

# **Musiktherapeutische Projektarbeit im Altenzentrum**

**Fachvortrag**  
**als Abschluss der Musiktherapeutischen Zusatzausbildung an der**  
**Universität/Gesamthochschule Siegen**  
(Oktober 2001 bis Mai 2006)

**vorgelegt von Petra Drees**

Petra Drees, Eggenkamp 19, 48356 Nordwalde, Tel. (02573) 2768  
e-mail: [petra.drees@web.de](mailto:petra.drees@web.de)

# Gliederung

Seite

- 1. EINLEITUNG** **1**
- 2. DAS MUSIKTHERAPEUTISCHE PRAXISFELD**
  - 2.1 MEINE DIENSTSTELLE ALS PRAXISFELD
  - 2.2 MEIN KLIENTEL
    - 2.2.1 KÖRPERLICH UND PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTE UND ORIENTIERTE BEWOHNERINNEN
    - 2.2.2 DEMENTIELL ERKRANKTE BEWOHNERINNEN
- 3. MEIN BERUFLICHES HANDELN**
  - 3.1 POSITIVE PERSONENARBEIT – ECHTER KONTAKT ÜBER MUSIK
  - 3.2 ERLEBENSORIENTIERTE BETREUUNG (MÄEUTIK) ALS MÖGLICHKEIT DER KOMMUNIKATION ÜBER MUSIKERLEBEN MIT ALTERSVERWIRRTEN MENSCHEN
  - 3.3 BIOGRAPHIEARBEIT – MUSIK ALS TRÄGER VON EMOTIONALISIERTEN ERINNERUNGEN
  - 3.4 MEIN (BIOGRAPHISCHE) THERAPEUTISCHE GRUNDHALTUNG
  - 3.5 MEIN INSTRUMENTARIUM
- 4. DIE MUSIKTHERAPEUTISCHE PROJEKTARBEIT VORGESTELLT ANHAND VON THESEN**
  - 4.1 MUSIK IN DER SOZIALEN ARBEIT MIT ALTEN MENSCHEN ODER MUSIKTHERAPIE IM ALTENZENTRUM? – GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE
  - 4.2 MUSIKTHERAPIE OHNE SINGEN? – UNMÖGLICH!?
  - 4.3 TAGES- UND LEBENSRÜCKSCHAU – DAS OFFENE ABENDLIEDERSINGEN
    - 4.3.1 VORÜBERLEGUNGEN UND THERAPIEZIELE
    - 4.3.2 ABLAUF
    - 4.3.3 PROZESSGESTALTUNG AM BEISPIEL VON HERRN D. (ORIENTIERT)
    - 4.3.4 PROZESSGESTALTUNG AM BEISPIEL VON FRAU B. (DEMENTIELL ERKRANKT)
    - 4.3.5 PROZESSGESTALTUNG IN DER GRUPPE
  - 4.4 MUSIK IST ERINNERUNG PER SE – MUSIKTHERAPEUTISCHE GRUPPENARBEIT MIT DEMENTIELL ERKRANKTEN ALTEN MENSCHEN
    - 4.4.1 VORÜBERLEGUNGEN, TEILNEHMERINNEN UND THERAPIEZIELE
    - 4.4.2 ABLAUF EINER GRUPPENSITZUNG UND DEREN METHODEN
    - 4.4.3 PROZESSGESTALTUNG EINZELNER ANHAND UNTERSCHIEDLICHER THEMEN
    - 4.4.4 PROZESSGESTALTUNG IN DER GRUPPE
- 5. ZUSAMMENFASSUNG/RESÜMEE** (BEWERTUNG, EVALUATION, WAS IST STRUKTURELL MÖGLICH? WAS NICHT? ...)
- 6. PERSPEKTIVE/AUSBLICK**

## 1. EINLEITUNG

Ausgehend von einer abgeschlossenen Ausbildung in der Bank und einigen Jahren Arbeit in einer solchen, orientierte ich mich beruflich um. Ich begann das Studium der Religionspädagogik und der Sozialarbeit in Paderborn. Anschließend verschlug es mich in die stationäre Altenarbeit, einer für mich gelungenen Schnittmenge beider Studiengänge, in der ich mich nach wie vor sehr "Zuhause" fühle.

Ein notwendiges Geburtstagsständchen für eine Bewohnerin zu ihrem 99. Geburtstag sorgte innerhalb der ersten zwei Wochen des Anerkennungsjahres 1997 dafür, dass auch ein Akkordeon im wahrsten Sinne des Wortes dort 'einzog'. Seit dieser Zeit ist sowohl das Akkordeon als auch die Musik als ganzes aus meiner Arbeit dort nicht mehr wegzudenken. Mit der Zeit entstand für mich der Wunsch mich intensiver mit der Musik und deren Wirkungsmöglichkeiten in der sozialen Arbeit und später auch in der Therapie mit alten Menschen wie auch mit Wachkomapatienten zu befassen, und so stieß ich auf die Musiktherapie in Siegen. An's Akkordeon geriet ich im Anschluss an die klassische musikalische Früherziehung. Ein Instrument, das ich mir seinerzeit - wie es mit sieben Jahren so ist - nicht ganz aus freien Stücken auswählte. Es war das Lieblingsinstrument meines Vaters, dem es leider aufgrund seiner Lebensumstände zu erlernen verwehrt blieb, und stattdessen musste er mit der kleinen Version, der Mundharmonika, vorlieb nehmen. Abgeneigt wiederum war ich dem Akkordeon gegenüber allerdings wiederum nicht, und heute im Rückblick ist mir klar, warum es ausgerechnet dieses Instrument sein sollte. Da bei uns Zuhause - solange ich denken kann - immer gesungen wurde, gehört das Singen genauso zu mir. Sowohl einfach so für mich zu singen als auch im Chor etc. bedeutet für mich Entspannung pur, und ich fühle mich einfach rundum wohl.

## 2. Meine Dienststelle als musiktherapeutisches Praxisfeld

### 2.1 Meine Dienststelle

Als Sozialarbeiterin bin ich im Sozialen Dienst des Altenzentrums St. Augustinus in Nordwalde, ca. 10 km nördlich von Münster in Westfalen, tätig, deren Träger ausschließlich die örtliche Katholische Pfarrgemeinde, St. Dionysius, ist. Diese Einrichtung der stationären Altenhilfe gehört bewusst nicht zum Caritas-Verband dieser Region, um von diesem unabhängige und absolut autonome Entscheidungen treffen zu können. Der Grundstein für diese Einrichtung wurde in diesem Jahr vor genau hundert Jahren ursprünglich in der Bestimmung als Krankenhaus gelegt und 19.. als Altenzentrum umfunktioniert. Daraus resultieren in weiten Bereichen noch lange (Krankenhaus-)Flure, und es sind deshalb leider nur an wenigen Stellen Nischen für kleine Sitzgelegenheiten vorhanden.

Zum Altenzentrum gehört einerseits die stationäre Pflege, die mit derzeit 122 BewohnerInnen<sup>1</sup> (in 94 Einzel- und 14 Doppelzimmern) den größten Pfeiler des Altenzentrums darstellt. Hier leben körperlich und geistig beeinträchtigte alte Menschen der Pflegestufen 0 - 3 auf vier

---

<sup>1</sup> Darunter befinden sich auch drei Kurzzeitpflegeplätze, die alte Menschen, die vorübergehend intensiverer Hilfe bedürfen (nach einem Krankenhausaufenthalt, während des Urlaubs der Pflegenden oder als "Altenzentrumsschnupperzeit") nutzen können.

Wohnbereichen unterschiedlicher Größe zusammen. Seit 1998 werden im Altenzentrum Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen begleitet und gepflegt. Einer der zuvor erwähnten vier Wohnbereiche des Altenzentrums (mit insgesamt 19 Plätzen) hat sich auf die Betreuung, Versorgung, Behandlung und Rehabilitation dieser Menschen spezialisiert. Das Betreute Wohnen<sup>2</sup> mit mittlerweile 36 Wohnungen (32 Einzel- und 4 Ehepaarwohnungen) stellt weiterhin einen Teilbereich des Altenzentrums dar. Darüber hinaus können jederzeit und auch nur kurzzeitig Dienst- und Hilfeleistungen in Anspruch genommen werden. Im Sommer diesen Jahres wird darüber hinaus ein Haus mit zwei ambulant betreuten Wohngemeinschaften<sup>3</sup> für jeweils acht Demenzkranke auf dem Gelände fertiggestellt und bezugsfertig sein. Weiterhin stellt der ambulante Pflegedienst eine weitere Säule des Altenzentrums dar, der die Pflege und Hilfe von Menschen in ihrer häuslichen Umgebung leben, gewährleistet und z.Z. etwa \_\_ Personen pflegt und betreut.

Als Sozialarbeiterin im Sozialen Dienst dieses Hauses (bestehend aus einem Stellenvolumen von z. Zt. insges. 2,25 Stellen) bin ich für die Begleitung der BewohnerInnen vom Hauseinzug bis zu ihrem Sterben, die Begleitung von Angehörigen, die besondere Begleitung eines Wohnbereiches d. h. von KollegInnen in der Pflege, der jeweiligen BewohnerInnen und deren Angehörigen, die Organisation von Festen und Feiern innerhalb des Jahres bis hin zur Planung und Durchführung konkreter Gruppenangebote (wie z. B. Gedächtnistraining, Ausflüge, Tagesangebote für Demenzkranke, etc.) zuständig.

Meine Elternzeit (Jan. 2003 bis Jan. 2006) nutzte ich dann um die musiktherapeutische Praxis hier in meiner Dienststelle zu absolvieren. Musikmässig existierte bislang lediglich ein von mir angebotenes, wöchentlich stattfindendes "Offenes Singen" in Form eines Wunschkonzertes mit Akkordeonbegleitung, an dem etwa 20 bis 25 BewohnerInnen teilnehmen. So entdeckte ich mein bisheriges Dienstfeld in einigen Bereichen aus anderer Perspektive und z. T. auch ganz neu. Anfangs standen mir keine Instrumente seitens des Altenzentrums zur Verfügung, also nutzte ich meine private Sammlung des kleinen Orffschen Instrumentariums und legte mir einige Spezialinstrumente wie ein Monochord, eine Oceandrum, eine Obertonflöte und eine Klangschale zu. Über eine zur Verfügung stehende Spende wurde mittlerweile ein kleiner Fundus weiterer kleiner Musikinstrumente angeschafft. Über einen gesonderten Musikraum<sup>4</sup> verfügt die Einrichtung nicht, wobei ich ihn auch derzeit nicht sonderlich vermisse, so dass ich mich mit meinem Instrumentensortiment auf den Weg in die Aufenthaltsräume der BewohnerInnen mache.

## 2.2 MEIN KLIENTEL

---

<sup>2</sup> Die direkte (auch bauliche) Anbindung an das Altenzentrum ermöglicht nach Wunsch und Bedarf jederzeit Kontakte und die Möglichkeit einer Teilnahme am laufenden Tagesgeschehen mit den dort etablierten Angeboten.

<sup>3</sup> Sie stellen eine Alternative zur herkömmlichen Versorgung **dementiell** erkrankter Menschen dar, in der es darum geht, den Menschen ein weitgehend normales Leben in einer familiären Atmosphäre zu ermöglichen. Die Wohngemeinschaft firmiert nicht als Einrichtung, sondern als Wohnhaus, in dem verwirrte Menschen mit der Sicherheit einer 24-Stunden-Betreuung Platz finden. Sie werden dort von einem Pflegedienst versorgt, wobei der Pflegebedarf der einzelnen BewohnerInnen zusammengelegt und bei einem ambulanten Pflegedienst eingekauft wird.

<sup>4</sup> Mit den Menschen im Wachkoma nutzte ich sehr häufig den Snoezelen-Raum des Altenzentrums. Er schien mir manchmal geeigneter als im jeweiligen Doppelzimmer Musiktherapie zu machen.

Mein musiktherapeutisches Klientel waren im Grunde grundsätzlich alle Bewohnerinnen und Bewohner des Altenzentrums und des Betreuten Wohnens im Projekt des Abendliedersingens. Im Besonderen beschäftigte ich mich mit einer Gruppe dementiell erkrankter BewohnerInnen eines Wohnbereiches und darüber hinaus mit mehreren Wachkomapatientinnen und -patienten in Einzelarbeit. Die Erörterung der Praxiserfahrungen mit den Menschen im Wachkoma würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, deshalb beschränke ich mich nachfolgend auf die beiden erstgenannten Erfahrungsfelder.

### **2.2.1 KÖRPERLICH UND PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTE UND ORIENTIERTE BEWOHNERINNEN**

Gründe für die Inanspruchnahme eines Platzes in einer stationären Altenhilfeeinrichtung - wie dem Altenzentrum St. Augustinus - vollziehen sich zumeist eher plötzlich als geplant und vorbereitet. Stürze mit daraus folgenden komplizierten Brüchen, Schlaganfälle, die den zuvor noch mobilen Körper teilweise oder sogar völlig blockieren, oder die schmerzliche Diagnose einer Krankheit, die über kurz oder lang zum Tode führen wird, lassen manche **Krankenhausaufenthalte** mit dem direkten Weg ins Altenzentrum enden. Dieses Schicksal tragen die meisten im Altenzentrum lebenden Menschen. Darüber hinaus wird ein großer Anteil zunächst Zuhause von Kindern und/oder Partner versorgt und kommt erst zum Zeitpunkt vollkommener eigener Erschöpfung der Pflegenden ins Altenzentrum. Dann gibt es wiederum Menschen, die keine nahestehende Angehörige in der engen oder weiteren Umgebung haben, leben und die sich durch ein lebensbedrohliches Ereignis selbst aufgeben und verwaisten. Alte Menschen, die aufgrund eigener Entscheidung einen Platz in einer stationären Altenhilfeeinrichtung suchen, sind sehr selten geworden, besonders nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung.

