

***Aus den Quellen der Erinnerung die Gegenwart speisen. Validierende Musiktherapie mit dementen Menschen***

*Sabine Meier*

Die Lebenssituation des alternden und alten Mensch ist geprägt von Abschieden: Abschied vom Berufsleben, von geliebten Menschen, vom eigenen Zuhause, Abschied aber auch von Aspekten der eigenen Identität. Immer mehr wird im Alter immer weniger möglich, in fast allen Bereichen lassen Fähigkeiten und Vermögen nach, und so erfordert Altern ein „Freigeben“ dieser Aspekte der eigenen Persönlichkeit. Frieden schließen mit dem eigenen Lebensschicksal, aber auch mit diesen persönlichen Verlusterfahrungen der Identität, das ist die große Herausforderung, vor der alternde Menschen stehen. Besonders in unserer sehr von Leistung und dem Ideal einer ewigen Agilität geprägten Gesellschaft muss dafür eine Verlagerung der bisherigen Werte stattfinden. Das erfordert ein hohes Maß an Flexibilität der eigenen Norm- und Wertvorstellungen und eine Auseinandersetzung mit dieser abschiedlichen Existenzform. Die Endlichkeit des Lebens, der nicht mehr ferne Tod erfordert ein Loslassen und die Konzentration auf innere Stärken und Werte.

*Identität im Alter*

„Das Zentrum der Sinngebung sollte jedoch nie auf etwas gelegt werden, worin der Mensch notwendigerweise abnimmt, sondern vielmehr auf etwas, worin er im Zunehmen bleiben kann bis an sein Ende. Dieses betrifft aber nie die weltliche Leistung, sondern das innere Reifen.“ (Dürckheim, S.21).

Dieser positive Ansatz einer „Philosophie des Alterns“ überfordert jedoch viele alten Menschen. Gesellschaftlich eher am Rande stehend, als leistungsunfähig, gebrechlich, ja lästig und auch teuer angesehen, fällt es schwer, diesem Leistungsdenken einen Gegenpol entgegenzusetzen. Das erfordert das Annehmen der eigenen Schwächen, des „Schattens“. Wer diese Integration der Schattenanteile in die eigene Identität nicht lernte, wird im Alter vor große Probleme gestellt und gleitet schnell ab in Verunsicherung, Depression, Trauer oder Vereinsamung.

Der Mensch ist nach Petzold „ein wesensmäßig Bezogener“ (in: Schnauffer-Kraak, 1997, S. 93). Nur in der Bezogenheit können Menschen ihre Kräfte entfalten und persönliche Identität gewinnen. Hier kann ein echtes Beziehungsangebot alten Menschen zu einer großen Hilfe bei der Findung einer neuen Identität im Alter werden.

Dementielle Erkrankungen werden beschrieben als fortschreitende Krankheit, die durch eine dauerhafte und irreversible Gewebeeränderung im Gehirn verursacht wird. Es wird unterschieden zwischen einer Senilen Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT, ca.50 % ) und der Multi-Infarkt-Demenz (MID) und Mischformen (MID/SDAT). Ebenso tritt die meist durch Depression bedingte Pseudo-Demenz auf (bis zu 10 %). Unter dem Begriff „hirnorganisches Psycho-Syndrom“ (HOPS) werden alle nicht eindeutig diagnostizierten dementiellen Erkrankungen zusammengefasst.

*das Krankheitsbild Demenz*

Kernsymptome der dementiellen Erkrankungen sind: eine Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens, nachlassende Urteils- und Kritikfähigkeit, Intelligenzabbau bis zur Einbuße jeglicher kognitiver Fähigkeiten und ein Verlust des Selbstbewusstseins. Diese Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation. Der Kranke kann zunehmend weniger Begriffe bilden, logisch denken, kom-

binieren und Sinnzusammenhänge erfassen. Die Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen steigt stetig – auch durch die immer höhere Lebenserwartung bedingt. Schätzungsweise leiden derzeit 1,3 – 1,8 Millionen Menschen über 65 Jahren an diesem Krankheitsbild.

Die Demenz wird meist in drei Stadien eingeteilt.

- Leichte Demenz* Für Außenstehende sind keine Ausfälle zu bemerken. Der Kranke kann logisch denken, bemerkt selbst allerdings Gedächtnisstörungen im Kurzzeitgedächtnis. Auch Störungen der Orientierung sind zu beobachten. In neuen Situationen braucht der Kranke Unterstützung. Großer Wert wird auf gesellschaftliche Rollen und Normen gelegt. Es besteht keine Einsicht in die Krankheit, im Gegenteil wird versucht, mit allen erdenklichen Mitteln die selbst bemerkten Schwächen zu vertuschen, indem bestimmte Situationen vermieden werden, scherzhaft Fehler überspielt werden. Ebenso können die Kranken mit Angst, Depression und Rückzug reagieren, um diese Situationen zu vermeiden. Mit allen nur erdenklichen Mitteln wird versucht, den drohenden Verlust des Geistes zu verleugnen.
- Mittelschwere Demenz* Die Beeinträchtigungen nehmen deutlich zu, die Kranken verlieren die Selbstkontrolle. Kommunikationsfähigkeit und Sozialfähigkeit nehmen ab, Orientierungsprobleme nehmen zu. Durch ein sehr beschränktes Kurzzeitgedächtnis ist Kontinuität nicht mehr erfahrbar, die Leerstellen werden immer mehr mit Informationen aus dem Altgedächtnis gefüllt. Mehr und mehr leben die Kranken in ihrer eigenen Welt, erkennen die Umgebung und vertraute Menschen nicht mehr. Gravierend sind in dieser Phase der Erkrankung die Verständigungsprobleme, durch das Auseinandertriften der Erlebniswelten und durch Sprach- und Verstehensstörungen bedingt. Allerdings erkennen die Kranken, dass etwas nicht in Ordnung ist, und diese Irritation führt zu starker Verunsicherung. Häufig ist motorische Unruhe zu beobachten, vor allem in den Nachmittagsstunden ein zielloses Umherwandern („sun-downing“). Durch das Gefühl der Nutzlosigkeit und des Versagens kapseln sich die Kranken immer mehr ab. Emotional reagieren die Kranken deutlich, sie nehmen Zuwendung, ein Lächeln und körperliche Berührung wahr. Das Gefühl bleibt einzige Orientierungshilfe für Kranke und Pflegende.
- Schwere Demenz* Diese Patienten sind pflegebedürftig, die aktive und passive Sprachkompetenz verarmt bis zur Inhaltsleere, Wortfetzen und Lallen werden artikuliert, Kommunikation ist bald nur noch nonverbal möglich. Die Kranken werden harn- und stuhlinkontinent, sind kaum noch gehfähig, sehr affektlabil. Meist haben sie eine gute Antenne für Atmosphären; ihr Verhalten ist ein unmittelbarer Ausdruck ihrer Gefühle. Immer mehr einfache, entwicklungsge-schichtlich frühe Reaktionen und Verhaltensweisen treten auf. Von einer Eigenwahrnehmung der Erkrankung kann nicht mehr gesprochen werden.
- Wahrgenommen werden kann eine schöne, entspannte Atmosphäre, eine empathische Haltung der sie umgebenden Menschen. Dies kann sehr zum Wohlbefinden der Kranken beitragen.
- terminale Phase* Die Patienten sind in der Regel bettlägerig. Sie haben Schluckprobleme, sind bewegungsunfähig und somnolent. Auf Außenreize wird nur noch sehr eingeschränkt reagiert, auch die nonverbale Kommunikation ist kaum möglich. Selbst nahestehende Personen werden nicht mehr erkannt. Die Kranken sterben an den

Folgen der Immobilität: Lungenentzündung, Kreislaufstörungen, Dekubitus, geringe Widerstandsfähigkeit gegen Infekte.

Im Folgenden möchte ich zwei besondere Ansätze der Altenarbeit kurz vorstellen, die ich schätzen und nutzen gelernt habe, die sogenannte Biographie-Arbeit und die Validation.

*Neue Ansätze im  
Altenbereich*

Das in den USA in den Sechziger Jahren von Robert N. Butler entwickelte Konzept „live review“ liegt der Biographie-Arbeit zugrunde. Dabei wird davon ausgegangen, dass viele alte Menschen in einer Rückschau versuchen, ihrem Leben einen Sinn zu geben. „Das Erinnern dient der Versicherung eigener Identität und des eigenen Wertes.“ (Osborn, Schweitzer, Trilling, S. 10). Das Versöhnen mit dem eigenen Schicksal, die Akzeptanz der Diskrepanz von Lebensträumen und der Wirklichkeit wird angestrebt. „Nebenprodukt“ dieser versöhnlichen Lebensbilanz ist der Zuwachs an Stärke, Gelassenheit und Lebensfreude, die eine positive Beschäftigung mit der eigenen Geschichte mit sich bringt.

*Biographie-  
Arbeit*

In der Biographie-Arbeit wird mit Gegenständen der Vergangenheit, mit Theater und Malen gearbeitet. Sehr gut eignet sich dazu Musik, die das Gedächtnis in besonderer Weise emotional anspricht. „Erinnerungen werden wach, die mit Worten nicht hervorzulocken schienen.“ (Osborn u.a., S. 53). Dorothea Muthesius, seit Jahren als Musiktherapeutin im Altenbereich tätig, hat Musikerfahrungen, verknüpft mit den Lebenserfahrungen alter Menschen, in zwei Büchern festgehalten (Muthesius, 1997, 2001).

