



Johannes-Th.-Eschen-Förderpreis der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie 2006

Hinweis

Die bei MU-online veröffentlichten Beiträge werden von der Redaktion der Zeitschrift Musiktherapeutische Umschau betreut. Sie sind urheberrechtlich geschützt. Die Rechte liegen beim Autor. Nur zu Ausbildungszwecken darf der Beitrag unter Angabe der Herkunft und des Autorennamens verwendet werden. Es gelten hierbei die üblicherweise praktizierten Zitathinweise. Jede weitere Verwertung (Vervielfältigung, Übersetzung, Speicherung), ist ohne die Genehmigung des Autors oder der Autorin nicht zulässig.

Musiktherapie als Gruppenpsychotherapie mit an Demenz erkrankten Menschen – Darstellung relevanter Interventionstechniken

Diplomarbeit zum
Abschluss des Ergänzungsstudienganges
Musiktherapie

Vorgelegt von:

Britta Warme
Wolfshagener Straße 59
13187 Berlin

Berlin, den 30.6.2005

Betreuerin: Frau Dr. Dorothea Muthesius
Gutachterin: Frau Prof. Dr. Karin Schumacher

Vorwort

Vor zwei Jahren begann meine Zusammenarbeit mit Frau Dr. Dorothea Muthesius in einem Berliner Krankenhaus. Ziel der Zusammenarbeit war die Dokumentation der Musiktherapie mit Demenzkranken. Eine erste Auswertung des Filmmaterials liegt mit dieser Diplomarbeit vor.

Danksagung

Für die fachlich unterstützende Beratung dieser Diplomarbeit danke ich

Frau Dr. Dorothea Muthesius und Frau Prof. Dr. Karin Schumacher.

Herr Krämer ermöglichte den Filmschnitt. Vielen Dank!

Den Patientinnen sei gedankt für ihre Bereitschaft, die Kamera in ihrer Therapiestunde zu dulden und diese Setting-Veränderung mit Interesse, Gleichmut und Humor aufzunehmen.

Frau Sabine Möller hat dankenswerterweise die Korrektur unterstützt.

Vorbemerkungen

Ich bitte den Leser dieser Arbeit zu tolerieren, dass für den Therapeuten das generische Femininum gewählt wurde, dass weibliche und männliche Personen einschließt. Dies resultiert aus der Fülle des praxisbezogenen Materials, dass für diese Arbeit verwendet wurde. Das generische Femininum wurde dann auf die theoretischen Kapitel übertragen.

Wörtliche Zitate sind *kursiv* gesetzt.

Sinngemäße Anlehnungen und Zitate sind durch (Vgl.) kenntlich gemacht.

Redewendungen und Aussagen der Patientinnen stehen in Anführungszeichen „“.

Querverweise im 7. Kapitel sind den Fußnoten zu entnehmen.

Die Verwendung psychoanalytischer Termini im Bezug auf Demenzkranke bedeutet, sie vom umgangssprachlichen Gebrauch der Termini abzugrenzen. Beispielsweise „primitive Abwehrmechanismen“, meinen diese im psychoanalytischen Sinn und nicht in der umgangssprachlich abwertenden Bedeutung des Wortes: primitiv. Dies gilt auch für alle weiteren verwendeten Begriffe.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	III
Einleitung	1-3
1. Problemstellung	4-11
1.1. Interventionen	4
1.2. Hypothesen	4
1.3. Interventionstechniken	4
1.3.1. Klassische Psychoanalyse	5
1.3.2. Psychoanalytisch Interaktionelle Methode	5
1.3.3. Die körperliche Dimension	6
1.4. Musiktherapeutische Interventionslehre	7
1.4.1. Musiktherapeutische Interventionstechniken	7
2. Psychotherapie	12-16
2.1. Definition	12
2.2. Psychoanalytische Persönlichkeitstheorie	14
2.3. Entwicklungsmodell und Menschenbild	14
3. Gruppenpsychotherapie	17-20
3.1. Überblick	17
3.2. Pluralität	18
3.3. Gruppe	18
3.4. Interventionstechniken	19
4. Demenz	21-29
4.1. Demenz aus medizinischer Sicht	21
4.1.1. Die Demenz vom Alzheimer-Typ	21
4.1.2. Die Demenz vom vaskulären Typ	21
4.1.3. Die Demenz vom gemischten Typ	22
4.2. Die Demenz-Symptomatik	22
4.2.1. Wegleitende Ressourcen	23
4.3. Die Demenz aus psychodynamischer Sicht	25
4.4. Das Krankheitserleben	26
4.5. Psychotherapeutische Konsequenzen	28
5. Musiktherapie mit an Demenz erkrankten Menschen	30-40
5.1. Musiktherapie	30
5.2. Die musikalischen Funktionen	31
5.2.1. Melodie	31
5.2.2. Rhythmus	32
5.2.3. Klang	32
5.2.4. Dynamik	32
5.2.5. Form	33
5.3. Die soziokulturelle Dimension von Musik	33
5.4. Die physische Dimension von Musik	34
5.5. Die psychische Dimension von Musik	34

5.5.1.	Wiederholbarkeit	34
5.5.2.	Haltefunktion	35
5.5.3.	Musik als Übergangsobjekt	35
5.5.4.	Musik als Intermediärobjekt	35
5.6.	Das Arbeitsmodell	35
5.6.1.	Die Grundhaltung der Therapeutin	36
5.6.2.	Die soziale Kompetenz	36
5.6.3.	Die psychologische Kompetenz	37
5.6.4.	Die medizinische Kompetenz	38
5.6.5.	Die musikalische Kompetenz	39
5.7.	Zusammenfassung	39
6.	<u>Szenen aus der musiktherapeutischen Praxis</u>	<u>41-60</u>
6.1.	Die Ausgangssituation	41
6.2.	Das Setting	41
6.3.	Die Kriterien für die Szenenauswahl	41
6.4.	Die Szenen	42
6.4.1.	Der Mai ist gekommen	42
6.4.2.	Sternelein sterben	44
6.4.3.	Du, du liegst mir am Herzen!	45
6.4.4.	Abschiednehmen (1)	47
6.4.5.	Abschiednehmen (2)	49
6.4.6.	Kling Glöckchen klingelingeling	50
6.4.7.	Der Mäuseschneider-Beat	52
6.4.8.	Was macht er mit dem Fell?	53
6.4.9.	Inniges Lied	54
6.4.10.	Oh, du dumme Zicke!	55
6.4.11.	Augustin, jetzt kommt der August dran!	57
6.4.12.	Gemein is` so was!	58
7.	<u>Die Interventionstechniken</u>	<u>61-75</u>
7.1.	Interventionsrichtung: Beziehung	61
7.1.1.	Modus 0 Kontaktlosigkeit	63
7.1.2.	Modus 1 Kontakt	64
7.1.3.	Modus 2 Funktional-sensorischer Kontakt	65
7.1.4.	Modus 3 Kontakt zu sich selbst	66
7.1.5.	Modus 4 Kontakt zum Anderen	67
7.1.6.	Modus 5 Beziehung zum Anderen	68
7.1.7.	Modus 6 Begegnung im Spielraum	69
7.1.8.	Modus 7 Verbalisieren	70
7.1.9.	Zusammenfassung	71
7.2.	Interventionsmittel	72
7.2.1.	Sprache	72
7.2.2.	Bewegung	73
7.2.3.	Fortgang der musikalischen Aktivität und Ideenfindung	74
8.	<u>Zusammenfassung</u>	<u>76-78</u>
Anhang:	Literaturverzeichnis	79 -83

Einleitung

Der Traum von der ewigen Jugend wird beim Anblick Alternder permanent ad absurdum geführt. Es gibt die ewige Jugend nicht. Dennoch jagen wir diesem Traum hinterher, bedienen uns kosmetischer und chirurgischer Maßnahmen, den Alterungsprozess aufzuhalten. So wie eine Pflanze genau festgelegte Entwicklungs- und Reifephasen durchläuft, Keimung-Wachstum-Blüte-Frucht-Vergehen, hat auch der Mensch Entwicklungsaufgaben zu erfüllen.

Dieser Entwicklungsprozess ist störanfällig in allen seinen Phasen.

In dieser Arbeit soll es darum gehen, sich der Phase des Alterns unter der Problemstellung einer zunehmenden kognitiven, emotionalen und sozialen Veränderung zu nähern.

Menschen mit Demenzerkrankung stehen hier im Mittelpunkt und die therapeutischen Interventionen, die die Musiktherapeutin einsetzt, um menschliche Begegnung, emotionales Angesprochensein, Erinnerung und Belebung alter Kompetenzen und neue Erfahrungen zu ermöglichen.

Das Überalterungsphänomen unserer Gesellschaft birgt in sich viele Fragen. Es wäre realitätsfremd, sich den Antworten nicht zu stellen.

In der Bundesrepublik Deutschland lebten 1998 knapp 13 Mio. Menschen, die älter als 65 Jahre waren. Dies ergab einen Bevölkerungsanteil von 15,7 % (Vgl. Heuft et al. 2000, S.15).

Mit steigender Alterungstendenz verringern sich gleichzeitig die Geburtenraten. In der Gesellschaft werden zunehmend Alternde immer älter. Die Lebenssituation mit Rentenbeginn bringt eine einschneidende Veränderung im bisherigen Lebenslauf mit sich. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben macht eine Neuorientierung für die kommende Lebensspanne erforderlich. Eigene Vorstellungen über das Altern werden mit der Realität abgeglichen. Diskrepanzen zwischen Wünschen und tatsächlichem Erleben (zunehmende gesundheitliche Einschränkungen, sich verringern soziale Kontakte, ungelöste Konflikte, Einsamkeit) führen Alternde spätestens zu diesem Zeitpunkt in ärztliche Behandlung.

Die Versorgungsrealität mit psychotherapeutischen Grundverfahren steht allerdings im „krassen Gegensatz zur Prävalenz und Inzidenz psychosomatischer und psychoneurotischer Symptombildung dieser Altersgruppe (Heuft et al. 2000, S. 17).

Die meisten anerkannten Psychotherapieverfahren setzen voraus, dass der zu behandelnde Patient über hinreichend gute psychische Grundfunktionen (Wahrnehmung, Konzentration, Gedächtnis, Orientierung usw.) verfügt. Introspektionsfähigkeit, Motivation, Lernfähigkeit, Plastizität und eine ausreichende Verankerung in einem sozialen Netz werden erwartet.

Alle diese Funktionen verliert ein Demenzkranker mit fortschreitendem Krankheitsverlauf. Verringerte kognitive Leistungen bedeuten aber nicht, dass symmetrisch auch die emotionalen und affektiven Funktionen abnehmen. Sie verändern sich wohl, denn auch hier lässt die neuronale Plastizität nach, werden unverständlich oder missverständlich, sind aber therapeutischer Beeinflussung zugänglich.

Im 2. Kapitel wird der Psychotherapiebegriff erörtert. Es wird ein Menschenbild entworfen, welches sich am Entwicklungsmodell von Erik H. Erikson anlehnt.

Die Lebensweise und die besondere Art der menschlichen Beziehungsgestaltung wird nicht nur als krankheitsbegünstigender Faktor der dementiellen Erkrankungen, insbesondere bei der Alzheimer-Krankheit, angesehen, sondern ist vor allem ein wichtiger therapeutischer Ansatzpunkt (Bauer et al. 1994, S. 54ff. und Bauer 2003, S. 4).

Methodisch wird die Gruppentherapie im Altersbereich eindeutig am häufigsten genutzt. Den Wirkfaktoren der Gruppe kommt bei der Behandlung an Demenz Erkrankter entscheidende Bedeutung zu. Im 3. Kapitel werden Wirkfaktoren und Modelle der Gruppentherapie erarbeitet.

Der geistig-seelischen Inaktivierung der Alternden gilt es, entgegen zu wirken. Dabei sind überfordernde und stresserzeugende Umweltbedingungen zu vermeiden. Die Psychodynamik und das Krankheitserleben Dementer werden im 4. Kapitel erörtert. Am gleichen Ort werden aus der Demenz-Symptomatik Ressourcen für die Therapie abgeleitet.

Der Musiktherapie mit an Demenz erkrankten Menschen widmet sich das 5. Kapitel.

In der neueren Literatur zur Alterspsychotherapie wird die Musiktherapie den kreativen Verfahren zugeordnet und ihr supportiver Charakter betont (Heuft et al. 2000, S. 287).

Mit der Darstellung der relevanten Interventionstechniken und der Beschreibung des Arbeitsmodells der Therapeutin in der Musiktherapie und ihrer Anwendung im gerontopsychiatrischen Bereich soll die supportive Funktion von Psychotherapie dargestellt werden.

Der Symbolcharakter von Handlungen Dementer, die scheinbar logisch nicht nachvollziehbar sind, korrespondiert mit dem Symbolcharakter der Musik.

Innerhalb der Musiktherapie wirkt Musik als Symbol und trägt Übergangscharakter. Der emotionale Verarbeitungsprozess beim Musikerleben kommt den Bedürfnissen und Möglichkeiten von Menschen mit Demenz entgegen und ermöglicht einen Zugang zur eigenen Biografie und zur Gegenwart.

In der Musiktherapie werden unterschiedliche Musikerfahrungen im Hinblick auf soziale Erfahrungswelten belebt und verweisen damit auf die Individualität und Spezifität jeder Person. Entsprechend angebotene Musik wirkt identitätsstiftend. Das Bewusstsein eigener Identität und Selbstwirksamkeit ist die Voraussetzung für Kommunikation und Beziehung.

