

„Schläft ein Lied in allen Dingen ...“¹ Biografieorientierte Musiktherapie mit BewohnerInnen einer Gerontopsychiatrie

Peter Sandte

Ich arbeite als Gerontotherapeut im Haus St. Augustinus in Essen-Heidhausen, einer stationären Facheinrichtung für Gerontopsychiatrie mit offenem Charakter. Insgesamt leben im Haus 161 Bewohner in Wohngruppen mit durchschnittlich zwölf Personen. Das Haus St. Augustinus wurde 1967 erbaut und bis 1994 als Exerzitenhaus genutzt. Aus dieser Zeit stammt auch die sechseckige Kapelle, die jetzt regelmäßig für Konzerte externer Musiker genutzt wird und in der anliegenden Sakristei gute akustische Möglichkeiten für Einzelmusiktherapie bietet.

Institution

Eines der Aufnahmekriterien des Hauses ist eine vom Neurologen oder Psychiater diagnostizierte psychiatrische Erkrankung. Das Spektrum umfasst wahnhaftes Psychosen, klinische Depressionen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch jegliche Formen dementieller Erkrankungen. Hierzu zählt hauptsächlich die Demenz vom Alzheimer-Typ, die vaskuläre Demenz sowie Demenzformen hervorgerufen durch Parkinson oder auch Alkoholmissbrauch. Durch den einer Facheinrichtung für Gerontopsychiatrie zugestandenem erweiterten Pflege- und Betreuungsschlüssel arbeiten im St. Augustinus zehn TherapeutInnen: 5 Ergotherapeuten, 3 Physiotherapeuten, 1 Sozialpädagoge sowie ein Gerontotherapeut.

Gerontopsychiatrisches Klientel

Seit ca. 10 Jahren in der Seniorenarbeit tätig, haben mich von Beginn an hauptsächlich zwei therapeutische Verfahren fasziniert: die Biografiearbeit und die 'Integrative Validation'.

therapeutische Verfahren

Die Methode der Integrativen Validation

Naomi Feil entwickelte das gerontotherapeutische Konzept der Validation. Etymologisch leitet sich der Begriff „Validation“ von Anerkennung, Wertschätzung, „Für-gültig-erklären“ der Erfahrung und der subjektiven Wirklichkeit eines anderen Menschen ab. „Validation akzeptiert den Menschen, so wie er ist. Validation erklärt die Ursachen von Gefühlen. Validation unterstützt den sehr alten Menschen seine Ziele - nicht unsere- zu erreichen“ (Feil 1992, 5).

Grundhaltung: Validation

In der täglichen Arbeit in einer Gerontopsychiatrie ist die innere Einstellung gegenüber desorientierten Menschen sehr bedeutsam. Der Rückzug dementer Menschen in die Vergangenheit ist als Methode des emotionalen Überlebens einzustufen. Folglich kann die therapeutische Haltung der Betreuer ausschließlich eine urteilsfreie akzeptierende sein, basierend auf vertrauensvollem Zuhören und dem bestätigenden Spiegeln der Gefühle des Gegenübers.

Im Falle der hochbetagten Bewohnerin, die durch die Gänge eines Altenheimes irrt und ihre Mutter sucht, wird validierend an der Realität des desorientierten Menschen angeknüpft, indem möglicherweise ein Gespräch über die Mutter oder über das Bedürfnis, sich in Sicherheit und Geborgenheit zu wiegen entsteht oder man macht sich gemeinsam auf die Suche, weiterhin den desorientierten Men-

validierendes Verhalten

¹ Der Titel dieses Fachvortrages wurde inspiriert durch ein Gedicht von Joseph Freiherr von Eichendorff

schen auch verbal in seinen Gefühlsäußerungen anerkennend, also validierend.

Naomi Feil beschreibt folgenden Wirkzusammenhang: Die primäre Erkenntnis-ebene ist Empathie. Empathie schafft Vertrauen. Vertrauen bewirkt Sicherheit. Sicherheit bestärkt das Selbstwertgefühl und wirkt stressvermindernd.

Mehr noch als `Technik` ist Validation eine Haltung. Es geht dabei um die Wertschätzung des Anderen, Ehrlichkeit, biografisches Arbeiten, aktives Zuhören, genaues Beobachten und verlässliches Handeln. Widersprechen, verbessern, analysieren, bevormunden und die Konfrontation mit der „Wahrheit“ sollten vermieden werden.

Ziele validierenden Arbeitens Ziele validierenden Arbeitens sind Wiederherstellung des Selbstwertgefühls, Rechtfertigung des gelebten Lebens, das Lösen unausgetragener vergangener Konflikte, Stressreduktion sowie die Aufrechterhaltung oder Verbesserung verbaler und nonverbaler Kommunikation. Diese Ziele decken sich mit den Zielsetzungen meines musiktherapeutischen Arbeitens und treffen sich mit dem zweiten tragenden Pfeiler meiner Tätigkeit als Gerontotherapeut: der Biografiearbeit.

Methoden biografischen Arbeitens

Das Wissen um die Biografie eines Heimbewohners ist ein grundlegender Bestandteil eines Betreuungskonzeptes für desorientierte Menschen. Die Erinnerung an ihre Vergangenheit stellt für diese Menschen aufgrund meist eingeschränkter Funktionalität des Kurzzeitgedächtnisses eine wichtige Ressource dar, die durch das Funktionieren des Altgedächtnisses identitätserhaltend bzw. identitätsstiftend wirkt. Durch biografisches Arbeiten wird Gegenwart und vorstellbare Zukunft eingeordnet in Gelebtes. Dadurch erfährt der betreute Mensch Kontinuität, Sinnklärung, Sinnggebung (vgl. Ruhe 2003, 9ff).