Dieser Begriff wurde von Naomi Feil in den Sechziger Jahren als neuer Ansatz des Umgangs mit dementen Menschen entwickelt. „Validation basiert auf einer Geisteshaltung, die älteren Erwachsenen, die an Demenz vom Typ Alzheimer erkrankt sind und die darum kämpfen, vor ihrem Tod noch bestimmte Aufgaben zu erledigen, vor allem Respekt und Einfühlung entgegenbringt.“ (Feil, 1993, S. 49). Die Betreuerinnen versuchen, in die Realität des Kranken „abzutauchen“, um seine Erlebnis- und Bedürfnisebene zu erspüren – er kann sich ja nicht mehr in „unsere Realität“ rückorientieren. Es wird versucht, eine Atmosphäre des Vertrauens herzustellen, in der der Kranke sich nicht bedroht oder verunsichert fühlt. Der Patient ist immer der Ausgangspunkt; seine Äußerungen in Gestik, Mimik, Atem, Stimme, Körperhaltung zeigen seine jeweilige Stimmung und sind Grundlage für den Kontakt. Die Ressourcen des Kranken stehen im Zentrum, und dies stärkt den Kranken, gibt ihm ein Gefühl von Identität.

*Validation*

Naomi Feil entwickelte eine Vorgehensweise auf Gesprächsebene, die nicht verwirrt, indem auf Realitätsverlust hingewiesen wird, sondern stärkt, indem die momentanen Themen der Kranken einbezogen werden. Redet ein Kranker ständig von seiner Mutter, wäre es falsch, ihn auf ihren Tod vor 30 Jahren hinzuweisen – dies wäre für ihn eine unglaubliche Mitteilung. Für ihn hat diese Rückorientierung in die frühe Kindheit eine tiefe Bedeutung, er sehnt sich nach Nähe und Vertrauen. So sollte versucht werden, eine Atmosphäre zu schaffen, in der für ihn diese Gefühle erlebbar werden. Schlaf- oder Wiegenlieder würden ihm dieses Gefühl vermutlich vermitteln können.

Überhaupt wäre zu prüfen, „ob nicht auch viele der konkreten behandlungstechnischen Hinweise, die die Validation vor allem auch für den verbalen Teil der Kommunikation ausgearbeitet hat, in das Methodenrepertoire der Musiktherapie mit alten Menschen integrierbar wären...“ (Tüpker, 2001, S. 97). So kreiert Rosemarie Tüpker den Begriff der „validierenden Musiktherapie“. Validere, ein lateinisches

nisches Verb, kennt drei Bedeutungszusammenhänge: stark, gesund sein; können, imstande sein; wert sein, gültig sein....; mit einer Haltung der Wertschätzung können die Anteile zur „Gesundung“ gestärkt werden.

*Validierende  
Musiktherapie*

Kurz möchte ich meinen eigenen Ansatz vorstellen, da er meine Arbeit und meinen Stil im therapeutischen Setting prägt.

Ich verstehe die körperlich-seelisch-geistige Entfaltung eines jeden Menschen als einen lebenslangen Prozess. Menschen in allen Altersstufen können sich weiterentwickeln. Im Vordergrund steht für mich der jeweilige Mensch mit seinem einzigartigen Sosein, das ich mit einer inneren Haltung der Achtung und des Interesses erkennen und erspüren kann. Wir Menschen sind aufeinander bezogen, wir sind deshalb miteinander verbunden und wir wollen als fühlende, denkende, handelnde Wesen geachtet, angenommen und verstanden werden. So versuche ich in meiner Arbeit, eine Atmosphäre des Verbundenseins und Angenommenseins im jeweiligen Sosein zu schaffen.

*Validierende Musiktherapie*, wie ich nach R. Tüpker meinen Ansatz bezeichnen möchte, grenzt sich ab von einem defizit-orientierten Ansatz mit dem Schwerpunkt auf Erhalt und Steigerung der Fähigkeiten (Brighth, Blanckenburg in den 80er Jahren). Der entwicklungs-offene Ansatz stellt die Person mit ihren noch vorhandenen Ressourcen ins Zentrum. Die Wahrnehmung all ihrer „Äußerungen“ legt die Spur zum Kranken und führt die Therapeutin.

Awareness und Flexibilität sind gefordert, und eine „Mitbewegung“ führt zu gemeinsamen Kommunikationsfeldern.

„Offene Räume“ im übertragenen Sinn sind Voraussetzung für diese Haltung – offener Raum in mir und im Setting, damit scheinbar Verlorengegangenes, Entschwundenes, Gestaltloses wieder Gestalt, Identität erhalten kann, und sei es nur für Momente.

*Das Alten- und  
Pflegeheim  
St. Meinrad in  
Ravensburg*

Das Alten- und Pflegeheim St. Meinrad in Ravensburg ist ein „ganz normales“ Altenheim. Es liegt mitten in einer in den sechziger Jahren erbauten Siedlung. Im Moment befindet sich alles im Umbruch – ein Neubau wurde letztes Jahr begonnen, dafür auch Teile des alten Heimbereiches abgerissen, so dass viele BewohnerInnen innerhalb des Heims umziehen mussten.

Im Heimbereich leben auf 4 Stationen ca. 80 Menschen, mit unterschiedlichstem Betreuungs- und Pflegebedarf. Eine kleine Einheit wurde speziell auf die Pflege Dementer ausgerichtet. Angegliedert ist ein Tagespflege-Angebot, ein Mittagstisch für umliegende Senioren wird angeboten.

Seit 1991 wechselte das Haus vom Caritas-Verband Württemberg zur St. Anna-Hilfe der Stiftung Liebenau, einer katholischen gemeinnützigen Einrichtung.

Ich arbeite dort musiktherapeutisch 2 Stunden pro Woche, eine Stunde mit einem Angebot für die dementen Menschen auf oben erwähnter Station mit 6 BewohnerInnen. Die andere Stunde in einer eher offenen Runde, im Flurbereich in einer Sitzecke, mit BewohnerInnen mit sehr unterschiedlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten (BewohnerInnen mit beginnender Demenz, aber auch teilweise geistig noch sehr rege). Hier gibt es einen festen Personenstamm von singbegeisterten Menschen, der ergänzt wird mit Teilnehmern, die unregelmäßig, teils durch ihre labile gesundheitliche Verfassung bedingt, dabei sind.

Ich konnte zu Beginn meiner Arbeit ein kleines Instrumentarium anschaffen, Rhythmusinstrumente wie Rasseln, eine Handtrommel, eine Kinderleier, ein Glockenspiel, eine kleine Kalimba und ein Ballaphon. Ein paar Instrumente waren schon vorhanden, Claves, eine Handtrommel und ein Schellenkranz.

Der Hausmeister baute für mich zum Transport einen Pflegewagen um, so dass ich mit dem „Musikwägelchen“ durch die Flure ziehen kann.

Ich war einerseits zu Beginn meiner Praxiszeit sehr offen, allerdings wollte ich die musikalische Improvisation in den Mittelpunkt stellen. Doch sehr schnell und unmerklich entwickelte sich eine Konzentration auf das Singen von Liedern. In der Sprache eingeschränkte Menschen beteiligen sich meist auf begleitende Weise mit Instrumenten an unserer Musik. So erfahren sie eine Stärkung ihrer Persönlichkeit – sie werden gebraucht und auch wieder gehört. Inzwischen entwickeln sich vor allem in der Arbeit mit den dementen Menschen immer mehr Situationen, in denen Klang und Kommunikation mit Instrumenten den Raum füllen.

#### Von Musik umgeben

Musik- umfassender Klang- umgibt uns Menschen das ganze Leben. Das Hörsystem ist erwiesenermaßen das erste voll ausgebildete Sinnesorgan. Schon ab dem 5. Schwangerschaftsmonat reagieren ungeborene Kinder auf Klänge mit Blinzeln (Nöcker-Ribaupierre, 1996, S. 132 ). Am Ende unseres Lebens verbindet uns als letztes funktionsfähiges Sinnesorgan das auditive Vermögen mit der Welt.

Ebenso nimmt das Hörsystem durch seine relative Unverletzlichkeit eine Sonderstellung unserer Sinne ein – im Gegensatz zur Verarbeitung aller anderen Sinnesreize, die über die Großhirnrinde geschehen, werden akustische Reize subkortikal verarbeitet. Im Colliculus inferior als erstem Integrationszentrum werden die Reize weitergegeben an motorische und prämotorische Zentren und über den Thalamus ans Limbische System. Über diesen Weg findet dann eine kortikale Verarbeitung im Großhirn statt. Nach neuesten Forschungen dürfte also ein direkter, vom Kortex unabhängiger Weg der akustischen Beeinflussung nicht nur vegetativer, sondern auch emotionaler und motivationaler Verhaltensweisen bestehen, die auch bei schwerer Beeinträchtigung des Kortex erhalten bleiben (Nöcker-Ribaupierre, 1996, S.132 ). Dies liefert die Basis für die Indikationsstellung von Musiktherapie für die der Verbalisierung nicht zugänglichen Bereiche. Die Sprache der Musik kann genutzt werden zur Kommunikation ohne Worte – eine neue Ebene der Kommunikation wird betreten.

*Musiktherapie  
mit dementen  
Menschen*

*Die Wirkkraft  
von Musik*

Durch die direkte Verbindung von akustischen Reizen und dem Limbischen System, unserem Gefühlszentrum, spricht Musik direkt Emotionen an. Diese Eigenschaft der Musik ist in der Arbeit mit dementen Menschen von besonderer Bedeutung, denn die emotionalen Fähigkeiten bleiben sehr viel länger aktiv. Musik erreicht die Emotionalität ohne Denken. Werden so Emotionen reaktiviert, ebnet sich ein Weg zum Kranken, ein validierender Umgang mit seinen Gefühlen stärkt und stabilisiert ihn.