Von erheblichen psychosozialen Problemen sind viele BewohnerInnen nach einer Apoplexie betroffen, die schlimmstenfalls Halbseitenlähmungen, schwere Sprachstörungen, Schluckbeschwerden und motorische Störungen mit sich bringt. Die plötzlich notwendig werdende Hilfe anderer bei der Körperpflege, der Fortbewegung oder der Essenaufnahme, ruft in den meisten Fällen Lebensunmut, Trauer, Hoffnungslosigkeit und suizidale Gedanken hervor, welche sich zunehmend manifestieren. Die Betroffenen von Schwer- und Schwerstkrankheiten wie Morbus Parkinson, dialysepflichtige Nierenerkrankungen, Herzkrankheiten und meist im Finalstadium befindliche Krebserkrankungen sind nicht immer pflegebedürftig, brauchen aber intensive psychosoziale Betreuung. Des weiteren zählen in geringerem Maße psychische Erkrankungen mit Altersdepressionen, Alkohol- und Tabletten sucht, Suizidalität und Wahnvorstellungen zu den Problemen der BewohnerInnen des Altenzentrums; ebenso in Einzelfällen Folgen von Verkehrsunfällen oder schweren Stürzen. Hier müssen BewohnerInnen mit Amputationen und Funktionseinbußen bis hin zur Querschnittslähmung umgehen und leben lernen. Darüber hinaus treten zu den genannten Grunderkrankungen zusätzlich "normale" Altersbeschwerden wie Schwerhörigkeit<sup>5</sup>,

---

<sup>5</sup> Hörschwierigkeiten bis Altersschwerhörigkeit und ihre Auswirkungen auf das Musikerleben (vgl. Prause in Tüpker, S. 177ff): "Was das Musikerleben von Altersschwerhörigen betrifft, so kann grundsätzlich gesagt werden, dass Musik für diese besser zugänglich ist als Sprache (180).

Sehstörungen bis zur vollständigen Erblindung, **Altersdiabetes**, Vergesslichkeit, Verschleiß, Rheuma, Arthrosen und Rückenprobleme auf, von denen auch BewohnerInnen ohne weitere Befunde durchgängig betroffen sind. Derlei Beschwerden werden von BewohnerInnen im allgemeinen dem Alter zugesprochen und zumeist "problemlos" akzeptiert. Mit den zuvor genannten kritischen Lebensereignissen, die sie aus ihrem Lebenszusammenhang reißen und die zu einer mehr oder weniger tiefen Identitätskrise führen können, müssen sich zwar nicht alle, doch aber ein großer Teil der alten Menschen früher oder später in dieser Lebensphase auseinander setzen.

### 2.2.1 DEMENTIELL ERKRANKTE BEWOHNERINNEN

Ein Grund für die Inanspruchnahme stationärer Hilfe stellt die Überforderung der Angehörigen von zumeist alten Menschen mit Demenz dar. Von allen im Altenzentrum St. Augustinus lebenden BewohnerInnen sind momentan mittlerweile 75 % **dementiell** erkrankt.

Zunächst bedarf es einer Definitionsklärung des Begriffes Demenz. "De"- (= weg) "menz" (= Geist) entstammt der lateinischen Sprache und bedeutet sinngemäß "vom Geist bzw. vom Gedächtnis entfernt zu sein"<sup>6</sup>. Die Begriffe Demenz, senile Demenz, Demenz vom Alzheimer-Typ, Altersverwirrtheit werden i. d. R. synonym verwandt. Es handelt sich um eine Syndromdiagnose bzw. einen Symptomenkomplex. Nach den Kriterien der ICD-10, der zehnten internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wird Demenz in der folgenden Weise definiert:<sup>7</sup> Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten, Fehlen einer Bewusstseinsstörung, Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs und Sozialverhaltens. Der Zustand ist meist irreversibel und progressiv, d. h. das es sich bei einer Demenz nicht um einen natürlichen Alterungsprozess, sondern um eine krankhafte Entwicklung handelt. Neben dem Leitsyndrom des Gedächtnisverlustes treten weiterhin folgende Symptome auf: Orientierungsstörungen (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person), Verlust des Gegenwartsbezuges, Verlangsamung des Denkens, Konzentrations- und Sprachstörungen, Beeinträchtigung der Handlungssteuerung, Nichterkennen von Gegenständen und deren Funktion, Überzeichnung vorhandener Persönlichkeitszüge, Beeinträchtigung des Tag-/**Nachtrhythmusses**. Die Schwere der Demenz umfasst ein Anfangsstadium mit ersten geistigen Defiziten, Beeinträchtigung der Arbeit und der sozialen Aktivitäten und folgenden Symptomen: Vergesslichkeit, zeitlichen Orientierungsschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen, rasche Erschöpfbarkeit, Antriebsarmut, Verlust an **Spontaneität**, Überforderungsgefühl und diffusen Ängsten. Dann folgt ein mittelschweres Stadium, das sich durch zunehmenden Verlust der geistigen Fähigkeiten und eingeschränkter Selbständigkeit kennzeichnet d. h. ausgeprägte Gedächtnisstörungen (Merkfähigkeitsstörungen, steigende Vergesslichkeit), Verlust des Denk- und Urteilsvermögens (logisch schlussfolgerndes Denken,

---

<sup>6</sup> vgl. Grümme, Ruth: Situation und Perspektive der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten. S. 27.

<sup>7</sup> "Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen einschl. Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Entscheidend für das Vorliegen einer Demenz ist auch die Beeinträchtigung des Patienten in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens und wieweit seine Alltagskompetenz eingeschränkt ist." wörtlich lt. ICD-10.

Störung des abstrakten Denkens und Planens), schwindende Rechen- und Problemlösungsfähigkeit, Handfertigkeitenstörungen (z. B. im Haushalt und beim Ankleiden), Störung des Erkennens, Benennens und Handelns (Handlungssteuerung und -ausführung), Desorientierung (zeitlich, örtlich und situativ), Sprach- und Sprechstörungen (Sprachverständnis, Wortfindungsstörungen, Paraphrasieren), Vernachlässigung der Hygiene, Wahnvorstellungen (Bestehungs-ideen), Persönlichkeitsveränderungen (Überzeichnung vorhandener Persönlichkeitszüge, Entwicklung neuer Persönlichkeitszüge), Störung der Affektkontrolle (emotionale Kontrolle, Orientierung an sozialen Normen entfällt), Reizbarkeit, Ängste und Depressionen. Das schwere Stadium zeigt sich im Verlust der Alltagskompetenz mit völliger Pflegeabhängigkeit, das bedeutet: Gedächtniszerfall (auch des Langzeitgedächtnisses), Desorientierung zur Person, Erkennungsstörungen, Sprachzerfall (kaum mehr Satzbildung möglich), Verstummen, Rufen einzelner Worte und Laute, Agnosie (auch Angehörige werden nicht mehr erkannt) und Verlust motorischer Fähigkeiten. Die Übergänge zu den einzelnen Stadien sind fließend, wobei die Reihenfolge des Auftretens der Symptome und deren Intensität unterschiedlich ist.

Diese vorgenannten Symptome der Demenz haben Auswirkungen auf das Erleben und Empfinden des Demenzkranken. Er bemerkt selbst, dass er sich verändert. Er erlebt sich existenziell verunsichert, ist ängstlich, sein Selbstwertgefühl schwindet, und er erlebt Schamgefühl und verliert seine Identität. Er verlangt ein übergroßes Sicherheitsbedürfnis, ist auf der Suche nach Anerkennung und bedarf der besonderen Zuwendung. Demenz ist ein soziales Problem d. h. es ist primär ein Ausdruck einer Beziehungskrise. Demenz ist Erinnerungs- und Kommunikationsverlust, mithin das Ende des Verstehens, der Ordnung des Begreifens, Chaos und Zerfall von Ordnung und löst deshalb Angst und Abwehr aus. Gerade das Gedächtnis für Fakten verlieren Demenzkranke. Doch 'was sie an Geist verlieren, gewinnen sie an Gefühl', und so ist der wichtigste Zugang zu Menschen mit Demenz über den emotionalen Kanal möglich. Sie verfügen über eine besonders ausgeprägte 'Antenne' für Stimmungen und Gefühle, für den nonverbalen Anteil der Kommunikation und auch für deren Doppelbotschaften.

Fr. N., 90 Jahre, seit 10 Jahre im AZ lebend, dementiell erkrankt im fortgeschrittenem Stadium: Sie verfügt über keinen aktiven Wortschatz mehr; ist jedoch in der Lage, Gesprächsinhalte aufgrund ihrer Sprachmelodie absolut treffsicher mit einem Lächeln oder mit einem Anteilnehmend mitleidenden 'Ooooooh!' zurückzumelden.

Ein Verstehen der Menschen mit Demenz ist wesentlich und erschließt Zugänge zum Verhalten und zur Person. Der echte Kontakt zu und die personale Begegnung mit dem Menschen mit Demenz ist für mich das A und O in der Pflege und Betreuung dieser Personengruppe. Damit ist der Betreuende selbst das wichtigste 'Medikament' für demenzkranke Menschen; "Ziel muss sein, im Rahmen einer psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung in der Pflege (*eigene Ergänzung*: ... und Betreuung) dem Menschen mit Demenz das Gefühl zu vermitteln, Person zu sein und als solche behandelt zu werden. Nicht die gestörte Funktion, sondern der Erhalt des Personseins steht im Mittelpunkt."<sup>8</sup> Je positiver sich Beziehung und Umfeld für den

Betroffenen gestalten, desto mehr kann der krankhafte Prozess personal aufgefangen werden. Dies wird den Verfallsprozess nicht aufhalten, aber doch wesentlich mitprägen.<sup>9</sup>

### 3. MEIN BERUFLICHES HANDELN

Meine Arbeitsweise erfolgt in Anlehnung an die nachfolgend aufgeführten Ansätze und Methoden der Altenarbeit: dem personenzentrierten Ansatz nach Tom Kitwood, der Biographiearbeit und der erlebnisorientierten Pflege nach Cora van de Kooij. Grundlegend für mein musiktherapeutisches Handeln sind darüber hinaus meine (biographische) therapeutische Grundhaltung und mein Instrumentarium.

---

<sup>9</sup> Einige Studien legen die Vermutung nahe, dass die positive Arbeit an und mit der Person positive neurochemische und -biologische Veränderungen bewirken.

### 3.1 POSITIVE PERSONENARBEIT

Tom Kitwood nimmt in seiner positiven Personenarbeit an, dass sich die Bedürfnisse von Menschen mit und ohne Demenz nicht wesentlich unterscheiden. Er benennt fünf einander überschneidende menschliche Bedürfnisse<sup>10</sup>, die sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe vereinen:

1. Trost: Jemanden zu trösten bedeutet ihm Wärme, Stärke und einen Rückhalt zu bieten, um ihm so bei der Bewältigung von persönlichen Verlusten, Krisen und Leid zu unterstützen.
2. Bindung: Hierunter ist das Bedürfnis nach engen persönlichen, Sicherheit vermittelnden Beziehungen zu verstehen.
3. Einbeziehung: Hierunter ist das Bedürfnis zu verstehen, ein Teil einer Gruppe zu sein und mit anderen Menschen Gemeinsamkeit zu erleben.
4. Beschäftigung: Beschäftigt zu sein bedeutet, auf eine persönlich bedeutsame Weise und entsprechenden eigenen Fähigkeiten und Kräften im Leben aktiv zu sein.
5. Identität: Eine Identität zu haben, bedeutet zu wissen, wer man ist, ein Gefühl der Kontinuität in seinem Erleben zu besitzen und einen roten Faden in seinem Leben zu haben.

Auf der Grundlage dieser Bedürfnisse<sup>11</sup> können folgende für die Ich-Du-Begegnung günstige Formen der Interaktion und Kommunikation beschrieben werden:

1. Erkennen und Anerkennen: Alte Menschen (mit Demenz) brauchen Zeit, um Personen oder Sachen zu erkennen. Die Begleitmelodie des Gesagten in Gestik, Mimik, Körperhaltung und 'Gefühlen zwischen den Zeilen' nimmt er sehr wohl wahr. Daher ist es wichtig zu versuchen, echten Kontakt herzustellen. Anders herum ist davon auszugehen, dass alles Verhalten und alles Gesagte bei einem Menschen mit Demenz Kommunikation ist und Bedeutung hat.
2. Ver- und Aushandeln: Da alte Menschen i. d. R. sehr anpassungsbereit sind und u. U. Angst haben, ihre Bedürfnisse zu äußern, sollte das Bemühen, Pflege und Betreuung auszuhandeln, das Ziel haben, den Betroffenen nach Möglichkeit Kontrolle über seine Situation zu ermöglichen.
3. Zusammenarbeit: Alles was immer zu tun ist, zusammen mit dem alten Menschen tun.
4. Zwecklosigkeit und Spiel: Für die Beziehung ist es wichtig, sich dem alten (und dementiell erkrankten) Menschen nicht immer nur mit funktionalen Anliegen, sondern einfach dabeizusitzen, sich absichtslos zur Verfügung zu stellen, dies signalisiert, dass

---

<sup>10</sup> In Anlehnung an Winnicott bezeichnet Kitwood diese Empfindungszustände als *global sentient states*.

<sup>11</sup> In gewisser Weise entsprechen diese "globalen Zustände" den kantianischen "regulativen Ideen der Vernunft".

man als Betreuer einen personalen Bezug anstrebt. Das Spiel hat keinen Zweck außer sich selbst, ist Ausdruck von **Spontaneität** und Lebensfreude.

