ob in Schule, der Freizeit, beim Wandern oder in der Jugendgruppe, die Menschen kamen zusammen, um zu singen. Es war nebensächlich, wie das „Produkt“ klang, wichtig war das Gemeinschaftserleben, das beim gemeinsamen Singen entstand.

So war es in meiner musiktherapeutischen Gruppenarbeit im gerontopsychiatrischen Zentrum ganz wichtig geworden, nach einer kurzen Bewegungssequenz, mit dem Singen von Liedern zu beginnen. Ein Begrüßungslied zu Beginn, ein Ritual, das sich schnell großer Beliebtheit erfreute, gefolgt von altbekannten Volksliedern und Schlagern, die ich mit der Gitarre begleitete. Über die Lieder wurde es mir möglich, eine vertraute Atmosphäre herzustellen, Raum für laute und leise Stimmen, Raum für selbstbewusste und verzagte Stimmen, Raum für verstummte Stimmen zu schaffen.

Liedersingen

Begrüßungsritual

Die Stimme ist unser ureigenstes Instrument, durch deren Klangqualität wir auf den körperlichen und emotionalen Zustand eines Menschen schließen können, die uns zeigt, in welcher Stimmung sich unser Gegenüber befindet, die unseren persönlichen Ausdruck darstellt. Sehr oft hörte ich von den alten Menschen: „Ich kann nicht singen“. Möglicherweise war es Angst vor dem durch Krankheit und Alter veränderten Klang der Stimme oder auch eine Scheu vor der Gruppe zu singen. Umso wichtiger wurde es mir, eine lockere entspannte Umgebung zu schaffen, in der über das leise Summen oder Mitsprechen des Liedtextes, jeder in der Zeit, die er benötigte, seine Singstimme wieder finden durfte.

Stimme

Beständiges Motivieren ermutigte die alten Menschen und ermunterte sie zu immer mehr Experimentierfreudigkeit. Fähigkeiten, die verschüttet schienen, durften wieder an die Oberfläche steigen. Lieder und Liedtexte wurden erinnert, die längst vergessen schienen, bekannte Strophen wurden ergänzt durch selbstgedichtete Strophen.

Die Musik macht es möglich an Ressourcen anzuknüpfen, Assoziationen werden aktiviert. Meist positive Erlebnisse aus der Vergangenheit werden wach, da prägende musikalische Erfahrungen erinnert werden, der alte Mensch kann Lebensbilanz ziehen. „Musik tritt im Leben eines Menschen meist als Begleiterin emotionalisierter Situationen auf...., Musik wird zum Träger für die Erinnerung an diese Situation“ (Dorothea Muthesius, 1999).

Das Lied „Junge, komm bald wieder...“, ein so genannter Ohrwurm aus den 50-ziger Jahren, stand auf der Wunschliste beim Liedersingen ganz oben. Herr W., den ich nur ein einziges Mal im Singkreis auf der geschlossenen Station erlebte, weinte, als er das Lied hörte, er bewegte lautlos die Lippen und stammelte hin und wieder „meine Frau, meine Frau“. In seiner Sprachlosigkeit war es ihm nicht möglich, Zusammenhänge zu erzählen. Was er der Gruppe und mir verdeutlichte war, dass wir das Lied noch einmal singen sollten. Die erstarrte Gefühlswelt von Herr W. kam wieder ins Fließen, über dieses Lied wurde es möglich Gefühlsleere aufzufüllen.

Fallbeispiel

Herr W.

Laut Dorothea Muthesius wird Musik zum Symbol für das Gefühl in der Situation. Vielleicht war es möglich für Herrn W. sich diese Emotion auch nach der Musiktherapiestunde zu erhalten, noch länger in der Vergangenheit zu verweilen, um

dort an Ressourcen anzuknüpfen, die ihm bei der Krankheitsbewältigung helfen.