*Musik wirkt emo-  
tionalisierend*

Dem Rhythmus obliegt die strukturierende Funktion in der Musik. Seit Beginn unseres Lebens sind wir von rhythmischen Elementen umgeben, sei es der Herzschlag der Mutter, die eigene Atmung, Tag und Nacht...Nach Aldridge ist“ Rhythmus der Schlüssel zum integrativen Prozess sowohl von musikalischer Wahrnehmung als auch physiologischer Kohärenz „ (Aldridge, 1999, S. 8).

Ebenso fungiert Rhythmus als Integrationshilfe im sozialen musikalischen Miteinander. Gemeinsames Klatschen zu Melodien oder das Finden eines gemeinsamen Rhythmus verbindet.

Auch bekannte oder erinnerte Lieder oder Musikstücke haben stark ordnenden Charakter. Anfang und Ende sind vorgegeben, die Melodie bleibt gleich, auch

*Musik ordnet und  
strukturiert*

wird schon zu Erwartendes gehört, was sehr zur Stabilisierung in einer unsicheren Welt mit lauter Überraschungen im Leben eines dementen Menschen beiträgt.

*Musik löst Erinnerungen aus*

Dieses Phänomen kennen wir vermutlich alle. Bestimmte Musik lässt uns erlebte Situationen und die damit verbundenen Emotionen erfahrbar machen. Es ist ein Anknüpfen an diese Gefühle möglich, sei es nun Freude, Traurigkeit, Glück...Die Musik wird Symbol für ein bestimmtes Gefühl. Diese Symbolik ist jederzeit abrufbar, bis ins hohe Alter und auch bei schwerster Gedächtnisstörung. Musik scheint resistent gegen viele Formen des Vergessens zu sein. Diese Erinnerungsträchtigkeit ist eine sehr wichtige Eigenschaft der Musik bei der Arbeit mit dementen Menschen.

*Musik lässt Zugehörigkeit erleben*

Das Erleben von gemeinsam gesungenen Liedern oder gemeinsamem Musizieren verbindet die Menschen untereinander. Gleicher Rhythmus, gleiches inneres Mitschwingen, auch die Inhalte der Lieder lassen Verbindung und Vertrauen entstehen. Erinnerungen werden mitgeteilt und auch geteilt, gemeinsam werden mehrere Strophen erinnert, schunkeln und klatschen, den anderen dabei berühren, dies alles verstärkt das Gefühl der Zugehörigkeit.

*Musik – der „Königsweg“ zu den Demenzkranken*

Alle diese vorher beschriebenen Eigenschaften von Musik lassen Musik zu *dem* Weg zu dementen Menschen werden, dem „Königsweg“ eben, wie eine Broschüre der Alzheimer Gesellschaft den Einsatz von Musik bei der Betreuung von Demenzen bezeichnet.

Die meisten heute alten Menschen verfügen über einen recht großen Liederschatz, ob Volkslieder wie „Das Wandern ist des Müllers Lust“ oder Schlager der 20er Jahre, etwa „Oh Donna Clara“. Beeindruckend ist es zu erleben, wie auch völlig desorientierte Menschen bei ihnen wohl bekannten Liedern Reaktionen zeigen, sogar wieder ins Mitsingen und Sprechen kommen, wie meine eigenen noch auszuführenden Erfahrungen zeigen. Dieser „Liederschatz“ ist ein wirklich wertvoller Schatz, den es zu heben gilt. Dafür nötig ist der entsprechende Schlüssel, und den zu finden muss sich die Therapeutin auf die Suche machen.

Nach meiner Erfahrung inzwischen birgt die Musik in sich heilende, öffnende, nährende und bewegende Kräfte. Sie kann die Brücke schlagen zum verschütteten Wesen des dementen Menschen, kann ihn an seiner Identität emotional anknüpfen lassen, kann bei Aufarbeitung von noch nicht bewältigten Lebensthemen helfen (oft auch „nur“ durch das Singen eines ganz besonderen Liedes und ein Gespräch darüber). Dies alles trägt zur Stärkung in der jeweiligen Situation bei, hilft zur Selbstfindung, wenn auch manchmal nur für Augenblicke, und schafft schöne Erlebnisse. Ob Musiktherapie mit Liedern, ob als freie Improvisation – bei mir begann sich eine Mischform zu entwickeln, die in dem offenen Rahmen entstehen konnte, und bei der sowohl Instrumente als auch die Stimme zum Klingen kommen, wobei der Focus meist auf den Liedern lag. Allerdings schätze ich die Arbeit mit Liedern bei dementen Menschen in Stadium eins und zwei als fruchtbarer ein – mit Vertrautem umgeben zu sein wirkt meiner Ansicht nach stärkend, die Arbeit mit Instrumenten, die ja doch fremd und ungewohnt sind, kann eher verwirren. Im dritten Stadium der Demenz, wo Sprachfähigkeit und Singen meist ganz versiegt sind, kann auch die Arbeit mit Klängen, dann rezeptiv erlebt, oder wenigen ausgewählten Liedern, der Stimme oder Musikstücken sehr hilfreich sein.

- Erhöhung der Lebensqualität
- Erhaltung und Entwicklung von persönlichen Kompetenzen
- Stabilisierung und Stärkung der Identität
- Aufbrechen von Vereinsamungstendenzen
- Erleben von sozialen Kontakten
- Verarbeitung ungelöster anhängiger Themenbereiche
- Erhöhung der positiven Gestimmtheit
- Raum geben für die Suche nach dem Ich
- Atmosphäre des Angenommenseins vermitteln

*Therapieziele*

Bei meiner Beschäftigung mit dem Thema stieß ich auf einen Artikel über „Atmosphären in der integrativen Therapie“ von M. Schnauffer-Kraak ( in: Musiktherapie in der klinischen Arbeit, 1997, S. 91 ff.), der mich sehr beeindruckte und für die Arbeit mit dementen Menschen bedeutsam ist. „Atmosphären sind Dimensionen des Namenlosen und Unausprechlichen“ (Petzold, 1993, 330, ebenda ) – in diesen Dimensionen des Seins leben demente Menschen.

*Atmosphären*

Alle Situationen, die wir erleben, sind von Atmosphären umschlossen, die als Strukturen im Organismus gespeichert werden. Diese sind Grundlage und Raster für die Aufnahme und die Art der Speicherung von weiteren Erfahrungen. Durch dieses im Leibe eingeschrieben Sein können diese Erfahrungen durch ähnliche Impulse in der Gegenwart wiederbelebt werden. Dazu ist „nur“ eine ähnliche Atmosphäre notwendig, an Erlebniswelten kann somit auch von Menschen mit reduzierten geistigen Möglichkeiten angeknüpft werden. Ein Geruch, ein Klang, ein Lied kann Resonanz wecken.

Auch „ungeschlossene Gestalten“, Verdrängtes und Abgespaltenes wirken mit diffusen Äußerungen in die Welt hinein und drängen nach Schließung. In der therapeutischen Arbeit wird für diese Situationen Achtsamkeit, „awareness“, gefordert, und gerade in der Arbeit mit alten oder dementen Menschen ist die Verarbeitung dieser verdrängten Erfahrungen wichtig für ein friedliches Beenden eines Lebens.

Atmosphären lassen sich mit Musik so treffend gestalten wie mit keinem anderen Medium.

Die Arbeit mit der Stimme ist meiner Meinung nach etwas ganz Besonderes, und auch das Singen von Liedern in bestimmter Form zähle ich dazu. Die Stimme ist unser individuelles Instrument – wir haben es immer dabei, wir sind im Gebrauch geübt, wir sind damit vertraut – und doch besteht eine gewisse Scheu, die Stimme in der Therapie zu benutzen. Für mich sind freie Improvisationen meist am Intensivsten, wenn Stimme und Gesang in freier Form erklingen.

*Musiktherapeutische Arbeit mit Liedern: Die menschliche Stimme*

Nun arbeite ich ja vor allem mit Liedern, also in vorgegebenen Strukturen. Text, Melodie, Rhythmus – die Gestalt ist schon erschaffen, gibt Halt und Stütze, Orientierung, und doch ist für mich diese Arbeit mit der Stimme von besonderer Intensität.

„Aus der Stimme klingt unsere Persönlichkeit in all ihren verschiedenen Anteilen, unsere Psyche tönt hindurch, unsere so oder so „gestimmte“ Seele“ (Decker-Voigt, 2000, S. 279). Das kennen wir: der „Frosch im Hals“, wenn wir aufgeregt sind; das Zittern in der Stimme, wenn wir emotional angesprochen sind – Sabine Rittner fand 90 Redewendungen, die diesen Zusammenhang von seelischer „Gestimmtheit“ und Stimme ausdrücken. Auch besitzt unsere Stimme einen sehr hohen Appellwert. Auf den Klang der Stimme reagiert der Mensch unmittelbar und

berührt. Nach Untersuchungen von Tomatis reagiert der Fetus auf die Stimme der Mutter, sie schlägt eine Brücke vom Innenraum zum Außenraum ( Decker-Voigt, 2000, S. 283 ). Die Stimme des Säuglings ist für ihn selbst die Verbindung zum Außen, zu Kontakt und Befriedigung seiner Bedürfnisse. „...lebenslang werden wir in den Tiefen unseres Unbewussten mit Stimmausdruck eine „heile Welt“ assoziieren“ (Decker-Voigt, 2000, S. 282). Wenn mir etwas „Atemberaubendes“ „die Sprache verschlägt“, wenn mir etwas „ zum Hals heraushängt“, ich „die Zähne zusammenbeiße“, wird umgangssprachlich auf die Verbindung von Emotionen und Hals-Rachenraum und Stimme hingewiesen. „Atmung und Stimme sind für die emotionale Oszillation zwischen Innenraum und Außenraum, für den Ausgleich zwischen Eindrucks- und Ausdruckspotentialen im Menschen von zentraler psychohygienischer Bedeutung“ (S. Rittner, 1990, S. 108). Gerade bei alten oder dementen Menschen unterstützt diese Verbindung zur Psyche ihre Möglichkeiten der Psychohygiene – wie oft erleben wir bei alten Menschen einen verbissenen oder verkniffenen Gesichtsausdruck.