**„Ohne Erinnerung
keine Erlösung“**

(Jüdisches Sprichwort)

*Wirkung
biographischen
Arbeitens*

Vor allem ältere Menschen sind in ihrer Selbstwahrnehmung stark auf ihre körperlichen Veränderungen fokussiert und damit zumeist auf ihre Defizite fixiert. Biografisches Arbeiten kann hinlenken zu Ressourcen, und dadurch dem alten Menschen helfen, sich selbst als geschichtliches Wesen zu sehen und Achtung vor seinem einzigartigen Leben zu empfinden, anstatt sich lediglich als Momentaufnahme mit Belastungen, Einschränkungen, Krankheiten und Einsamkeit, die alles Vergangene und Zukünftige zu verschütten scheint, zu erleben. (vgl. Blimlinger et al. 1994, 79). Die Wirkung biografischen Arbeitens kann in einer Neubildung überholter, untauglicher oder behindernder Einstellungen bestehen, kann Handlungs- und Konfliktmuster auflösen, verborgene oder verschüttete Lebensmöglichkeiten freisetzen oder dazu verhelfen, die eigene Zukunft in den Blick zu nehmen und Perspektiven zu entwickeln mit dem Ziel der Akzeptanz und Vollendung der eigenen Biografie.

*Erinnerungs-
schlüssel*

Insbesondere bei dementen Menschen zielt biografieorientiertes Arbeiten darauf ab, das Identitätsgefühl zu erhalten und die Selbstachtung/das Selbstwertgefühl zu stärken durch Rückbesinnung auf Leistungen und Erfolge in zurückliegenden Lebensabschnitten. Aktivierend auf das Altgedächtnis entlang der Sinneskanäle wirkt das Einsetzen von Erinnerungsschlüsseln, so genannter `Trigger` in Form persönlicher Gegenstände, Fotos, Speisen, Getränke, alter Filme oder Musik.

Musiktherapie mit desorientierten alten Menschen

Wenn wir Musik hören geschieht die Verarbeitung akustischer Reize auf neurologischer Ebene subkortikal (im Gegensatz zur Verarbeitung aller anderen Sinnesreize, die vermittelt der Großhirnrinde weitergeleitet werden). Die Reize werden an motorische und prämotorische Zentren weitertransportiert und erreichen über den Thalamus das limbische System sowie Nervenzentren des Stammhirns. Dort befinden sich, für diesen Zusammenhang besonders bedeutsam, auch die neuronalen Pattern für die Gefühlswahrnehmung, sowie das so genannte Ammonshorn, das eine unwillkürliche Verbindung zum Langzeitgedächtnis herstellt. Sowohl der Sympathikus als auch der Parasympathikus werden aktiviert, vegetative Reaktionen wie Veränderung des Pulsschlages, des Blutdrucks, der Atmung, des Stoffwechsels, der Verdauung sowie des Immunsystems finden statt als direkte Reaktionen auf einen Klangreiz (vgl. Kapteina 2003; 15 ff).

**„Musik ist der
Dosenöffner der Seele“**
(Henry Miller)

Musik in ihrer biografischen Bedeutung

An Demenz erkrankte Menschen leiden häufig unter mangelnder Orientierung bezüglich des Ortes, der Zeit, der Situation bis hin zur eigenen Person (=Identität); also fundamentale Verlusterfahrungen. Daraus resultieren Symptome wie Ängstlichkeit bis hin zur depressiven Verstimmung, motorische Unruhe bis hin zur Agitiertheit oder aggressive Abwehr bei nicht mehr durchschaubaren Handlungsabläufen anderer Menschen. Die mit dem Verlust der räumlichen, sozialen und kulturellen Vertrautheiten abhanden gekommenen Elemente der Identität müssen kompensiert werden durch Erinnerungstätigkeit, die eine mentale Rückbindung an vergangene reale Lebenswelten schaffen kann.

**„Musik ist per se
Erinnerung“**

(Dorothea Muthesius)
1997, 89

*Orientierungs-
verluste*

Versteht man Altersdemenz als Identitätskrise, bei der mit dem Verlust des Kurzzeit- und auch Langzeitgedächtnisses die physische Grundlage der Sinnkonstruktion, das Denken, verloren geht, so ist der Versuch, durch Nutzung des Altgedächtnisses Teile der Identität zusammenzufügen als Mobilmachung von Selbstheilungskräften zu deuten, die lindernde Einflüsse auf die Verlusterfahrungen ausübt. Förderlich für diesen Linderungsprozess ist die Kontaktaufnahme des demenzen Menschen mit biografisch relevanter Musik, die Erinnerungsinseln oder „Lichtungen im Dickicht der Orientierungslosigkeit“ aufgrund des emotionalen Kontextes bildet.

Biografisch relevante Musik wird in der Regel bis zum Alter von ca. 25 Jahren erfahren, kann also in einem kollektiv-kulturellen Zusammenhang beschrieben werden (vgl. Muthesius 1997, 62). Demnach dürften für einen 1920 geborenen Menschen Volksmusik und Schlager der 20er bis 40er/50er Jahre des vorigen Jahrhunderts biografisch relevant sein. Im individuellen Falle könnte dieser Mensch jedoch auch Liebhaber klassischer Musik gewesen sein, Operetten- oder Jazzfan sein oder im Falle eines altgewordenen Migranten die Musik seiner Heimat lieben. Insofern ist auch immer der individuelle soziokulturelle Hintergrund eines Menschen also seine ureigene Biografie bei der Auswahl von Musik konstitutiv zu berücksichtigen.

*Biographisch
relevante Musik*

Relevanz von Rhythmen Bereits im intrauterinen Stadium ist jeder Mensch erwiesenermaßen einem ganzen Ensemble von Geräuschen und Klängen ausgesetzt: dem Rauschen des Blutflusses und den Geräuschen der Peristaltik der Mutter, ihrer (Sing-)Stimme und zahlreichen Geräuschen aus der Außenwelt; insbesondere unter rhythmischen Aspekten Puls und Herzschlag der Mutter sowie regelmäßige Atemgeräusche. Auch nach der Geburt ist der Mensch dem Tag-/ Nachtrhythmus sowie monatlicher Mondzyklen und dem regelmäßigen Wechsel der Jahreszeiten ausgesetzt.