Perkussionsinstrumente zur Liedbegleitung Unterschiedlichste Perkussionsinstrumente und Klangerzeuger boten den Gruppenteilnehmern die Möglichkeit das Singen musikalisch zu untermalen. Die anfängliche große Skepsis den unbekanntem Instrumenten gegenüber, wurde bei einigen Patienten recht schnell durch den polysinnlichen Aufforderungscharakter der Instrumente abgelöst. „Der Aufforderungsimpuls, der von den Instrumenten ausgeht, richtet sich an verschiedene Sinne gleichzeitig, löst Neugierde und Interesse aus“ (Hartmut Kapteina 1999, 18).

Musikalische Improvisation Im Gruppengeschehen setzte ich im Anschluss an das einleitende Singen die musikalische Improvisation ein. Sofern die Teilnehmer sich darauf einlassen konnten, machten wir Klangreisen, Rhythmusspiele mit Klangstäben, angeleitete Improvisationsspiele oder Improvisationen zu Gedichten oder jahreszeitliche Themen. Beim Liedersingen entstehende Emotionen (innere Bewegung) werden durch die hinzukommende äußeren Bewegungen – das Spiel auf den Instrumenten - sinnvoll ergänzt. Patienten, die nicht singen konnten oder wollten, waren dankbar instrumental aktiv werden zu können.

Sitztanz Erstarrte Emotionen, Mimik, Gestik, Sprache wieder zu lösen und in Bewegung zu bringen, gelang bei depressiven Patienten oft durch das Angebot von Sitztänzen und Bewegung ohne Musik (recken, strecken, stampfen), die ich zur Auflockerung zwischendurch einsetzte, sowie durch das Hören von vor allem klassischer Musik.

Nachdem ich den Frühlingswalzer von Johann Strauss einspielte, beschrieb eine Patientin: „mir wird es so leicht ums Herz“. Ihre Mimik lockerte sich zusehends auf und sie bewegte den Oberkörper zum Takt der Musik hin und her.

Es scheint des öfteren so zu sein, dass depressive Klienten das Bedürfnis nach Kompensation haben (vgl. Henk Smeijsters 1999, 134) d.h. sie wünschen sich Musik, „die der Stimmung, in der sie sich befinden, entgegengesetzt ist; Musik, die die Stimmung kompensieren kann“ (Ders.1999, 128). Hierunter fallen laut Smeijsters Musikstücke von Johann Strauss und Wolfgang Amadeus Mozart.

Gerontopsychiatrische Tagesklinik Ein weiteres Musiktherapeutisches Angebot machte ich in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik (GPZ). Das GPZ bietet 18 Plätze zur teilstationären Versorgung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten an. Es versteht sich als Bindeglied für Menschen, für die

1. ambulante Behandlung nicht ausreicht
2. vollstationäre Behandlung noch nicht nötig ist
3. vollstationäre Behandlung abgeschlossen ist

Aufgabengebiete sind: Diagnostik, Therapie, Rehabilitation. Einweisungen erfolgen durch den Hausarzt oder niedergelassenen Nervenarzt, durch die Ambulanz der psychiatrischen Klinik oder Verlegung nach vollstationärem Klinikaufenthalt. Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Bedarf des Patienten und nach der Kostenzusage der Krankenkasse.

Setting Für die Musiktherapie stand der Tanztherapieraum zur Verfügung. Instrumente brachte ich überwiegend selbst mit, ergänzt durch Instrumente aus dem Fundus

der im Nebengebäude angesiedelten Tagesklinik für den allgemeinpsychiatrischen Bereich. Ich erlebte mich als Mitglied eines Teams aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Pflegepersonal und ergänzte mit der Musiktherapie das bestehende Therapieangebot.

Bei einem Vorgespräch mit Frau P. erfahre ich, dass sie aus einer Familie stammt, in der schon immer viel musiziert wurde. Der Ehemann spielte professionell in einer Band, Söhne und Enkel hielten diese Tradition eingeschränkt weiter aufrecht. Sie selbst spielt Blockflöte und liebt die Musik von Andre Rieu. Aus der Krankenkurve geht hervor, dass sie seit dem Jahr 2000 immer wieder, mehrmals im Jahr Aufenthalte im GPZ hatte zur psychischen Stabilisierung, da sie unter einer Angststörung leidet, hauptsächlich hypochondrische Befürchtungen vor einer tödlichen Krankheit. Zurzeit wird dieser Zustand noch durch eine Depression begleitet. Weiterhin geht aus den Unterlagen hervor, dass sie 1934 geboren wurde und während des zweiten Weltkrieges zum Kriegsende hin mehrere Tage verschüttet war. Sie hat kognitive Defizite und ist deshalb zur grünen Gruppe eingeteilt.