Singen hat auch körperlich nicht zu unterschätzende Wirkung, vor allem bei alten Menschen, die nicht mehr viel in Bewegung sein können. Die Atmung, oft sehr verflacht im Alter, wird intensiviert, ein gutes Atemtraining, und Lieder regen zu Bewegung an, sei es auch nur im Sitzen. Ich behaupte, dass auch die innere Mitbewegung bei einem Wanderlied oder einem Tango schon einen bewegenden Effekt besitzt.

Die menschliche Stimme verändert sich natürlich durch den Alterungsprozess. Der Stimmumfang wird deutlich kleiner, eine Folge der Verhärtung des Kehlkopfes im Alter, und das Zittern in der Stimme ist uns allen bekannt. Das allerdings ist vor allem eine Frage des nicht geübt Seins. Diese Veränderung kann Verunsicherung hervorrufen. Eine Frau fragt öfters besorgt danach, wie ihre Stimme denn klinge, und wird von den Mitsingenden dann beruhigt. Ihre allgemeine Verunsicherung findet hier auch ihren Ausdruck. Die erlebte Fremdheit in der Stimme ist meines Erachtens Abbild für die Identitätsirritation überhaupt, mit der diese Frau nun im Alterungsprozess konfrontiert wird. Hier kann mit Unterstützung der Therapeutin eine Identitäts-Stärkung stattfinden, ein Identitätsgewinn durch das eigene Hören.

### *Die Arbeit mit Liedern*

„In Liedern, die den Patienten bekannt sind, ist quasi ein Stück Leben codiert bzw. eingeschmolzen, was durch Jahre - oder jahrzehntelanges Pausieren in Vergessenheit geraten konnte, aber bei Gebrauch sofort wieder die alte Lebendigkeit erreichen kann.“ (Schwabe, in: D. Muthesius, MTU 1990, S. 132 ). Gerade diese Lebendigkeit, die Emotionalität betrachte ich als das Wertvolle bei dieser Arbeit – das Anknüpfen an einprägende Erlebnisse, das Eintauchen in Atmosphären, die eindrücklich waren. So können gerade demente Menschen sich ihrer selbst rückversichern, einen Teil ihrer verlorengegangenen Identität wiederfinden, sei es auch nur für kurze Zeit. Diese emotionale Erfahrung stärkt die Person. „Personare“-durchtönen – im Singen und Klingen wieder Selbst werden.

Erstaunlich sind Erlebnisse – und sie finden in meiner Arbeit mit Dementen häufig statt, - dass Menschen, die sich nicht mehr verständlich äußern können, plötzlich den Refrain eines Liedes lautstark mitsingen. Dieses Lied, die damit verbundene Erfahrung, liegt auf einer sog. „Erinnerungsinsel“, einem Phänomen bei Demenzerkrankungen, erklärbar im Kontext der Emotionalität dementer Menschen – diese Fähigkeit bleibt ja sehr lange erhalten.



Das gemeinsame Singen besitzt eine große soziale Wirkung. Das Miteinandersingen- und Schwingen, das Eintauchen in die Melodien und der gemeinsam erlebte und oft mitgestaltete Rhythmus verbinden. Auch wird die „Zusammenarbeit“ positiv erlebt – der Text wird gegenseitig ergänzt, jemand weiß plötzlich noch eine neue Strophe, kurz das Erlebnis von Gemeinschaft wird spürbar. Das bedeutet für demente Menschen eine besonders wichtige Erfahrung, da ihre Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme teilweise völlig eingeschränkt sind. Es wird eine „normale“ soziale Situation erlebt – die Menschen, mit denen ich täglich umgeben bin, kommunizieren mit mir!

Bei der Liedauswahl lasse ich mich leiten von Anregungen aus der Gruppe und von Stimmungen, die ich wahrnehme, oder die geäußert werden. Demente Menschen sind meist nicht mehr in der Lage, ein Lied zu benennen, das sie gerne singen, sie steigen auf meinen angesungenen oder gesummtten, auch mal gepfiffenen Vorschlag ein – oder nicht. Dann allerdings kann es geschehen, dass doch ein weiteres Lied genannt wird – die Erinnerung ist angeregt.

Ich bin immer wieder erstaunt über das Repertoire an Liedern, ob Volkslieder oder alte Schlager, das bei alten Menschen als Schatz angelegt ist. Doch wenn wir uns die damalige Lebenssituation vorstellen, wird es verständlich: die Möglichkeiten, Musik zu hören, waren in den zwanziger Jahren sehr eingeschränkt. Kaum Gramophon, selten Radio – vor allem live war Musik zu hören, entweder selbst produziert oder von einer Kapelle zum Tanzen gespielt. Die Wandervogel-Bewegung spazierte meist mit einem flotten Lied auf den Lippen durch die Welt, im Kino sah man die Filme, von denen man die Lieder dann als Ohrwurm mit nach Hause nahm. So richte ich meine Liedauswahl danach aus, was bekannt sein könnte. Oft orientiere ich mich an den Jahreszeiten, bringe Blumen oder andere Anregungen mit.

Ich arbeite mit zwei recht unterschiedlichen Gruppen von alten Menschen im Altenheim. Im Folgenden beziehe ich mich auf die Arbeit in der Gruppe mit demen- *Meine praktische Arbeit*

Einmal die Woche am Nachmittag besuche ich die Menschen auf der Pflegestation. Die Musiktherapie-Stunde findet im gemeinsamen Wohnraum statt, in dem sich die meisten BewohnerInnen tagsüber aufhalten. Zu Beginn meiner Tätigkeit hatten wir einen recht gemütlichen kleinen Aufenthaltsraum zur Verfügung, durch die Umbaumaßnahmen mussten die BewohnerInnen in den „Keller“ ziehen – nicht dunkel, aber nicht mehr so freundlich. Hier führt eine Wendeltreppe in das obere Stockwerk, direkt in den Wohnraum dort, und wir erlebten schon viele Stunden gemeinsamen Singens, ohne uns gegenseitig zu sehen. Natürlich bringt diese Verbindung auch Nachteile mit sich, vor allem Unruhe und Ablenkung. *Das Setting*

Die Gruppe der Menschen, mit denen ich arbeite, veränderte sich im Laufe der ein ein halb Jahre, durch Tod oder Umzug bedingt. Meist nehmen fünf bis sechs Personen an den Stunden teil.

Herr S.: seit 5 Jahren im Altenheim; geboren 1923, verwitwet, danach wieder in einer Beziehung lebend, 2 Kinder. Zu den Kindern besteht kein Kontakt, die Lebensgefährtin besuchte ihn lange Zeit, jedoch inzwischen nicht mehr häufig. *Die TeilnehmerInnen*

Die Teilnehmerinnen

Diagnose: Demenz

Interessen: Garten, Handwerkern, Musikhören. Er war Einzelgänger.

Herr S. sitzt im Rollstuhl, ist fixiert, schläft oft. Reden fällt ihm sehr schwer, er ist jedoch bemüht, sich zu beteiligen. Sein plötzlich wacher Blick, Mitsingen, manchmal auch Reden fällt auf. Er hat große Mühe, Bewegungen gezielt auszuführen.

Frau B.: seit 2 Jahren im Altenheim; geboren 1921, ledig. Kontakt zur Schwester und Verwandtschaft. Sie hatte ein bewegtes Leben, führte den Haushalt auf einem Gutshof bei München, kam wegen ihrer kranken Mutter wieder nach Hause.

Diagnose: Osteoporose, Polyarthrose, Wirbelsäulensyndrom.

Interessen: Lesen, Reisen, Fernsehen, Gartenarbeit.

Frau B. ist kontaktfreudig und aufgeschlossen. Sie sitzt im Rollstuhl, ist häufig von Schmerzen geplagt. Sie kennt viele Lieder, spielt sehr gerne Glockenspiel.

Frau J.: seit 5 Jahren im Altenheim, geboren 1917, ledig. Sie hat keine familiären Kontakte, wurde verwaist in ihrer Wohnung aufgefunden.

Diagnose: Demenz Alzheimer, Diabetes, Schwerhörigkeit.

Interessen: keine Angaben.

Frau J. war anfangs sehr in sich zurückgezogen und verwirrt, schmierte mit Kot. Sie erwacht immer mehr aus ihrer Isolation, nimmt Kontakt zu den BewohnerInnen auf. Sie redet unruhig vor sich hin, immer dieselben Wörter, die niemand versteht. Freut sich inzwischen oft und lacht. Sucht Körperkontakt. Instrumente will sie meist aufmachen, untersuchen...- den Zweck des Gegenstandes kann sie nicht mehr erkennen.

Frau T.: seit 2 Jahren im Altenheim, geboren 1916, verwitwet, keine Kinder. Kontakte zu Schwester und Nefte.

Diagnose: Demenz vaskulärer Genese, Osteoporose, grüner Star, Brustkrebs, Alkoholikerin.

Interessen: Kino, Musik, Theater.