5. Timalation/Basale Stimulation: Es sind sinnhaft angenehme Angebote zum Riechen, Schmecken, Fühlen und Tasten, Hören, Sehen zu machen, und ihn/sie damit zu ehren (timaos = griechisch - "Ich ehre Dich!"). Die Bedeutung dieses Angebots liegt darin, Kontakt und Bestätigung ("Das kenne ich!") und Freude zu vermitteln, einen Zugang zur Person zu gewinnen, ohne etwas zu fordern.
6. Feiern und sich freuen: Ein humorvoller, freundlicher Umgang hilft, viele Anspannungen zu umschiffen. Im gemeinsamen Lachen und Feiern löst sich die Rollentrennung auf und das ermöglicht Begegnung und personalen Kontakt.
7. Entspannung ermöglichen
8. Validation: Das Wort Validieren heißt vom lateinischen Ursprung her 'stark machen', d. h. die Realität und Gewichtigkeit der Gefühle anzuerkennen und die subjektive Wirklichkeit der Menschen zu akzeptieren, auch dann, wenn sie unserem Wirklichkeitskonstrukt nicht entspricht. Der Betroffene fühlt sich verstanden und angenommen, wenn er spürt, dass sein "Bezugsrahmen" nicht abgewertet, korrigiert, gemäßregelt wird.
9. Symbolische Interaktion: Musik, Malen und Religion sind für viele Menschen ein unmittelbares Ausdrucksmittel der Seele, die Gelegenheit schaffen, Gefühle auszudrücken, Wertschätzung zu erfahren und mit Erinnerungen in Berührung zu kommen. Oft sind sie der einzig verbliebene 'Kanal', um mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen und den Alltag zu strukturieren.

Diese primären Bedürfnisse sind für mich Grundlage für mein sozialarbeiterisches und musiktherapeutisches Handeln.

### **3.2 ERLEBENSORIENTIERTE PFLEGE UND BETREUUNG ("MÄEUTIK") ALS ECHTE KONTAKTMÖGLICHKEIT ZU ALTERSVERWIRRTEN MENSCHEN**

Ich arbeite im Wesentlichen nach dem Konzept der *"Erlebensorientierten Pflege"* (auch als *"Mäeutik in der Pflege"* bezeichnet), welches von der niederländischen Krankenschwester und Historikerin Cora van der Kooij Anfang der 90er Jahren im Blick auf demenzkranke alte Menschen entwickelt und 1997 erstmals in Deutschland bekannt wurde. Die "Erlebensorientierte Pflege" ähnelt auf dem ersten Blick dem bekannteren Ansatz der Validation (vgl. Naomi Feil<sup>12</sup>), einer Weiterentwicklung der Gesprächstherapie nach Carl Rogers speziell für Demenzkranke, auch hier gilt es für die Betreuer, sich in die Erlebniswelt des Demenzkranken einzufühlen. Man soll dabei "in den Schuhen des anderen gehen"<sup>13</sup>. Wer erlebensorientiert pflegt und betreut, nähert sich dem Demenzkranken behutsam und baut ruhig eine emotionale Verbindung auf, indem er sich sämtlicher verbaler und nonverbaler

---

12 Weiterführende Literatur: Feil, Naomi: Validation, München, 1999 und Feil, Naomi: Validation in Anwendung und Beispielen, München, 2000

13 Feil, Naomi: Validation, S. 11.

Möglichkeiten der Validation, Snoezelen, **Reminiszenz**, Realitätsorientierung, basalen Stimulation, Sinnesaktivierung usw. bedient. Wesentlich dabei ist, dass der Betreuer sich der Wechselwirkung der eigenen Gefühle mit denen des Demenzkranken bewusst ist und sich in dessen Erlebenswelt einlebt. Im Gegensatz zu Feil<sup>14</sup> ermuntert van de Kooij die Bezugspersonen nicht nur dazu, der Erlebenswelt des Demenzkranken Aufmerksamkeit zu schenken, vielmehr soll auch deren eigene Erlebenswelt Beachtung finden. "Es wertschätzt gleichermaßen die Gefühle und das Erleben des Bewohners und des Mitarbeiters."<sup>15</sup> Van der Kooij möchte die bewusste Kompetenz der Pflege- und Betreuungskräfte freisetzen, sie möchte anknüpfen an ihre ursprüngliche Intention bei der Berufswahl: am Interesse an dem Menschen. Der Begriff mäeutisch<sup>16</sup> steht für das Bewusstmachen des intuitiven Wissens bzw. von Erfahrungen - sowohl von Lebenserfahrungen als auch von Erfahrungen, die während der Betreuung gemacht wurden. Wesentlicher Erfolgsfaktor in der Arbeit mit Demenzkranken ist für van der Kooij und auch für mich der wirkliche Kontakt zwischen Demenzkranken und Pflege- und Betreuungskraft. Darüber hinaus schenkt die erlebensorientierte Pflege und Betreuung dem Erleben im Hier und Jetzt viel Beachtung. Innerhalb der Mäeutik stellt die ausführliche Biografiearbeit, die möglichst mit der BewohnerIn bzw. ihren Angehörigen erfolgt, die Basis für eine effektive Kommunikation und Betreuung dar.

### **3.3 BIOGRAPHIEARBEIT - HIER: MUSIKBIOGRAPHIE**

Durch Biographiearbeit in der sozialen Arbeit soll der Mensch individuell in seinem Alterungsprozess begleitet und unterstützt werden, damit er Lebenskontinuität und einen Lebenssinn erfährt und mit einer positiven Haltung auf sein Leben zurückblicken kann. Seine Ressourcen, Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen zudem mobilisiert werden, um den Veränderungen und Entwicklungsaufgaben im Sinne eines erfolgreichen Alterns<sup>17</sup> gewachsen zu sein. Mittels Musik ist es möglich, sich in der Biographiearbeit auf die Suche nach "Lebensspuren" des alten Menschen zu machen und ihn zu einer Rückschau bzw. Rückbesinnung einzuladen. Da kann Musik aufgrund ihrer besonderen Eigenschaften und der Tatsache, dass viele alte Menschen in ihrem Leben mit Musik in Berührung kamen bewusst und gezielt als Brücke eingesetzt werden, um an Erinnerungen aus der Kindheit, Jugend und Erwachsenenzeit anzuknüpfen, die in enger Verbindung mit dieser Musik stehen. Dass dabei die subjektiven Erinnerungen nicht immer unbedingt mit den objektiven Daten

---

14 Der Ansatz der Validation entsprach in dieser Form nicht den Bedürfnissen der niederländischen Pflegeheime. Eine Modifikation, Veränderung bzw. Weiterentwicklung der Validation in Holland wurde jedoch von Fr. Feil nicht gestattet. Im Gegensatz zur Validation geht die Erlebensorientierte Pflege nicht davon aus, dass alle Gefühle immer geäußert werden müssen und dass emotionale Ausbrüche manchmal auch auf (geronto-)psychiatrische Krankheitsbilder zurückzuführen sind. Betroffene Personen brauchen dann eher andere Betreuungsansätze (z. B. einschränkende oder verhaltenstherapeutische). Weiterhin geht die Erlebensorientierte Pflege davon aus, dass nicht alle Demenzkranken damit beschäftigt sind, unerledigte Ereignisse aus der Vergangenheit zu verarbeiten. Ein hohes Alter und die Erkrankung an Demenz gehen einher mit Verlust und Trauer. Verlust und Trauer aus der Vergangenheit werden dadurch aktiviert und erhalten eine neue Bedeutung. Dies wird in der Erlebensorientierten Pflege als "unvollendete Vergangenheit" bezeichnet.

15 Schindler, Ulrich (Hrsg.): Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Pflegealltag. S. 9

16 In diesem Zusammenhang verwendet van der Kooij auch den Begriff Mäeutik, der auf Sokrates zurückgeht, aus dem Griechischen stammend bedeutet er "Geburtshilfe leisten, erlösen, befreien".

17 Havighurst, 1963: Für Havighurst stellt die Lebenszufriedenheit den besten Indikator für die Anpassung zwischen individuellen Bedürfnissen und Erwartungen einerseits und der sozialen und biographischen Situation andererseits und damit für erfolgreiches Altern dar. zitiert nach Lehr, 2000, 56

übereinstimmen müssen, ändert nichts an der eigentlichen Bedeutung des Phänomens<sup>18</sup>. Der gezielte Einsatz von Musik nicht nur als emotional hoch wirksames Medium, ist in diesem Zusammenhang besonders bedeutungsvoll. Musik löst "erinnungsstiftende Reize"<sup>19</sup> aus. Sie ist einer der besten, wenn nicht gar der beste Träger von Erinnerungen, da sie so schnell im Gedächtnis gespeichert wird. Aufgrund ihrer Struktur ist sie einfacher als die Sprache und eher mit einem Reim oder einem Gedicht vergleichbar. Erklingt eine vertraute Musik, weiß man genau, wie sie weitergeht, d. h. man kann sie lückenlos im Voraus zuende denken<sup>20</sup>. Nach Muthesius bedingen sich die emotionalisierende und die erinnerungsträchtige Eigenschaft von Musik gegenseitig. "Musik tritt im Leben eines Menschen meist als Begleiterin sehr emotionalisierter sozialer Situationen auf und verstärkt, und vertieft gleichzeitig die situative Emotionalität. Dieses Erlebnis verbindet sich wiederum für immer mit der Musik, die in dieser Situation spielte. Dadurch wird die Musik zum Träger für die Erinnerung an diese Situation. Musik lässt den Menschen also emotional nicht unberührt (insbes. hier auch bei dementiell erkrankten BewohnerInnen) und lässt Vergangenes wieder aufleben und lebendig werden. Da die meisten alten Menschen ihre eigene, persönliche "Musikbiographie" haben, früher in vielfältiger Form gesungen, musiziert und Musik rezeptiv erleben haben und überwiegend gute Erinnerungen mit Musik verbinden, eignet sie sich in Verbindung mit diesen Eigenschaften sehr als Medium der Biographiearbeit. Biographisch relevante Musikerfahrungen haben sich als immun gegen viele Arten des "Vergessens" gezeigt. Musik hat erheblichen Erinnerungswert und kann selbst bei stärksten Gedächtnisstörungen noch wiedererkannt werden. Da ihre wichtigste Funktion überdies in der Anregung von Emotionalität liegt, ist sie in der Lage, an die verbliebenen emotionalen Fähigkeiten orientierungsgestörter Menschen anzuknüpfen. Sie verfügen zudem über Restfähigkeiten im Ausdruck und Verständnis von nonverbalen Symboliken. Hier bietet die Musik mit ihren starken außermusikalischen Bedeutungsgehalten einen Zugang zu Kommunikationsmöglichkeiten. Diese Eigenschaften der Musik bilden die Grundlage musiktherapeutische Behandlungskonzepte für dementiell erkrankte alte Menschen. Neben dem in der Einrichtung entwickelten Biographiebogen der Grundlage eines ersten Biographiegesprächs mit dem alten Menschen und/oder den Angehörigen in den ersten Wochen nach Einzug ist, habe ich den folgenden Fragenkatalog zur musikalischen Biographie aufgestellt. (siehe Anlage 1)

#### **3.4 MEINE (BIOGRAFISCHE) THERAPEUTISCHE GRUNDHALTUNG**

Biographiearbeit ist für mich nicht nur eine Technik oder eine Wissenssammlung, sie hat insgesamt weniger mit dem (womöglich einmaligen) Ausfüllen und Abheften eines Biografiebogens zu tun, als vielmehr eine biografische Grundhaltung, die geprägt ist von Offenheit, starkem Interesse, Respekt, Aufmerksamkeit und Wertschätzung dem Leben der zu betreuenden Personen gegenüber. Sie ist ein Prozess, den es anzustoßen, zu fördern und zu begleiten gilt, denn ohne eine solche Grundhaltung kann Biographiearbeit nicht gelingen.

---

<sup>18</sup> vgl. Wickel, Hans Hermann: Schlüssel zur Erinnerung. S. 28.

<sup>19</sup> s. ebd.

<sup>20</sup> vgl. Muthesius, Dorothea: Vertraute Melodien hört man am liebsten ... S. 592.

Mir ist es ein Anliegen mit meiner sozialarbeiterischen wie auch musiktherapeutischen Arbeit eine Hilfestellung, Erleichterung und Begleitung für den (oft schmerzlichen, abschiedlichen) Lebensabschnitt der BewohnerIn anzubieten und zu geben. Die BewohnerIn ist immer Ausgangspunkt und ihre Äußerungen durch Atem, Sprechstimme, Gestik, Mimik oder gesungenen Töne und Klänge sind Anknüpfungspunkte für mich in meinen Interventionen. "Wer begleitet, geht nicht voran!" - diese Aussage Martin Bubers beinhaltet meine Haltung. Konträr zu vielen alltäglichen Erfahrungen der Bewohner oft im Rahmen der pflegerischen Notwendigkeiten im Altenzentrum steht in der Musiktherapie die nicht direktive, nur vorschlagende Haltung und die dem Gegenüber gewährende Entscheidungsfreiheit von besonderer Bedeutung. In diesem Punkt waren viele TeilnehmerInnen irritiert, dass nur sie die richtige Entscheidung treffen können, und ich sie ihnen nicht abnehmen kann und will.