*Fallbeispiel
Frau P.*

Angststörung

Ich erlebe Frau P. Anfang April das erste Mal in der Musiktherapiegruppe. Sie wirkt auf mich von ihrer Haltung her gedrückt, die Stimme sehr leise, schwer verständlich, einsilbig in der Sprache, zittrig, nervös. Beim Liedersingen beteiligt sie sich anfangs nicht, Liedwünsche weiß sie nicht zu äußern, erst nachdem ich bei einem der darauf folgenden Termine ein Melodienpotpourri einbringe und zum Liederratespiel einlade, erwecke ich ihr Interesse. Sie äußert den Wunsch, das von mir auf der Gitarre angespielte Volkslied „Horch was kommt von draußen rein“, in der Gruppe singen zu wollen. Die Reaktion einer anderen Gruppenteilnehmerin „das handelt doch nur vom Sterben und Tod, kann sie nicht davon abbringen. Zum Erstaunen aller Beteiligten erinnert sie sich einer letzten Strophe dieses Liedes, die dem gesamten Liedinhalt noch ein Happy End beschert und so dieses Volkslied für alle singbar macht. „Wenn ich dann gestorben bin, holla hi, holla ho, ist mein Liebchen auch darin, holla hiaho, denn es heißt ja immer noch, was sich liebt, das kriegt sich doch.“

Liederraten

Erinnern zusätzlicher Strophen

Auf die Instrumente reagiert sie vorerst sehr vorsichtig und ängstlich und wünscht von mir beständig Rückmeldung, ob sie dieses und jenes Instrument richtig spielt und ich betone auch hier, wie so oft, dass es in der Musiktherapie kein richtig oder falsch gibt. Bereits beim dritten Treffen erlebe ich sie mutiger und sie lässt es sich nicht nehmen, neu hinzugekommenen Gruppenmitgliedern einige Instrumente namentlich vorzustellen und auch klanglich zu präsentieren.

Bei unserem vierten Treffen, entdeckt Frau P. die Springdrum und ab diesem Augenblick integriert sie dieses klanggewaltige Instrument beständig in unsere Improvisationen. Anfänglich scheinen ihr die Geräusche recht suspekt zu sein und je mehr sie das Instrument schüttelt und je lauter es wird, desto mehr erweitert sie den Abstand zwischen sich und dem Klangerzeuger. Die vorerst angstvoll verzerrte Mimik lockert zusehends auf, bis ein strahlen über ihr Gesicht wandert, das ich als pure Spielfreude interpretiere. Im Blumenspiel gestaltet sie mit der Springdrum ihre eigene „Donnerblume“. Bei einer Klangreise zur Nordsee, verstärkt sie kreativ auf der Rückreise das Klangerleben, indem sie ein Unwetter spielt, worauf die Gruppe mit Regengeräuschen auf Rainstick und Rasseln auf ihre Idee mit einsteigt. Im Anschluss erzählt Frau P. erstmalig in der Musiktherapierunde davon, als Kind mehrere Tage verschüttet in Dunkelheit, voll Todesangst das Einschlagen der Bomben gehört zu haben.



Springdrum

„Die Aufgabe für die Jüngeren in der ambulanten Praxis, Klinik oder Institutionen lautet, die Älteren in den Landschaften des Alterns aufzusuchen und sich als Reisebegleiter zur Verfügung zu stellen. Diese Reise kann unterschiedlichen Zwecken dienen, so z. B. um in die Landschaften der eigenen Kindheit und Jugend zurückzukehren“ (Hartmut Radebold 2005, 122). In diesem Moment fühle ich mich als Reisebegleiterin von Frau P.. Ich weiß von ihrer Angst vor Gewitter, ich kenne ihre Kriegserlebnisse. „Der traumatisierte Mensch macht sich unter Anleitung des