Sie floh 1958 mit ihrem Mann in den Westen, war Schneiderin. Als Mädchen spielte sie Mandoline in einem Orchester. Kann inzwischen fast nicht mehr sehen. Sie kennt viele Lieder, hat starke Stimmungsschwankungen, nimmt wenig am gemeinsamen Leben teil.

Frau S.: seit 2 Jahren im Altenheim, geboren 1912, verwitwet, keine Kinder. Kontakt zu Schwägerinnen und Nichten.

Diagnose: Kognitive Defizite, akutes Coronarsyndrom, Atemwegs-infarkt.

Interessen: Handarbeit, Lesen.

Sie floh über Dänemark nach Ravensburg, lernte dort ihren Mann kennen. Sie liest Zeitung, ist noch interessiert, aber auch verwirrt, meist mit nur einem Schuh unterwegs. Ist offen, doch zurückhaltend, spielt gern Claves.

Frau H.: seit 2003 im Altenheim, geboren 1910, verwitwet, eine Tochter, ständiger Kontakt.

Diagnose: Demenz Alzheimer, Schwerhörigkeit, art. Hypertonie. Interessen: war gerne Hausfrau, nicht kontaktfreudig. Sie ist ständig unterwegs, sehr unruhig und verwirrt, kann sich schlecht einleben. Sie wird teilweise aggressiv gegen andere BewohnerInnen, spaßeshalber, trommelt aber gern und hört dann auch alles. Kennt offensichtlich wenig Lieder, lebte zurückgezogen, fixiert auf ihre Tochter.

### *Verlauf einer Stunde*

Ich fahre mit meinem Musikwagen auf die Station. Die BewohnerInnen sitzen am Tisch im „Wohnzimmer“, teilweise noch mit Kaffeetasse und Keksen. Ich begrüße die Runde, jede mit Handschlag und einem kurzen persönlichen Wort, und werde auch selbst begrüßt als „die Frau mit der Musik“.

Ich gehe noch durch den Flur, um Frau S. und Frau T. einzuladen. Sie halten sich oft im Zimmer auf, kommen aber meist gerne dazu.

Im Wohnzimmer muss ich die Sitzordnung etwas verändern, damit alle um einen Tisch Platz finden. Für Frau S., die noch kommt, stelle ich schon einen Stuhl bereit.

Dann lege ich die Instrumente auf den Tisch. Frau H. sagt: „Ach die schon wieder! Heut kann ich aber nicht mitmachen!“ und zeigt mir ihre etwas zitternden Hände, worauf ich neben sie trete, ihre Hände in meine nehme und sie beruhige. Ich versuche ihr zu vermitteln, dass sie auch nur zuhören oder ins Zimmer gehen dürfe. Frau B. sieht mich erwartungsvoll an. Frau J. murmelt ihre unverständlichen Worte, doch als ich zu ihr hingehe, ihr die Hand reiche und sie nochmals begrüße,

sagt sie: „Grüß Gott, ja.“ Auf meine Frage, wie es ihr gehe, redet sie davon, dass ihr Rücken jucke, und mit ihrem Einverständnis reibe ich sie ein wenig, was sie sichtlich genießt.

Ich stelle einige rote Rosen auf den Tisch zwischen die Instrumente. Das gibt Reaktionen von „Oh wie schön“ bis „Ob die wohl duften?“

Nach einer Riechprobe, bei der ich die einzelnen riechen lasse, stimme ich meine Gitarre, die uns durch die Lieder führt. Es herrscht erwartungsvolles Schweigen.

Dann lade ich alle ein, unser Begrüßungslied zu singen. Die Melodie ist von einem süddeutschen Volkslied, den Text hielt ich ganz einfach: „Grüß Gott und hallo, wir sind alle da, Grüß Gott, Frau ..., Grüß Gott, hallo. Holadihia, holadio, holadihia, holadio.“ So begrüßen wir eine nach der anderen persönlich, ich benenne immer den als nächstes zu Begrüßenden (nach der Sitzordnung), und alle freuen sich und fühlen sich angesprochen. Frau S., die inzwischen aus dem Zimmer zu uns gestoßen ist, verneigt sich ein wenig, als sie angesungen wird. Frau B., die meist sehr beteiligt ist, wirkt immer etwas verlegen bei der persönlichen Begrüßung. Frau H., erst drei Monate im Altenheim, schaut etwas irritiert, singt dann mit ihrer tiefen Stimme „Holladihia...“ mit und schaut zu mir, ob sie es auch richtig macht.

Dieses Lied, einfach und doch fremd, wird inzwischen von allen mitgesungen – der Refrain ist ja auch bekannt oder einfach gestaltet. Nur Herr S. singt nicht mit – er singt sehr selten. Neben ihm setze ich mich normalerweise, denn er benötigt meine direkte Hilfe, wenn er den Schellenkranz oder die Trommel spielen will. Auch Berührung zur Unterstützung des Gesagten oder beim Schunkeln z.B. lässt ihn eher angesprochen sein.

Ich verteile nun nach Interesse die Instrumente bzw. lege sie in Reichweite der Personen. Frau B. mag gern das Glockenspiel, auf dem spielt sie kurz ein paar Tonleitern. Frau H. stelle ich die Handtrommel in Reichweite. Obwohl sie immer in Abwehr ist, spielt sie oft sehr klar und rhythmisch mit. Frau S. streckt die Hand aus – sie möchte die Claves, die sie dann und wann spielt, sie hält sie auch sehr gerne in den Händen. Herr S. schläft ein. Frau J. mag kein Instrument, sie wehrt deutlich mit den Händen ab, als ich ihr die Rassel anbiete.

Durch die Rosen angeregt, kommt auf meine Frage nach einem Lied von Frau B. „Rosenstock, Holderblüh“, und das singen wir dann gemeinsam. Alle singen mit, Frau H. brummelt etwas, kennt es nicht so recht. Dann ergreift sie den vor ihr liegenden Schlegel und beginnt den Rhythmus zu schlagen. Stetig, sicher, nicht laut, gerade richtig zu unserem etwas dünnen Gesang. Sie schaut öfters zu mir rüber, um sich zu vergewissern, dass sie es richtig macht. Ich nicke ihr bestätigend zu. Ihre Hörprobleme sind anscheinend verschwunden. Frau J. strahlt mich an. Bei ihr dauert es oft eine Weile, bis sie einsteigt, und durch persönliche Aufforderung von mir oder einer Nachbarin gelingt es am besten. Die Stimmung ist gut, der Dreier-Takt flott.

Der nächste Vorschlag kommt mangels eines anderen von mir, und von den Rosen angeregt, singe ich „Dunkelrote Rosen“, ein Liebeslied aus einer Operette, doch es ist wohl nicht so bekannt, und mir wird klar, dass auch eine andere Stimmung damit ausgedrückt wird. Nach einer kurzen Stille schlage ich „Horch was kommt von draußen rein“ vor – gerne stimmen die BewohnerInnen ein, das Lied ist bekannt, auch lustig und flott, obwohl der Text eine andere Aussage macht. Alle Strophen werden gesungen, sie sind alle bekannt. Die letzte Strophe handelt vom Sterben, und Frau H., die mitgetrommelt hat, redet plötzlich von ihrem Wunsch zu sterben. Sie weint einen Moment. Ich stehe auf und gehe zu ihr an den Platz, lege

beruhigend dem Arm um sie und versuche ein Gespräch mit ihr über diesen Wunsch und den Zeitpunkt des Sterbens, doch ihre Schwerhörigkeit verhindert ein längeres Gespräch. Sie beruhigt sich wieder. Frau S. sagt „Jaja“, und Frau B. redet von Geduld.

Ich stimme „Im schönsten Wiesengrunde“ an, das auch vom Sterben handelt, auch vom Verlust der Liebsten, und der Sehnsucht zu sterben mit dem Wunsch begegnet: „In meines Tales Grunde will ich begraben sein“. Frau H. hört zu, wirkt wieder zufrieden. Wir schließen „Sah ein Knab ein Röslein steh'n“ an, das auch allen bekannt ist und gerne gemocht wird, auch vom Sterben handelt, und doch energievoller ist. Jetzt beteiligen sich alle, Frau J. singt mit Hingabe. Bei ihr bin ich im Zweifel, ob sie versteht, was sie singt, doch sie knüpft eindeutig wahrnehmbar an die Stimmung an, sowohl die jetzige wie auch eine längst vergangene. Herr S. ist aufgewacht und verfolgt aufmerksam unseren Gesang. Er hat ganz wache Augen, was Frau B. auffällt. Ich wende mich nach dem Lied ihm zu mit der Frage, ob er ein Instrument möchte, um sich zu beteiligen. Er nickt, und ich reiche ihm den Schellenkranz, den er öfter spielt. Er hat ihn vor sich auf dem Schoß stehen und hält ihn fest. Ich bewege seine Hand, und die Schellen erklingen. Er versucht es selbst, die Handbewegung, das leichte Schütteln der Hand fällt ihm sichtlich schwer. Doch er will ihn behalten, was er mir mit einem Nicken deutlich macht.