Eine meiner Studienaufgaben im 3. und 5. Semester war das Videografieren von Gruppenmusiktherapien unter der Leitung von Dorothea Muthesius auf einer gerontopsychiatrischen Station in einem Berliner Krankenhaus. Das Filmmaterial wurde hinsichtlich der Interventionstechniken untersucht. Die Auswertung der Untersuchung findet im 6. Kapitel statt (siehe auch Beigabe Film).

Die zentrale Fragestellung der Arbeit, Musiktherapie als Psychotherapieverfahren anhand der Interventionstechniken zu beschreiben, richtet die Aufmerksamkeit darauf, Psychotherapie als lebendigen Beziehungsvorgang darzustellen.

Die Spezifität der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Demenz wird im 7. Kapitel an Hand von Interventionstechniken erarbeitet. Für die Arbeit ergibt sich die Frage, ob es möglich ist, eine Logik der Interventionstechniken im Sinne von Begleitung eines Abbauprozesses, Entwicklungsförderung, Entlastung und Begleitung zu finden. Wird sich eine Hierarchie herausbilden? Ist das Evaluierungsinstrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität in den Kontaktmodi nach K. Schumacher und C. Calvet- Kruppa (Vgl. Schumacher et al. 2002) anwendbar bei dementen Patienten?

Im 1. Kapitel folgt die detaillierte Problemstellung. Von dort spannt sich ein Bogen zum 7. Kapitel. Dort werden Interventionstechniken aufgezeigt und in eine Ordnung gefasst, die induktiv aus dem Filmmaterial erarbeitet wurden.

Die Darstellung der theoretischen, psychotherapeutischen und medizinischen Kapitel 2, 3 und 4 werden einen kurzen Überblick geben und auf entsprechende Literatur verweisen.

Die Kapitel 1, 5, 6 und 7 sowie die Zusammenfassung sind von zentraler Bedeutung, benötigen aber die theoretischen Bezüge der anderen Kapitel.

1. Problemstellung

1.1. Interventionen

Interventionen stellen eine gezielte Einflussnahme der Musiktherapeutin auf der Basis ihres psychotherapeutischen und musikalischen Erfahrungshintergrundes dar.

Der lateinische Begriff *Intervention* wird übersetzt mit Vermittlung, Einmischung, steuernder Eingriff (Brockhaus 2000, S. 2117).

Innerhalb der Psychotherapie handelt es sich um ein funktionales Merkmal der Therapie. Die verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen unterscheiden sich unter anderem in ihren Interventionstechniken.

Therapeutische Interventionen weisen auch innerhalb einer psychotherapeutischen Richtung Modifikationen auf, die erforderlich sind, wenn sie sich auf eine einzelne Person richten oder auf eine Gruppe, sowie das angesprochene Klientel (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Alternde) und die Psychopathologie beachten.

Die Spezifität der psychotherapeutischen Behandlung durch die Musiktherapie bei an Demenz erkrankten Menschen soll hier anhand von Interventionstechniken gezeigt werden.

1.2. Hypothesen

Folgende Hypothesen sollen den Fortgang der Arbeit leiten:

- Die Gruppenmusiktherapie ist als ein Ort psychotherapeutischen Handelns von Relevanz in der Arbeit mit demenzkranken Menschen.
- Die Interventionen der Therapeutin sind an den Ressourcen orientiert, die an Demenz erkrankten Menschen zur Verfügung stehen.
- Musikalische Interventionen sind authentische Antworten. Mit ihnen übernimmt die Therapeutin Hilfs-Ich-Funktionen und reguliert das emotionale Erleben.
- Musikalische Interventionen ermöglichen das Erleben von Selbstwirksamkeit und Kommunikation.
- Musikalische Interventionen stiften eine lebendige Beziehung.

1.3. Interventionstechniken

Eine Auswahl von Psychotherapieverfahren wird für die Erarbeitung eines Arbeitsmodelles und daraus resultierenden Interventionstechniken herangezogen. Es sind dies die Psychoanalyse, die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, die leibfundierte psychoanalytische Therapie und die entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie.

1.3.1. Klassische Psychoanalyse

Aus der klassischen Psychoanalyse sind die verbalen Interventionstechniken, im klassischen Setting hinter dem liegenden Patienten sitzt die Therapeutin, bekannt als Konfrontation, Klärung, Deutung, Durcharbeiten und die Rekonstruktion.

Das strukturelle Persönlichkeitsmodell erfasst die psychischen Substrukturen, auch Instanzen genannt, Ich, Über-Ich und Es. Die Basisannahme der Psychoanalyse geht von einer Interaktion dieser Instanzen aus. Diese Interaktion repräsentiert wichtige Funktionen des Menschen intrapsychisch und mit der Umwelt. Daraus ergeben sich die Selbst- und Objektrepräsentanzen. Die Ich-Funktionen verringern sich im dementiellen Krankheitsprozess und verändern damit die Gewichtungverhältnisse der Instanzen, die sich in Konflikten äußern und das Selbstbild betreffen.

Die spontanen Einfälle zu Liedinhalten der dementen Patienten erscheinen den freien Assoziationen angelehnt. Sie stellen ein thematisches Material dar, mit dem die Therapeutin arbeitet. Ungelöste Konflikte stellen sich in der Bearbeitung dar. Sie sind in Widerständen, Übertragung und Gegenübertragung erlebbar.

Die psychoanalytischen Interventionstechniken gehen in das Arbeitsmodell der Therapeutin ein. Ihre isolierte Anwendung bei dementen Patienten erscheint aber wenig sinnvoll.

1.3.2. Psychoanalytisch interaktionelle Methode

Diese Modifikation der psychoanalytischen Methode ist auf die Psychopathologie bestimmter Erkrankungen ausgerichtet. Die therapeutischen Angebote erfahren dann ihre größtmögliche Wirksamkeit.

Heigl-Evers und Heigl stellten erstmals 1973 die psychoanalytisch interaktionelle Methode vor. Seitdem wurden die theoretischen Grundannahmen und therapeutischen Techniken in der Praxis bestätigt und weiterentwickelt (Vgl. Heigl-Evers et al. 1997, S. 168ff. und S. 227ff.).

Die Psychopathologie der basalen Störungen, die durch die psychoanalytisch interaktionelle Methode behandelt werden, beschreiben diese Autoren folgendermaßen:

- Es handelt sich um defizitäre Teilobjekt-Beziehungen.
- Störungen im Affektsystem der beziehungsregulierenden Primäraffekte, der informationsverarbeitenden und selbstreflexiven Affekte liegen vor.
- Niedrige Toleranzen für Kränkung, Entwertung, Enttäuschung und Verlust sind wahrnehmbar.
- Primitive Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle von Teilobjekten mit oft ungesteuerten und heftigen Qualitäten im Sinne des total Bösen oder bewundertem Guten bedingen eine Instrumentalisierung eines Teilobjektes und dessen Auslebung (Vgl. Heigl-Evers et al. 1997, S. 169).

Die hier beschriebene Psychopathologie der basalen Störungen korrespondiert mit der Psychopathologie der Demenzen. Siehe Kap. 4.

Die Interventionstechniken der psychoanalytisch interaktionellen Methode gehen in das Arbeitsmodell der Musiktherapeutin ein.

Fokus der Methode ist die Interaktion zwischen Patientin und Therapeutin. Die Struktur des Dialoges beruht auf einseitiger oder wechselseitiger Abstimmung im Verstehensausaustausch und ihren Brüchen.

Die Interventionstechniken beruhen auf:

- dem Prinzip der authentischen Antwort;
- dem Prinzip der Hilfs-Ich-Funktion;
- dem Umgang mit dem affektiven Erleben des Patienten (Vgl. Heigl-Evers et al. 1997, S. 176).

1.3.3. Die körperliche Dimension

Als weiteres Verstehensmodell der Musiktherapeutin im therapeutischen Prozess mit an Demenz erkrankten Menschen soll die leibliche Dimension angesprochen werden. In oftmals offenkundiger Ausdrucksnot der Patienten gibt die Körpersprache der Patienten der Therapeutin wichtige Anhaltspunkte für das Verstehen der jeweiligen Situation und biografisch relevanter Momente und erweitert die therapeutischen Wahrnehmungsmöglichkeiten. Heistercamp schlägt vor, dass

Zitat:

„der Therapeut (...) seine Wahrnehmungen in ein Entwicklungsbild bringt.“

(Heistercamp 1997, S. 417).

Diese Bilder haben diagnostischen Wert jenseits sprachlicher Logik, denn die Bedeutsamkeit von Handlungen, auch nur Handlungsimpulsen liegt in ihrer Vorsprachlichkeit. Dieser psychotherapeutische Ansatz korrespondiert mit der Musiktherapie.

Zitat:

„So greift er (der Therapeut) Atemtöne oder Modulationen der Stimme auf und bietet dem Patienten einen nonverbalen Spielraum für seine akustischen Lautmalereien. Es ist oft beeindruckend mitzuerleben, wenn im therapeutischen Prozess einer sich ballenden Faust, einem zuckenden Bein oder anklingenden Atemlauten ein Spielraum bereit gestellt wird, sich zu artikulieren. Die sich dabei offenbarenden Sinngestalten strukturieren auch immer wieder die aktuellen Wirkungszusammenhänge, insbesondere die zwischen Patient und Therapeut.“
(Heistercamp 1997, S. 418).

Interessant ist dieses Zitat von einer Nicht-Musiktherapeutin. Hier wird eine musiktherapeutische Intervention beschrieben, wie sie in der Musiktherapie oft zu finden ist. Selbstwirksamkeit und Selbstempfinden werden therapeutisch unterstützt durch Raum geben, Unterstützen und Begleiten. Der zweite wichtige Aspekt liegt darin, therapeutisches Handeln als Beziehungsvorgang zu begreifen.

Der Aufmerksamkeitsfokus der Musiktherapeutin richtet sich auch auf körperliche Handlungen. Wie fasst eine Hand nach der Gitarre, zaghaft tastend, zielgerichtet greifend und dennoch unsicher durch körperliche Einschränkungen? Werden darin biografische Erfahrungen sichtbar im Umgang mit dem Instrument? Sind diese für zukünftige Therapien ressourcenorientiert nutzbar? Im Kapitel 6 wird eine solche Szene näher ausgeführt.

Auf die weiterführende Literatur sei verwiesen (Siehe Heisterkamp 1997).

1.4. Musiktherapeutische Interventionslehre

Eine Ordnung und Hierarchie der relevanten Interventionstechniken ergibt sich durch die Anwendung des Evaluierungsinstrumentes „EBQ“ (Einschätzung der Beziehungsqualität); (d) Musiktherapeutische Interventionen von Schumacher und Calvet-Kruppa (Vgl. Schumacher et al. 2002).

Die Entwicklung des EBQ erfolgte aus der musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern mit tiefgreifender Entwicklungsstörung, Autismus, die im Verlauf der Behandlung ihre Ausdrucksmöglichkeiten erweiterten, Regularien für Affekte fanden, Selbstwirksamkeit und Beziehungsfähigkeit erlangten, zunächst in der Musik und dann in der Sprache. Das Medium Musik wirkt hier als Motor für Entwicklung.

Dieses Forschungsinstrument wird für die Darstellung der relevanten Interventionstechniken und ihren Auswirkungen auf die Beziehungsqualität innerhalb der Musiktherapie mit an Demenz Erkrankten erprobt.

Menschen, die an Demenz erkranken, sind einem fortschreitenden Gehirn- abbauprozess ausgeliefert. Wie Inseln tauchen während der Musiktherapie Fähigkeiten und Fertigkeiten auf und erfahren eine Belebung, um dann ebenso abrupt zu vergehen. Das Medium Musik wirkt auch hier als Entwicklungsmotor, allerdings als ein Motor, der krankhafte Abbauprozesse immer wieder unterbricht.

Musiktherapeutische Interventionen müssen, wenn sie den Patienten erreichen sollen, auf die differenzierte und die sich schnell ändernde Beziehungsfähigkeit bezogen sein.

Zitat:

„Ob die (...) musikalischen Interventionen angemessen sind, ergibt sich aus der Einschätzung der noch nicht oder nicht entwickelten oder der abgewehrten Beziehungsqualitäten, der Dynamik der therapeutischen Situation, des therapeutischen Prozesses und des therapeutischen Übertragungsgeschehens.“ (Frohne-Hagemann et al. 2005, S. 104).

Diese Feststellung der Wirksamkeit musikalischer Interventionen zielt auf die Indikationsgruppe Kinder und Jugendliche. Modifizierend ist hier festzustellen, das an Demenz Erkrankte Beziehungsqualitäten zunehmend einbüßen. Dies kann natürlich psychodynamisch als Abwehrvorgang interpretiert werden. Vornämlich handelt es sich um ein Krankheitssymptom. Siehe Kap. 4.

1.4.1. Musiktherapeutische Interventionstechniken

Für die acht Beziehungs- und Kontaktmodi sind folgende Interventionen im musiktherapeutischen Prozess relevant (Vgl. Schumacher et al. 2002):

Modus 0

Kontaktlosigkeit / Abwehr

Musik wird eingesetzt in ihrer Funktion als Gefäß, Hülle und Rahmen. In dieser Haltefunktion wird der So-Zustand des Patienten akzeptiert, ohne intentional verändernd einwirken zu wollen. Die Interventionen haben Resonanz schaffenden Charakter. Sie nehmen die Stimmung auf und vermitteln ein klangliches Äquivalent. Dem Patienten wird Zeit gegeben, ganz bei sich zu sein. Diese Interventionen sind angezeigt zu Therapiebeginn und in Zeiten, die der Patient für einen Rückzug benötigt. Dieser Rückzug kann auch im Sinne von Pause interpretiert werden, die der Verarbeitung von Erlebtem dient.