Reflexion

Gegenbilder

Therapeuten, auf die Suche nach Gegenbildern und kann dann zwischen diesen Bildern hin und her pendeln“ (Luise Reddemann 2006, 40). Ich kann nur vermuten, was die Springdrum in Verbindung mit den Improvisationsspielen in Frau P. auslöste. In der Erinnerung an die Kriegserlebnisse, war da vielleicht das Gefühl, dem ganzen Geschehen nicht hilflos ausgeliefert zu sein, es „in der Hand zu haben“? Gab es bereits im vorangegangenen Blumenspiel mit der Springdrum Assoziationen wie, „klingende Blumen auf dem Kriegsschauplatz“? War es für sie möglich geworden, sich mit dem vergangenen traumatischen Geschehen auseinander zu setzen? Ich bin sicher, es ist etwas bei Frau P. in Fluss gekommen, denn ich erhielt die Rückmeldung vom Team, dass sie erstmalig in der wöchentlich stattfindenden Gesprächsrunde, in großer Gruppe über ihre Kriegserlebnisse sprach und Emotionen zulassen konnte.

Setting Station 14 Station 14, ein weiterer Bereich meiner musiktherapeutischen Aktivitäten, ist eine offen geführte gerontopsychiatrische Station mit 30 Behandlungsplätzen, für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Akutphase. Ziele sind:

- das Erlernen von Bewältigungsstrategien
- Wiedererlangen früherer sozialer Kompetenzen
- Rückfallvorbeugung
- Wiedereingliederung in das soziale Umfeld

Das Behandlungsangebot besteht aus: Psychotherapie, Alltagsstrukturierung, Physiotherapie und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Lichttherapie, Wachtherapie, Logopädie, Medikamentöse Behandlung. Die Einweisung erfolgte über den behandelnden Arzt oder als Notfall in Krisensituationen.

Aus zeitlichen Gründen war mir die Teilnahme am Teamgespräch nicht möglich. Ansprechpartner waren für mich, der zuständige Musiktherapeut, sowie die behandelnden Ärzte und Psychologen. Die Musiktherapie fand in einem der beiden Musiktherapieräume im Untergeschoss der Klinik statt.

Fallbeispiel Frau C. Als ich Frau C. das erste Mal am 26.9.05 traf, um mich ihr vorzustellen und mit ihr ein Gespräch zu führen, hatte ich nur wenige Vorinformationen. Sie ist eine knapp neunundfünfzig jährige Rollstuhlfahrerin, die nach Hirnblutung am 28.9.04 und viermaliger Operation in Folge dessen, wegen schwerer depressiver Episode und spastischer Hemiparese links, zu weiteren abklärenden Untersuchungen und zur Feststellung der verbleibenden kognitiven Fähigkeiten und Physiotherapie, in der Hans-Prinzhornklinik weilt. Die Teilnahme am wöchentlich stattfindenden Singkreis beendete sie, da sie immer wieder in Tränen ausbrach und dies vor den Mitpatienten nicht zulassen wollte. Indikation: Einzelmusiktherapie zur Stabilisierung. Wir treffen uns im Aufenthaltsraum der Station 14. Frau C. sitzt in ihrem Rollstuhl am Fenster und kann nur selten bei der Begrüßung und des Gesprächs Blickkontakt mit mir aufnehmen. Sie spricht sehr leise, die Mimik wirkt unbeweglich. Beständig fließen Tränen über ihr Gesicht. Sie wirkt verlangsamt auf mich, Fragen beantwortet sie stockend. Ihr Denken ist momentan erfüllt von dem Wunsch, an ihrem Geburtstag, am 23.10. ohne Hilfe laufen zu können. Ich erfahre, dass sie zur Musik immer schon eine besondere Beziehung hatte. Sie erzählt, dass sie schon immer viel gesungen hat, Volkslieder, Wanderlieder, Schlager. Die Hausarbeit begleitete sie mit Singen, als eine Art Bewältigungsstrategie, die Arbeit ging ihr dann leichter von der Hand. Sie spielt Mundharmonika, das Wunschinstrument war Klavier, die Eltern konnten es sich finanziell nie leisten, sie zum Unterricht zu schicken. Sie hält sich selbst für musikalisch.