Aus dieser für mich christlichen Grundhaltung heraus entstand bei den BewohnerInnen im Laufe der Zeit auch Interesse an meinem Leben, meinen Wertvorstellungen und Einschätzungen, und aufgrund ihrer Fragestellungen gewährte ich anfangs noch recht zögerlich - und immer noch wohl dosiert, selektiv und unterschiedlich im Detail - auch Einblicke in meine eigene Lebensgeschichte. Dieses offene Verhältnis schuf in der Vergangenheit und auch gegenwärtig gegenseitiges Vertrauen, redliche Auseinandersetzung und Gleichwertigkeit und ermöglichte auch die von BewohnerInnen gewünschte gegenseitige Anteilnahme an persönlichen Erfahrungen. Von diesem personalen Angebot lebt natürlich auch meine musiktherapeutische Arbeit.

### **3.5 MEIN INSTRUMENTARIUM**

Mein Instrumentarium setzt sich aus meiner Stimme, meinem Instrument, dem Akkordeon, und meinen während der musiktherapeutischen Zusatzausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten zusammen. Das Besondere an der Stimme ist, dass dieses Instrument auch fast allen BewohnerInnen des Altenzentrums in mehr oder weniger ausgeprägter Form zur Verfügung steht. Das gemeinsame Gebrauchen der Stimme verbindet sehr. Mein Akkordeon, ein Musikinstrument, mit dem viele alte Menschen Gemeinschaftserfahrungen assoziieren, war sehr schnell aus meiner konkreten Arbeit nicht mehr wegzudenken. Das vielfältige musiktherapeutische Gestaltungsrepertoire aus der Siegener Ausbildung insbesondere im Bereich der aktiven Musiktherapie, die freie Improvisation, und der Bereich der rezeptiven Musiktherapie runden das mir zur Verfügung stehende Instrumentarium in besonderer Weise ab.

### **4. MEINE MUSIKTHERAPEUTISCHE ARBEIT VORGESTELLT ANHAND VON THESEN**

Ich möchte die aufgetretenen Auseinandersetzungen und Ergebnisse meiner musiktherapeutischen Praxistätigkeit anhand der folgenden Thesen vorstellen:

#### **4.2 MUSIK IN DER SOZIALEN ARBEIT MIT ALTEN MENSCHEN UND**

#### **MUSIKTHERAPIE IM ALTENZENTRUM? - GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE**

Da zu Beginn meiner Praxiszeit KollegInnen wie Angehörige und auch BewohnerInnen immer wieder die Frage stellten, was denn nun der Unterschied meiner **Praxistätigkeit** zu meiner bisherigen Aufgabe in der sozialen Gruppenarbeit mit Musik in Form des 'Offenen Singens' sei, bedurfte es einer eingehenden Standortbestimmung vorweg.

Musik als Medium in der sozialen Arbeit hat wunderbare Eigenschaften und ihre Wirkung ist in der Musikpädagogik als auch in der Musiktherapie unbestritten:



Die Musik kann bei der Umsetzung der Ziele der sozialen Arbeit, die sich am Kompetenzmodell<sup>21</sup> orientiert, inhaltlich stark auf die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit sowie den Erhalt und Aufbau oder das Wiedererlangen von Kompetenzen, Fertigkeiten und Zuständen des Menschen ausrichtet ist, einen enormen Beitrag leisten. Sie dient hier einerseits als Kommunikationsmedium, um mit ihr oder über sie mit dem alten Menschen Kontakt aufzunehmen, andererseits kommt auch ihre heilende, helfende und bildende Wirkung zum Tragen. Ebenfalls ist Musik - wie bereits in Punkt 3.4 ausgeführt - als Medium der Biographiearbeit einsetzbar. Musik unterstützt körperliche und seelische Gesundheit des alten Menschen, kann Selbstvertrauen und -wertgefühl wiederherstellen und stabilisieren, die Kommunikations- und Kontaktfähigkeit stärken und die Merk- und Konzentrationsfähigkeit trainieren. Bei Verlusterfahrungen kann Musik Trost spenden und emotionale und sinnliche Funktionen erhalten. Außerdem kann sie das subjektive Wohlbefinden sowie Interesse an den Mitmenschen im Altenzentrum und seine Eingliederung in die Gemeinschaft fördern und die eigenen Kompetenzen und Ressourcen stärken. Denn eine musikalische Betätigung löst bei vielen alten Menschen Glücks- und Freudengefühle aus und kann somit helfen, die schwierigen Situationen im Alter zu ertragen, sie für eine gewisse Zeit gar zu vergessen oder neue Energie zu schöpfen, um sie zu bewältigen.

Eine Abgrenzung zwischen sozialer Arbeit mit Musik und Musiktherapie ist nicht einfach, denn es gibt unterschiedliche Verständnisse beider Disziplinen, und in der Musiktherapie ist kein einheitliches Selbstverständnis vorhanden.

<sup>21</sup> vgl. Erlemeier, Norbert: Alternspsychologie, S. 89.

Nach Smeijsters bedient sich der Musiktherapeut der Musik als Medium, um ein therapeutisches Verhältnis zum Patienten aufzubauen. Musik wird als Kommunikationsmittel, als Brücke zum Innenleben und zu den Problemen des Patienten eingesetzt, um sie letztendlich be- und verarbeiten zu können.<sup>22</sup> Dies entspricht auch meinem Verständnis von Musiktherapie mit alten Menschen im Altenzentrum. Musiktherapie liegt immer eine ausführliche Anamnese und Diagnose zugrunde, weiterhin vereinbarte Ziele, die Dokumentation und Auswertung jeder einzelnen Sitzung (Evaluation), Konsequenzen für die weitere Planung werden festgehalten. Deshalb ist für mich der Musiktherapie-Begriff eindeutig auf die Bereiche zu reservieren, in denen eine präzise Indikation vorliegt, ein mit den Mitteln der Musiktherapie behandelbares Leiden, ein Behandlungsauftrag und seine klar abgegrenzte Erfüllung. Zu den allgemeinen musiktherapeutischen Zielen zählen eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit, die Aktivierung einer emotionalen Erlebnisfähigkeit, das Lösen psycho-physischer Verkrampfungen und das Entwickeln kreativen Ausdrucks. Im Einzel- und Gruppentherapiegeschehen bedarf es der Konkretisierung der Zielbestimmung für jede jeweilige BewohnerIn und für die Gruppe als Ganzes.

Während sich zum Teil die Methoden der sozialen Gruppenarbeit mit Musik und der Musiktherapie mit alten Menschen überschneiden (z. B.: Liedersingen, Musikhören, aktives Musizieren, Musik und Bewegung), und man sich in beiden Disziplinen derselben Instrumente bedient, kann es schnell zu einer Verwischung der beiden Berufsfelder kommen wie bei mir.

Musiktherapie hat noch weitere Methoden wie die freie Improvisation, rezeptive Verfahren, Rhythmusübungen etc. entwickelt, mit denen es möglich ist, mit Hilfe von Musik auch alten und dementiell erkrankten Menschen Erleben, Ausdruck und Kommunikation zu ermöglichen. Während in der Musikpädagogik Grenzen gesetzt werden, werden sie in der Musiktherapie erfahrbar. Im offenen Liedersingen werden Wunschlieder der TeilnehmerInnen gesungen und von mir auf dem Akkordeon begleitet. Manchmal je nach Atmosphäre und Zusammensetzung der Gruppe kommt es dazu, dass der ein oder andere von der besonderen Bedeutung dieses Liedes in seinem Lebenslauf kurz erwähnt. Was sich hier vorsichtig andeutet, wird erst zum Ausgangspunkt für musiktherapeutisches Handeln, indem Kontexte und Emotionen freigesetzt, aufgedeckt und besprechbar, erläutert und auf ein bestimmtes Ziel verfolgt werden können.

Dennoch bin ich der Auffassung, dass sich im beruflichen Handeln die Arbeitsfelder Musiktherapie und Musik in der sozialen Arbeit mit alten Menschen im Altenzentrum St. Augustinus also für MusiktherapeutInnen und SozialarbeiterInnen gegenseitig ergänzen können, da es eine Menge Berührungspunkte und Möglichkeiten einer gewinnbringenden Zusammenarbeit gibt. Oft eröffnete mir ein Liedwunsch einer Teilnehmerin während des "offenen Singens" die Chance, in der Musiktherapiesitzung noch einmal in besonderer Weise eingehen zu können, um tieferliegende Erlebnisse anzuschauen.

#### **4.3 MUSIKTHERAPIE OHNE SINGEN? - UNMÖGLICH?!**

---

22 vgl. Smeijsters, Musiktherapie als Psychotherapie, S. 154.

Aufgrund meiner bisherigen sozialen Gruppenarbeit mit musikalischen Aspekten war es mir ein besonderes Bedürfnis in meiner musiktherapeutischen Praxis das Singen von Volks- und Wanderliedern und alten Schlagern mit Akkordeonbegleitung auszuklammern. Mit den besten Vorsätzen ganz auf die freie Gruppenimprovisation zu setzen, die ich hier in Siegen kennen gelernt habe, startete ich in die Praxis. Die TeilnehmerInnen forderten jedoch direkt von Beginn an sowohl mein Akkordeon als auch das einschlägige Liedgut stark ein. Der Wunsch der BewohnerInnen nach Orientierung durch bekannte Struktur in ihrem Alltag, der durch das Singen von Liedern seinen Ausdruck findet, wurde mir immer deutlicher und dass ich am Akkordeon nicht vorbeikomme ebenfalls. So binde es immer wieder in meine musiktherapeutische Arbeit mit den BewohnerInnen ein. Meine anfängliche Skepsis, dass "nur" Singen nicht genügend therapeutischen Wert habe, hat sich in der Praxis schnell aufgelöst.

Mir wurde folgendes in meiner musiktherapeutischen Arbeit deutlich: Singen schafft direkt einen Berührungspunkt zwischen Menschen, der emotional vertraut und bedeutungsvoll ist und lässt echten Kontakt entstehen. Singen ist dem menschlichen Wesen eigen und bedarf wenig bis keiner kognitiven Verarbeitung, um es zu schätzen.

Frau K., 73 Jahre, hoch dementiell erkrankt: Obwohl es ihr nicht möglich ist, eigene Worte sinnvoll zu einem Satz zusammenzusetzen, geschweige denn auf ihr gestellte noch so einfache Fragen und Aufforderungen zu reagieren, kommt es beim Singen innerhalb weniger Sekunden zu Blickkontakt mit einem Sänger, rekonstruiert sie sowohl Melodie als auch den dazugehörigen Text sogar vieler Strophen nahezu fehlerfrei und gekonnt sicher.

Singen ist oft die einzige Form der Gemeinschaft, die (dementiell erkrankte) alte Menschen noch erfahren können und ermöglicht ihnen eine Teilnahme an einer *normalen* Aktivität. In diesem Zusammenhang kann das Singen von Liedern eine Gemeinschaftsaktivität von dementiell erkrankten *und* orientierten BewohnerInnen sein. Dadurch, dass vielen alten Menschen das gemeinsame Liedersingen aus ihrer Biographie innerhalb ihrer Familie, mit Freunden, am Feierabend, im Unterwegssein etc. eine vertraute und liebgewordene Tradition ist, hat das Liedersingen einen sehr hohen Stellenwert. Die Stimme eines alten Menschen gilt als *das* 'Instrument der Wahl', ist allen Menschen zugänglich und erfordert keine besondere musikalische Ausbildung. Zudem ist die eigene Stimme das persönlichste Musikinstrument eines Menschen und ein zuverlässiger Indikator für seinen emotionalen, körperlichen und psychischen<sup>23</sup> Zustand und sein Wohlbefinden.

Eine weitere reiche Singerfahrung der alten Menschen ist dessen Missbrauch von den Machhabern des Nationalsozialismus als Droge für ein ganzes Volk. Dies erzeugte ein unglaubliches Wir-Gefühl. Auch diese Lieder stehen hin und wieder auf der Wunschliste der BewohnerInnen. Auch wenn ich die Ideologie, die mit diesen Liedern kolportiert wird, ablehne, halte ich es bei einem Liedwunsch dieser Kategorie so, dass ich die Gruppe um Erlaubnis dieses Lied zu singen bitte, und i. d. R. anschließend ein Gespräch über das Problematische dieser Lieder erfolgt.