Zugehörigkeitsgefühle Beim gemeinsamen Musizieren bzw. Liedersingen verbindet das Finden eines gemeinsamen Rhythmus die Musizierenden. Durch rhythmisches Klatschen in der Gemeinschaft wird diese Verbindung noch vertieft. Auch durch das Finden derselben Tonhöhe, oder gemeinsam erinnerte Inhalte der bei uns fast immer in deutscher Sprache gesungenen Volkslieder und Schlager entsteht ein Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe. Gespräche über Hintergründe der Lieder, Interpreten, Zeit- hintergründe und „die gute alte Zeit“ (oder auch die schwere alte Zeit) stellen einen Gruppenkonsens her, der Verbindung und Vertrauen schafft.

Lieder singen In der Arbeit mit altersdementen Menschen stellen „Lieder und das Singen den Königsweg in der Musiktherapie“ dar . Lieder können eine Schatztruhenfunktion haben, die den betreffenden Menschen über einen Fundus an Selbstvergewisserungsmöglichkeiten verfügen lassen (vgl. Muthesius, 1999, 13). Muthesius differenziert zwischen `Lied´ und `Gesang´: „Beides getrennt voneinander zu betrachten erscheint sinnvoll, denn es gibt Menschen, die nicht singen wollen oder können und dennoch bestimmten Liedern eine hohe Bedeutung zumessen – und umgekehrt erzählen und zeigen Menschen, dass sie gerne und viel singen, für die Objekte ihrer Betätigung, die Lieder selbst, aber nur wenig Interesse zeigen“ (ebd. S.4). Nach Muthesius ist `ein Lied ein musikalisch und sprachlich hoch verdichteter Ausdruck komplexer und gleichzeitig basaler Lebensereignisse´. Liedertext, Rhythmus und Melodie sind Träger von Emotionalität, wobei sich insbesondere die Melodie, da sie einfacher und elementarer strukturiert ist als der Text, am schnellsten im Gedächtnis festsetzt. Die Melodie transportiert elementare Stimmungen wie Traurigkeit und Verzweiflung, aber auch Heiterkeit, Ausgelassenheit und Erhabenheit. Da bei altersdementen Menschen das geordnete Denken gestört ist, können durch das Erleben der Melodie Erinnerungen an diese Emotionen reaktiviert werden. „Mit dieser Reaktivierung – und für desorientierte Patienten sehr hilfreichen Strukturierung ihrer Emotionalität – kann zuweilen auch die sprachliche Symbolik der Lieder wiedererkannt werden und damit die Symbolisierungsfähigkeit und das Denken, manchmal kurzzeitig, manchmal langfristig wieder ange-regt werden“ (ebd. S.5).

Ziele biographieorientierter Musiktherapie

Ruth Grümme differenziert drei Zielbereiche biografieorientierter Musiktherapie: psychologischen Ziele, soziale Ziele und körperliche Ziele. Psychologische Ziele sind:

- Aktivierung der Erinnerungstätigkeit mit ihren positiv aber auch schmerzhaft besetzten Gefühlen,
- Wecken von Freude,
- Steigerung des Selbstwertgefühls, sowie
- Beeinflussung der durch den demenzbedingten kognitiven Abbaupro-

zess entstehenden psychischen Begleitsymptome

Soziale Ziele wären:

- Anregung von Kommunikation (über Floskeln, Satzfragmente oder den emotionalen Ausdruck der Stimme), sowie
- Austausch von Erinnerungen

Als körperliche Ziele benennt Grümme:

- Mobilisierung motorisch-physiologischer Prozesse durch Singen, Musikhören oder Tanzen, und
- Wecken von Erinnerungen durch sensorische Aktivierung auf verschiedenen Sinneskanälen (auditiv, visuell, taktil, sensomotorisch)

(Grümme 1998, 234)

Weitere musiktherapeutische Effekte können sein: Erweiterung der Ausdrucksmöglichkeiten, Entspannung, Tiefung und Regulierung des Atems, Reaktivierung automatisierten Sprechvermögens und Förderung der Imaginationsfähigkeit (Sonntag 2000, 84 f.). Biografieorientierte Musiktherapie kann Identität bewahren, stabilisieren und stärken, kann den Fokus und die Bewertung der eigenen Vergangenheit verändern, Unerledigtes abschließen, Raum geben für die Suche nach dem Ich und kann dadurch zur Versöhnung mit sich selbst führen.

Schließlich vermittelt Musiktherapie den teilweise zeitlich nicht orientierten altersdementen Menschen eine für sie sehr bedeutsame zeitliche Struktur, nämlich die Möglichkeit, gegenwärtig im `Hier und Jetzt´ integriert zu sein. „Das Wesenhafte von Musik als Zeitkunst ist das Ordnen und Strukturieren zeitlichen Geschehens in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. So kann Gruppenmusiktherapie dem desorientierten Menschen helfen, sich hier als zeitadäquat zu erleben, als Individuum und als Teil der Gruppe“ (Linden 2000, 142 f.).

Musiktherapie in der gerontopsychiatrischen Praxis

Während meiner musiktherapeutischen Praxisphase im Haus St. Augustinus führte ich schwerpunktmäßig vier Projekte durch: den offenen hausübergreifenden Singkreis, eine Musiktherapiegruppe mit 7 Bewohnern sowie zwei Einzelmusiktherapien. Alle musiktherapeutischen Angebote finden in der Regel einmal wöchentlich statt.

Der Singkreis

Der Singkreis des Hauses ist das einzige regelmäßige Betreuungsangebot, das allen 161 Bewohnern offen steht. Jeden Donnerstag um 15.00 Uhr finden sich ca. 40 bis 45 Bewohner in den oberen Therapieräumen ein. Das musikalische Geschehen hat Chorcharakter, wird also bewusst ohne

**„In ..Lieder [...] ist ein Stück
Leben eingeschmolzen, das bei
Stimulierung auch nach
jahrelangem Pausieren wieder
alte Lebendigkeit erlangen kann“**

(Christoph Schwabe)

instrumentelle Begleitung angeboten. Nach einleitenden Begrüßungsworten schlage ich bekanntes Volkslied als `warming up´ für die Stimmbänder vor und gebe dann den weiteren Verlauf frei für Liederwünsche. Die Resonanzen der Gruppe auf die unterschiedlichen Liedvorschläge reichen von „Schön!“ bis „Schon wieder?“ oder „Ich singe keine Kriegslieder“. Häufig äußern dieselben Bewohner von Woche zu Woche dieselben Liedwünsche. Sporadisch, je nach Phase ihres ma-

Liederwünsche

nisch-depressiven Krankheitsbildes, fragt Frau M. die Gruppe bzw. mich, ob sie solo ein paar Lieder vortragen könne. Nach meiner Bitte um achtsames Zuhören trägt Frau M. dann meist Lieder vor, die sie zuvor, zu einem Medley verbunden, vorbereitet hat. Gelegentlich singen oder summen einige wenige Bewohner mit. Im Anschluss wird die Darbietung dann mit Applaus bedacht und Frau M. macht einen zufriedenen Eindruck.