Modus 1

Kontakt / Reaktion

Für die sinngebende Verarbeitung und Verknüpfung von Reizen der Umwelt ist die Gewährleistung von Sicherheit und Überschaubarkeit entscheidend. Ist diese Bedingung erfüllt, ist erstes Selbstwirksamkeitserleben möglich.

Ausgehend vom Patienten zielt diese Intervention auf die Integration der verschiedenen Wahrnehmungsbereiche.

Klangliche Angebote stimulieren intermodale Reaktionen. Die Intensität der klanglichen und gestischen Äußerungen des Patienten wird genau erfasst. Hier kann durch die Feinfühligkeit der Therapeutin eine Übereinstimmung im Sinne von Synchronizität hergestellt werden, die zu ersten beziehungsstiftenden Erlebnissen führt. Stimme und Instrument werden so eingesetzt, dass sie die Äußerungen des Patienten exakt spiegeln in Form, Intensität, Klangfarbe, Rhythmus und Melodie.

Modus 2

Funktional-sensorischer Kontakt / Affektabstimmung

Dem Ausdrucksverlangen des Patienten stellt sich die Therapeutin haltend und gestaltend zur Verfügung. Die Therapeutin begleitet und reguliert Affektzustände und ermöglicht damit die Integration verschiedener Affekte. Diese können sein: Wut, Trauer, Freude, Schmerz.

Affekt und Körper werden in Verbindung gebracht und ohne erklärende Intellektualisierung das Selbstempfinden gestärkt.

Insbesondere der musikalische Parameter Dynamik kommt bei stimmlichen und instrumentalen Interventionen zum Tragen. Die Therapeutin setzt Situationslieder mit beschreibendem Text ein. Dabei kann sie auf verbale Äußerungen der Patienten, die intermodal noch nicht verknüpft, körperlich noch nicht erlebbar, emotional und sozial bedrohlich sind, zurückgreifen. In jedem Fall bietet sie eine Gestaltung an, die auch die Gruppenkohäsion fördert. Siehe Kap. 3.

Modus 3

Kontakt zu sich selbst / Selbstempfinden-Selbsterleben

Ziel der Interventionen in diesem Modus ist, die Erfahrung von Urheberschaft und Selbstwirksamkeit zu stärken. Die Musik hat die Funktion, sich selbst zu erleben und auszudrücken. Sie wirkt hier in der Funktion eines Übergangsobjektes und ermöglicht das Bewusstwerden von Stimme, Körper, Handlung und die Wahrnehmung des „subjektiven Selbst“, als Voraussetzung des „intersubjektiven Selbst“ (Vgl. Stern 1992, S. 48).

Hier findet eine Belebung von Erfahrungen statt, welche die eigene Biografie mit dem Hier und Jetzt verbinden. Interventionen sind Zuhören, begleitendes Unterstützen, Umspielen, Verstärken, Schritt halten, Übertreiben.

Die Ausdrucksform der Intervention richtet sich nach der des Patienten. Eigene musikalische Ideen und Impulse bringt die Therapeutin noch nicht ein. Es geht noch nicht um Dialog und musikalische Begegnung.

Modus 4

Kontakt zum Anderen / Intersubjektivität

Die Interventionen der Therapeutin gehen über das Bewusstmachen von Handlungen hinaus. Als bestätigende Person ist sie aktiv in das Geschehen eingebunden und kann ohne auf Dialog abzielen, eigene Gestaltungsideen einbringen, beispielsweise in der Klangfarbe der Singstimme deutlich von der Klangfarbe der Patienten abweichen. Das gemeinsame Singen und Musizieren ist von einem gemeinsamen Spielimpuls getragen, der rückversichert wird. Während des Musizierens geht der Blick in die Runde, zu den Mitpatienten, zum Therapeuten, zur Kamera. Das Musikalische wird zum Intermediärojekt. Wichtig ist, die „eigene Wahrnehmung im Anderen bestätigt zu finden (soziale Rückversicherung)“ (Vgl. Frohne-Hagemann et al. 2005).

Die Möglichkeit, eigene Spielideen zu entwerfen und mit ihnen wahrgenommen zu werden als Person, ist Voraussetzung für das Dialogische.

Modus 5

Beziehung zum Anderen / Interaktivität / Der musikalische Dialog

Dialog entsteht durch wechselseitigen Austausch, Fragen und Antworten.

Zitat:

„Typisch für den musikalischen Dialog ist das gegenseitige Übernehmen von Motiven, Rhythmen u.a. Ausdrucksphänomenen. Imitations- und Lückespiele werden durch ein sich ergänzendes Spiel fortgeführt. Eigenständige Motive, Rhythmen etc. werden aufeinander bezogen und ergeben das Gefühl, miteinander zu sprechen.“

(Schumacher et al 2004, S. 11).

Die Patienten sind in der Lage, eine Erwartungshaltung der Therapeutin wahrzunehmen und dieser mit eigenen Impulsen zu begegnen. Die Beziehungsqualität gestaltet sich wechselseitig, was u.a. darin zum Ausdruck kommt, dass auch Patienten eine Beziehung von sich aus initiieren oder beenden können.

Ein typisches Verhaltensmerkmal an Demenz Erkrankter liegt darin, auch in überschaubaren Situationen, Kontaktabbrüche zu vollziehen, intellektuell und sprachlich nicht zu reagieren. Eine Beziehung kann längerfristig in ihrer Komplexität nicht gehalten werden. Auch durch Musik vermittelte Beziehungsqualität wird auf vorige Modi zurückweichen und verlangt aufmerksame Flexibilität der Therapeutin, um Überforderungen zu vermeiden und dadurch Verunsicherungen auszulösen.

Modus 6

Begegnung im Spielraum / Interaffektivität

Lustvoll erlebtes Spiel findet in einer positiven Atmosphäre statt und dient der Beziehungsstabilisierung. Gemeinsam gestaltete Affekte finden sich in der rhythmischen und melodischen Motivik, insbesondere der Liedwahl. Die Musikwahl vermittelt die Verbindung von musikalisch-spielerischem Erleben und eigener Gefühlswelt. Diese Erfahrung ist miteinander teilbar. Im gemeinsamen Tanzen und szenischem Spiel ist persönlicher Ausdruck erkennbar und findet individuell bedeutsame Thematik eine Bühne. Wechselseitig werden Rollen verkörpert und Themen symbolisch verarbeitet. Voraussetzung dafür ist empathisches Empfinden mit dem Anderen.

An Demenz erkrankte Menschen haben, wenn auch nur selten, in diesem Beziehungsmodus die Möglichkeit, eigenen Affekten eine Gestalt zu verleihen, Konflikte zu symbolisieren und Problemlösungen spielerisch zu erarbeiten. Dabei greifen sie auf einen reichen individuellen Erfahrungsschatz zurück, der in der Biografie fest verankert ist. Gefühle von Einzigartigkeit des Leidens, bedingt durch soziale Isolation, werden im positivem Sinne aufgehoben durch die Mit- und Teilbarkeit des Leidens in der Gruppe. Neue Erfahrungen werden möglich. Siehe auch Kap. 3.

Modus 7

Verbalisieren / Reflektieren

Die Interventionen in diesem Modus dienen dem Verknüpfen emotionaler Erfahrungen und der Sprache.

Erinnerungen, Gedanken, Vorstellungen und Meinungen werden durch die entsprechende Liedauswahl angeregt. Liedinhalte werden mit tatsächlichen Erfahrungen gekoppelt und berichtet. Die Themenauswahl richtet sich nach Sozialisation, Musik in der Funktion der sozialen Selbstverortung (Vgl. Muthesius 2001, S. 315), den Musikerfahrungen der Kindheit und Jugend, der Musizierpraxis und dem symbolischen Gehalt der Lieder.

Hier wirkt Musik identitätsstiftend.

Die Verbalisierungsfähigkeit nimmt mit fortschreitendem Krankheitsverlauf ab, so dass Begegnung in diesem Beziehungsmodus mit Progredienz der Erkrankung zunehmend seltener und bruchstückhafter wird. Siehe Kap. 4.

Interventionen werden immer eine gezielte Einflussnahme der Therapeutin auf der Basis ihres psychotherapeutischen und musikalischen Erfahrungshintergrundes sein. Diese Interventionen können innerhalb der Gruppenmusiktherapie

1. auf die gesamte Gruppe ausgerichtet sein, wie zum Beispiel Resonanz schaffend im Modus der Kontaktlosigkeit und Abwehr.
2. kann die Musiktherapeutin mit einer Liedgestaltung jeden einzelnen zu verschiedenen Zeiten ansprechen. Dazu stehen ihr musikalisch unterschiedliche Gestaltungsparameter zur Verfügung. Zum Beispiel spricht eine moderate Strophengestaltung Frau X an, während Frau Y durch Accelerandi am Strophenende in Schwung kommt, derweilen Herr Z im sammelnden Vier-Viertel-Gleichmaß des Refrains auch auf seine Kosten kommt.
3. und diese Möglichkeit ist die meist erlebte, richtet sich eine Intervention auf eine einzelne Gruppenteilnehmerin. Damit ist der Rest der Gruppe zwar nicht direkt angesprochen, wird aber indirekt dennoch erreicht. Wenn sich beispielsweise ein Dialog, ein Lied mit einer aktiven Gruppenteilnehmerin ergibt, profitieren davon auch die weniger Aktiven, als Zuhörer und Teilnehmer am Erleben der Mitpatienten oder der Gruppe. Daraus kann sich wiederum eine Gruppendynamik entwickeln, welche die Weichen stellt für neue Entwicklungen. Patienten können dadurch auch ermuntert werden, eigene Bedürfnisse zu äußern und durchzusetzen.

Beobachtet wurde auch, dass eigeninitiative und suchende Aktionen der Patienten den Vorrang haben in der Hierarchie der Interventionen der Therapeutin. Auch plötzliche, affektiv stärker besetzte Einwürfe Einzelner, welche andere Gruppenteilnehmer ausschließen, genießen

Vorrang. Im wahrsten Wortsinn wirkt eine Intervention hier als steuernder Eingriff, vergleiche Szene Abschied 1, als Frau Schmidt ihr Lied anstimmt, und damit anzeigt, dass es

4. möglich ist, dass eine musikbezogene Intervention auch von den Patienten ausgehen kann.

Im 5., 6. und 7. Kapitel werden die Interventionstechniken innerhalb der Musiktherapie weiter ausgeführt. An dieser Stelle soll der Ausblick genügen. Bevor die detaillierten Beschreibungen folgen, müssen drei theoretische Abhandlungen folgen. Es gilt, den Psychotherapiebegriff, Aussagen zur Gruppentherapie und die Erkrankung Demenz näher zu betrachten. Anschließend wird sich der Bogen zu den Interventionstechniken innerhalb der Musiktherapie schließen.

2. Psychotherapie

2.1. Definition

„Nach Strotzka (1984) ist Psychotherapie ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patienten, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal auch a verbal, in Richtung auf ein klar definiertes Ziel (Symptomminimalisierung und / oder Strukturänderung der Persönlichkeit), mittels lehrbarer Techniken, auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.“ (Kächele und Kordy 1997, S. 352).

Auf den ersten Blick ist man geneigt, Psychotherapie bei Demenz als einen Widersinn an sich zu betrachten, denn die Vorstellung, dass ein dementer Patient ein umgrenztes klar reflektiertes Anliegen gegenüber der Therapeutin als Auftrag formuliert und eine 50 minütige Therapiesitzung konzentriert für sich nutzen kann, erscheint paradox.

Die Anwendung und Handhabung der benannten Definition soll folgend untersucht werden.

Unter Psychotherapie werden eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Verfahren zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit darin besteht, pathologische Störungen des Erlebens und Verhaltens mit psychologischen Mitteln verändern zu wollen.

Der Indikationskatalog für analytisch orientierte Verfahren und Verhaltenstherapie wird von den Regelungen des Sozialsystems der Krankenversorgung bestimmt. Es wird unterschieden in anerkannte und nicht anerkannte Verfahren. Anerkennung begründet sich in therapeutischer Wirksamkeit, in einem umfassenden Theoriesystem und deren spezifischen Behandlungsmethoden. Czogalik und Enke beschreiben die Anstrengungen wissenschaftlicher und berufspolitischer Art, Wirkzusammenhänge nachzuweisen. Die sich dabei ausdifferenzierenden Therapiekonzepte innerhalb eines anerkannten Verfahrens formulieren differenzielle Indikationen und zugleich globale Applizierbarkeit (Vgl. Czogalik et al. 1997, S. 499ff.). Ein Widerspruch in sich?

Der interaktionelle Prozess zwischen Therapeutin und Patient lebt durch die Beziehung Therapeutin-Patient. Dieses Verhältnis ist getragen von gegenseitiger Achtung, durch Respekt, Sympathie, empathische Resonanz und Offenheit. Daran misst sich auch die Erfolgswahrscheinlichkeit. In einem solchen Kontext können therapeutische Interventionen ihre Wirkung entfalten.