Obwohl sie es sich in ihrem momentanen gesundheitlichen Zustand nicht vorstellen kann, stimmt sie zu, sich einmal in der Woche mit mir zur Musiktherapie zu treffen.

Zum Abschluss singe ich ihr den Schlager „Sing ein Lied, wenn du mal traurig bist“ von Ilse Werner vor. Sie kennt den Schlager und ich freue mich, einige Aufhellungen auf ihrem Gesicht zu sehen.

Die Krankenkurve verrät mir darüber hinaus noch, dass sie mit dem Ehemann in der gemeinsamen Wohnung lebt, die Ehe ist kinderlos. Außerdem sei Frau C. suizidgefährdet. Vorrangiges Ziel nach Absprache mit meinen Kollegen ist die Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit.

Als wir uns am 10.10. das erste Mal zur Musiktherapie treffen, lockt die große Trommel zum Ausprobieren mit den unterschiedlichsten Schlägeln, wobei mir ihre große Unsicherheit auffällt und sie immer wieder Bestätigung wünscht, ob sie auch alles richtig macht. Die Fragestellung „Was geschah in den vergangenen vierzehn Tagen?“, soll einen thematischen Einstieg ermöglichen. Sie sei drei Schritte mit Hilfe gegangen, habe ein schönes Wochenende im Kreis der Verwandten im Garten des Vaters gehabt und habe die sonnigen Herbsttage genossen. Ich schlage vor in eine Improvisation „Herbststimmung“ einzusteigen.



erste Sitzung

große Trommel

Herbststimmung

Die Leier ist das Instrument der Wahl, der zarte Klang gefällt ihr besonders gut. Pausenlos zupft sie zwei bis drei Saiten mit dem Fingernagel, hin und wieder wird dieses Spiel unterbrochen durch ein Streichen der Saiten in absteigender Tonfolge. Ich unterstütze ihr Spiel, das mich selbst an Wasserplätschern und fallende Blätter erinnert, indem ich das Element Luft hinzufüge durch den Einsatz meiner Stimme. Mit dem Monochord bereite ich einen Teppich für die fallenden Blätter. Als wir unser Spiel beenden, beschreibt sie Bilder, die in ihr durch die Musik geweckt wurden. Der Pflaumenbaum in Vaters Garten und Geschichten, die um ihn ranken. Erinnerungen an die herrlichen Pflaumen, die überwiegend zum Kuchenbacken verwendet wurden und in dieser Form das ganze Jahr über die Tiefkühltruhe füllten.

Leier

Erinnerungen

Erinnerungen an die Geburtstage der Schwestern und der Mutter, aber auch den Tod der Mutter. Während sie erzählt, weint sie die ganze Zeit und berichtet wieder, dass der Wunsch zu laufen übermächtig in ihr ist, alle Verwandten sind bereits von dem geplanten Ereignis verständigt. Unser Gespräch findet ein abruptes Ende, da sie angibt müde zu sein, ich fahre sie zurück auf Station.

Resümee der ersten Stunde: Frau C. ist eine Frau, die sehr viel mit Musik verbindet, die Musik liebt und in der durch die Musik ein starkes bildhaftes Erleben geweckt wird. Eine Frau, die in ihren Tränenausbrüchen sehr hilflos auf mich wirkt, die mit ihrem momentanen körperlichen Zustand nicht zurechtkommt, zu einer Krankheitsakzeptanz noch nicht fähig ist.

Reflexion

An unserem dritten Zusammentreffen berichtet sie wieder, drei Schritte mit Hilfe unter starken Muskelschmerzen gelaufen zu sein. Ärzte und Physiotherapeut rieten ihr dringend davon ab, sich so unter Leistungsdruck zu setzen, an ihrem Geburtstag laufen zu wollen, um psychisch ausgeglichener zu werden. Mit leiser erstickter Stimme, unter Tränen, äußert sie „ich muss Geduld mit mir haben“. Wir formen diesen Satz gemeinsam in eine Affirmation um, die bei ihr keinen Leistungsdruck mehr erzeugt, sie in das Bewusstsein hebt, diese Geduld mit sich bereits zu besitzen. „Ich habe ganz viel Geduld mit mir“.