Es kommt auch immer wieder zu biografiebezogenen Äußerungen der Bewohner, die dann ihren unmittelbaren Nachbarn im Singkreis mitteilen, dass sie beispielsweise bei `Schöner Gigolo` ihren Mann kennen gelernt haben, bei `Es waren zwei Königskinder` immer schon traurig wurden oder bei `Im Frühtau zu Berge` mit der Großfamilie gewandert sind. Wertschätzende Äußerungen zwischen den Bewohnern untereinander sind eher selten, häufiger kommt es zu teils ironisierenden Aussagen über Mitbewohner, mit dem Hintergrund konkurrierender Distanznahme. Dann wird notwendig, differenzierend und vermittelnd einzugreifen, bevor sich die Gruppe wieder dem Erleben eines Gemeinschaftsgefühls durch die Lieder hingeben kann, um per Erinnerung in defizitfreiere Zeiten zurückzugleiten.

Die Musiktherapiegruppe

Die Musiktherapiegruppe besteht aus sieben BewohnerInnen, von denen jeweils fünf bzw. zwei im gleichen Wohnbereich leben.

Die TeilnehmerInnen

Frau K., geb. 1927, verw., keine Kinder, lebt seit ca. 5 Jahren im St. Augustinus. Diagnose: affektive kognitive Störung, Demenz vom Alzheimer-Typ. In letzter Zeit starker dementieller Abbau.

Einige der Mitbewohner, die ebenfalls an der Gruppe teilnehmen, gehen zu Frau K. auf Distanz.

Frau F., geb. 1938, geschieden, seit 1 ½ Jahren im St. Augustinus. Diagnose: Schizophrenie.

Da es keine Angehörigen mehr gibt und die Bewohnerin Aussagen über ihr Leben verweigert existieren keine biografischen Angaben in der Heimdokumentation.

Frau S., geb. 1920, verw., eine gehörlose Tochter, lebt seit ca. 3 ½ Jahren im St. Augustinus. Diagnose: Demenz vom Alzheimer-Typ.

Frau S. arbeitete viele Jahre als Verkäuferin in einem `Tante Emma`-Laden und spielte als Jugendliche Klavier und später Mundharmonika. Frau S. legt Wert auf höfliche Umgangsformen und begrüßt mich mit Handschlag und Nennung meines Familiennamens.

Des weiteren sind nehmen an der Gruppe teil: **Frau Ü.**, geb. 1926, **Herr R.**, geb. 1921, **Frau H.**, geb. 1920 und **Frau B.** geb. 1942.

Gruppenmusiktherapie

Setting Vor Gruppenbeginn bereite ich den Raum vor: ein Stuhlkreis um eine dekorierte Mitte, CD-Player, Gitarre und auf einem fahrbaren Wagen viele Kleininstrumente.

Die Conga, zwei Leiern, Einzelklangstäbe, Kalimba und eine Oceandrum finden ihren Platz in einer Ecke des Raumes.

Die Bewohner kommen selbständig zur Gruppe. Nach einer persönlichen Begrüßung mit Handschlag und eröffnenden Fragen nach dem Wohlbefinden singen wir gemeinsam zur Gitarrenbegleitung „Kein schöner Land“. Daran schließt sich häufig noch ein jahreszeitlich bezogenes Volkslied an. „Am Brunnen vor dem Tore“ bildet das Abschlusslied. Diese beiden Volkslieder haben für oben beschriebene Bewohner einen hohen Bekanntheitsgrad, eine stark innere Bilder evozierende Textaussage „Da haben wir so manche Stund, gesessen da in froher Rund, und taten singen ...“ (2. Strophe „Kein schöner Land“) oder „Ich träumt in seinem Schatten so manchen süßen Traum“ (1. Strophe „Am Brunnen ...“) sowie eine im Gewahrsein des Todes Gleichmut und Gelassenheit erzeugende Aussage: „Gott mag es schenken, Gott mag es lenken, er hat die Gnad“ (3. Strophe „Kein schöner Land“).

*Rahmen:
Anfangs- und
Schlusslied*

Im Folgenden werde ich exemplarisch einige Sitzungen herausgreifen und deren Verlauf beschreibend darstellen.

Sitzungsverläufe

6. Sitzung

Nach dem Begrüßungsritual schlug ich eine Improvisation zum Thema `Meine Lieblingsmahlzeit´ vor. Jeder Teilnehmer sollte sich in einer kurzen Stillephase seine Liebesspeise vorstellen, dann diese musikalisch darstellen, während die Anderen aufmerksam zuhören. In einem nächsten Schritt sollte die Gruppe raten, um welche Lieblingsmahlzeit es sich gehandelt haben könnte, um so ein weiteres Gespräch entstehen zu lassen.

Da diese Aufgabenstellung für einige Bewohner zu abstrakt schien, machte ich den Anfang und spielte auf dem Xylophon `Königsberger Klopse´. Die dargestellte Mahlzeit wurde natürlich nicht geraten, jedoch nach Bekanntgabe meinerseits entstand ein kurzes Gespräch über die Zubereitungs- bzw. Esserfahrungen mit dieser Speise. Im Uhrzeigersinn fortschreitend stellten dann die Bewohner ihre Lieblingsmahlzeit dar. Erraten wurde keine der musikalisch dargestellten Speisen, so dass der jeweilige Bewohner die verbale Übersetzung geben musste. Die situativ meist desorientierte Frau K. schien durch die musikalische Aufgabenstellung etwas überfordert zu sein, sie benötigte mehrere verbale Ermunterungen und spielte dann mit nach Hilfe suchendem Blick in meine Richtung den Schellenkranz. Auf Nachfrage äußerte Frau K., sie esse gerne `Stampfkartoffeln´, was bei der Gruppe auf rege Zustimmung stieß und eine Aufzählung der Beilagen mit sich brachte.