Zitat:

„Interventionen stehen dann in einer konstruktiven Beziehung zum psychotherapeutischen Prozess, wenn sie in der Lage sind, auf dem Fundament einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung integrierbare Neuerfahrung und Neubewertung beim Patienten anzustoßen oder zu vertiefen.“ (Czogalik et al. 1997, S. 507)

In den Interventionen verdichtet sich die therapeutische Intention und Kompetenz und stiftet im Patienten die Überprüfung des Selbstbildes und daraus resultierendes Verhalten an.

Czogalik und Enke gehen am selben Ort davon aus, dass therapeutische Interventionen funktionell vergleichbare Konsequenzen haben.

Leidenszustände aufgrund von Hirnleistungsstörungen (Merkfähigkeitseinschränkung, Orientierungslosigkeit, verminderte Auffassungsfähigkeit und gestörte Sprache) und Verhaltensstörungen, die auch auf Persönlichkeitsstörungen beruhen (verminderte intellektuelle Steuerungsfähigkeit und Impulssteuerung, die Diskrepanz zwischen Wollen und Können) können in einem Konsensus für behandlungswürdig erachtet werden. Der Prozesscharakter der Demenzerkrankung äußert sich in leichten, mittelschweren und schweren dementiellen Beeinträchtigungen. Bei leichteren Verlaufsformen zu Beginn der Erkrankung sind diese Konsensvereinbarungen im Sinne einer Compliance mit dem Kranken noch selbst möglich. Im fortschreitenden Krankheitsprozess werden die sozialen Systeme, in die der Patient integriert ist, in diese Entscheidung zunehmend eingebunden.

Das Ziel der Behandlung zielt auf die Verringerung von Leiden und Verhaltensänderung. Hier geht es aber auch darum, Fähigkeiten und Kompetenzen zu stärken und zu fördern und eine verbesserte Anpassung an innere und äußere Bedingungen zu ermöglichen. Die Relativität dieser Ziele gründet in den individuellen Unterschieden der Patienten und der Krankheitsausprägung.

Im therapeutischen Prozess werden die psychologischen Mittel mit fortschreitender Krankheit durch zunehmend nonverbale und körperbezogene Therapieverfahren repräsentiert.

Die Techniken variieren im häuslichen oder institutionellen Kontext. Im ersteren werden Familien- und Paartherapie als unterstützende Maßnahmen, sowie die Beratung der pflegenden Angehörigen angewandt. Im institutionellen Kontext findet Psychotherapie als Milieuthherapie statt.

Die Musiktherapie als Psychotherapieverfahren wird den kreativen Verfahren zugeordnet (Vgl. Heuft et al. 2000, S. 287), ebenso die Kunst- und Tanztherapie.

Hoffmann und Hochapfel führen die Musiktherapie unter der Kategorie der averbalen Therapien. Sie gehen davon aus, dass Patienten mit eingeschränkten psychischen, emotionalen und intellektuellen Fähigkeiten, durch die averbalen Therapien einen Zugang zu erweiterten Erlebnis- und Wahrnehmungsfähigkeiten erlangen. Die averbalen Therapien eröffnen bei der Psychotherapie-Indikation eher übergangener Patientengruppen, sonst nicht wahrgenommene Therapiechancen (Vgl. Hoffmann et al. 1999, S. 426).

Einzel- und Gruppensetting stehen zur Verfügung. Von Einzeltherapie können die Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium profitieren. Die Bedeutung des Gruppensettings wird im 3. Kapitel besonders ausgeführt.

Die psychotherapeutischem Handeln zugrundeliegende Theorie wird wichtig, wenn sich Behandlung auf das Erleben richtet. Meiner Meinung nach ist auch schon das Beschreiben beobachtbaren Verhaltens theoriegeleitet. Ausgangspunkt, Fokus Entwicklungsmodell und Menschenbild der Therapeutin sind handlungsleitend.

2.2. Psychoanalytische Persönlichkeitstheorie

Die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie determiniert menschliches Verhalten durch das subjektive Erleben. Neben dem klassischen psychoanalytischen Setting lebt diese Grundannahme auch in den ihr verwandten psychoanalytisch orientierten Verfahren und in der Gestaltung einer schützenden und stützenden Umgebung unter psychoanalytischem Blickwinkel. Das Kräftespiel der psychischen Instanzen intra- und interpsychisch prägt das Selbstbild eines Menschen. Erfahrungen aus der Kindheit prägen die Persönlichkeitsstruktur im gesamten Lebenslauf. Die Möglichkeit vielfältige Erfahrungen zu machen und zu internalisieren, ist von der Entwicklung der Ich-Stärke abhängig.

In der Begegnung mit dementiell erkrankten Menschen erleben wir scheinbar unverständliches Erleben und Verhalten sowie den Verlust der Verbindung zur Realität. Orientierung und Kohärenzerleben werden durch Impulsdurchbrüche und assoziative Erinnerungsspuren überlagert. Die Innenwelt scheint Ordnung, Struktur, Form, Dynamik und Rhythmus zu entbehren.

Auf dieser Wahrnehmungsebene stellt sich die Beziehung zur Musiktherapie her. Musikalische Kategorien bezeugen den Symbolcharakter von Musik im Bezug zum psychischen Erleben vor allem unter den Bedingungen eingeschränkter Ich-Funktionen.

Die unverständlichen aber symbolhaften Äußerungen sind symptomatisch zu erklären. Vor allem aber weisen sie einen Zugang zum Verstehen im interaktionellen Beziehungsgefüge einer Therapie.

Die vordergründige Unverständlichkeit von Äußerungen dementer Menschen zieht eine Parallele zu den freien Assoziationen und Träumen als die Königswege zum Unbewussten. Der Umgang mit diesem Material zielt darauf, Kontakt mit dem Selbst, Schaffung einer Identität stiftenden Innenwelt und Verknüpfungen mit der Realität herzustellen, um Isoliertheit zu überwinden.

Die zunehmenden Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten und die Fülle an primär prozesshaftem Material kann als Kompetenz aufgefasst und therapeutisch genutzt werden.

Die Besonderheiten der Übertragungsphänomene werden bei Heuft et al. (2000), Radebold (2000), Hinze (1987), Drerup (1994) beschrieben.

2.3. Das Entwicklungsmodell und Menschenbild

Demenzerkrankungen werden in der Literatur für die Altersgruppe der ab 65jährigen schon mit schweren Demenzformen ausgewiesen und bei den über 85jährigen steigt die Prävalenz, so dass dementielle Störungen die häufigste chronische Behinderung ausmachen (Vgl. Heuft et al. 2000, S. 185). Dementsprechend kann der Erkrankungsbeginn mit den dezentesten Symptomen schon ab dem 50. Lebensjahr liegen.

Die Lebenszeit, die wir Alter nennen, kann sehr lang sein.

Die anthroposophische Menschenkunde setzt die Zäsur beginnender Abbauprozesse um das 42. Lebensjahr an (Vgl. Fintelman 1991, S. 23).

Vergegenwärtigt man sich, dass der Alternsprozess aufgrund der Entwicklung der medizinischen Versorgung bis ins hohe Alter hineinreichen kann, so ergibt sich eine Spannbreite, die Altern umfasst von hypothetischen 40 Jahren.

In dieser Zeit, hat der Mensch bestimmte Entwicklungsaufgaben zu leisten, nämlich die Integration gelebten Lebens bei zunehmenden körperlichen, seelischen und sozialen Verlusten.

Erikson geht davon aus, dass die menschliche Existenz von drei Organisationsprozessen abhängt, die sich gegenseitig ergänzen: die Soma, die Psyche und der Ethos (Vgl. Erikson 1988, S. 27). Diese Organisationsprozesse repräsentieren sich nach dem epigenetischen Prinzip in ihrer Wechselwirkung in den verschiedenen Lebensphasen. Jeder Entwicklungsschritt baut auf früheren Schritten auf und verleiht der jeweiligen Entwicklungsstufe Bedeutung. In jeder Entwicklungsstufe gilt es, einen Hauptkonflikt zu lösen.

Die Phase der signifikanten Auftretenswahrscheinlichkeit der Demenzerkrankung ist nach Erikson`s Entwicklungsmodell in der letzten Phase, „Die letzte Phase“ (Vgl. Erikson 1988, S. 78).

Das Thema der letzten Krise lautet: Integrität vs. (versus und vice versa!) Verzweiflung. Die Lösung dieser Antithese ist Weisheit, verstanden als „erfüllte und gelöste Anteilnahme am Leben im Angesicht des Todes“ (Vgl. Erikson 1988, S. 78).

Wie aber lässt sich Weisheit im Angesicht einer dementiellen Erkrankung erringen? Oder fällt diese Lösung aus, da sich ein Konflikt, wie gerade beschrieben gar nicht einstellt, weil die Waage sich nur zur Seite der Verzweiflung neigt, Entwicklung stagniert, die Autonomie geschwächt ist, Identitätspotentiale ungenutzt liegen, Identität verloren geht? Oder ist die Demenzerkrankung eine weisheitsvolle Lösung an sich?

Letztere Frage wird hier positiv beantwortet.

Die Psychodynamik vor, bei und nach Auftreten der Demenzerkrankung spricht dafür. Mit dieser Erkrankung gelingt den Patienten eine letzte narzisstische Stabilisierung und die Internalisierung erlebter Erfahrungen (siehe Kap. 4), trotz sich verringernder intellektueller Fähigkeiten. Weisheit ist nach meinem Verständnis nicht nur eine absolut intelligente Höchstleistung.

Der Standort in einer sich verändernden Welt ist selbst ein relativer. Weisheit versteht sich so nicht als absolute Größe und Fernziel, sondern als erfolgreiche Anpassung des Menschen an seine innere und äußere Realität.

Auf der anderen Seite ist die Demenz auch ein hochmütiger Lösungsversuch des letzten altersspezifischen Konfliktes, der paradoxer Weise auch mit dem Verlust kognitiver Fähigkeiten verbunden ist, sich aber vor allem darin äußert, sich zunehmend zu isolieren und in äußerlicher Hinsicht abweisend zu wirken. Ganz abzusehen sei hier von den körperlichen Veränderungen, die mit dem landläufigen Schönheitsideal in keiner Weise übereinstimmen und abweisend wirken. Diese Isolierung im Sinne von Ausgrenzung und Abweisung spiegelt sich im gesellschaftlichen Kontext, in der Asylisierung in Pflegestationen der Altenheime und Krankenhäuser.

Dieser Prozess ist ein dialektischer.

Nach der epigenetischen Interpretation der acht Entwicklungsphasen Eriksons haben die Entwicklungsaufgaben der vorigen Phasen Aussagekraft und Wirkung in der nächsten. In der siebenten Phase äußert sich die Konfliktlösung als Fürsorge.

Gerade die Fürsorgesituation im präorbiden Beziehungsverhalten und die Beziehungsmuster der später an Demenz Erkrankten und ihrer Lebenspartner haben eine kollusive Gestalt. Bei Demenzausprägung vertauschen sich die Positionen der Beteiligten. Die Qualität Fürsorge ist unübersehbar anwesend.

Die weitere Darstellung der Entwicklungsphasen ist bei Erikson nachzulesen (1973 und 1988).

3. Gruppenpsychotherapie

3.1. Überblick

Die Gruppenpsychotherapie wird im Altersbereich, insbesondere im stationären Bereich, am häufigsten genutzt. Dies gilt nicht für den ambulanten Bereich.

Gruppentherapeutische Formen werden unterschieden in einsichtsorientierte Gruppenpsychotherapien und supportive Gruppentherapien (Vgl. Heuft et al. 2000, S. 280).

Heuft, Kruse und Radebold (2000) ordnen die Musiktherapie den supportiven Therapien zu. Supportiv bedeutet hier, dass das demente Klientel von stützender Psychotherapie profitiert. Für „Einsicht“ und „Aufdecken“ wird Verbalität benötigt, die im fortschreitenden Krankheitsverlauf zunehmend verloren geht. Daraus folgt, dass eine einsichtsorientierte Psychotherapie nicht indiziert ist.

Im Fokus sollen weiterhin die therapeutischen Interventionen bleiben, denn die gruppenpsychotherapeutischen Methoden unterscheiden sich auch in ihren Interventionstechniken.

Ein Überblick über die gruppenpsychotherapeutischen Methoden ist bei Rüger und Staats (Siehe Rüger et al. 1997) zu finden.

Die gruppentherapeutischen Methoden, die in der analytischen Psychotherapie verwandt werden, sind nachzulesen bei Heigl-Evers, Heigl und Ott (1997). Die gleichen Autoren geben eine Darstellung der analytischen Gruppenpsychotherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie und der psychoanalytisch interaktionellen Gruppenpsychotherapie. Als umfassendes Lehrbuch steht die Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie von Yalom (2003) zur Verfügung.

Hypothetisch wird unterstellt, dass Musiktherapie mit an Demenz erkrankten Menschen in der Gruppe als gruppenpsychotherapeutisches Verfahren wirksam ist.

Um einen psychotherapeutischen Gruppenprozess zu beschreiben, sind folgende Dimensionen relevant:

- Abgrenzung zur Einzeltherapie
- Pluralität
- Der öffentliche und der private Raum
- Rahmenbedingungen
- Therapeutische Ziele
- Methoden
- Struktur und Prozess in der Gruppe
- Übertragung und Gegenübertragung
- Die Therapeutin, Wahrnehmungseinstellung und Aufgaben
- Interventionstechniken
- Therapeutische Faktoren.

Um am Thema der Arbeit zu bleiben, werden an dieser Stelle allein folgende Dimensionen ausgeführt:

- Pluralität
- Interventionstechniken und
- Therapeutische Faktoren in der Gruppe.