*dritte Sitzung:
„Vorsatz: Ich
muss Geduld mit
mir haben“*

Ich bitte sie, ein Instrument zu wählen, diesen Satz immer wieder zu sprechen und mit Musik zu verstärken. Sie wählt die Trommel und es entsteht eine rhythmisierte Affirmation, die sie bestimmt zehn Mal wiederholt. Immer bestimmter klingen ihre Worte und ihr Spiel bei jedem neuen Durchlauf. Ich soll sie mit dem Monochord begleiten und biete ihr einen Klangteppich, der sie trägt. Frau C. ist selbst überrascht, wie laut und deutlich sie heute die Trommel spielte. Sie hegt den Wunsch, diesen Satz noch lange in sich zu bewahren und so gehen wir auseinander.

*Trommel &
Monochord*

Unser viertes Treffen findet einen Tag nach ihrem Geburtstag statt. Ich bin voller Erwartung zu erfahren, wie sie diesen Tag erlebte. Sie berichtet mir über ihre Erlebnisse nach der vergangenen Musiktherapiestunde, macht den Geburtstag allerdings nicht zum Thema. Die Trommelklänge hatten sie noch tagelang begleitet, auch abends beim Einschlafen waren sie immer wieder präsent und halfen ihr zur Ruhe zu kommen.

vierte Sitzung

Auch heute wählt sie wieder die Trommel, die sie mit einem großen roten Schlägel spielt. Die Oceandrum soll sie begleiten. Gleichmäßig aufeinander folgende Trommelklänge erklingen, in der

*Trommel &
Oceandrum*

Lautstärke variierend hin und wieder unterbrochen, durch ein Streichen des Trommelfells in Schlangenlinien von oben nach unten, untermalt mit dem Rauschen der Oceandrum, die ich behutsam spiele.

Was hat sie gehört? Ihrem spontanen Empfinden nach, sind es Schritte, die dumpf widerhallen.

Reflexion Musikinstrumente können als „äußerst differenzierte und hochwertige Symbolträger fungieren“ (Hartmut Kapteina 1999, 19). Diese gewaltige Trommel, mit einem Durchmesser von einem Meter, erlaubte es, dass Frau C. eine Kraft in sich spüren durfte, die sie in ihrem momentanen Zustand so sehr vermisste. Diese Trommel, die mit ihren dumpfen Klängen, jede Zelle ihres Körpers zum Vibrieren bringen konnte, machte es ihr möglich, sich über ihre Krankheit hinaus zu spüren. Der Wunsch zu gehen, wurde symbolhaft auf dieses Instrument übertragen. Bei der hirnpfysiologischen Verarbeitung von Klang finden komplexe psychophysische Reaktionen statt. Durch diese „erhält die Symbolkraft der Musikinstrumente ihre besondere Qualität. Sie erinnert nicht nur an etwas, sondern sie versetzt den hörenden und spielenden Menschen in den jeweiligen psychovegetativen Zustand, der mit dem symbolisierten Erlebniszusammenhang verbunden ist“ (ebd.).

Abschied von der Trommel Am darauf folgenden Termin erfahre ich, dass Frau C. in dieser Woche entlassen wird. Laut Stationsarzt und Team wird sich an ihrem gesundheitlichen Zustand nichts mehr ändern, für einen weiteren Behandlungsbedarf kann keine Diagnose gestellt werden.

So ist dieser Vormittag überraschend für uns beide mit dem Thema Abschied erfüllt. Für Frau C. bedeutet es hauptsächlich Abschied von der Trommel, die ihr, laut ihrer Aussage eine große Hilfe war, in dieser schweren Zeit. Ein letztes Mal spielt sie das Instrument, wählt wieder den roten Schlägel. Eine sanfte, leise, zärtlich anmutende Musik entsteht, erzeugt durch behutsames Anschlagen mit dem Filzschlegel und streichen über das Trommelfell. Zum Schluss legt sie den Schlägel beiseite und streichelt mit der flachen Hand das Fell. Dabei laufen ihr beständig Tränen über das Gesicht.