Auf Wunsch von Frau S. stimme ich leise „Kein schöner Land in dieser Zeit“ an. Viele Hypothesen könnte man aufstellen, warum gerade jetzt dieser Liederwunsch kommt, die ruhige melancholische Stimmung, Abend – Sterben, die Heimat, die im Lied vom Wiesengrunde schon anklang, unser trautes Zusammensein mit Gesang.....Wie schön, wenn aus den Stimmungen neue Impulse entstehen. Die zweite Strophe singen wir noch, allerdings nur Frau B. sicher im Text, und so beginne ich nochmals mit der ersten Strophe. Frau H. griff wieder nach dem Schlegel und spielte eifrig mit, sang auch dazu, was nicht mehr allen möglich ist, diese doppelte Anforderung von Singen und Spielen. Herr S. neben mir bemüht sich, immer wieder ertönen leise die Schellen, und ich vermittele ihm, dass ich ihn höre. Er „singt“ auch innerlich mit, ich habe den Eindruck von ganz leise gesummen Tönen. Frau J. konnte sich bei diesem Lied nicht beteiligen, sie zuckt bedauernd die Schultern. Es entsteht eine kurze Stille, wir spüren der Stimmung, die das Lied vermittelt, nach. Ich höre auf meine Resonanz, in mir klingt die Freude über das gemeinsame Singen, und ich stimme „Freut euch des Lebens“ an. Auch an die Rosen knüpfen wir damit noch mal an, doch ich lernte im Lauf der Zeit, dass immer alles zu aller Zeit stimmig ist, auch ohne an einem roten Faden inhaltlich verbunden zu sein. Der rote Faden sind die einzelnen Menschen hier. Frau J. steigt sofort ein, es ist eines ihrer Lieblingslieder. Frau S. hört eher zu, lächelt in sich hinein. Frau H. beteiligt sich wieder mit Trommeln und Stimme, sie singt leise, etwas suchend. Frau B. lässt sich von der jetzt eher frohen Stimmung anstecken, sie singt kräftig und beteiligt mit. Herr S. hört zu, hält den Schellenkranz fest, wirkt ganz aufmerksam.

Der nächste Vorschlag sprudelt so richtig aus Frau S. heraus. „Wenn alle Brünnelein fließen“, und dieses Lied mit seinen 4 Strophen, in dem es um einen schönen Schatz geht, bringt heitere Stimmung ins Wohnzimmer. Frau B., sonst eher verhalten, nimmt den vor ihr liegenden Schlegel und bringt damit die kleine Kalimba zum Klingen. Sie freut sich sichtlich über diese Idee. Herr S. versucht den Schellenkranz zu bewegen, ich unterstütze ihn kurz dabei. Auch Frau J. singt alle Strophen mit, und da ich mich im Takt hin und her bewege, probiert sie es auch. Frau S. spielt auf den Claves, die sie die ganze Zeit über nur in den Händen hielt. Nach

dem Lied spreche ich Herrn S. direkt an, ob er auch so einen schönen Schatz hatte. Er sagt deutlich „Ja“ und nickt mit dem Kopf.

Da er nun ins Zentrum der Gruppe gerückt wurde, suchen wir auf meine Initiative hin ein Lied für ihn aus. „Trink, trink, Brüderlein, trink“, das mag er gerne, und ich ermuntere zum Schunkeln. Das braucht noch Hilfestellung von mir, es ist gar nicht so einfach, sich gegenseitig die Hände zu reichen. Die Stimmung ist fröhlich, und Herr S. singt zwar leise, doch deutlich bei „Trink, trink“ mit. Ich lege die Gitarre weg, damit ich mit Herrn S. schunkeln kann. Frau J. schunkelt begeistert, sie bewegt sich sehr lebendig und locker, und sie strahlt über das ganze Gesicht. Lachend wendet sie sich immer wieder beim Singen an Frau S. neben ihr. So wird Kommunikation möglich, das Erleben von geteiltem Lebensraum, die sonst durch die Demenz nicht mehr möglich ist.

„Jaja, das waren Zeiten“, sagt Frau S. und erzählt auf meine Frage, woran sie denke, von früher, als sie mit ihrem Mann und dem Schneelaufverein beim Wandern waren, dann in einer Gartenwirtschaft noch zusammengesessen sind. „Das war eine schöne Gesellschaft“, sagt sie. Ich bestärke sie in ihren schönen Erinnerungen, alle anderen am Tisch steigen leider nicht ein in dieses kurze Gespräch. Die Lebensgeschichte der einzelnen etwas kennend vermute ich, dass die anderen solche Erlebnisse nicht erfahren haben.

Frau B. wünscht sich eines ihrer liebsten Lieder, wenn sie in froher Stimmung ist, „Aufm Wasa graset d`Hasa“, ein schwäbisches lustiges Lied, auch im Dreier-Takt. Sie freut sich sichtlich, die einzelnen Strophen mit dem lustigen Text, von bösen Müttern bis zu reichen Schwiegermüttern, zu singen und lacht in sich hinein. Auch Frau J. und Frau S. ist die Freude anzusehen. Frau H. kennt das Lied offensichtlich nicht, spielt aber engagiert mit der Trommel. Als wir fertig sind, sagt sie „S`isch doch ganga“ und kommt damit auf ihre Unsicherheit zu sprechen, die sie anfangs der Stunde empfand. Jetzt ist sie stolz und zufrieden. Ich bestärke sie in ihrem Gefühl. Wenn ich diesem Gefühl die Emotionen vom Beginn der Stunde gegenüberstelle, bekommt ihre Aussage noch einen anderen Stellenwert. Den Wunsch zu sterben kann ich bei ihr gut verstehen; sie ist verunsichert, noch nicht orientiert im Altenheim, enturzelt – bis vor kurzem konnte sie sich, mit 93 Jahren, noch selbst versorgen...Und dieses Erleben, dass es doch geht, weitergeht, und aus Unsicherheiten Sicherheiten werden können, wie ihr sicheres Spiel an der Trommel zu Gehör bringt, kann sie unterstützen und stärken bei ihrer Suche nach Neuorientierung.

Wir sind am Ende unserer Stunde, die wir wie gewohnt abschließen mit „Muss i denn zum Städtele hinaus“. Dieses flotte Lied lässt nochmals die heute so frohe Stimmung im zweiten Teil unseres Zusammenseins anklingen. Im Laufe des Singens lege ich die Gitarre weg, klatsche im Takt in die Hände, was die BewohnerInnen auch dazu animiert. Am Ende des Liedes klatschen wir uns alle Beifall, Frau H. sagt „Ja, batschebatschebatsche“ und freut sich.

Während ich die Instrumente zusammenpacke, singen wir noch weiter. Herr S. hält immer noch den Schellenkranz fest. Er wirkt jetzt müde, die Aufmerksamkeit so lange aufrechtzuerhalten strengt ihn an.

Ich verabschiede mich von allen persönlich. Frau B. freut sich schon auf die nächste Stunde.

Während ich mit meinem Musikwagen durch den Flur fahre, höre ich noch das Abschiedslied. Eine Pflegerin nahm den Faden auf und sang noch mit den BewohnerInnen weiter.

Natürlich verlaufen die jeweiligen Stunden sehr unterschiedlich, je nach Tagesverfassung der einzelnen BewohnerInnen und je nach Grundstimmung. Doch oft gelingt es, einen Bogen zu schlagen von gedrückter und depressiver Stimmungslage zu stärkenden, eher frohen Stimmungen. Die Betrachtung dieser Stunde zeigt, dass für alles Raum sein soll, für Trauer, Todessehnsucht, Erinnerungen und Fröhlichkeit. Als besonders stärkend wird das gemeinsame Gruppen-Erleben empfunden. Durch das Singen und Musizieren als Gruppenaktion verbinden sich die einzelnen untereinander, verstärkt noch durch Schunkeln und *einen* Takt schlagen, Kommunikation findet statt. Normalerweise wird im Alltag sehr wenig miteinander geredet, für manche ist sprachliche Mitteilung nicht mehr möglich. *Ein* Lied, *eine* Stimmung miteinander zu teilen, wird als sehr verbindend erlebt.

„Nur in der Bezogenheit können Menschen ihre Kräfte entfalten und persönliche Identität gewinnen.“ (Schnauffer-Kraak, 1997, S. 93) Für Menschen mit immer deutlicherem Identitätsverlust ist diese Erfahrung von Bezogensein stärkend und heilend.

Oft werden in den Stunden durch Lieder ausgelöste Erinnerungen, wie hier bei Frau S., ins Zentrum gerückt. „Durch die musikalische Erinnerung wird in dieser Stunde insgesamt eine Aktivierung der Gedächtnisleistung bewirkt und im Austausch der erinnerten Geschichten ein „narratives Klima“ aufgebaut, das so wichtig für das subjektive Identitätserleben und Wohlbefinden ist.“ (Petzold, 1997, S. 263).

### Fallbeispiele

Kurz möchte ich auf einige BewohnerInnen gesondert, mit jeweils speziellem Focus auf beobachtete Phänomene, eingehen.

### Ressourcenarbeit zur Identitäts- stärkung

Frau J., die Sie aus der oben geschilderten Stunde schon kennen, lernte ich vor ein ein halb Jahren als eine sehr verwirrte, desorientierte Frau kennen. Meist in einem Sessel „hängend“, nicht ansprechbar, unkooperativ, abwesend wirkend. Auch das Personal schilderte sie als stur, nicht zugänglich. Sie war schwierig im Umgang, schmierte mit Kot, ließ sich nicht waschen. Ich setzte sie mit an unseren Tisch, und sie ließ die Stunde unbeteiligt über sich ergehen, murmelte ihre unverständlichen Wörter vor sich hin. Gab ich ihr ein Instrument, versuchte sie es auseinander zu machen oder biss hinein.

Nach ca. drei Monaten bemerkte ich, dass sie bei dem Lied „Horch was kommt.“ den Refrain mitsang, sehr leise, kaum hörbar, eigentlich nur sichtbar an ihren Mundbewegungen.

Im Verlauf der nächsten Monate beteiligte sie sich immer häufiger beim gemeinsamen Singen, meist durch Mitsingen des Refrains. Sie wurde auch für die Gruppe hörbar, und alle reagierten immer wieder erstaunt und auch mit Freude darüber, dass Frau J. mitsang. Alle dachten, sie könne nicht reden ! Das stärkte ihre Position in der Gruppe ungemein – sie wurde für voll genommen.