3.2. Pluralität

Diese Kategorie grenzt Einzel- von Gruppentherapie ab.

Jedes Individuum ist einzigartig, aber es lebt nicht allein auf dieser Welt, es lebt unter Mehreren und geht Bindungen ein, die seine Souveränität einschränken und die Folgen des eigenen Tun unabsehbar machen.

Ist der Mensch allein, so ist er nur mit seiner eigenen inneren Realität konfrontiert, die auch Vorstellungen von den anderen impliziert.

In der Pluralität der Gruppe findet die Konfrontation mit den anderen real statt.

Unter mehreren sein bedeutet, das Vereinzeltsein durch bergendes Annehmen gemildert wird. Es besteht die Möglichkeit, die Präsenz der anderen wahrzunehmen und sich zu ihnen in Beziehung zu setzen. In der Beziehung repräsentiert sich wiederum die Einzigartigkeit jeder Person. Dies wird wahrgenommen und respektiert durch die anderen. Im Spannungsfeld zwischen Autonomie- und Abhängigkeitstendenzen können Selbstbehauptungswünsche geweckt werden, die in der Realität, unter mehreren zu sein, abgeglichen werden können.

3.3. Gruppe

Therapie in der Gruppe scheint angezeigt, wenn sich innere Konflikte in interpersonellen Konflikten zeigen. Die Gruppe bietet dann eine Bühne zur Bearbeitung, ein Probiefeld. In der Gruppe ist die Förderung interaktioneller Fähigkeiten möglich, die introspektiv nachwirken.

Gruppentherapie bietet sich auch dort an, wo Gruppenstrukturen den Alltag prägen, wie er in Alten- und Pflegeheimen üblich ist.

In der Gruppe besteht die Möglichkeit, folgende Erfahrungen zu machen:

- Ich bin nicht allein mit meinem Leiden.
Menschen mit Demenzerkrankungen leben in einer sozialen Isolation, die Gefühle von Einsamkeit und Einzigartigkeit besonders ausprägen. Im zwischenmenschlichen Kontakt überwiegt eher Distanz als Nähe. In der Therapie-Situation besteht die Möglichkeit, eigenes Leiden, Schicksal im anderen wiederzuerkennen und zu teilen. Dies bringt Erleichterung.
- In der Gruppe kann ich Hoffnung schöpfen.
Die Gruppenteilnehmer treffen aufeinander in der Therapie-Situation in einer gemeinsamen zeitlichen Dimension. Dabei steht aber jeder auf seiner individuellen Zeitachse. Man könnte geneigt sein, bei der Progredienz einer Demenzerkrankung diesen Hoffnungsfaktor nicht als Wirkfaktor zu betrachten, denn Heilung ist nicht zu

erwarten, aber Leidenslinderung und Lebenserfülltheit sprechen oft aus der Seele Demenzerkrankter in der Musiktherapie.

- In der Gruppe findet ein wechselseitiges Geben und Nehmen statt.
Die Erfahrung, von anderen wahrgenommen zu werden, ihnen wichtig zu sein, stärkt das Selbstgefühl. Das Gefühl, gebraucht zu werden, gibt dem Leben einen Sinn.
- In der Gruppe werden Nachahmungskräfte geweckt.
Diese Nachahmungskräfte sind bei Demenzerkrankten mit Erinnerungen an Erfahrungen und Kenntnisse aus früherer Zeit verknüpft. Sie wirken im Sinne einer Belebung.
Andererseits bietet die Musiktherapie die Möglichkeit tatsächlich neuer Erfahrungen, da der Umgang mit den Instrumenten oft nicht zu den praktizierten Erfahrungen gehört.
- Die Gruppe befriedigt das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt.
Interpersonelle Beziehungen machen das Mensch-Sein aus. Beziehungserfahrungen können belebt und korrigierende Erfahrungen gemacht werden.
- Die Gruppe vermittelt emotionale Erfahrungen.
Emotionen und Affekte werden an der Realität „Gruppe“ geprüft: identifiziert, klarifiziert und internalisiert. Die emotionale Komponente hat einen großen Wert im psychotherapeutischen Prozess.
- Die Gruppe ist ein Bühnenraum.
Auf dieser Bühne wird tatsächliches Leben, an dem sonst kaum mehr Beteiligung möglich ist, inszeniert.

Diese und weitere Erfahrungen fasst Yalom (Vgl. Yalom 2003, S. 21) als therapeutische Faktoren auf, die in jeder Gruppentherapie wirksam sind.

3.4. Interventionstechniken

Die Interventionstechniken in der Gruppe unterscheiden sich nicht prinzipiell von denen in der Einzeltherapie. Die Modifikationen ergeben sich daraus, dass die Therapeutin mit einer Mehrzahl von Gruppenteilnehmern arbeitet. An dem Gruppenprozess ist jeder unterschiedlich beteiligt und die Interaktionen der Gruppenteilnehmer sind vielfältig.

Daraus folgt, dass die Interventionen sich auf das einzelne Gruppenmitglied richten, als auch die Gruppe, bzw. einzelne ihrer Mitglieder betreffen. Den Einsatz dieser Interventionen gestaltet die Therapeutin flexibel.

<u>Verfahren</u>	Analytische Gruppentherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppen-Psychotherapie	Psychoanalytisch interaktionelle Gruppentherapie
<u>Interventionen</u>			
Deuten	x		
Leitende Fragen		x	
Antworten			x
Übnahme von Hilfs-Ich-Funktionen	x	x	x
Affektidentifizierung Affektklarifizierung	x	x	x

Diese gruppenpsychotherapeutischen Interventionen haben für das demente Klientel Bedeutung, wenn sie sich an den vorhandenen Ressourcen orientieren und supportiv eingesetzt werden.

Die psychoanalytisch interaktionelle Methode hat ihre Anwendbarkeit vornehmlich auf basale Störungen ausgerichtet. Die Psychopathologie der dementiellen Störungen weist Übereinstimmungen mit den basalen Störungen auf, wobei hier Kausalitäten unberücksichtigt bleiben sollen. Als übereinstimmende Erscheinungen sind beobachtbar:

- defizitäre Teilobjekt-Beziehungen;
- Störungen im Affektsystem;
- wenig emotionale Toleranzen und
- primitive Übertragungsmechanismen (siehe auch Kap. 4.2. ff.).

Daraus leitet sich die Möglichkeit ab, psychoanalytisch interaktionelle Interventionstechniken in der Gruppmusiktherapie auch mit an Demenz erkrankten Menschen anzuwenden, als da sind:

- die authentische Antwort gerade bei Dialogabbrüchen;
- Übernahme einer Hilfs-Ich-Funktion mit empathischer Akzeptanz und zugleich kritischer Beurteilung;
- die Affektregulation gerade beziehungsregulierender Affekte.

Die Musiktherapie kann die Theorie der psychoanalytisch interaktionellen Methode mit der universellen Eigenschaft der Musik verbinden und um die Dimension des subjektiven Musikerlebens bereichern. Dieses Musikerleben schafft intrapsychisch Verbindung zu bewusstseinsfernen Regionen und, gerade in der Gruppensituation, interindividuelle Kontakte und Berührungen.

Die psychoanalytisch interaktionelle Methode kann so zur handlungsleitenden Theorie werden.

Die Anwendung dieser Interventionstechniken wird im 5., 6. und 7. Kapitel nachgewiesen.

4. Demenz

4.1. Demenz aus medizinischer Sicht

Im Zentrum der Demenz steht der allmähliche Verlust der Merk- und Erinnerungsfähigkeit. Das Erkrankungsrisiko steigt mit zunehmendem Lebensalter. Grundlegend werden zwei Krankheitsprozesse unterschieden. In eine Restgruppe gehen Krankheitsfälle mit anderen Krankheitsursachen ein.

In der Altersgruppe der über 85 jährigen bilden dementielle Störungen die häufigste chronische Behinderung. Die Prävalenz schwerer Demenzformen bei 65-69 jährigen liegt bei 3 %, bei den über 80 jährigen schon bei 17 % (Vgl. Heuft et al. 2000, S. 185).

Dementielle Störungen werden in leichte, mittelschwere und schwere Krankheitsstadien gegliedert (Vgl. Kitwood 2002).

N. Feil schlägt eine Stadieneinteilung vor:

- Stadium 1 mangelhafte oder unglückliche Orientiertheit
- Stadium 2 Zeitverwirrtheit
- Stadium 3 sich wiederholende Bewegungen
- Stadium 4 Vegetieren, Vor-sich-Hindämmern (Vgl. Feil 1997).

Darstellungen zur Diagnostik und Krankheitsursachen im Sinne neuropathologischer Veränderungen (Bauer et al. 1994; Heuft et al. 2000; Kitwood 2002; Bauer 2003) und Komorbidität (Radebold 1997) finden sich in der Literatur.

4.1.1. Die Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) (ICD-10: F00)

Kennzeichen der DAT ist ihr schleichender Beginn. Die selektive Symptomatik betrifft hauptsächlich die höheren neurophysiologischen Funktionen. Betroffen sind die Merkfähigkeit, Wortfindung und Auffassungsgabe. Hilflosigkeit steigert sich im Krankheitsverlauf in die Unfähigkeit, Handlungsfolgen zu planen und durchzuführen, oft kombiniert mit einer Agnosie (Unfähigkeit, Bekanntes in seiner Bedeutung wiederzuerkennen). Gedächtnisstörungen und die Unfähigkeit abstrakt zu denken, zählen zu den weiteren Symptomen.

Das Gehirn atrophiert. Synaptische Verbindungen zwischen den Nervenzellen verringern sich. Damit geht primär Nervengewebe zu Grunde. Zellstrukturen degenerieren.

4.1.2. Die Demenz vom vaskulären Typ (DVT) (ICD-10: F01)

Die DVT beginnt in der Regel mit einem plötzlichen Ereignis und im Zusammenhang mit einer zentralen Gefäßerkrankung. Dies hat eine Minderdurchblutung des Gehirns zur Folge. Die Multiinfarkt-Demenz bezeichnet Gefäßschädigungen durch die Abfolge von Hirninfarkten. Infolge dieser Durchblutungsstörungen kommt es sekundär zu Schädigung und Untergang von Nervengewebe.

Die klinische Ausprägung des Krankheitsbildes ähnelt dann dem Bild der Alzheimer- Demenz. Aus diesem Grund wird im fortlaufenden Text Demenz als eine Erkrankung betrachtet. Wo

sich dennoch für die Therapie, insbesondere Interventionen Unterschiede ergeben, wird darauf verwiesen.

4.1.3. Die Demenz vom gemischten Typus

Hier werden Demenz-Krankheitsverläufe zusammengefasst, deren Ursachen folgende sind:

- Degenerative Schädigungen (Pick´ sche Krankheit, Pathologie des Frontallappens),
- Infektiöse Schädigungen (Meningitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Enzephalopathien),
- Toxische Schädigungen (Vergiftungen durch Blei, Cadmium und Quecksilber).

Eine Klassifizierung der Demenz vom hauptsächlichen Erkrankungsherd her zu betrachten, nämlich kortikal oder subkortikal, wird in der Literatur als irreführend betrachtet (Vgl. Kitwood 2002, S. 46). Die meisten Demenzen weisen pathologische Befunde in beiden Regionen auf.

4.2. Die Demenz-Symptomatik

Das Vergessen steht im Zentrum der Demenz. Vergessen meint den Verlust der Merk- und Erinnerungsfähigkeit. Einfache Störungen wären hier das Nichterkennen oder Nichtbenennen können von Gegenständen und Personen und die unsachgemäße Handhabung von Geräten, in unserem Kontext Musikinstrumente.

Versagensereignisse äußern sich in Situationsverknennung und Verlust der Orientierung. Die soziale Sensibilität schränkt sich ein, die situative Urteilssicherheit und die gedankliche Produktivität vermindern sich.

Der Verlust um das Wissen des eigenen Selbst, der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist der erbarmungsloseste Aspekt der Demenz, der auch noch dadurch gefördert wird, dass das Leben der Betroffenen zunehmend verkarrt durch abnehmende Ansprache durch die Umwelt.

Im Langzeitgedächtnis gespeicherte Erfahrungen, insbesondere aus der Kindheit und Jugend, präsentieren sich heute als aktuelle Bezüge und lebendiger Erfahrungsschatz der auf aktuelle Situationen angewandt wird. Hingegen büßt das Kurzzeitgedächtnis seine steuernden Funktionen ein.

Aufmerksamkeit und Konzentration verringern sich. Die Abschirmung gegen ein zuviel an äußeren Reizen gelingt immer weniger. Die Ablenkbarkeit vergrößert sich im Sinne einer hilflosen Schutzlosigkeit.

Demenzranke sind zu einer Steuerungsfähigkeit von Stimmungen und Affekten, eigener seelischer Befindlichkeit zunehmend nicht mehr imstande. Es besteht die Tendenz, aus keinem sichtbaren Grund extrem zu lachen oder zu weinen und Stimmungsschwankungen innerhalb kürzester Zeit zu vollziehen. Oft besteht eine Kluft zwischen auslösendem Reiz und gefühlsmäßiger Reaktion.

Einerseits scheint eine mild euphorische Stimmung zu überwiegen und andererseits reagieren sie vermehrt erregt und aggressiv, als auch misstrauisch, mürrisch, zurückgezogen und lustlos.