*Lieblingsspeisen-
improvisation*

20. Sitzung

Inspiziert durch ausgeteilten Fotos sollten die Teilnehmer auf selbstgewählten Instrumenten improvisieren. Ein Foto stellte eine typische Szene aus einem Hausmusiktreffen aus den 30-ziger Jahren des letzten Jahrhunderts dar. Spielidee war, mit unserem Orff'schen Instrumentarium die dargestellte Stimmung zu erfassen und musikalisch wiederzugeben. In der darauffolgenden verbalen Reflektionsphase stellte sich zu meinem Erstaunen heraus, dass niemand solche Hausmusikerfahrungen gemacht hatte.

*Durch Fotos
initiierte Impro-
visationen*

Umso lebhaftere Reaktionen erhielt ich beim begleiteten Improvisieren beim zweiten verteilten Foto aus den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts, das eine Tanzveranstaltung unter freiem Himmel zeigte. Die Bewohner begleiteten mit ihren Instrumenten rhythmisch die von CD reproduzierten Polkas aus Böhmen.

In der anschließenden Reflektionsphase stellte sich heraus, dass zwar alle Teilnehmer solche Tanzveranstaltungen kennen gelernt hatten, aber stark unterschiedliche Gefühle damit verbanden.. So äußerte die schizophrene Frau F., dass sie ihren Ehemann auf einer solchen Veranstaltung kennen gelernt habe, bei weiterem Nachfragen verstummte Frau F. jedoch für den Rest dieser Stunde. Die anderen verbanden mit solchen Tanzveranstaltungen positive Erinnerungen; Frau S. berichtete, wie

sie trotz des Verbots des Vaters, aber der Billigung der Mutter, zum Tanze gegangen ist. Nach dieser Gruppenstunde ging der entfachte Erfahrungsaustausch unter den Bewohnern noch weiter.

Auswertung der Gruppenmusiktherapie

Es zeigte sich, dass für die Bewohner das musikalische Spiel in freier Improvisation vollkommen fremd war und sie hier, wie auch in anderen Spielsituationen, lediglich recht verhalten musizierten, dabei auf mich als Leiter fixiert waren oder bekannte, früher gelernte Kinderlieder beispielsweise auf dem Xylophon unablässig wiederholten. Auch stellte sich bei anderer Gelegenheit heraus, dass mit Musik doch so etwas wie Operette, Volkslied oder Kirchenmusik verbunden wird (also „richtige Musik“). Meine daraufhin vorgebrachte Vorstellung einer Erweiterung des musikalischen Rahmens bis hin zu Klangerlebnissen wie man sie bei fallenden Regentropfen, morgendlichem Vogelgezwitscher, einem plätschernden Bach, einem heulenden Sturm oder der Meeresbrandung erfahren kann, brachte jedoch auch nicht mehr Vertrautheit und Wohlgefühl ins freie Improvisieren.

In der verbalen Reflexionsphase jedoch konnte von fast allen Teilnehmern zum Ausdruck gebracht werden, was vor dem inneren Auge geschaut wurde. In anderen Gruppenstunden bestanden die Vorgaben aus der musikalischen Darstellung einer Gebirgswanderung, dem Zusammenstellen eines Blumenstraußes, dem Spielen eines bemerkenswerten Urlaubes, der Darstellung einer Wintererfahrung, ein geleitetes Begriffe raten oder die musikalische Umsetzung eines ausgewählten Sonntags bzw. einer Schulsituation. Aus eigenem Antrieb begann in keiner dieser Situationen ein Bewohner die musikalische Improvisation; auch beim Ertönen metrumloser Klänge spiegelte sich eher Skepsis in den Gesichtern wieder und die musikalischen Spielversuche blieben sehr verhalten. Wenn ich jedoch durch eine Vorgabe meinerseits einen Rhythmus entstehen ließ spielten nach kurzer Zeit alle Teilnehmer im Takt mit (allerdings ohne eine Variation einzubringen), und hörten sofort auf zu musizieren wenn ich mein Spiel beendete.

*Orientierung
durch Rhythmus*

*Konkrete Spiel-
vorgaben*

*rhythmische
Liedbegleitung*

Je konkreter jedoch die Spielvorgaben waren, je „unfreier“ die Improvisation, umso mehr schienen sich die Teilnehmer den Klängen und aufsteigenden inneren Bildern hingeben zu können. Mit selbstgewähltem Orff'schen Instrumentarium begleiteten die Teilnehmer gesungene Lieder mit Gitarrenuntermalung. Häufig war dabei zu beobachten, dass die Aufmerksamkeit beim singenden Begleiten nicht teilbar ist: einige Bewohner singen ausschließlich und `vergessen` ihr Rhythmusinstrument, andere vergessen über der rhythmischen Begleitung den Gesang. Das stärkste Erfolgserlebnis stellt sich dann jedoch am Ende einer solchen Sitzung ein, wenn die Bewohner Musik von CD mit ihren Instrumenten rhythmisch begleiten: die Spannbreite der „Konservenmusik“ reichte hier von Marschmusik zu Filmmusik oder dem Schlager `Am Zuckerhut`, von originären Aufnahmen westafrikanischer Trommler über den monotonen beat schamanischer Heilrituale bis zu Polkas und Walzern aus dem Egerland.