Es ist nicht zu vergessen, dass es auch Menschen gibt, die nicht oder kaum gesungen haben. Auch für Menschen, die früher aufgrund ihrer Stimme bewundert wurden und die großen Wert

---

<sup>23</sup> vgl. Rittner, Sabine in: Musiktherapeutische Umschau, 1990, Band 11, H. 2: Sie fand 90 Redewendungen, die diesen Zusammenhang von seelischer "Gestimmtheit" und Stimme ausdrücken.

auf die Reinheit und Schönheit der Stimme legten, kann es unter Umständen sehr schwer sein, sich mit der altersbedingten Veränderung der Stimme<sup>24</sup> zu arrangieren und abzufinden. Auch wenn andere die Stimme immer noch schön finden, ziehen es diese Menschen dann vor, lieber zu schweigen.<sup>25</sup>

Herr Sch., 81 Jahre, der lange Zeit aktiver Musiker und Mitglied eines Gesangsvereins war, äußert sich: "Ich bedaure das so sehr, dass ich keine Stimme mehr habe. Also, das glauben Sie gar nicht." Und an anderer Stelle: "Ne, ich hab' die Mundharmonika jetzt schon weggetan. Ich hab' ab und zu noch mal versucht, aber es hat keinen Sinn. Ich kann's einfach nicht mehr. Und das bedaure ich wer weiß wie. Das kann ich gar nicht beschreiben, also."<sup>26</sup>

Hier bleibt nur die Entscheidung des Bewohners selbstverständlich zu respektieren, trotz alledem zu ermuntern, ohne selbst zu singen, einfach dem Gesang und der Stimmung zu lauschen. "Singen kann nämlich nicht nur durch aktive Partizipation sondern auch durch passives Zuhören bereits einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden und zur therapeutischen Behandlung alter Menschen leisten."<sup>27</sup>

Während beim "Offenen Singen" ein Lied nach dem anderen allerdings auf Wunsch der TeilnehmerInnen "geschmettert" wird, was sicherlich belebend und berührend wirkt, da dabei die Gruppe zum Klangkörper wird, zu einer gemeinsam gestalteten Kraft, was wiederum Gefühle von Zusammengehörigkeit und Erfülltsein weckt, setzen sich tiefgreifendere Prozesse in kleineren Gruppen in Gang, wenn die Lieder in Bezug gesetzt werden zur Zeitgeschichte, zu ihrem Inhalt sowie und vor allem zum individuellen Lebenslauf; wird der jeweilige Liederschatz entfaltet, gehen Singen und Erzählen von erlebter Geschichte fließend ineinander über. "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 alte Lebendigkeit erreichen kann."<sup>28</sup>

Mögliche Therapieziele beim Singen mit alten Menschen auf physiologischer Ebene sind das Training der Atmung und der Stimmorgane, der Anregung der Artikulationsmuskulatur, und der Förderung der Durchblutung; auf mentaler Ebene sind es das Training von Aufmerksamkeit, Konzentration und Reaktion des Gedächtnisses für Melodien und Liedtexte, der Anregung der Sprachverarbeitung und der Strukturierung zeitlicher Abläufe; auf der emotionalen Ebene sind es das Wecken von Freude am Klang und der stimmlichen Betätigung, zeitweises Ablenken von Sorgen, Problemen und Alltagsmonotonie, das Wiederbeleben von schönen und angenehmen Gefühlszuständen und Anregung von eigenem Singen als Bewältigungsstrategie und auf der kommunikativen und sozialen Ebene die Schaffung von Gesprächsanlässen.<sup>29</sup>

---

<sup>24</sup> Veränderung der Singstimme im Alter: a) muskuläre Situation im Kehlkopf (Feinspannung des Stimmuskels lässt im Alter nach b) Fähigkeit zur raschen TonhöhenEinstellung nimmt ab c) kleiner werdender Umfang der Stimme d) Zittern in der Stimme wg/zitternde Bewegung der Stimmlippen e) Obertonreichtum und Stimmbrillanz nehmen wg/Veränderung der Stimmlippenbewegungen im Alter ab f) Stimme wird weniger tragfähig und stumpfer wg/mangelnder Durchblutung und Befeuchtung der Schleimhäute im Kehlkopf g) Kurzatmigkeit wg/nachlassender Muskelspannkraft im Zwerchfellbereich siehe Schmutte, Michael: Singen mit alten Menschen in Chorarbeit und Musiktherapie in: Tüpker, Rosemarie und Wickel, Hans Hermann: Musik bis ins hohe Alter S.30/31.

<sup>25</sup> vgl. Muthesius, Dorothea: S. 51.

<sup>26</sup> s. Kötter, Astraea: Musik als Medium der Biographiearbeit in der sozialen und emotionalen Betreuung älterer Menschen. Interview 1: Anhang S. 15 - 23.

<sup>27</sup> s. Clair, Alicia: Singen in der Lebensqualität alter Menschen in: Aldridge, David: Music Therapy World. S. 73.

<sup>28</sup> vgl. Schwabe, Christoph: Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. S. 209.

<sup>29</sup> vgl. Schmutte, Michael: Singen mit alten Menschen in Chorarbeit und Musiktherapie, S. 25/26 in: Tüpker, Rosemarie und Wickel, Hans Hermann: Musik bis ins hohe Alter.

Ist mir ein vorgeschlagenes Lied unbekannt, bitte ich den Teilnehmer, es mir mit Text und Melodie beizubringen, um es in der Gruppe singen zu können. "Im Überwinden der anfänglichen Scheu verwandelten sich Gefühle von Unzulänglichkeit und Scham bei den Solosängern in freudiges Geben, Stolz und dem Gefühl, wertgeschätzt zu werden."<sup>30</sup>

Weiterhin bekommen Volks- und Wanderlieder durch kleine ureigenste Textveränderungen besondere eigene Noten,<sup>31</sup> die ebenfalls durch mein schriftliches Festhalten, das Selbstwertgefühl des jeweiligen Teilnehmers stärken und nicht zuletzt auch den Spaßfaktor in der Gruppe begünstigen.

Aufgrund der vorgenannten Erläuterungen aus Theorie und Praxis ist Musiktherapie im Altenzentrum ohne **jedwedes** Singen in meiner Arbeit tatsächlich undenkbar und in der Praxis unmöglich!

#### **4.3 TAGES- UND LEBENSRÜCKSCHAU - DAS OFFENE ABENDLIEDERSINGEN**

##### **4.3.1 VORÜBERLEGUNGEN UND THERAPIEZIELE**

Aufgrund meiner Erfahrungen aus sporadischen Nachtschichteinsätzen wie aus den teilweise turbulenten Nächten in verschiedenen **BewohnerInnen - Urlauben** ist mir bekannt, dass viele alte und insbesondere dementiell erkrankte Menschen einen häufig veränderten Tag-/Nacht-Rhythmus und Schlafschwierigkeiten haben. Angefangen vom Nicht-einschlafen-können über ständige Wachphasen während der Nacht bis hin zu sehr kurzem, aber nicht besonders tiefem Schlaf gestalten sich diese Schlafprobleme. Darüber hinaus ziehen sich auch Menschen wegen der entstehenden Leere und Langeweile und beängstigend empfundenen Stille am Abend direkt nach der letzten Essenszeit des Tages um 18.00 Uhr in ihr Bett zurück, obwohl sie noch keinerlei Müdigkeit verspüren. Nicht selten wird dieses Phänomen auch pharmakologisch behandelt.

Die Anfrage bei den PflegekollegInnen der Nacht ermöglicht mir einen derzeitigen Überblick über die BewohnerInnen mit Schlafschwierigkeiten. Diese speziell und natürlich darüber hinaus auch alle, die gern Abendlieder singen, lade ich zum wöchentlich stattfindenden Abendliedersingen, im Anschluss an das Abendessen, allerdings aufgrund ablauforganisatorischer Gründe trotzdem schon recht früh um 18.30 Uhr, ein.

Meine musiktherapeutischen Ziele dieser Gruppe sind, dass die TeilnehmerInnen das Singen und Hören von Abendliedern als aktive Form des Zur-Ruhe-Kommens kennenlernen, sich erinnern und Anknüpfen an Biographisches aus der Kindheit und/oder aus dem Erwachsenenalter und darin Geborgenheit, Zuwendung, Sicherheit und Schutz erfahren können. Weiterhin ermöglicht das Singen und Hören von Abendliedern Trost ganz aktuell zu spüren und vermittelt eine Atmosphäre des Angenommenseins. Durch das Erleben von sozialen Kontakten in der Gruppe können Vereinsamungstendenzen insbesondere in den Abendstunden

---

30 Schnauer-Kraak, Margarethe: Brücke zum eigenen Wesen. Integrative Musiktherapie mit pflegebedürftigen alten Menschen, S. 199.

31 Beispiele: Ein Jäger aus Kurpfalz, der reitet durch den Hühnerstall und bricht sich dabei den Hals. Freut Euch des Lebens, solange ihr noch "Frischfische" oder "Backfische" seid ...

aufgebrochen werden. Außerdem kann das Abendliedersingen persönliche und gemeinschaftliche Tages- und Lebensrückschau ermöglichen.

#### **4.3.2 ABLAUF EINER GRUPPENSITZUNG**

Im vorbereiteten, ein wenig abgedunkelten Gruppenraum des Hauses, in dem ich einen Stuhlkreis um eine Mitte aus einem blauen Tuch als 'Himmel' und vielen Kerzen als 'Sterne' und eine Klangschale stelle und leise Instrumental-Abendlieder per CD einspiele, treffen i. d. R. etwa zehn bis zwölf BewohnerInnen ein. (evtl. Foto von Mitte)

Der Ablauf der Veranstaltung, die sich sowohl an orientierte als auch an **dementiell** erkrankte BewohnerInnen richtet, verläuft immer in der Weise, dass wir nach der persönlichen Begrüßung jeder TeilnehmerIn mit dem Lied: 'Guten Abend, gut' Nacht', das ich mit dem Akkordeon begleitete, beginnen. Danach folgt eine kurze Erzählrunde als Tagesrückblick auf den Impuls hin: 'Wie war denn Ihr Tag heute?' Die einzelnen TeilnehmerInnen berichten der Gruppe sehr unterschiedlich abhängig von ihren Möglichkeiten hinsichtlich der Details, der Tiefe und natürlich auch nach jeweiliger Lust und Laune. Mit Liedvorschlägen aus der BewohnerInnenschaft fahren wir fort, die von klassischen Abendliedern (wie 'Kein schöner Land in dieser Zeit', 'Guter Mond, Du gehst so stille', ...) über Gute-Nacht-Lieder aus der Kindheit (wie 'Schlafe, mein Prinzchen, schlaf ein' oder 'La le lu', ...) bis hin zu alten Schlagern (wie 'Die kleine Stadt will schlafen gehn', 'O wie wohl ist mir am Abend', ...) reichen. Diese Lieder stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Biographie der BewohnerInnen, und bieten sich immer wieder als 'Türöffner' für eigene Erinnerungen an. Wir singen immer, ohne Liedtexte in den Händen zu haben, aufgrund des für mich leichteren Einfindens in die Liedmelodie und bei fehlendem Text der nachfolgenden Strophen wird weiterhin einfach mitgesummt. Zwischendurch fließt ein Gebet, 'mal ein poetischer Gedanke zum Schlafen, zur Nacht, zur Ruhe ein, der häufig wiederum anregt, etwas aus Vergangenheit oder Gegenwart mitzuteilen. Das Schlusslied bildet ebenfalls unser Starter nämlich: 'Guten Abend, gut' Nacht'. Danach ist Zeit, durch das Anschlagen der Klangschale einen Ton für die kommende Nacht mitzunehmen, und die Runde ausklingen zu lassen. Schließlich reichen wir uns alle die Hände und wünschen uns gegenseitig eine 'Gute Nacht! Und schöne Träume!', und zum Schluss darf das Betthupferl natürlich nicht fehlen, bevor selbstverständlich jede Teilnehmerin einzeln in ihr Zimmer begleitet wird. Diese Gelegenheit nutzen nicht wenige BewohnerInnen noch für ein paar persönliche Worte.

#### **4.3.3 PROZESSGESTALTUNG AM BEISPIEL VON HERRN D. (ORIENTIERT)**

Herr D., 92jährig, lebte Zeit seines Lebens in Münsters Innenstadt, hat nach dem Tod seiner ersten Frau, noch einmal geheiratet, jetzt Witwer, ist Vater von vier Kindern und vielen Enkeln und Urenkelkindern. Darüber hinaus hatte er immer verschiedene Pflegekinder im Haushalt. Beruflich war er als Handelsreisender für Großküchen immerzu unterwegs und genoss es deshalb Zeit Zuhause zu verbringen; er sei nach eigenen Angaben ein richtiger Familienmensch.

Er lebt seit 1997 im Altenzentrum, erfreut sich relativ guter geistiger Gesundheit (voll orientiert), ist ein geselliger Mensch, der gerne hier lebt und an vielen sozialen Gruppenangeboten, Urlauben und Festen und Feiern aktiv teilnimmt. Er liebt es mit seinem Elektro-Rollstuhl durch die Parkanlagen des Altenzentrums sowie in die nähere Umgebung des Dorfes unterwegs zu sein. Seine große Leidenschaft ist die Tomatenzucht und das Verschenken derselbigen im Mai/Juni eines jeden Jahres macht ihm eine riesige Freude. Seine Diagnosen zum Zeitpunkt des Einzugs waren depressive Verstimmtheit, situative Luftnot, starke Herzinsuffizienz. Anfangs ist es ihm aufgrund seiner Atemnot nicht möglich eine Stunde in der Gruppe singend und auch zuhörend zu verweilen. Er erklärte, nicht nur der fehlende Sauerstoff auch die dichte Atmosphäre mache ihm zu schaffen. Später war das kein Problem mehr.

Seine Schlafambitionen stellen sich dergestalt dar, dass er aufgrund seiner zunehmenden Herzinsuffizienz viel Ruhe auch während der Tagesstunden benötigt, so dass er des Abends sehr spät und schwer in den Schlaf kommt und auch nachts oft stundenlang hellwach im Bett liegt oder durch sein Zimmer "geistert" und nachaktiv ist.

Sein Bezug zu Abendliedern ist stark biographisch verankert. Das Singen und Erleben der Abendlieder, sicher auch die dadurch entstandenen Atmosphäre, 'nötigt' ihn immer wieder zu einer Lebensrückschau im Kleinen. Er berichtet, wie er sich selbst an das Gute-Nacht-Lieder-Singen seines Vaters erinnere, und wie gerne er selbst seinen Kindern abends vorgesungen habe. "Weißt Du, wie viel Sternlein stehen ..." ist sein Lieblingslied, das er sie nie zu wünschen vergisst. Mit Tränen in den Augen und starker emotionaler Betroffenheit erzählt er oft zunächst unbedeutend wirkende Lebenssituationen, die sich ins Ganze seines Lebens eingebettet als besonders charakteristisch herauskristallisierten, wie er aus aktuellem Anlass z. B. von einem Besuch einer früheren Nachbarin im Altenzentrum detailliert berichtet, woraus deutlich wird wie bedeutsam ihm zwischenmenschliche Kontakte sind. Er genieße es jetzt, so richtig Zeit zu haben für alles und auch besonders dafür. Darüber hinaus fühlt er sich immer eingeladen, auf die Äußerungen der anderen Gruppenmitglieder wohlwollend einzugehen. Von den insgesamt 55 Veranstaltungen fehlt er lediglich zweimal wegen akuter Kreislaufbeschwerden. Auf meine Rückfrage ob es Veränderungen in seinem Schlafverhalten gäbe, schildert er, dass er nach der Abendliederrunde entspannter sei, oft sehr in Gedanken versunken, der Tag sei runder, und er schlafe früher ein und irgendwie auch besser. Herr D. starb Anfang Februar diesen Jahres an den Folgen eines Oberschenkelhalsbruches leider auch im Krankenhaus, und er nahm in den letzten vier Monaten seines Lebens noch ausschließlich an der Abendliedergruppe teil, die ihm nach eigenen Angaben so viel bedeutete.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie sehr die von den Abendliedern bestimmte, besonders friedliche, ruhige und anrührende Atmosphäre dieser Gruppe, ein Abschiednehmen aus dieser Welt begleiten kann.