Die Möglichkeit, empathisch mit anderen mitzufühlen und sich mit anderen in Beziehung zu setzen, setzt voraus, sich seiner selbst bewusst zu sein. Ebenso ist die Kompromissfähigkeit bei

der Integration willkommener und nicht willkommener Eigenschaften der menschlichen Umwelt in der Beziehung erschwert durch eine Überbewertung idealisierender und abwertender Aspekte. Demenzkranke vermögen diese komplexe Leistung der Beziehungsgestaltung nicht mehr zu vollbringen.

Im sozialen Kontakt erscheinen die Kranken unbeteiligt, karg und desinteressiert. Das Interesse an den Menschen und der Umwelt geht verloren.

Eine Verlangsamung geistiger Verarbeitungsprozesse im Erfassen komplexer Situationen bis zum Nichtverstehen derselben ist krankheitsspezifisch.

Im Widerspruch zwischen Häufigkeit von Versagenserlebnissen und der gestörten Fähigkeit zum Verarbeiten solcher Erlebnisse zeigt sich das Demenz-Paradoxon.

Zitat:

„Die Demenz schwächt gerade die Fähigkeit des Menschen, die er für die Verarbeitung seiner Defizite und Versagenshandlungen im Krankheitsverlauf zunehmend braucht“ (*Bruder 1996, S. 8/11*).

Der Eindruck einer sich verändernden Persönlichkeit entsteht durch die beiden zentralen Defizite, Verlangsamung und Erinnerungsstörung.

Die Schwankungen der Symptomatik sind an körperliche Faktoren gebunden, wie Erschöpfung, Flüssigkeitsmangel, Ernährungsfehler und Stoffwechselstörungen und an die enge Verbindung zwischen Emotion und Kognition. Misserfolgsereignisse und Kränkungen, paranoid oder tatsächlich erlebt, schwächen die kognitive Leistungsfähigkeit.

Das Erleben der Umwelt wird durch den Verlust der Fähigkeit zum bewussten Erleben von Zeit beeinflusst. Die Kranken sind nicht mehr in der Lage, sich Zeit als eine Kette von Ereignissen vorzustellen. Trotz erhaltener Zeitbegriffe (damals, in der Jugend, gestern) zerfällt die Zeitachse in Bruchstücke.

Die Beeinträchtigung der Sprache kann darin bestehen, dass Wörter nicht richtig artikuliert und benutzt werden (motorische Aphasie), Worte nicht richtig verstanden werden (sensorische Aphasie) und ein Sprechzwang vorliegt. Einzelne Worte werden immer wiederholt und gebrabbelt. Es finden Selbstgespräche statt.

Die Ruhelosigkeit der Erkrankten äußert sich, im Zwang herumzuwandern, an sich herumzunesteln, mit den Händen zu spielen, Gegenstände der Umgebung zu begreifen.

Gegenpol dazu ist die Apraxie. Von der Unmöglichkeit motorische Handlungen zu vollziehen, können Demenz-Kranke betroffen sein.

Nach dieser Aneinanderreihung defizitär beschriebener Symptome soll die folgende Beschreibung der Symptome Ressourcen aufweisen, die wegleitend das Arbeitsmodell der Musiktherapeutin bestimmen.

4.2.1. Wegleitende Ressourcen

Die im Langzeitgedächtnis gespeicherten Erfahrungen werden genutzt für aktuelle Bezüge. Kindheit und Jugend sind als lebendiger Erfahrungsschatz erlebbar und definieren das Person-Sein. Der Zeitanachschub wird aufgehoben und der Mensch wird, der er ist.

Außenreize werden wahrgenommen. In entsprechender Dosierung tragen sie anregenden Charakter. Zielgerichtete Aufmerksamkeit vermag neue Erfahrungen zu ermöglichen.

Plötzlich auftretenden Affekten und Stimmungen kann eine Gestalt und ein Sinn verliehen werden. Sie sind als ein Zeichen von Lebendigkeit und Ausdrucksvermögen interpretierbar.

Die Integration von Affekten nimmt ihnen die Bedrohung.

In affektiven Auseinandersetzungen, im Sinne von Interaktionen Demenz-Kranker untereinander, steckt Lebendigkeit und Kompetenz, eigene Bedürfnisse zu artikulieren. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf das Empfinden und Erleben ziehen.

Das empathische Mitfühlen mit dem Anderen setzt das Erleben von Selbstwirksamkeit voraus.

Das Selbsterleben wird möglich, wenn der Langsamkeit der Verarbeitungs- und Reaktionsmöglichkeiten entsprochen wird. Dem mehr an Zeit entspricht ein mehr an Verstehensmöglichkeit.

Raum- und Zeitorientierung geben Sicherheit, aus der heraus neue oder bestätigte eigene Erfahrungen am Anderen abgeglichen werden. Eine Umgebung, die frei von verwirrenden Reizen, gerade solchen ohne permanentem Aufforderungscharakter ist, sorgt für verständliche Überschaubarkeit.

Versagenserlebnisse zu minimieren, ist vornehmliche Aufgabe der Milieugestaltung, sowie der Angebote an die Ressourcen der Erkrankten. Die Kenntnis der Fähigkeiten und Fertigkeiten ist die Voraussetzung ihrer Belebung. Komplizierte Bewegungsabläufe in der Handhabung von Alltagsgegenständen, hier Musikinstrumente, sollen biografisch angelegten Kenntnissen entsprechen und nach Möglichkeit vereinfacht werden.

Persönlichkeitsveränderungen zu konstatieren ist blickwinkelabhängig. Ein entsprechendes Menschenbild kann Entwicklung und Veränderung unterschiedlich interpretieren und dementsprechende Handlungskonzepte bedingen.

Die schwankende Symptomatik trägt persönlichkeitspezifische Züge. Die Billigung verschiedener Tagesbefindlichkeiten steht jedem Menschen unter der Maßgabe, pflegerische Aspekte wohl zu beachten, zu.

Der Zeitbegriff ist eine philosophische Größe. Unsterblich ist der Augenblick und jeder Moment dauert in der Ewigkeit. Wenn in der Unendlichkeit der Zeit der Augenblick vergangen ist, so trägt er auch den zukünftigen Aspekt des Seins in sich. In jedem Augenblick äußert sich das Sein.

Die Zeitachse ist eine Kette von Augenblicken, welchem möchte man den Vorzug der Bedeutung geben?

Vermeintlich sinnentleerte Sprache entbehrt vielleicht semantische Informationsgehalte, aber sie bietet sich spielerischer und lustvoller Kommunikation an. Fabulieren kann als kreativer Akt interpretiert werden.

Die Umwelt des Demenz-Kranken sollte überschaubar und unkompliziert sein. Dazu gehört eine klare Sprache mit eindeutigen Mitteilungen in kurzen Sätzen.

Unruhiges Bewegen und Begreifen kann verstanden werden als Suche nach einem Weg, als Spannungsabbau und als Neugierde, die in den Extremitäten stecken bleibt. Dem Bedeutung zu verleihen, heißt auch Bedrohung zu nehmen.

Das Bedürfnis nach Beziehungskonstanz und regelmäßig wiederkehrenden Begegnungen erfüllt zu wissen, vermittelt ein Gefühl von Stabilität.

Begleitende Berührungen und Blickkontakt fördern das Nähe-Erleben und Verstehen. Dies wirkt auch als Reiz-Schutz.

Körperliche Begegnung wirkt in ihrer Archaik.

Verneinungen und Zurechtweisungen gilt es zu minimieren, da die Fähigkeiten zur Einsicht und zum Perspektivenwechsel nicht mehr gegeben sind. Mit Phantasie und Kreativität finden sich sogenannte „Umwege“.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch bei ausgeprägten Einschränkungen neue Erfahrungen möglich werden, wenn die Zeitkomponente beachtet wird und eine ruhige überschaubare Situation gegeben ist. Eine sinnlich ansprechende und emotional warme Atmosphäre vermag kognitive Leistungen zu beleben und ermöglicht auch neue Erfahrungen. Jegliche Aktivierungsbemühungen zielen auf die Belebung des Eigenantriebs, der vom Widerstand bis zur tatsächlichen Handlung, akzeptiert, die Willens- und Entscheidungsfreiheit auch an Demenz Erkrankter respektieren.

4.3. Demenz aus psychodynamischer Sicht

Der Zusammenhang zwischen neurodegenerativen Veränderungen und der Demenzentwicklung entspricht keiner linearen Ursache-Wirkung-Beziehung. Vermutet wird, dass zu den degenerativen Veränderungen psychosoziale Belastungsfaktoren hinzutreten (Vgl. Bauer et al. 1994).

Diese Faktoren sind: der Verlust sozialer Kontakte, die Veränderung der Partnerschaftsbeziehung, Überforderungssituationen, beschämende Bloßstellungen.

Der Verlust sozialer Kontakte gründet in den Rückzugstendenzen und im Wegfall emotional positiv besetzter Beziehungen zu Kindern und Freunden.

In den Partnerschaftsbeziehungen fällt ein extremes Anlehnungsbedürfnis an den dominanten Partner auf. An ihn werden schützende und stützende Funktionen abgetreten. Die Partnerschaften sind nach dem Kollusionsmodell von Willi zu interpretieren (Vgl. Willi 2001, S. 55). Im Vorfeld der Erkrankung wird ein Wandel der Objektbeziehungen angenommen, die einen Verlust narzisstisch stabilisierender Objekte bedeuten. Die dadurch ausgelöste Krise führt in regressive Prozesse hinein.

Mit der Demenzentwicklung verbunden sind demzufolge der Versuch, eine verloren gegangene Fürsorgesituation durch Hilflosigkeit wiederherzustellen, eine Internalisierung der persönlichen Herabsetzungen vorzunehmen und eine letzte Abgrenzung mittels Regression im Sinne einer Selbststrettung zu vollziehen.

Mit Hilfe der Demenzsymptome gelingt eine narzisstische Stabilisierung (Vgl. Bauer et al. 1994, S. 58).

Um Regression als einen Selbstheilungsversuch zu verstehen und daraus therapeutische Überlegungen zu gewinnen, sei an dieser Stelle die tiefenpsychologische Theorie der Regression verwiesen.

Regression ist das Wiederauftreten seelischer Funktionsweisen, die für frühere Lebensstadien charakteristisch waren. Regression ist Ausdruck verstärkter Abwehr von unbewussten Konflikten und Traumatisierungen.

Radebold (1994, S. 65) stellt für die Demenz die Situation dar,

Zitat:

„(...) dass dem Ich die im Laufe der Entwicklung erworbenen (...) Ich-Funktionen aufgrund von hirnorganischen (...) Schädigungen zur Wahrnehmung seiner Aufgaben nicht mehr zur

Verfügung stehen. Das heißt, nicht die Demenz bedingt die Regression, sondern die durch die Demenz geschädigten Ich-Funktionen (...) machen es dem Individuum unmöglich, adäquat, also wie bisher erwachsenengerecht zu reagieren und anstehende psychosoziale Aufgaben und Konflikte zu lösen.“

Regressive Prozesse werden unbewusst als Regression im Dienste des Ich eingesetzt. Im fortschreitenden Krankheitsprozess verstärken sich regressive Prozesse im Sinne einer Dekompensation.

Regression beschreibt die psychologische Antwort auf stationäre und fortschreitende dementielle Veränderungen als psychodynamischen Ablauf.

4.4. Das Krankheitserleben

Dem rasanten Zuwachs an Kenntnissen über die Symptomatik und die Ursachen der Demenzerkrankungen steht ein rudimentäres Wissen über das Erleben der Erkrankung durch die Betroffenen gegenüber.

Aus einer empathischen Perspektive erschließen sich nur vage Vorstellungen über die Welt der Demenzkranken.

Normal Alternde berichten über ihren „Mühseligen Aufbruch“ (Vgl. Radebold et al. 1996), Jean-Domenique Bauby beschreibt mit großer Meisterschaft anrührend sein Gefangensein im Locked-In-Syndrom (Vgl. Bauby 2004). Allein Menschen mit Demenzerkrankung steht der schreibende Weg zur Bearbeitung des Erlebens im zunehmenden Krankheitsverlauf kaum zur Verfügung. Diana Friel McGowin beschreibt in frühem Krankheitsstadium ihre lähmenden Ängste vor dem Verlassenwerden, dem Verlust des Wertgefühls, Schuldgefühle infolge Abhängigkeit, Frustrationen über Dinge, die sie nicht mehr tun kann (Vgl. Mc Gowin 1993).

In diesem Zusammenhang beschreibt und beschwört Kitwood (2002) den Paradigmawechsel der Pflegepraxis und plädiert eindringlich für einen personenzentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Er fragt nach den Grundbedürfnissen dieser Menschen und benennt Liebe, Primäre Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung als psychische Grundbedürfnisse.

Zugangswege zum Erleben Demenzkranker benennt Kitwood: geschriebene Berichte, das aufmerksame Zuhören im Gespräch, Alltagsäußerungen, Befragungen von Menschen, die demenzähnliche Erkrankungen überwunden haben, künstlerische Vorstellungskraft und das Rollenspiel (Vgl. Kitwood 2002). Die Zugangswege der Musiktherapeutin werden im 5. Kapitel dargestellt.

Den therapeutischen Umgang mit Demenzkranken leitet Wojnar aus Erfahrungen auf den Stationen der Pflegeheime, Pflegen und Wohnen in Hamburg, auf die Faktoren Erleben und Selbstwahrnehmung ab. Das Selbstkonzept der Betroffenen vermittelt sich in der pflegerischen und therapeutischen Praxis. Er nimmt eine Einteilung vor in Demenzkranke mit erhaltenem Ich-Bewusstsein und Demenzkranke mit ausgeprägten Störungen des Ich-Bewusstseins (Vgl. Wojnar 1994, S. 142ff.).