Fazit

Fazit Musiktherapeutisches Handeln ist differenzierbar in ein übungszentriertes, ein erlebnisorientiertes und ein problemorientiertes Arbeiten. Die Möglichkeiten, bei Menschen mit dementiellen Abbauprozessen problemorientiert zu arbeiten, sind in

einer gerontopsychiatrischen Facheinrichtung so gut wie nicht gegeben. Hauptarbeitsweise ist die erlebnisorientierte Modalität, mit ihren aktivierenden und wiederbelebenden Wirkungen und, modifiziert, auch die übungszentrierte Verfahrensweise, mit ihrer Nähe zur Musikpädagogik, da sie im Sinne validierenden Arbeitens Erfolgserlebnisse schafft und auf diesem Wege die Wahrnehmung, die Konzentrationsfähigkeit sowie das Selbstwertgefühl stärkt.

Einzelmusiktherapie mit Frau B.

Biografie: Frau B. wurde 1945 geboren, war also während der Zeit der Therapie noch keine 60 Jahre alt. In ihrer Jugend arbeitete Frau B. als Bürogehilfin, später als Altenpflegehelferin. Frau B. war verheiratet; aus dieser Ehe ging eine Tochter hervor, die jetzt ca. 30 Jahre alt ist. Die Ehe wurde 1984 geschieden. Da erste Auswirkungen ihrer Erkrankung (M. Alzheimer) bereits bei ihrer Berufsausübung spürbar wurden, lebte Frau B. die letzte Zeit vor ihrem Heimeinzug wieder bei ihren Eltern.. Im Mai 2002 zog Frau B. ins Haus St. Augustinus ein. Diagnosen: Morbus Alzheimer mit frühem Beginn; depressive Episoden; affektlabil.

*Fallbeispiel
Frau B.*

Seit Oktober 2003 ist Frau B. bei mir in musiktherapeutischer Einzelbehandlung. Zu Beginn hole ich sie von ihrem Wohnbereich ab, in dem sie meist ziel- und ruhelos die Gänge auf und ab wandert. Bei unserem Weg durch den Wohnbereich fängt sie häufig schon an, einen Schlager zu summen. Der Raum für die musiktherapeutische Einzelbehandlung ist die Sakristei innerhalb der sechseckigen Kapelle, in der sich ein Klavier befindet, ein kleines Schlagzeug (Stand-tom, snaredrum und Becken), ein Keyboard sowie einige Rhythmusinstrumente.

Setting

Im Laufe der musiktherapeutischen Sitzungen stellte sich heraus, dass Frau B. in ihrer Jugend häufig Folksongs, Beat- und Rockmusik gehört hat (1968 war Frau B. gerade 23 Jahre alt). So wurde unser gemeinsames Begrüßungslied `Donna, Donna`. Bereits bei den ersten rhythmisch gespielten Gitarrenakkorden geht eine Wandlung durch den Körper von Frau B.: geht sie meist in ihrem Wohnbereich mit stereotypen Bewegungen, einem reduzierten Körpertonus und ausdrucksleerem Blick durch die Gänge, so richtet sich Frau B. beim Hören der ersten Klänge auf ihrem Stuhl sitzend gerade auf, bewegt ihre Arme über den Kopf gehoben im Takt von links nach rechts und beginnt mit leuchtenden Augen im Blickkontakt zu mir Töne zu summen, bis dahin, dass sie, sich um die eigene Achse drehend, beginnt zu tanzen. Oftmals kommentiert Frau B das Ende des Liedes mit „Ist das schön!“

Begrüßungsritual

Von den angebotenen Rhythmusinstrumenten wählt die Bewohnerin meist den `Shaker` aus, begleitet rhythmisch die von Gitarre intonierten Folgsongs, singt den Refrain in Englisch mit, den Liedertext meist in Silben, indem sie mit leuchtenden Augen und der freien Hand in die Luft „schreibt“. Nach jedem Song mache ich eine Pause: häufig schweigt Frau B. mit auf den Boden gerichteten Blick und scheint intensiv inneren Bildern nachzuhängen. Ich unterbreche sie dann nicht durch meine Fragen und nach einer Weile der Stille schaut mich Frau B. an und äußert beispielsweise „War das toll!“, aber auch: „Ich kann nicht mehr.“



*Rhythmische
Begleitung mit
dem Shaker*

Während einer Sitzung schien Frau B. nach dem Musizieren von `Joe Hill` (Joan Baez) sehr traurig zu sein. Mit Tränen in den Augen äußerte sie unvermittelt: „Die Mama weiß alles.“ Ich versuchte Frau B. verbal zu vermitteln, dass wo die Mama ist, die Welt in Ordnung ist und man geborgen sei. Daraufhin wiederholte Frau B. mehrmals „Meine Mama, meine Mama, meine Mama“ und begann den Song `Joe Hill` leise zu pfeifen. Leider war es nicht möglich, aufgrund des fortgeschrittenen dementiellen Abbaus eine verbale Reflexion an diese Regressionsphase anzuknüpfen.

Regression

Jedoch spielen bei den gemeinsam gesungenen und musizierten Liedern nicht nur Folksongs eine Rolle, sondern auch Schlager und Volkslieder, da Frau B., wie ihrer Biografie entnehmbar, auch als Altenpflegerin gearbeitet hat und ich so an Bekanntes anknüpfen kann. Schlager wie „Die Caprifischer“, „Ich bin die fesche Lola“, „Schöner Gigolo“ oder „Tulpen aus Amsterdam“ werden immer wieder gemeinsam angestimmt und veranlassen Frau B. immer wieder zu spontanen Äußerungen, die jedoch leider kaum weiter kommunizierbar sind. So äußerte Frau B. ein anderes Mal im Anschluss an „Ganz Paris träumt von der Liebe“: „Die Scherben sind raus!“ Wir konnten übereinkommen, dass damit doch etwas geschafft sei, da man sich jetzt nicht mehr verletzen könne.

Schlagzeug Bereits vor der musiktherapeutischen Einzelbetreuung war mir im ‚Singkreis‘ aufgefallen, dass sie ein sehr gutes rhythmisches Gespür und Umsetzungsvermögen besitzt. So habe ich das erste Mal im November 2003 das Schlagzeug zwischen uns aufgebaut: vor jedem von uns stand eine ‚Standtom‘ bzw. ‚snare-drum‘, das Becken war für uns beide erreichbar. Jeder von uns hatte zwei Schlägel zur Verfügung und ich begann mit einem durchgehenden Viertelbeat. Frau B. griff diesen Puls sofort auf, spielte allerdings lediglich mit einem Schlägel. Kleinere rhythmische Varianten meinerseits (Synkopen, ‚double-time‘- Figuren) spiegelte Frau B. selten, auch versuchte sie während des Spiels häufig, mit dem rechten Schlägel den linken auf der Trommel liegend zu treffen. Das Becken bezog sie nach Vorgabe ebenfalls in ihr Spiel mit ein.