#### **4.3.4 PROZESSGESTALTUNG AM BEISPIEL VON FR. B. (DEMENTIELL ERKRANKT)**

Frau B., 91 Jahre alt, lebte in einer westfälischen Stadt, hat eine einzige Tochter, zu der sie ein sehr inniges Verhältnis hat, da ihr Ehemann während der Schwangerschaft dieses einzigen gemeinsamen Kindes starb. Mit ihren beiden Enkelkindern ist sie eng verbunden, und seit neuestem hat sie auch ihr erstes Urenkelkind und freut sich sehr über Besuch von ihm. Sie hält den kleinen Julian auf ihrem Arm, als sei es ihr Kind und scheint in ihrer Mutterwelt verschwunden. Die Sorge um ihre Lieben war und ist ihr immer sehr wichtig.

Nachdem sie ca. 34 Jahre in einer separaten Wohnung im Haus ihrer Tochter gewohnt hat, lebt sie nun seit fast drei Jahren in einem Doppelzimmer im Altenzentrum. Sie ist örtlich, zeitlich und situativ völlig desorientiert, zeitweise auch zur eigenen Person. Aktuell besteht eine starke Rückbindung an's Elternhaus, und als Nesthäkchen interessiert sie sich sehr für ihre drei älteren, bereits lange verstorbenen Geschwister. Sie sitzt im Rollstuhl. Ihre Unruhezustände des Nachts weiten sich auch zunehmend auf den Tag aus, und seit 2002 ist sie latent depressiv. Mittlerweile tritt auch immer mehr angriffslustiges Verhalten auf, in dem sie sich angefangen am Spätnachmittag bis in die Zeit des Zubettgehens anhaltend aggressiv verhält, schimpft und bei kleinsten An- und Aufforderungen sehr ungehalten reagiert. Sie kommuniziert verbal recht gut, wenn auch stark verlangsamt, jedoch klar und deutlich verständlich. Angesprochen auf ihre Emotionen reagiert sie stark. Sie liebt Volkslieder und hat immer gerne und viel gesungen.

Sie wird wöchentlich von einer Kollegin aus der Pflege zur Abendliedergruppe gebracht. Diese skizziert mir das Wesentliche des Tages von Frau B. und schildert ihre momentane Verfassung. Oft erscheint sie sehr unruhig, was sich sowohl im ständigen Geschäftigsein ihrer Hände als auch mit ihrem gesamten vorgebeugten Körper äußert und fordert von mir, sie wieder nach Hause zu bringen. Ich schlage ihr **jedes Mal** vor, zumindest den Anfang der Gruppe mitzuerleben, und danach könne sie immer noch gehen. Später beruhigen sie auch die anderen GruppenteilnehmerInnen immer mehr. Schon beim ersten Lied - während sie natürlich mitsingt - werden häufig ihre Hände ruhiger, und sie versinkt mit Blick auf die gestaltete Mitte in andere Sphären. "Ach, ist das schönööön!" ist ihre Rückmeldung dann oft und mit zunehmenden Liedern entspannt Frau B. sichtlich immer mehr und lehnt sich in ihren Rollstuhl zurück. Die Antwort auf den Frageimpuls bzgl. des vergangenen Tages reicht von "Ach, lassen Sie mich doch einfach!" über "Eigentlich ganz gut!" bis "Müssen wir jetzt so viel reden, wir sollten lieber weitersingen!" und drückt ihren aktuellen **Entspannungsgrad** oft deutlich aus. Die PflegekollegInnen melden mir deutlich ruhigere und entspanntere Abendpflege an den jeweiligen Abenden des Abendliedersingens zurück. Hier nutzen auch die Familienangehörigen von Frau B. das Abendliedersingen einerseits als Möglichkeit ihre (Groß-)Mutter am Abend und am Ende ihres Besuches in eine auf sie einladend und gemütlich wirkende Atmosphäre dieser Gruppe abzugeben als auch selbst diese Veranstaltung mit Frau B. zu besuchen, und mit ihr gemeinsam zu entspannen und an früher Erfahrenes wieder anzuknüpfen.

Es wird offensichtlich, dass das Singen von getragenen Abendliedern beruhigende Wirkung hat, die auch zumindest über kurze Zeit nach dessen Beendigung anhält.

#### **4.3.5 PROZESSGESTALTUNG IN DER GRUPPE**

Die Gruppe als Ganzes entwickelt sich immer mehr zu einem 'heimeligen' Tagesausklang. Ein Großteil der TeilnehmerInnen ist konstant, und darüber hinaus kommen immer wieder der ein oder andere Interessierte aus der Kurzzeitpflege z. B. ganz unverbindlich dazu. Das gewünschte Liederrepertoire ist mit Ausnahme von einem oder zwei Liedern fast identisch. Während zu Anfang noch sehr verhalten über den vergangenen Tag berichtet wurde, wurde es

nach einigen Veranstaltungen immer ausführlicher und auch der Mitteilungsinhalt wurde z. T. sehr persönlich bis intim. Hier treten natürlich biographische Gemeinsamkeiten auf, deren ausführliche Darstellung zu Verabredungen am Folgetag führen. Fehlen Gruppenmitglieder, fällt es den anderen TeilnehmerInnen auf, und sie erkundigen sich nach deren Befinden und durch kurze schriftliche Grüße wird Anteilnahme gelebt. Besonders hörbare und sichtbare Eigenschaften von einzelnen BewohnerInnen werden von anderen TeilnehmerInnen hervorgehoben z. B.: "Ich höre, Sie haben noch eine so starke und hohe Stimme, Frau T.!" - "Mensch, dass Sie alle Liedstrophen beherrschen, ich staune! Ich hab mich einfach an Sie drangehängt!" Oft ist zu beobachten, wie die TeilnehmerInnen völlig in sich gekehrt, den Blick auf sich beschränkt, die Hände wie zum Gebet gefaltet, dasitzen. Persönlich bevorzugte Gebete werden vorgestellt und auf Wunsch gemeinsam gebetet.

Das 'offene Abendliedersingen' entpuppt sich - wie bereits ausgeführt - für einige Angehörige auch als gute Möglichkeit, etwas Sinnvolles mit ihrer Mutter bzw. ihrem Vater gemeinsam zu tun, und so in früher Erlebtes höchst Emotionales auch Abschiedliches wieder einzutauchen.

#### **4.4 MUSIK IST ERINNERUNG PER SE - MUSIKTHERAPEUTISCHE GRUPPENARBEIT MIT DEMENTIELL ERKRANKTEN ALTEN MENSCHEN**

##### **4.4.1 VORBEMERKUNG UND VORÜBERLEGUNGEN, TEILNEHMERINNEN UND THERAPIEZIELE**

Es war mir ein besonderes Anliegen, ein musikalisches Angebot für die BewohnerInnen des von mir lange Zeit begleiteten Wohnbereiches zu kreieren, die aufgrund ihrer starken dementiellen Erkrankung nicht mehr an den bereichsübergreifenden sozialen Gruppenangeboten des Altenzentrums teilnehmen können. In einem der beiden Wohnzimmer dieses Wohnbereiches halten sich tagsüber regelmäßig fünf bis acht BewohnerInnen auf, die dort gemeinsam essen und den gesamten Tag zusammen verbringen. Die Tagesstruktur ergibt sich für diese Menschen lediglich anhand der Essenszeiten, die von immer wechselnden PflegekollegInnen betreut werden. Sie hören oft: "Sie müssen noch was trinken, Frau ...! Trinken ist so wichtig für Sie!" Unterbrochen wird die übrige Zeit mit Toilettentraining bzw. Mittagspause im Bett. Aufgrund ihrer Persönlichkeitsveränderungen kommt es kaum zu Kontaktaufnahme und Kommunikation der BewohnerInnen untereinander. Die Atmosphäre dieses Raumes wirkt aufgrund der Stille, mit Ausnahme einiger Stereotypen, der leeren, ausdruckslosen Blicke der BewohnerInnen, nahezu regungslosem Zusammensitzen der einzelnen BewohnerInnen nicht nur auf mich sehr bedrückend. Da ich bis auf eine Bewohnerin von allen deren Zuneigung zur Musik aus dem "Offenen Singen" kenne, ist Musiktherapie hier grundsätzlich aufgrund des biographischen Interesses an Musik in unterschiedlicher Form intendiert.

Vorstellung der TeilnehmerInnen:

Frau B.: 90 Jahre alt, seit 5 Jahren im AZ im Doppelzimmer, (mit ihrem Mann eingezogen, der zwei Monate später verstarb), Diagnose: Hirndurchblutungsstörungen mit Wahrnehmungsstörungen (vaskuläre Demenz), Zustand nach Apoplex, koronare Herzerkrankung, **Diabetes** mellitus Typ II, verwitwet, zwei Töchter, zu denen enger Kontakt besteht, ebenfalls zu Schwiegersöhnen und Enkeln; lebte in einer Großstadt, keine besondere Ausbildung, war sog. 'höhere Tochter', liebt es stundenlang im Cafe zu sitzen, Hobby: Lesen, viele Freundinnen, jahrzehntelang aktive Kirchenchorsängerin mit großem weltlichem und kirchlichem Liederschatz; sitzt im Rollstuhl, ist oft sehr müde, döst und schläft ein, reagiert auf direkten Blickkontakt mit Lächeln und wacht beim Liedersingen immer wieder auf, spielt und singt mit und beteiligt sich nur in Ausnahmefällen an einem Gespräch.

Frau E.: 85 Jahre alt, seit vier Jahren im AZ (EZ); Diagnose: Unruhezustände, Verhaltensstörungen im Rahmen zunehmender dementieller Entwicklung, Multiinfarkt-demenz, paranoide Erlebnisdefizite, rechtshemisphärischer Insult mit Hemiparese links im Rahmen einer Multiinfarktencephalopathie, Dysphagie, PEG seit 2 Jahren; verwitwet, drei Kinder, zu allen guter Kontakt, bes. zum jüngsten Sohn, der auch gesetzlicher Betreuer ist, Ehemann war selbstständiger Kfz-Mechaniker, managte gesamten Geschäftshaushalt; wenig Freizeit; aber Urlaubszeit war ihr heilig (-> Teilnahme am Bewohnerurlaub in 2002); starke Einschränkung der linken Hand, wird lediglich zur Musiktherapie mobilisiert, ansonsten **bettlägerig**; sitzt im Pflegerollstuhl, oft stille Genießerin.

Frau G.: 95 Jahre alt, seit zwei Jahren im AZ (EZ), Diagnose: Hypertonie, cerebro-vaskuläre Insuffizienz, Osteoporose, Multiple Arthrose, dementielle Entwicklung, starke Altersschwerhörigkeit, PAVK; verwitwet, 4 Kinder, davon sind 2 als Einjährige und ihr Lieblingssohn vor 3 Jahren an den Folgen eines Verkehrsunfalles gestorben; stammt aus Ruhrgebietsstadt, lebte am Ort, Ehemann führte Malergeschäft, wohnte zunächst einige Zeit im Betreuten Wohnen; sehr gläubige Katholikin und aktive Kirchgängerin; starke familiäre Bindung an übrig gebliebenem Sohn, der weit weg wohnt, und dessen Familie; enger Kontakt zu früherer Zuehfrau; liebt Geselligkeit, nutzt Rollator, aktive Kirchenchorsängerin, liebt Gesang von Kindesbeinen an; sie singt und spielt leidenschaftlich gerne und äußert sich umfassend in Gesprächen mit verbaler **Brillanz** und viel Humor, sie hat die Gruppe im einzelnen und als Ganzes im Blick und kommentiert dies auch.

Frau Ka.: 73 Jahre alt, seit vier Jahren im AZ im Doppelzimmer (mit vorgenannter Fr. B.), Diagnose: mittelgradige Demenz vom Alzheimer Typ, Frontalhirnsyndrom, Zustand nach Unterleibscarcinom mit anschl. Radiatio, Strahlungsschäden; verwitwet, Mitarbeiterin im Werbevertrieb von Staubsaugern, zwei Söhne (einer davon geistig behindert, der die familiäre Situation unter den Eheleuten stark belastete), zu denen guter Kontakt besteht, starke Einzelgängerin, einfache Persönlichkeit, lebte im sozialen Brennpunkt einer Großstadt, hörte ständig WDR-4-Musik; ist recht mobil, benutzt den Rollator, hat intensiven Blick, interessiert sich für ihre direkten Nachbarinnen, bei direktem Blickkontakt fängt sie sofort an zu singen, während sie beim instrumentalen Spiel auch nach mehrmaliger Aufforderung i. d. R. nicht zu spielen beginnt.