Dieser Einteilung folgt die Schilderung von beispielhaften Erlebnissen in einer musiktherapeutischen Gruppensituation 2004 in einem Berliner Krankenhaus.

Beziehungen, die sich im therapeutischen Kontext ergeben, sind immer situativ und konkret geprägt. Daraus ist das tatsächliche Erleben ablesbar.

„Nicht auf diesen Stuhl!“ (Frau Eggert)

Frau Eggert (Namen sind frei erfunden) sorgt hier klar abgrenzend für ihre Autonomie und vertritt ihre Interessen. Die anderen Patientinnen sollen ja nicht zu nahe kommen, die sind nämlich schon viel „verrückter“ als sie. Frau Eimer setzt ihr Selbstkonzept deutlich zu den anderen Frauen ab. Diese Selbstwahrnehmung ist in dieser Situation korrekt und anerkennenswert, wenn auch nicht adäquat.

Frau Bittner und Frau Passenheim gehen in dieser Atmosphäre der Ablehnung in den Rückzug an einen anderen Ort. In dieser Begegnung lösen sie den Konflikt auf die ihnen einzige Möglichkeit. Eine verbale Auseinandersetzung ist nicht möglich und so hilflos sind sie noch nicht, dass ihnen die Therapeutin, einen Weg zeigen muss. Trotz aller Negativfärbung dieser Situation, zeigen sie ihre Handlungskompetenz in der Wahl der Lösung. Diese entspricht ihren Erfahrungen und ihrer Persönlichkeitsstruktur.

An anderer Stelle kann eine solche Ablehnung Fluchttendenzen und Aggressivität hervorbringen, die als Konfliktlöse-Verhalten verstanden, auch sinnlogisch erscheint und nicht psychopharmakologisch autoritär in die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen eingreift. An diesem Beispiel einer heterogenen Gruppe im Sinne Wojnars (erhaltenes und gestörtes Selbstkonzept) (Vgl. Wojnar 1994) zeigt sich unterschiedliches Problemlöseverhalten, das als Kompetenz interpretierbar ist.

„Das Lied war schön!“ (Frau Schmidt)

Frau Schmidt hat ein Lied sinnlich, sinnhaft wahrgenommen. Der hörende Wahrnehmungsvorgang wird semantisch und emotional verknüpft. Die Erinnerung ist kontextbezogen.

„Das habe ich immer bei meiner Schwester gesungen. Da haben wir Karten gespielt. Da auf diesem Foto ist meine Schwester.“ (Frau Schmidt)

Frau Schmidt zeigt auf ein Kalenderblatt an der Wand des Tagesraumes.

In ihrem Mitteilungsbedürfnis äußert sich der Wunsch nach Einbeziehung der anderen, dem Darstellen ihrer Identität und Individualität. In ihrem Erleben wirkt sie auf die Therapeutin befriedet und ausgeglichen.

„Die Gitarre ist verstimmt. Die Frau Schmidt singt immer falsch!“ (Frau Passenheim)

Frau Passenheim spielt auf der Kantele, die sie Gitarre nennt. Früher, so berichtet sie, habe sie Mandoline gespielt. In der Handhabung des Instrumentes zeigt sich ihre Kompetenz. Die Feinheiten in der akustischen Wahrnehmung stellt sie unter Beweis als sie feststellt, dass die Gitarre leicht verstimmt ist, was die Therapeutin sofort behebt und dass Frau Schmidt immer falsch singt, was den Tatsachen entspricht.

Die Stimmung der Kantele auf einen Durdreiklang stellt an die Spielende die Anforderung, die Seiten nur dann zu streichen, wenn die musikalische Struktur dies erfordert, da sonst ein Verstimmungseindruck oder Es-passt-nicht-Eindruck entsteht. Und genau diesen Es-passt-nicht-Eindruck äußert Frau Passenheim.

Sie bringt damit musikalische Erfahrungen mit einer Situation in Kontext. Sie hat eine genaue Vorstellung, wie etwas ordentlich klingen kann und muss. Die Diskrepanz zwischen dem Gehörtem und der eigenen Vorstellung äußert sie in der Gruppe. Ihre Kompetenz transportiert sie mit einer Bescheidenheit und bestimmter Vorsichtigkeit, die an ihre sozialen Beziehungserfahrungen erinnert, von denen sie mitteilt, immer die Ausgebeutete gewesen zu sein. Hier hat sie es aber gewagt, selbstbestimmte Feststellungen zu treffen.

Diese Beispiele sollen für die situativ konkrete Wahrnehmung stehen. Die beschriebenen Situationen aktivieren Erinnerungen und lösen Gefühle aus, die an innere Bilder ähnlicher Situationen gebunden sind. Sie lösen unmittelbare Reaktionen aus. Die gefühlsmäßige Verknüpfung einer Situation aktiviert eine Reminiszenz an die Vergangenheit, die im Hier und Jetzt erstaunliche Einsichten und Kompetenzen aufzeigt.

Demenzranke erleben auch vielfältige Ängste: die Angst vor dem Verlassensein (ausgedehnte Abschiedssituationen zeugen davon), Angst vor dem Kontrolliertwerden (andere wissen immer besser, wo man dies oder das hingetan hat, was man besser jetzt tun sollte), Angst vor Erniedrigung mit dem Gefühl der Bedrohung, der Absonderlichkeit, des Ausgeschlossenenseins (die singt immer falsch, lassen Sie die Kantele liegen, sie können sowieso nicht darauf spielen), Angst, eine Last zu sein mit dem Gefühl der Nutzlosigkeit und Wertlosigkeit.

Findet oben beschriebenes Krankheitserleben in den medizinischen Klassifikationssystemen seinen Niederschlag, da dies von therapeutischer Relevanz ist?

Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-4 stellen ein symptomorientiertes Register für das Erfassen von Erkrankungen dar. Der Kategorie Krankheitserleben bieten sie keinen Raum. Dieser findet sich in der OPD auf der Achse 1.

Für eine Indikationsstellung zur Therapie werden Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen mit Bedeutung versehen. Folgende auszugsweise Variablen werden an diesem Ort eingeschätzt: Schweregrad des Befundes, Leidensdruck, Beeinträchtigung des Selbsterlebens, sekundärer Krankheitsgewinn, persönliche Ressourcen und soziale Unterstützung (Vgl. Heigl-Evers et al. 1997, S. 108). Weitere Achsen der OPD sind: Beziehung, Konflikt, Struktur, Diagnose.

4.5. Psychotherapeutische Konsequenzen

Psychotherapeutische Konsequenzen finden ihren Ausdruck im Arbeitsmodell der Therapeutin und in ihren Interventionstechniken.

Das Arbeitsmodell der Therapeutin entwickelt sich aus ihrem Menschenbild, ihrer psychotherapeutischen Ausrichtung und dem zu behandelnden Krankheitsbild.

Im Sinne von Erikson (1988) stehen jeder Altersgruppe ganz bestimmte Entwicklungsaufgaben und zu lösende Konflikte bereit. Wenn sich diese Aufgaben im Alter den Mantel der Demenz umlegen, stehen sie auf einem anderen Fundament und müssen anderen Bedingungen ihren Tribut zollen.

Kipp und Jüngling verstehen die Demenz als Verlust und Antwort zugleich (Vgl. Kipp et al. 1991, S. 11). Sie sehen in der Demenz auch einen Selbstheilungsversuch, als sinnhafte

Auseinandersetzung mit erlittenen Verlusten. In diesem Sinne verlassen wir die Anschauung, Krankheit sei als ein Defekt zu betrachten und wenden uns einer ressourcenorientierten Sichtweise zu.

Psychotherapeutisches Handeln bedeutet dann:

- Die individuelle Ausgestaltung der Symptomatik wird als Anpassungsleistung wertgeschätzt;
- Persönlichkeitsstruktur und frühere Beziehungserfahrungen finden Beachtung in der Therapie;
- Suche nach den Ich- Fähigkeiten und Interessen;
- Stabilisierung und Verbesserung von Ich-Funktionen;
- Suche nach adäquaten Aufgaben ohne Über- und Unterforderung;
- Gestaltung einer anregenden, vertrauten, Sicherheit vermittelnden Umwelt;
- Angebot einer verlässlichen, stabilen, gefühlsmäßigen Beziehung mit positiven Übertragungsangeboten (Vgl. Radebold 1994, S. 67).

Die Interventionstechniken als psychotherapeutische Konsequenzen werden im musiktherapeutischen Kontext beschrieben. Siehe hierzu Kapitel 5, 6 und 7.

5. Musiktherapie mit an Demenz erkrankten Menschen

Es gibt sie, die unumstößliche Aussage: Singen stärkt das Wohlbefinden und befördert das Gemeinschaftserleben. Daraus leiten sich die vielfältigen Bestrebungen ab, in Kaffee-Kränzchenrunden und Singstunden mit und ohne Flügel im Tagesraum, im Festsaal, im Krankenzimmer am Bett, Alternenden und auch Demenzkranken im speziellen, durch das gemeinschaftliche Singen, Lebensqualität und Lebensfreude zu vermitteln. Pflegende und Zivildienstleistende unterbreiten, gerade durch die Erfahrungen in der täglichen Pflegepraxis, solcherart Angebote.

Die in der Hierarchie der medizinischen, psychologischen und sozialen Leistungen rechtsansprüchlich eine kompetente Pflege Erhaltenden aber am äußersten Rand der Versorgungsleistungen Stehenden oder besser Sitzenden und Liegenden, erleben so die Möglichkeit, durch ein Beziehungsangebot, sich in ihrem Menschsein angesprochen und wahrgenommen zu fühlen.

Musiktherapie grenzt sich zur oben beschriebenen Alltagsversorgung ab, auch wenn die äußeren Bedingungen, den oben beschriebenen ähneln.

Selten steht ein eingerichteter Musiktherapieraum zur Verfügung oder würde sich überhaupt für die Musiktherapie mit Demenzkranken eignen. Für demente Patienten hat sich gezeigt, dass ihre Fähigkeit, Neues in ihre Erfahrungswelt zu integrieren, stark eingeschränkt ist, und im Gegenteil, sie durch ihnen unbekannte Situationen eher verwirrt werden.

Eine kleine Instrumentenauswahl, welche die Therapeutin, „das ist die Frau, die immer mit der Gitarre kommt“, mit in das gewohnte Umfeld bringt, ist oft ausreichend.

Was kennzeichnet nun Musiktherapie?

5.1. Die Musiktherapie

Musiktherapie versteht sich als Form psychotherapeutischen Handelns und Verstehens.

Die psychoanalytische Theorie kann der Musiktherapeutin eine Orientierung des Verstehens und Handelns geben, ausgehend von dem Material, welches die Patientinnen selbst in die Bearbeitung einbringen.

Musik wird unter solchen Bedingungen zu einem sozialen Handlungsentwurf (Vgl. Metzner 2001), der sich in einer tragfähigen therapeutischen Beziehung verwirklicht. Die Musik löst intrapsychische und interpersonelle Prozesse aus, die in den Dimensionen eines Übergangsobjektes und Intermediärobjektes eine konkrete Beziehung gestalten und darauf ausgerichtete therapeutische Interventionen auslösen. Der emotionale Verarbeitungsprozess vollzieht sich am konkreten Erleben der Musik. Die musikalischen Kategorien Melodie, Rhythmus, Klang, Dynamik und Form haben im therapeutischen Prozess eine Wirkungsspezifität, welche isoliert und in ihrer Gesamtheit wirken.

Das gegenwärtige Erleben und Verhalten korrespondiert mit früheren Lebenserfahrungen. Kenntnis biografisch relevanter Ereignisse erlangt die Musiktherapeutin oft allein im konkreten

Kontakt mit den Demenzkranken. Diagnostische Informationssysteme, wie Angehörige (Eltern und Geschwister) stehen nicht mehr zur Verfügung. Für Ehepartner gilt dasselbe. Die Pflegenden sind durch Alltagssituationen geprägt, die mitunter schon symptomatische Reaktionsbildungen darstellen. Die Musiktherapeutin gewinnt im therapeutischen Prozess aus Übertragungen und Gegenübertragungen entscheidende Informationen und leitet daraus ihre Interventionen ab. Diese Interventionen sind ressourcenorientiert auf die Nutzung von Erlebens- und Verarbeitungsweisen ausgerichtet.

Der äußere Rahmen für die Musiktherapie ist durch ein klares Setting charakterisiert.

Es gibt einen Arbeitsauftrag, der Zeit, Ort, Frequenz und therapeutische Zielstellungen klar umschreibt und festlegt.

Die Grundhaltung der Therapeutin kommt zum Ausdruck in Akzeptanz und Respekt, Empathie und Feinfühligkeit, Standhaftigkeit und Abgrenzung, Gestaltungs- und Spiellust, Reflektionsfähigkeit.

Die Therapeutin hat ein Arbeitsmodell für ihre Tätigkeit.

Dieses Modell beinhaltet soziale, psychologische, medizinische und musikalische Kompetenzen, um vorausschauend Verhalten einschätzen zu können. Von dieser Erwartungshaltung gehen die therapeutischen Interventionen aus.

Die Interventionen der Therapeutin sind theoriegeleitet und verfolgen therapeutische Zielstellungen. Sie werden durch die Kenntnis der Beziehungsqualität bestimmt.