In jeder zweiten Sitzung baue ich das Schlagzeug auf: Jedes Mal spielt Frau B. konzentriert und gleichzeitig gedankenverloren mit Ausdauer (mindestens 5 Minuten) die Trommel. Meist endet es damit, dass mich Frau B. mit einem herzhaften Lachen anschaut und aufhört zu spielen; einmal äußerte sie „Jetzt bin ich kaputt.“, ein anderes Mal mit Begeisterung „Wie die Kinder“ - was ich nur bestätigen konnte.

Einzelmusiktherapie mit Frau M.

Fallbeispiel Frau M. Biografie: Frau M. wurde 1926 geboren und hatte keine Geschwister. Auch nach der Heirat arbeitete Frau M. in einem Lebensmittelgeschäft. Die Ehe blieb kinderlos. Beide Eheleute waren aktive Mitglieder in einer Freikirche, Frau M. hatte eine leitende Funktion inne, war im Kantorei- und im Kirchenchor. Noch heute erhält Frau M. Besuch von Mitgliedern der Freikirche. Seit ca. 3 Jahren lebt sie im St. Augustinus. Diagnose: Morbus Alzheimer; extreme motorische und verbale Getriebenheit.

Frau M.'s motorische Unruhe zu Beginn ihres Heimaufenthaltes war sehr extrem: die Bewohnerin konnte in der Regel nicht länger als ein paar Minuten auf einem Stuhl sitzen bleiben, dies jedoch immer auch in „sprungbereiter Position“. Dann stand sie auf, meist mit der Frage: „Was muss ich jetzt tun?“, bzw. sie schritt direkt zur Tat: Frau M. versuchte zur damaligen Zeit alles Essbare und vieles Nicht-Essbare zu konsumieren, nahm Mitbewohnern das Frühstück vom Teller und biss hinein oder trank auf dem Tisch stehende Getränke in einem Zug leer. Manchmal fielen ihrer oralen Gier auch Plastikblumen oder andere Raumdekoration zum Opfer. Seit ca. Juli 2003 ist Frau M. aufgrund hoher Sturzgefährdung rollstuhlfähig, ihre weiterhin stark ruhelosen Aktivitäten bleiben auf den Radius ihrer Arme beschränkt, werden allerdings durch immensen verbalen Äußerungsdrang ergänzt.

Setting Die musiktherapeutische Einzelbetreuung findet innerhalb des Wohnbereichs im

Zimmer der Bewohnerin statt. Ziel der Behandlung war an erster Stelle, das mentale Getriebensein und die extremen Unruhezustände etwas abzuschwächen.

Ich begann mit Frau M. mit Gitarre begleitete Volkslieder zu singen, die sie während der ersten Strophen auch mitsang, dann jedoch häufig äußerte: „Is´ gut jetzt.“ oder „Hör auf!“. Auf Gesprächsangebote zwischen den Volksliedern ging Frau B. selten ein, Fragen beantwortete sie häufig mit „Ich weiß nicht“ (was mittlerweile zu einer Stereotypie geworden ist). Angebotene Rhythmusinstrumente legte Frau M. regelmäßig nach einigen halbherzigen Spielversuchen zur Seite, auch äußerte sie immer häufiger bereits beim Stimmen der Gitarre „Nu mach mal hinne!“.

Volkslieder

Eines Tages stimmte ich das Lied „Großer Gott, wir loben Dich“ an. Frau M.´s Körperhaltung im Rollstuhl veränderte sich augenblicklich zu einer aufrechten Sitzhaltung mit gestreckter Wirbelsäule und wachem aufmerksamem Blickkontakt zu mir. Frau M. sang die beiden ersten Strophen mit, fragte mich dann, ob wir das gut gemacht haben und beantwortete in dieser Sitzung noch von mir gestellte Fragen nach ihrem Ehemann. Seit dieser Sitzung besteht unser Gesangsrepertoire hauptsächlich aus Kirchenliedern aus dem Gebet- und Gesangsbuch für das Bistum Essen. Während des Singens ist der hohe Muskeltonus der Bewohnerin deutlich reduziert, ihre verbale Unruhe vermindert und ihr Blick und die ganze Körperhaltung strahlen Ernsthaftigkeit aus. In den Liederpausen ist es auch möglich kurze Gespräche über ihre Zeit im Kirchenchor zu führen.

Kirchenlieder

Spannungsabbau

Mittlerweile beginnen wir unsere musiktherapeutische Sitzung mit einem gemeinsam gebeteten `Vater Unser´ - auch dies kann Musiktherapie mit validierendem biografischen Hintergrund beinhalten.

Schlussfolgerungen

Die durch mangelhafte Orientierung entstehende Angst und häufig depressive Grundstimmung bei an Demenz erkrankten Menschen wird durch das ordnende Prinzip von Musik in ein Gefühl der Sicherheit verwandelt. So lassen beispielsweise beim Liedersingen die wiederkehrenden Parameter von Rhythmus, Melodie und Liedertext einen Wiedererkennungseffekt und damit Orientierung entstehen. Der dement gewordene Mensch sieht eine „Lichtung“ im ansonsten „undurchschaubaren Wald“ und erfährt eine Integration im Hier und Jetzt.

Orientierung durch Liedersingen

Die bei dementiell erkrankten Menschen häufig vorhandenen Erfahrungen von destabilisierter Identität bis hin zum Identitätsverlust kann durch biografisch ausgerichtete musiktherapeutische Arbeit ein neues Fundament erhalten. Insbesondere in verbalen Reflexionsphasen kann durch Hervorhebung der Bedeutung eines „gelebten Lebens“, der Ganzheit einer Biografie und der häufig positiven Erinnerungen an Vergangenes Freude geweckt werden, glückliche Stunden wiederbelebt und nutzbar für die Gegenwart gemacht werden. Dieser Prozess bewirkt eine Steigerung des Selbstwertgefühls und der Identitätswahrnehmung.