Immer mehr Lieder entdeckte ich, die sie kannte – *sie* entdeckte die Lieder wieder in sich und knüpfte an ihre Erinnerungen an.

Frau J. fand ein Stück ihrer Identität wieder, konnte anknüpfen an Sicherheiten, die sie durch Erinnern wiederbelebte, wurde wieder mehr „Person“ – nicht nur durch das Erleben beim Singen, aber vermutlich ausgelöst davon. Auf Anreden reagiert sie mit Antworten, sie ist deutlich wacher, aufmerksamer und kooperativer geworden.

Vor 2 Monaten kamen wir zum ersten Mal mit Instrumenten in Kontakt miteinander. Sie konnte den Zweck einer Trommel bisher nicht sehen, wollte vielleicht auch nicht. Ich saß neben ihr und bot ihr einen Schlegel an. Sie nahm ihn und begann zu trommeln. Ich nahm die zweite Trommel und spielte ein Echo. Das machte ihr Spaß. Nun gab ich ein paar Schläge vor, und sie spiegelte mich wieder. Sie nahm mein Angebot zur Kommunikation an, zuerst über das Singen, nun auch über ein fremdes Medium.

Auch Frau H. ist Ihnen aus der geschilderten Stunde schon bekannt. Erst seit 3 Monaten im Altenheim, vorher mit 93 Jahren noch alleine zu Hause lebend, steht sie vor großen Problemen, sich hier zu orientieren. Ihre beginnende Demenz verstärkt die Anfangsschwierigkeiten deutlich. Sie ist ständig auf der Suche nach ihrem zu Hause, nach ihrem Bett, nach der Toilette...- nach sich selbst. Viele neue Menschen umgeben sie, die doch sehr zurückgezogen lebte, und derer Kontakt total auf die Tochter fixiert war. Auch das verwirrt sie, und die Menschen hier auf der Station sind ja auch verwirrt ! Ihre Schwerhörigkeit erschwert die Situation zusätzlich. So irrt sie durch die Gänge, schaut in jedes Zimmer, stört durch ihre laute und teilweise aggressive Art die anderen. Ihr agitiertes Verhalten stellt für alle eine große Belastung dar.

*Rhythmus als  
Hilfe zur Orientierung*

Auf mein Angebot zur Musiktherapie im Rahmen der gemeinsamen Gruppenstunden reagierte sie zunächst ablehnend, blieb aber sitzen. Sie könne nicht singen, war ihre Aussage, als ich die Gitarre hervorholte und wir unser Begrüßungslied begannen. Und doch beteiligte sie sich von Anfang an durch Mitsingen. Allerdings stand sie häufig auf, begab sich auf ihre Suche, kam enttäuscht und verwirrt wieder zurück.

In der 3. gemeinsamen Stunde mit ihr reiche ich ihr die Handtrommel und einen Schlegel. Sie wehrt zuerst ab. Ich formuliere klar die Freiwilligkeit des Ganzen. Während wir miteinander singen, greift sie gleich zum Schlegel und trommelt deutlich, klar, noch etwas zögerlich mit. Ich bestärke sie in ihrem Tun. Es sieht von außen betrachtet so aus, als würde sie nicht das erste Mal trommeln, so sicher ist sie im rhythmischen Begleiten. Die ganze Stunde über bleibt sie auf ihrem Stuhl, kommt zur Ruhe und „ordnet sich“ sichtlich, indem sie sich auf die Musik einlässt. Während des Spielens tritt ihre Schwerhörigkeit in den Hintergrund – sie hört sich sofort in ein neues Lied ein und findet den entsprechenden Takt.

Sie findet durch die Beschäftigung mit Rhythmus wieder in die eigene Ordnung zurück, die stabilisierende, ordnende, klare und sichere Eigenschaft des Rhythmus hilft ihr.

Rhythmus umgibt uns immer und überall. Im Rhythmus an die Verbindung zum eigenen Herzschlag, eventuell im Unbewussten zu dem unserer Mutter, anzuknüpfen, stabilisiert unser Vertrauen. Peter Cubasch spricht über den Zusammenhang von Rhythmus und Grundvertrauen (1997, S. 63).

Das kann ich bei Frau H. erleben. Des öfteren konnte sie auch schon ihre Ängste zur Sprache bringen, die sie bedrücken. Und ich hoffe, sie weiterhin stärkend begleiten zu können bei der Suche nach ihrer Identität.

#### Biographiearbeit mit Liedern

Frau B., geistig noch relativ rege, etwas vergesslich, lässt sich von vielen Liedern in ihrer Erinnerung ansprechen. Sie hat die Lieder über die Mühle sehr gerne, knüpft dabei an Kindheitserinnerungen an, als sie beim Müller in der Nachbarschaft auf dem Nachhauseweg immer noch spielten und sich mit dem Aufzug fürs

Getreide rauf und runterfahren ließen. Dort bauten sie im Winter eine „Schleife“ – ein Vergnügen für die Kinder aus der ganzen Umgebung. In der Weihnachtszeit erzählte sie stolz von der selbstgeschnitzten Krippe, die ihr Großvater baute, ein individuelles Kunstwerk, wie eine Höhle gestaltet. Sie beschreibt alles sehr deutlich, und erinnert sich gerne daran, wie sie mit ihren Geschwistern mit diesen Krippenfiguren spielen durfte. Nach diesen Erzählungen wirkt sie immer sehr innig, gestärkt und mit sich im Einklang. Sie formulierte: „Über die Lieder kann ich mich wieder erinnern.“

*Vom Schlager bis  
zum Wiegenlied*

Kurz möchte ich noch meine Arbeit mit der anderen Gruppe von BewohnerInnen im Altenheim vorstellen.

Wie schon oben erwähnt, findet diese Stunde im Flurbereich einer recht großen Station statt, in der Nähe vom Aufzug in der Sofa-Ecke, einem beliebten Aufenthaltsort für alle noch mobilen Menschen dieser Station. Das hat Vor- und Nachteile: Eine intimere Atmosphäre entsteht nicht sehr häufig, durch die Offenheit des Ortes und die Stör-faktoren, die ein Flur, der mit Rollstühlen und Rollatoren blockiert ist, mit sich bringt. Andererseits kommen immer wieder neue Gesichter dazu, eher zufällig, die teilweise sehr angesprochen sind und gerne bleiben, auch regelmäßig teilnehmen. Letztes Jahr versuchte ich zeitweilig, einen schönen Raum im anderen Stockwerk zu nutzen. Doch es war mir nicht möglich, die unten Sitzenden zu motivieren, bzw. das war ein hartes Stück Arbeit. Das andere Stockwerk liegt eben für die meisten BewohnerInnen am Ende der erreichbaren Welt. Hier wird die Fixierung und Eingeschränktheit vieler Altenheimbewohner deutlich. Mit Unterstützung des Personals wäre es eher möglich geworden, doch diese ist sehr personenabhängig, und da zeigt sich auch die knappe Zeitbemessung, mit der die Mitarbeiterinnen im Altenbereich ständig konfrontiert sind.

So fanden wir uns wieder im Flur ein, alles war beim Alten, und alle zufrieden, bis auf mich.

Es besteht ein fester Stamm von BewohnerInnen, die immer oder meistens dabei sind, und einigen, die dazukommen, wenn ihre Tagesform es erlaubt oder die gebracht werden.

Die Gruppe ist in sich nicht homogen, was die Möglichkeiten betrifft, von der noch sehr rüstigen Frau B., über 90 Jahre, die gern die zweite Stimme singt, bis zum recht orientierungslosen Herrn J., der aber mit seiner Mundharmonika alles mitspielen kann. Herr F. im Rollstuhl nahm gerne bis zu seinem Tod teil, schlief oft ein, spielte uns aber auch einen flotten Rhythmus auf der Trommel.

Auch die Fluktuation, die im Altenheim durch das Sterben der BewohnerInnen Alltag ist, verändert immer wieder stark die Zusammensetzung der Gruppe. So hatte Frau F. anfangs eine exponierte Rolle – sie kennt alle Lieder, kann an viele Erinnerungen anknüpfen, sang begeistert im Schülerchor und unterhielt uns schon mit vielen Solo-Einlagen –, die sie jedoch durch den Einzug von Frau B. abgeben musste. Dieser „Rollenverlust“ wurde unterstützt durch ihre immer stärker werdende Vergesslichkeit. Ich versuche immer wieder, ihren Stärken Raum zu geben und sie in ihrer aktiven Beteiligung zu fördern, um sie wieder mehr ins Spiel zu bringen.

Bei dieser Gruppe sehe ich meine Aufgabe stark im sozialen Bereich – ich versuche während unseren Stunden, jeder Person Raum zu geben, sie ihre Stärken zeigen zu lassen, sie in Ihren Erinnerungen anzuregen und zu unterstützen. Durch die vielen schönen harmonischen Stunden, die ein Gefühl von Gemeinsamkeit und



Zusammengehörigkeit erleben lassen, wird auch das Gefühl für die Gemeinschaft im Alltag gestützt.

Sehr oft entsteht hier ein oben beschriebenes „narratives Klima“, die Erinnerungen sprudeln nur so, werden mitgeteilt und geteilt, Parallelen der Lebensverläufe entdeckt, sowohl traurige Lebensabschnitte wie Krieg und Verlust des Lebenspartners wie auch schöne Erlebnisse, der sonntägliche Nachmittagstanz, miteinander geteilt.