Unser folgendes Gespräch macht deutlich, wie sehr sie sich auf Zuhause freut. Sie erwähnt ihre Dankbarkeit gesundheitlich solche Fortschritte gemacht haben zu dürfen, sowie ihre Dankbarkeit für die gute Zeit in der Klinik. Wir singen auf ihren Wunsch hin das Lied „Danke, für diesen guten Morgen.....“, das sie mit Strophen ergänzt, die ihr gerade auf dem Herzen liegen. Eine Strophe heißt dann auch: „Danke, für diese schöne Trommel“.

Der Abschied von der Trommel fällt ihr schwer. Spürt sie vielleicht im Moment, dass es auch ein Loslassen ihres Wunsches zu gehen bedeuten könnte?

Resümee Während meiner Arbeit mit diesen alten Menschen wurde mir stets von neuem klar, welches wundervolle Medium ich zur Verfügung habe. Über die Musik, in der Hauptsache das Liedersingen, war es mir fast immer möglich, Zugang zu den Menschen zu finden, eine Brücke zu bauen, Kontakt herzustellen. Nach anfänglicher Skepsis, in wieweit ich die musikalische Improvisation mit einbeziehen konnte, war ich erstaunt, was möglich war. Der Therapieprozess gestaltete sich als Weg der kleinen Schritte und erforderte meinerseits große Achtsamkeit, kleinste Veränderungen zu bemerken und in den weiteren Therapieverlauf mit einzubeziehen. Leider wurde ich im Klinikalltag immer wieder dahingehend enttäuscht, dass ein kontinuierliches Arbeiten oft nicht möglich war und Prozesse nicht beendet werden konnten, teils aus organisatorischen oder versicherungstechnischen Gründen.

Ich erlebte Menschen, die ihre Stimme wieder entdeckten und das Singen im Alltag integrierten. Menschen, die mir mit erstarrten Gesichtszügen zu Beginn der Musiktherapiestunde gegenüber saßen und am Ende freudestrahlend den Raum verließen.

Menschen, die beim Singen über ihre Fähigkeit staunten, sämtliche Strophen von Liedtexten zu erinnern, die ihren Spieltrieb wieder entdeckten im kreativen Spiel

mit ihnen überwiegend unbekanntem Instrumenten.

Für Frau P., über die ich in meinem Fallbeispiel berichtete, wurde es mit Hilfe der Musiktherapie möglich, sich mit der Vergangenheit auszusöhnen, was mir ihre Reaktion während des Gruppengesprächs deutlich zeigt.

Frau C. konnte ihre Krankheit ein Stück weit akzeptieren und verließ die letzte gemeinsame Musiktherapiestunde mit dankbaren Gefühlen.

Literaturverzeichnis:

Adamek, Karl (1996): Singen als Lebenshilfe. Münster

Aldrige, David (2000): Musiktherapie in der Behandlung von Demenz. Norderstedt

Bossinger, Wolfgang (2005): Die heilende Kraft des Singens. Norderstedt

Decker-Voigt, Hans-Helmut (1991): Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie. München

Feil, Naomi (2002): Validation, ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München

Kapteina, Hartmut (1999): Kommunikation ohne Worte. Die Instrumente der Musiktherapie. In: Gotthilf Vöhringer Schule (Hg): Komplexe Welt der Sinne. Wilhelmsdorf

Muthesius, Dorothea (1999): Gefühle altern nicht. Musiktherapie mit altersdementen Menschen. Vortrag anlässlich des 2. Alzheimerkongresses in Berlin.

download: www.alzheimerforum.de/3/1/6/12mmadp.html

Radebold, Hartmut (2005): Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Stuttgart

Reddemann, Luise (2006): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart

Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen

Stricker-Jannan, Dagmar (2004): Psychiatrie für Pflegeberufe. Troisdorf

zur Person:

Monika Biewald

Meine Praxistätigkeit, war im Gerontobereich der Hans-Prinzhornklinik angesiedelt, wo ich dem dort arbeitenden Musiktherapeuten Gerhard Kupski in dem Zeitraum von April 2005 bis Juni 2006 zugeordnet war.