Frau Kö.: 85 Jahre alt, seit 4 Jahren im AZ (EZ), Diagnose: Verwirrheitszustände, depressive Verstimmtheit, **Tinnitus**, Osteoporose, Zustand nach ischämischer Insult; verwitwet, vier Kinder (einer als Säugling verstorben), es besteht lediglich ein sehr enger Kontakt zu ihrem jüngsten Kind, 'westfälisches' Eheleben incl. starker Leidsbereitschaft und puristisches Familienleben geführt, relativ isolierter Alltag, introvertiertes Weltbild, starker Zusammenhalt in Herkunftsfamilie, leidenschaftliche Hausfrau trotz starker Entbehrungen und starke häusliche Arbeitsbelastung, starke Naturverbundenheit; lt. eigener Aussage: kein Interesse an Musik, lt. Aussage des Sohnes: kennt seine Mutter nicht singend, möchte aber dabei sein; sitzt im Rollstuhl und jammert ständig, sie habe Schmerzen, es gehe ihr so schlecht, möchte aber nicht die Gruppe verlassen, singt anfangs überhaupt nicht mit, später singt sie leise einige Lieder mit, nimmt es aber auf Ansprache nicht so wahr, beteiligt sich engagiert an Gesprächen im Anschluss an Gruppenimprovisationen.

Frau N.: 90 Jahre alt, seit 10 Jahren im AZ (EZ), Diagnose: schwere, senile Demenz mit akuten Verwirrheitszuständen und rez. Affektinkontinenz, Hirnorganisches Psychosyndrom; verwitwet, hatte einen Sohn, der vor ca. 5 Jahren starb, loser Kontakt zur Schwiegertochter aus der Ferne, die ihre gesetzliche Betreuerin ist; lebte am Ort; Klavierspielerin Zeit ihres Lebens, dementsprechend ausgeprägte Hand- und Fingerfertigkeit; sitzt im Pflegerollstuhl, ist fast blind, reagiert besonders auf emotionale Gesprächsinhalte und liebt Klang und Gesang jeglicher Art, summt mit, bei Volksliedern und Schlagern singt sie z. T. mit und lächelt und lacht dabei.

Frau O.: 89 Jahre alt, seit 10 Jahren im AZ, Diagnose: Apoplexie, arterielle Hypertonie, Osteoporose, PaVK; ledig, aus einem sehr kleinen Nachbarort stammend, Ausbildung zur Kindererzieherin absolviert, aber aufgrund des frühen Todes der Mutter nie in diesem Beruf gearbeitet, sondern notwendig aber widerwillig den Haushalt im elterlichen landwirtschaftlichen Betrieb geführt; deshalb auch ledig geblieben; sehr gute Kontakte zu Nichten und Neffen und eine gute Freundin; sitzt häufig eher liegend im Sessel, spricht nicht mehr, registriert jede meiner Bewegungen, wird **zusehends** schwächer und besonders die fest ritualisierten Teile der Musiktherapiesitzung verursachen starke Reaktionen wie Schmunzeln und Lächeln, manchmal versucht sie auch den Liedtext mit den Lippen zu formen.

Herr W.: Diagnose: , verwitwet, keine Kinder, sehr gepflegter, zuvorkommender, stark strukturierter Mensch vor seinem Unfall, verfolgt das Gruppengeschehen, starker Rhythmiker, ...

Als besondere Therapieziele sind für die einzelnen TeilnehmerInnen dieser Gruppe definiere ich wie folgt:

- Motivationsförderung durch musikalische Aktivität und Bindung von Aufmerksamkeit an emotional bewegende und subjektiv sinnhafte musikalische Angebote
- Reaktivierung von Erinnerungen durch biographisch relevante Musikstücke und musikalische Handlungsformen und Wiederfinden sprachlicher Fähigkeiten im Erzählen von Musikerinnerungen dadurch Stärkung des Identitätsgefühls und -bewußtseins
- Reaktivierung der inneren, emotionalen Beweglichkeit mit dem Ziel der Wiederentdeckung von Genussfähigkeit, Lebendigkeit, Teilnahmefähigkeit, Sinnhaftigkeit als Grundlage der vitalen Grundspannung

- Reaktivierung des automatisierten Sprachvermögens mit Hilfe von aus der Kindheit und Jugendzeit vertrauten Gedichten und Liedern dadurch Stärkung des Selbstvertrauens
- Ermöglichung des Rückgriffs auf verbliebene Fähigkeiten; persönlichkeitsstärkendes (Wieder-)Erleben von verlorenglaubten Fähigkeiten
- Ermöglichung nonverbaler Kontaktaufnahme und Kommunikation durch Musik, mit dem Ziel einen Verstehenszugang zur BewohnerIn zu finden und der BewohnerIn Ausdrucksmöglichkeiten anzubieten
- Herstellung einfach strukturierter und vertrauter Situationen z. B. gemeinsames Singen von Liedern, Gruppenimprovisation, Hören von Musikstücken
- Nutzung der strukturierenden und stimmungsregulierenden Wirkung von Musik, sowie Herstellung eines Verstehenszugangs der BewohnerIn zu ihren/seinen eigenen Gefühlen über die Symbolhaftigkeit von Musik

Individuelle Therapieziele ergeben sich im Laufe des Prozesses, und diese werden von Zeit zu Zeit modifiziert. Für die Gruppe als Gesamtes setze ich folgende Therapieziele:

- Interesse am Mitmenschen fördern
- Erleben von sozialen Kontakten ermöglichen
- Aufbrechen von Vereinsamungstendenzen
- Schaffen einer angenehme Atmosphäre, die Geborgenheit und Wohlbefinden auslöst
- Schaffen von Gemeinschaftserlebnissen

#### **4.4.2 ABLAUF EINER GRUPPENSITZUNG UND DEREN METHODEN**

Die Gruppenmusiktherapie-Sitzung findet jeweils einmal wöchentlich nachmittags, jeweils um 16.00 Uhr beginnend i. d. R. für max. eine Stunde am gewohnten Aufenthaltsort der meisten TeilnehmerInnen im Wohnzimmer des Teilwohnbereiches um einen Tisch sitzend mit fester Sitzordnung um eine von mir gestaltete Mitte (z. T. kleinere Musikinstrumente, Jahreszeitliches, Thematisches) herum statt. Durch das Schild an der Tür "Es wird Musik gemacht! Bitte nicht eintreten, gerne jedoch lauschen!" werden die meisten - wenn auch nicht alle - Störungen vermieden. Nachdem zunächst alle BewohnerInnen persönlich per Händedruck und einigen persönlichen Worten begrüßt werden, und ich dabei einen blitzlichtartigen Einblick der momentanen Stimmung eines Jeden erhalte, starten wir mit dem Begrüßungsritual, dem Anschlagen eines Windspiels, das ich zufällig in diesem Raum am Fenster hängend - bisher ungenutzt -vorfand. Frau K., die einzige körperlich mobile Teilnehmerin vollzieht diese Aufgabe und führt sie meistens in Begleitung genussvoll und absolut konzentriert durch. Inhaltlich bereite ich die Sitzungen vor, in dem ich mir jeweils ein Thema, ein spezielles Lied, ein passendes Gedicht, ein Improvisationsthemenbereich etc.

wähle und leite dies dann ein. Musiktherapeutische Methoden wie das Liedersingen i. d. R. mit Akkordeonbegleitung, die Gruppenimprovisation, Rhythmusübungen und das gemeinsame Hören von Schlagern werden die Regel. Angefangen bin ich mit dem einfachen Singen von Liedern mit Akkordeonbegleitung, was den TeilnehmerInnen in den ersten vier Sitzungen die notwendige Strukturhilfe gab.

Dann führte ich weiterhin die Gruppenimprovisation ein, die für manche BewohnerInnen eine so große Weite eröffnete, die sie anfangs kaum ertrugen, später aber immer besser möglich wurde. Bei der Gruppenimprovisation lege ich einen zusätzlichen Schritt ein, nämlich eine Zwischenklärung d. h. nachdem das Thema der Improvisation vorgestellt und 'eingeläutet' ist, frage ich zunächst jede Bewohnerin nach ihren persönlichen Assoziationen zum Thema, und dies zugrunde legend suchen wir gemeinsam einen geeigneten Klang und ein geeignetes Instrument, um diese Vorstellungen auszudrücken, aus. Dieser Zwischenschritt ist notwendig geworden, da die BewohnerInnen aufgrund ihrer massiven Einschränkungen das vorhandene musikalische Instrumentarium nicht in ihrer Fülle sichten und deren Klang in Erinnerung haben können. Deshalb spielt die BewohnerIn oft das Instrument an, und ich gewähre Zeit für jede einzeln für die Entscheidung, ob es in die jeweilige Situation passt. Die Spielweise jedoch drückt jede in ihrer einzigartigen, unnachahmlichen Art selbst aus. Die Improvisationen zu Themen wie Schnee, mein Geburtstag, Frühlingserwachen, Urlaub, Liebesleben, Herbst, Tafelmusik zum Thema "Mein Frühstück" ... sind anfangs sehr kurz und werden mit zunehmender Übung langsam länger. Rhythmusübungen streue ich zunächst beiläufig ein, wobei einige Teilnehmerinnen viel Freude daran haben. Schwierigkeiten entstehen als ich nach dem Hören von alten Schlagern dazu aufforderte, diese mit Instrumenten zu begleiten. Es wird mir klar, dass Schlager musikalisch komplette Finalstücke sind und die TeilnehmerInnen ihnen nichts mehr hinzuzufügen haben. So singen oder summen die TeilnehmerInnen mit oder beschränken sich auf's Hören und das sich anschließende Gespräch mit z. T. ausführlichen Erinnerungen oder aber auch keinerlei, wenn der alte Schlager ihnen nicht (genug) bekannt ist.

Das Ende der Sitzung besteht im ritualisierten Singen des alten Schlagers: "Auf Wiedersehn, auf Wiedersehn, bleib' nicht so lange fort!" Anschließend packe ich mein Material zusammen und verabschiede mich von jeder TeilnehmerIn einzeln mit einem Händedruck und nutzte die Gelegenheit nach einer individuellen Rückmeldung zu fragen. Anschließend suche ich eine kurze Rückkopplung zu den PflegekollegInnen.

#### **4.4.3 PROZESSGESTALTUNG EINZELNER ANHAND UNTERSCHIEDLICHER PHÄNOMENE**

Frau K.: Anfangs charakterisiert sich Frau K. als depressive, ständig über ihren aktuellen Schmerzzustand jammernde, lustlose, stark schwerhörige Frau. Wenn ich erscheine, fragt sie, ob ihr Arzt gleich noch kommt, und dass es ihr wieder so schlecht gehe. Während der Sitzung fragt sie immer wieder nach ihrem Arzt. Auf meinen Vorschlag hin doch in ihr Zimmer gehen zu können, zieht sie es immer vor, in der Gruppe zu bleiben. Gleich bei der zweiten Sitzung erkennt sie mich wieder und fragt: "Ist heut' wieder Donnerstag?" Anfangs beteiligt sie sich nicht am Gesang, später bewegen sich ihre Lippen und ihre Stimme scheinbar automatisch, sie jedoch nimmt es aber auf Ansprache nicht so wahr. Ihr Durchbruch geschah in der zehnten Sitzung beim improvisierten Spiel zum Thema: 'Schnee'. Sie kommt in Kontakt mit ihrem Lebensthema "Arbeiten immerzu!", und dies spielt sie auf dem Guiro: "Ich muss Schneefegen, der Gehweg liegt ständig voll davon, so 'ne Arbeit!" - das sind ihre Worte nach dem Stück, bei dem sie nur mühsam ein Ende findet. Auf meine Frage, ob sie denn dem Schnee auch was Schönes abgewinnen kann, antwortet sie: "Nein, es ist doch nass im Haus, die Kinder bringen's mit herein, die gesamte Kleidung ist nass!" Nachdem die anderen GruppenteilnehmerInnen auch die positiven Seiten des Schnees in Worte ausdrücken, äußert Frau K. auch Traurigkeit

über verpasste Genusschancen, knappe Zeit, immerzu Arbeit. Sie beschreibt die Klänge der anderen TeilnehmerInnen als klangvoll und habe sich über sie gefreut, trotzdem - wenn auch deutlich langsamer werdend - spielt sie auf ihrem Guiro bis zum Ende weiter. Im Anschluss an die Gesprächsrunde frage ich Frau K., ob sie noch 'mal in den schönen 'Schnee'Klänge ihrer MitbewohnerInnen baden möchte. Sie wundert sich sichtlich sehr, dass ich mich noch an ihre Vorliebe erinnere, und lehnt zunächst mit den Worten: "Für mich brauchen Sie das nicht zu tun! Das ist ja viel zu anstrengend für alle!" ab. Einige BewohnerInnen geben als Rückmeldung, sie würden es gerne für Frau K. tun, und wir starten erneut und diesmal lehnt sie sich sichtlich zurück und hört einfach nur zu. "Das tut gut!" ist ihre Bewertung am Ende des Stückes.

An diesem Fallbeispiel wird deutlich wie direkt das Improvisationsthema in der Musik emotionale Erinnerungen weckt und auslöst. Frau K. findet zu sich selbst, hört in der Musik auch anders gelagerte Erlebnisse, die ihr leider versagt blieben und trauert verpassten Lebensmöglichkeiten hinterher. Im Verlauf der Sitzungen tritt ihr Lebensthema "Die ständige Arbeit" immer wieder zutage, und ich versuche immer wieder, ihr dafür Lob zuzusprechen und ihr Möglichkeiten des Genießens ganz aktuell anzubieten. Ihre Frage nach dem Verbleib ihres Arztes taucht nur noch sehr gelegentlich auf, ihr gefällt es nach eigenen Angaben fast immer gut in der Runde, ihre körperlichen Schmerzen haben nur noch eine nachrangige Priorität und auch bei den anderen TeilnehmerInnen tritt ihr Image als ständig jammernde Frau immer mehr in den Hintergrund, die Gruppe akzeptiert sie zunehmend.