Einige BewohnerInnen leiden an einer Altersdepression. Hier gilt es, einen beschützenden Rahmen zu schaffen, in dem auch bedrückt Sein und Traurigkeit ihren Platz haben.

Das Repertoire der Lieder reicht von „Ich tanze mit Dir in den Himmel hinein“ bis zu „Gold und Silber lieb ich sehr“, und des öfteren lerne auch ich noch ein neues Lied.

Die oben schon beschriebenen Instrumente werden auch hier von manchen sehr gerne benutzt, als Begleitung zum Singen. Frau P. spielt z.B. am liebsten den Rhythmus mit, sie ist sich mit dem Singen nicht so sicher. Oft werden auch Schellenkranz und Trommel eingesetzt, oder das Glockenspiel.

Ein schönes Erlebnis noch zum Schluss: Im Winter, als es schon zu dämmern begann, während wir noch zusammensaßen, sangen wir „Weißt Du, wie viel Sternlein stehen“, und auf Frau F.s Gesicht erschien plötzlich ein solch inniges Leuchten. Ich sprach sie daraufhin an, und sie erzählte strahlend, wie sie als noch kleines Mädchen die Mutter von der Arbeit, bei der sie offensichtlich dabei war, nach Hause begleitete, und gemeinsam dieses Lied gesungen wurde. Sie war völlig ergriffen von ihrer Erinnerung, und die Intensität dieses Gefühls war für alle erlebbar.

Zeitweilig beschäftigte mich der Gedanke, ob hier der therapeutische Schwerpunkt zugunsten eines „Chörchens“ verrutschte. Inzwischen bin ich mir sicher, auch hier wichtige therapeutische Arbeit zu leisten. Stärkung sozialer Kompetenz und Performanz sind therapeutische Ziele, die ich mir bei der Arbeit mit dieser Gruppe setze. Der Focus liegt eindeutig auf den einzelnen Personen, nicht auf dem Lied und seiner Gestaltung. Die Stärkung der einzelnen in ihrer Persönlichkeit, auch hier teilweise durch beginnende Demenz oder psychische Labilität schon ins Wanken gebracht, steht im Vordergrund.

### **Die musiktherapeutische Arbeit mit Liedern führt bei an Demenz erkrankten Menschen zu einer Stabilisierung der Identität.**

*Thesen*

Gerade Menschen mit Identitätsirritationen oder dem Verlust der Identität orientieren sich im Rahmen des Singens bekannter Lieder neu – es findet eine Rückbeziehung auf ihre Identität durch Erinnerungsarbeit statt, ebenso gibt die musikalisch bekannte Gestalt eines Liedes Stütze und Form. Die tragenden Säulen von Musik stärken die Betroffenen.

### **Die validierende musiktherapeutische Arbeit mit Dementen orientiert sich an den Ressourcen. Das führt zu positiven stärkenden Erfahrungen.**

Eine deutliche Ressource ist die noch erhalten gebliebene Emotionalität. Musik spricht diese in hohem Maße an; dies kann zur Vermittlung von positiven Erfahrungen führen.

### **Drohende Vereinsamung und Rückzug aus sozialen Kontakten werden durch die empathische Arbeit der Therapeutin in der Gruppe aufgebrochen.**

Das Erleben des Bezogenseins, sei es zur Therapeutin oder zur Gruppe, zum Lied oder zur Erinnerung, dient zur Stärkung der Identität. Das Erfahren von Gemeinschaft und die Möglichkeiten zur Kommunikation auf anderen Ebenen stärkt die sozialen Kompetenzen.

**Die Arbeit mit persönlichen Erinnerungen fördert eine versöhnte Einstellung zum eigenen Lebensschicksal.**

Die geschilderte biographische Arbeit mit Liedern gibt jedem Beteiligten die Möglichkeit, sich mit noch unaufgelösten Lebensinhalten auseinanderzusetzen. Dies kann auch auf nichtsprachlicher Ebene geschehen.

**Durch das Hören oder das aktive Gestalten von als angenehm empfundener Musik wird eine Harmonisierung des Menschen erreicht.**

Die neuesten Erkenntnisse der Neurowissenschaften zur salutogenetischen Wirkung von Musik auf die Gehirnfunktionen belegen die Erfahrungen, die in der Arbeit mit dementen Menschen gemacht wurden.

**Reversibilität von Demenz, zumindest zeitweilig, kann möglich sein.**

Diese gewagte These wird, neben eigenen Erfahrungen, gestützt, durch die neuesten Untersuchungen des Neurowissenschaftlers Gerold Hüther. „Die Aktivierung der subkortikalen und emotionalen Netzwerke und Zentren durch Musik führt zu einer vermehrten Ausschüttung von Botenstoffen, die zur Stärkung, Festigung und Bahnung der Nervenzellverschaltungen beitragen, die während dieser emotionalen Aktivierung besonders benutzt werden“. (MTU 1, 2004, S. 23). Auch die oben geschilderte mögliche Identitätsstärkung kann eine zeitweilige Reversibilität bewirken.

*Fazit*

Denke ich an meine Erwartungen zurück, die ich vor meiner Praxiszeit oder in Vorbereitung darauf hatte, musste ich mich auf ganz anderes einlassen. Ich dachte an freie Improvisationen, gestaltete Körperarbeit, therapeutische Gespräche.....Die Realität im Altenheim sah anders aus. Ich musste lernen, sehr offen in die Stunden zu gehen, viel Raum zu lassen, Geduld zu haben, auf Überraschungen gefasst zu sein, auch auf Stille und auf Menschen, die mit Sprache nicht mehr zu erreichen sind. Vor allem musste ich lernen, mich auf mein Gefühl für Atmosphären zu verlassen, und auf meinen eigenen Liederschatz – meistens sprudelte aus meiner „Liederquelle“ das passende Lied oder die entsprechende Melodie.

Dabei halfen mir vor allem meine parallel gemachten Erfahrungen mit Menschen im Wachkoma; dort konnte ich mich nur auf meine Intuition stützen, und dort schulte ich meine Wahrnehmung auf ganz besondere Weise. Das kommt auch der Arbeit mit dementen Menschen zu Gute.

Ich erlebte die meisten Stunden als sehr wertvoll und als Geschenk. Ich bekam oft das Gefühl, an die Lebensquellen der Menschen herangeführt zu werden, aus denen sie während der Stunden schöpften. Mir wird die Lebensbegleitung alter Menschen immer mehr zu einem persönlichen Anliegen – es ist so wichtig, sich versöhnt von diesem Leben verabschieden zu können.

## Literatur

- Aldridge, Gudrun u. David, Musiktherapie und die Alzheimer Krankheit, in: Beiträge zur Musiktherapie 1999
- Cubasch, Peter, in: Musiktherapie in der klinischen Arbeit 1997
- Decker-Voigt, Hans-Helmut, Aus der Seele gespielt, 2000
- Feil, Naomi, Ausbruch in die Menschenwürde, 1993
- Fuhrmann, I. u.a., Abschied vom Ich – Stationen der Alzheimer-Krankheit, 1995
- Graf Dürckheim, Karlfried, Alt werden – Zeit der Verwandlung, in: H. Petzold, E. Bubolz: Psychotherapie mit alten Menschen
- Grümme, Ruth, Situation und Perspektive der Musiktherapie mit demenziell Erkrankten, 1998
- H. Petzold, E. Bubolz, Psychotherapie mit alten Menschen
- Hüther, Gerald, Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn, in: Musiktherapeutische Umschau 2004, H. 1
- Musiktherapie für alte Menschen, Reader vom Rendsburger Symposium, 2000
- Muthesius, Dorothea, Musik und Biographie, in: Beiträge zur Musiktherapie, 1999
- Muthesius, Dorothea, Musikerfahrungen im Lebenslauf alter Menschen, 1997
- Muthesius, Dorothea, Schade um all die Stimmen..., 2001
- Nöcker-Ribaupierre, Monika, in: Decker-Voigt u.a., Lexikon Musiktherapie
- Osborn, Caroline u.a., Erinnern, Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen, 1997
- Petzold, Hilarion, Musiktherapie in der klinischen Arbeit, 1997
- Praxisreihe der dt. Alzheimer Gesellschaft e.V. B. 3, Mit Musik Demenzkranke begleiten
- Rittner, Sabine, Musiktherapeutische Umschau, 1990, Band 11, H. 2
- Schnauffer-Kraak, Margarete, in: L. Müller, H. Petzold, Musiktherapie in der klinischen Arbeit, 1997
- Schneider, Barbara, Vom Schlager bis zum Wiegenlied, Abschlussarbeit München, 1998
- Sträßer, Eva, Wenn die Sprache versiegt, Fachvortrag UNI Siegen 1995
- Themenheft Musiktherapie in der Altenarbeit, DGMT, 2000
- Tüpker, Rosemarie, Musik bis ins hohe Alter, 2001

### Abstract:

Mit Musiktherapie können sich Zugänge zu an Demenz erkrankten Menschen öffnen. Das Singen von bekannten Liedern erreicht die Betroffenen auf der emotionalen Ebene und wirkt wie ein Schlüssel zu Quellen ihrer Erinnerung. Die durch die Erkrankung verunsicherte oder fast verlorengegangene Identität erfährt Stabilisierung und Stärkung.

Die emotionale Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie hilft, noch Unaufgelöstes zur Versöhnung zu bringen. Die soziale Kompetenz wird durch das Erleben in der Gruppe gestärkt. Die achtungsvolle Grundhaltung dem Erkrankten gegenüber bildet den Rahmen für die Arbeit, eine Atmosphäre des Angenommenseins im jeweiligen So-Sein stärkt das Selbstbewusstsein.