Identitätswahrnehmung

Die häufig bei demenzerkrankten Menschen vorhandene motorische Unruhe bis hin zur Agitiertheit kann durch biografisch bezogenes musiktherapeutisches Handeln gelindert werden. Durch Singen, Musikhören oder auch Tanzen zu biografie-relevanter Musik können motorisch-physiologische Prozesse mobilisiert werden und zu körperlicher sowie mentaler Entspannung führen.

Entspannung bei Agitiertheit

Die durch musiktherapeutisches Arbeiten aktivierte Erinnerungstätigkeit kann zum Austausch von Erinnerungen untereinander in der Gruppe führen (auch nonverbal). Die durch die musikalische Gemeinschaftserfahrung verstärkte Kommunikationsbereitschaft dementer Menschen untereinander lässt ein Zugehörigkeits-

Zugehörigkeitsgefühl

gefühl zur Gruppe entstehen und stärkt somit soziale Kompetenz. Darüber hinaus kann die Verbundenheit mit der Welt, der Natur bis hin zu religiösen/spirituellen Dimensionen erlebt werden.

Reframing

Durch Nutzung des Altgedächtnisses bei der Arbeit mit biografisch relevanter Musik können Verlusterfahrungen der Gegenwart kompensiert werden. Alte Konflikte können bearbeitbar gemacht werden und sich damit auflösen, der Focus und die Bewertung der eigenen Vergangenheit kann verändert werden, Unerledigtes kann abgeschlossen werden und der Mensch sich so mit sich selbst versöhnen: auf diese Weise kann in der Rückschau die eigene Biografie `rund` werden - zur vollständigen Gestalt werden.

Fazit

Vor Beginn meiner musiktherapeutischen Praxisphase stellte ich mir vor, zumindest in der Gruppe zahlreiche in den Seminaren gelernte und praktizierte musikalische Spiele und Improvisationselemente in meine Arbeit integrieren zu können. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass die teilnehmenden Bewohner erstens einen eingeschränkten Musikbegriff hatten, d.h. als Musik wurde ausschließlich erlebt, was aus Oper/Operette stammte, der klassischen Musik zugerechnet wird oder zumindest der Volksmusik/Schlagern entstammt. Anfängliche Versuche meinerseits z.B. einen Blumenstrauß musikalisch darzustellen, einen Waldspaziergang mit Orff'schen Instrumenten zu skizzieren oder gar Gefühle zu musizieren trafen auf fragende Blicke, einige zaghafte Spielversuche und ein baldiges Verstummen der Instrumente. Erst wenn ich ein Metrum vorgab stimmten die Bewohner imitatorisch mit ein, manche schienen, ablesbar an ihrer Mimik, immer noch peinlich berührt zu sein. Das Element auch musikpädagogischer Begegnung mit damit verbundenen Erfolgserlebnissen erwies sich als sehr wertvoll für die Stärkung des Selbstwertgefühls.

Die deutlichsten identitätsreproduzierenden Effekte waren eindeutig beim Einsatz von biografisch relevanten Liedern und damit verbundenem Singen, zum Teil mit rhythmischer Begleitung, zu verzeichnen. Hier wurde phasenweise ein Aspekt von Klangerfahrung bzw. -produktion deutlich: Musik kann magisch wirken. Diese Erfahrungen spiegeln sich strukturell auch in den musiktherapeutischen Einzelsitzungen wieder. Und so ließe sich, frei nach Eichendorff, der Titel dieses Fachvortrages umwandeln in:

„Schläft ein Lied in allen Menschen, die da träumen fort und fort, und die Welt hebt an zu singen, triffst Du nur das Zauberwort“

Literatur:

- Blimlinger, E./ Ertl, A./ Koch-Straube, U./ Wappelshammer, E. (1994): Lebensgeschichten – Biografisches Arbeiten mit alten Menschen. Hannover
- Bunt, Leslie (1998): Musiktherapie – Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Weinheim
- Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (2000): Musiktherapie in der Altenarbeit. Beiträge zur Musiktherapie. Berlin

- Feil, Naomi (1992): Validation. Für ein Altern in Weisheit. Wien
- Grümme, Ruth (1998): Situation und Perspektive der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten. Regensburg
- Hegi, Fritz (1997): Improvisation und Musiktherapie. Paderborn
- Kapteina, Hartmut (2003): Skript zur Einführung in die Musiktherapie. Universität Siegen
- Linden, Ulrike (2000): „... den Jahren Leben geben“. In: Musiktherapie in der Altenarbeit. DGMT. Berlin
- Muthesius, Dorothea (1999): Musik und Biographie – Lieder und Singen im Lebenslauf alter Menschen. Beiträge zur Musiktherapie. DGMT Berlin
- Muthesius, Dorothea (1997): Musiktherapeutische Beiträge zu einem veränderten psychosozialen Versorgungsbedarf alter erkrankter Menschen. In: Musiktherapeutische Umschau 18; S.89
- Muthesius, Dorothea (1997): Musikerfahrungen im Lebenslauf alter Menschen. Hannover
- Ruhe, Hans G. (2003): Methoden der Biografiearbeit. Weinheim/Basel/Berlin
- Schnauffer-Kraak, Margarete (1997): Integrative Musiktherapie mit pflegebedürftigen alten Menschen. In: Musiktherapeutische Umschau 18. Berlin
- Schnauffer-Kraak, Margarete (1994): Brücke zum eigenen Wesen. In: Altenpflege. Vincentz Verlag. Hannover 01. Juni 1994
- Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen
- Sonntag, Jan (2000): Musiktherapie mit Demenzkranken. In: Bruhn, Herbert/ Muthesius, Dorothea: Musiktherapie für alte Menschen - 2.Rendsburger Symposion 2000

Autor:

*Peter Sandte
Auf'm Kahr 15
45239 Essen
Tel: 0201/ 404 306*