Frau G.: Ich lerne sie kennen als eine sehr kontaktfreudige und aufgeschlossene Bewohnerin, die ausgeprägte verbale Kommunikationsfähigkeiten besitzt. Sie verfügt über einen unglaublich großen Liederschatz und freut sich, wenn wir Volks- und Wanderlieder singen, ergreift dabei immer die Initiative beim Auswählen von Liedern und besitzt eine ungeheure Kreativität im Umgestalten von Liedtextoriginalen wie z. B. "Ein Jäger aus Kurpfalz, der reitet durch den Hühnerstall und bricht sich dabei den Hals ...", oder "Freut Euch des Lebens, weil ihr noch Backfische seid ..." etc. Sie lacht dabei sehr viel und motiviert die anderen TeilnehmerInnen, sich nicht so hängen zu lassen! In einer Sitzung zum von mir ausgewählten Schlager "Ich tanze mir Dir in den Himmel hinein, in den siebenten Himmel der Liebe", das wir gemeinsam zur Akkordeonbegleitung singen, nachdem wir uns zuvor mit meinen Hochzeitsschuhen beschäftigt haben, erzählt sie von ihrer Hochzeit, den Vorbereitungen, den Schwierigkeiten, sie erinnert sich an ihr Hochzeitskleid, beschreibt es und nennt den exakten Preis ihres Kleides und ihrer Handschuhe. Frau G. lobt andere TeilnehmerInnen für ihr Spiel und ihr Bemühen, sich in die Gruppe einzubringen. Falls durch Musikstücke nur ein Hauch von trauriger und melankolischer Stimmung in der Gruppe zu spüren ist, ereilt es auch sie sehr leicht. Sie bringt den Tod ihres Sohnes vor drei Jahren ins Gespräch, ihre Trauer um ihren Lieblingssohn, die Frage nach dem Warum taucht auf. Von ihren vier Kindern lebt nur noch ein Sohn. "Mit diesen Abschieden von den Kinder werde ich wohl nie fertig!" sagt sie immer wieder oft unter Tränen. Ihre Ausführungen darüber in der Gruppe sind langwierig und enden oft mit dieser eigenen Feststellung. Wir suchen gemeinsam danach diese Trauer musikalisch auszudrücken. Sie wählt schließlich den kleinen Buckelgong und schlägt ihn mehrmals an, und ihre Trauer taucht darin (zumindest vorerst) ab. Sie wirkt aufgrund ihrer entspannteren Gesichtsmimik sichtlich erleichtert. Dieses Thema kommt immer wieder ins Gespräch, und der Klang des kleinen Buckelgongs am Ende ihrer Erzählung wird zum Ritual für sie.

Wie durch Musiktherapie innere, emotionale Beweglichkeit reaktiviert werden, scheinbar zunächst verschüttete Lebensthemen zum Ausdruck kommen in Musik und Worten, und sie ebenfalls durch diese bearbeitet werden können, das macht das vorgenannte Beispiel deutlich. Ich erlebe, wie Frau G. ihre Trauer in den Gongschlägen ausdrücken und abgeben kann. Das dieses auch beispielhaft für die anderen Teilnehmerinnen der Gruppe sei kann, wurde mir deutlich, als auch die sonst sehr stille Frau B. mich darum bittet, einmal den Gong für ihren verstorbenen Ehemann spielen zu wollen.

Frau B.: ist oft sehr müde, döst und schläft ein, reagiert auf direkten Blickkontakt mit Lächeln und wacht beim Liedersingen immer wieder auf, spielt und singt mit und beteiligt sich nur in Ausnahmefällen an einem Gespräch. Als kurzfristig der Babysitter unseres Sohnes für den Nachmittag absagen musste, blieb mir nichts anderes als ihn damals 2 1/2-jährig zur Musiktherapie mitzunehmen oder die gesamte Veranstaltung abzusagen. Kurzerhand entschied ich mich für die erste Variante, und es kam zu erstaunlichen Ergebnissen. Selbst sein Erscheinen und das einfache Mit-in-der-Runde-sitzen veränderte die gesamte Atmosphäre und erhöhte den Wachheitsgrad der TeilnehmerInnen. Meine konkreten Vorbereitungen bzgl. dieses Treffens wurden zugunsten des Singens von alten, traditionellen Kinderliedern verworfen. Insbesondere Frau B. ließ das Kind nicht mehr aus den Augen, sie war die gesamte Stunde hellwach, sie machte keine Sekunde den Anschein, dass sie erschöpft sei und schlug der Runde immer wieder neue Kinderlieder vor, die sie melodie- und textsicher und kräftig sang. Sie fragte ihn viel und versuchte zu helfen, wenn der kleine Arm nicht lang genug war, etwas zu greifen. Die Lebendigkeit dieser alten Kinderlieder, die sehr einfache Struktur und Melodie, in Kombination mit der Anwesenheit eines "echten" Kindes motivierte, bewegte und forderte sie ganz ein.

Hier wird erfahrbar, dass es zu einer ungewohnten Lebendigkeit und Bewegung, innerlich wie äußerlich, kommen kann, wenn Kinder 'mit-mischen'. TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Generationen können sich bereichernd unterstützen. In einem Experiment in der darauffolgenden Woche mit der gleichen Thematik, jedoch ohne ein Kind Vorort, gestaltete sich die Sitzung sehr antriebs- und motivationsarm. Zwei TeilnehmerInnen konnten sich noch an die vorherige Sitzung mit meinem Sohn erinnern.

Frau E.: Ich kenne sie vom Tag ihres Einzugs ins Altenzentrum an, sie war damals stark verwirrt, noch sehr mobil und mit starkem Bewegungsdrang ständig auf der Suche nach ihrem Zuhause, ihren Eltern und ihren Geschwistern. Sie war immer sehr unruhig und gestresst. Ebenfalls verbrachte ich einen sehr aufschlussreichen einwöchigen Bewohnerurlaub mit ihr an der Nordsee, in dem ich sie sehr gut kennenlernte. Mittlerweile ist sie aufgrund eines Schlaganfalls rechtsseitig gelähmt, hat starke Kontrakturen an ..., sitzt in einem besonderen Pflegerollstuhl, wird von einer Magensonde ernährt, sprachlich äußert sie sich sehr leise, in Form von einzelnen Wörtern und kurzen Sätzen, das Sprechen scheint sie sehr anzustrengen, und sie verbringt die meiste Zeit in ihrem Bett liegend. Die KollegInnen aus der Pflege teilen mir mit, wie einfach es ist sie am "Musiktherapietag" durch den Hinweis darauf, zu motivieren, ihr Bett zu verlassen. Sie wartet direkt auf mein Kommen und ist gespannt auf die Musik. Unerwartet gezielt wählt sie ihr Instrument für die Improvisationen aus, mit meiner Unterstützung beim Halten des Instrumentes spielt sie immer gut hörbar und äußert sich - wenn auch kurz - im anschließenden Gespräch. Meine vielen Fragen scheint sie zu mögen, so dass sie unermüdlich auf jede eingeht. Sie kennt viele alte Schlagermelodien, summt sie oft mit und manchmal verrät ihre Gesichtsmimik viel mehr als sie mit ihren Worten in der Lage ist auszudrücken.

Dieses Fallbeispiel zeigt exemplarisch, wie motivationsfördernd musikalisches Aktivsein sein kann. Frau E. nutzt das Angebot sich musikalisch auszudrücken förmlich aus, wobei sie biographisch nie ein Instrument erlernt hat, wohl aber immer an Musik interessiert war. Bei den alten Schlagermelodien sowie auch bei Volksliedern, die ihr besonders vertraut sind, erfahre ich auch nur aufgrund ihrer Mimik, dass Frau E. erahnt und spürt, dass diese Musik für sie zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrem Leben eine große Bedeutung hatte, selbst wenn sie ihr (vorübergehend) entfallen ist. Während einer Sitzung kam in der zweiten Hälfte ihr Sohn zufällig dazu und beobachtete seine Mutter. Er war sehr beeindruckt wie friedvoll und harmonisch seine Mutter spielte und wirkte. "Ja, so ist meine Mutter wirklich und echt- wie ich sie aus guten Zeiten Zuhause kenne!"

#### **4.4.4 PROZESSGESTALTUNG IN DER GRUPPE**

Nach der dritten Gruppentherapiesitzung verbanden die TeilnehmerInnen mit meinem Erscheinen meine konkrete Funktion in der nächsten Stunde: "Ah, wir machen wieder Musik!" oder die Äußerung: "Heut' ist ja Donnerstag - Sie sind ja heute wieder da!" ist eine deutliche Orientierung der Wochenstruktur. Anfangs war ich mir unsicher, ob überhaupt auch nur ansatzweise eine Art Gruppengefühl entstehen könnte; jedoch überraschten mich die TeilnehmerInnen, denn einige hatten sehr wohl die anderen der Runde im Blick und bemerkten deren Fehlen, sogar Sitzplatzänderungen blieben oft nicht unkommentiert. Ausdruck von Lob für musikalisches Spiel, Unterstützung bei motorischen Schwierigkeiten im Halten von Instrumenten, Ausdruck von echt empfundenem Mitleid in besonderen Situationen weisen auf die unterschiedlich starke Partizipation des Einzelnen an den anderen GruppenteilnehmerInnen hin. Als Frau B. Ende letzten Jahres verstarb, nachdem sie bereits zwei mal in der Gruppe fehlte, spielten die GruppenteilnehmerInnen eine Abschiedsmusik für sie. Zunächst erinnerten sich drei BewohnerInnen an ihre besonders häufig gespielten und favorisierten Instrumente, die wir zu ihrem Foto an ihren Platz stellten, und das anschließende Musikstück war atmosphärisch ein Trauerstück, mit verhaltenen, vereinzelt und langanhaltenden Klängen.

## 5. RESÜMEE UND AUSBLICK

Die musiktherapeutische Praxis der Siegener Ausbildung in der eigenen Dienststelle zu absolvieren hat Vor- und Nachteile. Für mich war es insgesamt vorteilhaft, diese für mich neuen Erfahrungen nicht direkt neben meinem normalen Dienst als Sozialarbeiterin machen zu müssen. In dieser Zeit konnte ich neue Wege gehen, diese im Altenzentrum konkret machen und somit einen ersten Eindruck von Musiktherapie hinterlassen. Es war strukturell nur ansatzweise möglich, die konkreten Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Praxis mit den BewohnerInnen mit den KollegInnen aus der Pflege detailliert zu besprechen und somit in die konkrete Pflegeplanung einzubinden. Dieser Austausch ist jedoch unverzichtbarer Bestandteil sowohl der musiktherapeutischer als auch der sozialdienstlicher Tätigkeit. In meiner derzeitigen Funktion jedoch wird es mir hoffentlich besser gelingen mehr "Miteinander" statt nebeneinander zu praktizieren.

Grenzen der musiktherapeutischen Arbeit mit Instrumenten sind das Fehlen der Koordinationsmöglichkeiten, Instrumente zu spielen, was wiederum nicht jedem liegt, die besondere Berücksichtigung der Tagesverfassung des Bewohners und häufiges Fehlen einzelner TeilnehmerInnen wegen der starken Schwankungen im Befinden und aufgrund von Krankenhausaufenthalten.

Angehörige von TeilnehmerInnen melden zurück, dass sich ihre Lieben sehr auf die musiktherapeutischen Angebote freuen, und sie mittlerweile vermissen. Die Tochter einer Teilnehmerin machte deutlich, dass diese beiden Gruppenangebote eine **außergewöhnliche** Art seien ihrer Mutter biographisch auf die Spur zu kommen und zum Teil neu kennenzulernen, ohne sie oder ihre Mutter nach Daten zu befragen, die eh nicht mehr vorhanden seien. Sie sei ja mit dem Herzen angesprochen.

Ich habe - insbesondere bei den WachkomapatientInnen - gelernt, weniger ungeduldig zu sein, denn die kleinste Spur von Ungeduld löste in der Regel Unruhe, Irritation und Sperrung bei den TeilnehmerInnen aus. Deshalb war auch der Abbau von erhöhten Erfolgserwartungen ein Übungsfeld für mich.

Ich erlebe Neugier, Abenteuerlust, Experimentierfreude, Offenheit und Kreativität in den Gruppen, Merkmale, die wir oft eher mit dem Begriff "jung" in Verbindung bringen. Nach diesen anfänglichen musiktherapeutischen Schritten wie auch aus meiner sozialdienstlichen Erfahrung denke ich, dass es am wichtigsten ist, offen zu sein für Überraschungen und sich nicht verführen zu lassen von den Bildern des Alters, die jeder mit sich herumträgt. Die Gefahr, dass diese Bilder unsere Wahrnehmung verstellen, erscheint mir größer als jede Gefahr, die darin bestünde, das Alter nicht als solches zu berücksichtigen.

SEIT MITTE JANUAR DIESEN JAHRES BIN ICH MIT EINER VERMINDERTEN WOCHENARBEITSSTUNDENZAHL VON 20 WIEDER REGULÄR BESCHÄFTIGT. DAS ABENDLIEDERSINGEN IST FEST IM WOCHENPLAN INTEGRIERT UND Z. ZT. WIRD ÜBER EINE VERANKERUNG DES MUSIKTHERAPIEANGEBOTES IN DER EINRICHTUNG (VOM WACHKOMA- BIS IN DEN DEMENZBEREICH) MIT EINER BESTIMMTEN WOCHENSTUNDENZAHL NACHGEDACHT.