Musiktherapie will Verbindung und Kontakt herstellen, um Menschen aus einer auf sich selbst bezogenen Welt, wieder eine Beziehung zu ermöglichen. Die Beziehungsqualität ist in verschiedenen Kontaktmodi beschreibbar, die fließend ineinander übergehen, epigenetisch aufeinander bezogen sind und auch in jähen Brüchen erlebbar sind.

5.2. Die musikalischen Funktionen

Die musikalischen Funktionen Melodie, Rhythmus, Klang, Dynamik und Form wirken in ihren Zusammenhängen und haben desgleichen eine isolierte Wirkungsqualität.

5.2.1. Die Melodie

Das Wiedererkennen von Liedern ist ein formales und melodisches Ereignis zugleich. Schon am Beginn der Melodie wird das noch Kommende antizipiert. Melodie gibt eine raum-zeitliche Orientierung.

Die melodische Struktur von Liedern, gerade von Volksliedern, wirkt identitätsstiftend. „Das Lied ist aus meiner Heimat.“ Das Lied: „Und in dem Schneegebirge“ wird von Schlesiern als das Heimatlied erkannt.

Die einfache Struktur einer Melodie bietet verlässliche Wiedererkennbarkeit. Werden Melodien wiedererkannt, so werden sie auch mit der vertrauten Textform wiedergegeben. In kreativen Neuschöpfungen von Nonsensversen zeigt sich Spiellust.

Eine Patientin mit einer musizierfreudigen Biografie vermochte sogar die zweite Stimme von verschiedenen Liedern zu singen. Chorische Erfahrungen im Primärfamilienkreis und Singkreisen sind als lebendige Erfahrungen abrufbar.

Geht der Text auch verloren, die Melodie ist reproduzierbar und sie ist es im Speziellen, die Erinnerungen in das Hier und Jetzt holt. Ihre Speicherung im emotionalen Gedächtnis ist von den dementiellen Abbauprozessen weniger betroffen und so gesichert.

Das Summen oder Singen einer Melodie lässt den unmittelbaren persönlichen Ausdruck erkennbar werden und zeugt von der inneren Welt des Erlebens.

5.2.2. Der Rhythmus

Auf der Grundlage eines Metrums ergibt sich eine Gliederung des musikalischen Ablaufs durch die einzelnen Notenwerte, die Ausdruck verschiedener Tonlängen sind. Die auf dieser Gliederung beruhende Bewegung ist der Rhythmus.

Rhythmus ist aber nicht nur ein musikalisches Phänomen. Das gesamte menschliche Leben ist eine Abfolge von rhythmischen Prozessen, die sich im Körperinneren vollziehen, z.B. der Atemrhythmus und die Bewegung. Diese inneren Rhythmen werden durch äußere Rhythmen beeinflusst, als da sind Tag und Nacht, Woche, Monat, Jahr.

Die Verbindung mit den Rhythmen des Lebens geht Demenzkranken mit ihrer Orientierung zunehmend verloren und kann Ängste auslösen im Sinne von „Wo bin ich?“.

Rhythmus kann hier der Schlüssel zum integrativen Prozess sowohl musikalischer Wahrnehmung als auch physiologischer Kohärenz sein. In der rhythmischen Struktur eines Liedes kann Orientierung gefunden werden, die im Alltag so nicht mehr gelingen kann. Aldridge sieht Rhythmus als einen fundamentalen Teil der Organisation und Koordination interner und zwischenmenschlicher Prozesse an (Vgl. Aldridge 2000).

Rhythmus eröffnet die Möglichkeit melodische Strukturen zeitlich wahrzunehmen und zu verfolgen. Im Erfassen und daraus folgendem Gestalten rhythmischer Strukturen stellt sich Synchronizität, als ein Merkmal von stattfindender Beziehung, ein.

5.2.3. Der Klang

Klang stellt eine Empfindungsqualität dar, die auf einem Schallereignis beruht. Empfindungsqualitäten heißen hoch-tief, hart-weich, hell-dumpf, klar-trüb, traurig-froh, wütend-ausgeglichen usw.

Der Klang eines Menschen ist Ausdruck seines Selbst. Gestimmtheiten, Affekte und Atmosphären gibt der Klang einer menschlichen Stimme wieder. Wie, welche und ob angebotene Instrumente genutzt werden, hat für die Therapeutin diagnostischen Wert.

Die stimmungsregulierende Wirkung von Klängen stellt einen Verstehenszugang her zu den Gefühlen des Patienten über die Symbolhaftigkeit von Musik.

5.2.4. Die Dynamik

Dynamik äußert sich in der Musik in den Abstufungen der Tonstärke. Dynamische Abstufungen werden subjektiv verschieden erlebt. Dies ist Ausdruck der Relativität der

Dynamik, der Relativität eines Kräftespiels. Was dem Einen moderat und zuträglich erscheint, kann dem Anderen schon unerträglich sein. Hier ist das Erspüren des richtigen Maßes ausschlaggebend im Sinne von Feinfühligkeit und Adaptionfähigkeit. Physiologische Schwerhörigkeit eines Patienten sollte der Therapeutin bekannt sein.

Dynamik ist eine Qualität, die stark an das Erleben gebunden ist. Übermächtige Affekte und Emotionen, aber auch auf der anderen Seite die gehemmten und verlorengegangenen Gefühlsqualitäten, sind klanglich erspürbar. Hier gilt es, Bedeutung zu verleihen durch Verständnis, Klarifizierung und Toleranz um Bedrohungserleben zu minimieren. Es geht musikalisch darum, Gefühlsqualitäten in eine Gestalt einzubinden, die authentisch und nachvollziehbar ist.

5.2.5. Die Form

Form verbindet alle musikalischen Gestaltungskategorien, vom kleinsten Motiv bis zur Sinfonie.

Formen sind Sinngestalten menschlicher Ausdrucksfähigkeit. Selbst die kleinste Form, das Motiv, gesungen, gesummt, geklopft, geschlagen, geraschelt, kann als eine kreative Leistung von großer Bedeutung sein und trägt diagnostischen Wert. Formen zu erkennen, zu entwickeln, wiederzuerkennen und zu wiederholen sind Gedächtnis- und Orientierungsleistungen, die durch die Musik innerhalb der Musiktherapie belebt werden können. Dies wäre auch auf die Handhabung von Instrumenten übertragbar. Ein Instrument in seiner Form erkennen und wiederzuerkennen kann in Handlungsimpulsen hörbar und zu tönender Form werden.

5.3. Die soziokulturelle Dimension von Musik

Musik ist in der Biografie repräsentiert und wirkt identitätsstiftend.

Mit Musik sind häufig wichtige biografische Erinnerungen verknüpft. Diese durch Musik angeregten Erinnerungen, vermögen Demenzkranke im Anfangsstadium zu verbalisieren. Der Wunsch nach Mitteilbarkeit zeigt das Bedürfnis nach Gemeinschaft an, dem Teilen und Mitteilen von Erfahrungen. Ein Musikstück, ein Lied kann der Schlüssel sein zu einer Flut von Erinnerungen, die erneut durchlebt werden, korrigierend oder Beistand leistend neu verarbeitet werden.

Allein schon der Sachverhalt, eine Erinnerung zu haben, kann das Selbstbild entscheidend positiv erlebbar machen und wirkt identitätsstiftend.

Die Musikerfahrungen Demenzkranker sind vielgestaltig. Von Bedeutung ist insbesondere die Musik der Kindheit und Jugend. Muthesius weist darauf hin, dass sich die Musizierpraxis Altersdementer nicht von der nicht-dementen Alterskohorte unterscheidet. Aber das Problem, sich musikalische Bedürfnisse zu erfüllen, haben Demenzkranke aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeiten. Daraus leitet sich u.a. die Legitimation ab, musiktherapeutische Konzepte zu entwerfen und anzubieten (Vgl. Muthesius 2001, S. 313).

Biografisch relevante Musikerfahrungen sind der Ansatzpunkt der Musiktherapie. In die Recherche der relevanten Musizierpraktiken müssen geschichtliche und soziologische Aspekte integriert werden. Hier sei auf die Literatur verwiesen (Siehe Muthesius 2001).

5.4. Die physische Dimension von Musik

Musik ist physisch ansprechend und wirkt als basaler Stimulus auf die sensorische Integration. Musik koordiniert sensorische und motorische Impulse. Die synaptischen Verbindungen der Nervenzellen sind durch ihre Nutzung determiniert. Im Sinne von „Use it-or loose it“ wirkt die basale Stimulation degenerative Prozesse aufhaltend und stoppend.

Sie kann zur Beruhigung beitragen und andererseits körperliche Aktivität anregen. Die Beine tanzen rhythmisch unter dem Tisch mit. Die Hände werden zum Klatschen zusammengeführt. Die Instrumente wirken mit ihrem Aufforderungscharakter und werden ergriffen und bespielt. Ein Lied lädt zum Tanzen ein. Es wird in der Runde geschunkelt. Die Atemfrequenz beschleunigt sich. Eine sängerisch vertiefte Atmung, vielleicht einmal gelernt oder in der Situation entwickelt, wird am Heben und Senken des Brustkorbes sichtbar.

5.5. Die psychische Dimension von Musik

Musik fördert das seelische Erleben und wirkt als emotionale Resonanzgeberin.

Wenn ein Demenzkranker singt, musiziert, dann dient die Musik seinem ganz persönlichen Ausdruck. Sie wirkt dann Ich-stärkend und unterstützt das Selbstvertrauen.

Die eigene Stimmung wird selbst und für die anderen Gruppenteilnehmer erlebbar, und dies unmittelbar im musikalischen Vollzug.

Affekte und Stimmungen als Erlebnisqualitäten des Seelischen bilden sich in der Musik ab und zeugen von der inneren Erlebenswelt der Demenzkranken.

Lähmungstendenzen einer depressiven Stimmung beispielsweise kann die Musik eine Gestalt geben durch die Liedwahl und daraus Handlungsimpulse wachsen lassen, die aus Ohnmachtsgefühlen herausführen und Verarbeitungsprozessen Raum geben.

Eine munter-fröhliche Stimmung spiegelt sich in einem Potpourri alter Berliner Gassenhauer und verbindet die Gegenwart mit den Erinnerungen an jugendlichen Überschwang. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Erinnerung im Hier und Jetzt erlebt wird. Es besteht der Eindruck, als wäre zwischen damals und heute nicht einmal ein Katzensprung.

5.5.1. Die Wiederholbarkeit

Der Wiederholbarkeitsaspekt von Musik im Sinne von Überdeterminiertheit (Vgl. Kaden 1984) schafft die Sicherheit, dass Informationen wahrgenommen werden können, um Interaktionen in Gang zu setzen und emotionales Erleben zu ermöglichen.

Die Zeitkomponente steht in der Musiktherapie mit Dementen, als auch in der Therapie allgemein, nicht unter forcierendem ökonomischen Aspekt, sondern strebt die Sicherheit des Verstehens und Erlebens an. Erst daraus kann sich Beziehung entwickeln.

Wiederholbarkeit bedeutet auch, Bekanntes immer wieder neu zu entdecken. Dies vermittelt Sicherheit gebende Orientierung.

5.5.2. Die Haltefunktion

Die Haltefunktion ist die Grundlage jeglichen therapeutischen Geschehens. Sie beinhaltet Vertrauen, Geborgenheit und Getragensein. Insbesondere Rhythmus und Wiederholbarkeit wirken als stabilisierende und stützende Faktoren. Ein gleichbleibendes Tempo und ein verlässlicher Rhythmus in einer überschaubaren musikalischen Form, Ostinato- und Rondo-Formen, wirken Sicherheit gebend, stabilisierend und Ich-stärkend.

5.5.3. Die Musik als Übergangsobjekt

Das Wort Übergang hat einen Ortsbezug, ein Übergang verbindet den Ort A mit dem Ort B. Diese Verbindung stellt sich über eine Bewegung her, die derjenige, der den Übergang nutzt, vollziehen muss. Übergang heißt aber auch, etwas zu übergehen, etwas unsichtbar zu halten, was nicht oder noch nicht gesehen werden will.

Musik bietet sich an, das Objekt, an dem sich ein Übergang manifestiert, zu sein. Musik als Übergangsobjekt schafft intrapsychische und interpersonelle Verbindungen. Die Bewusstseinsfähigkeit von Übergangsobjekten ist abwehrabhängig. Wird die Bewusstseinsfähigkeit errungen, so geht damit ein Selbsterleben und Selbstempfinden einher. Das Erleben der Musik als Übergangsobjekt kann die Therapeutin resonanzgebend bezeugen, indem sie mitvollziehend musikalische Bewegung begleitet und Urheberschaft bewusst macht.

5.5.4. Die Musik als Intermediärobjekt

Musik vermittelt Gemeinsamkeit im Sinne eines geteilten Interesses auf ein Drittes. Der musizierende Andere wird als der wahrgenommen, der in seinen Handlungen auf das gleiche Ziel ausgerichtet ist. Dadurch ist Intersubjektivität erlebbar. Halt gebend und Brücken bauend ermöglicht Musik im dialogischen Spiel Nähe und Distanz-Regulation und zwischenmenschliche Kommunikation. Der spielerische Umgang mit dem Intermediärobjekt vermittelt Kommunikation und ermöglicht musikalische Begegnung. Diese Begegnung ermöglicht Musik intermediär.

5.6. Das Arbeitsmodell der Musiktherapeutin für die Arbeit mit Demenzkranken

Im Arbeitsmodell der Musiktherapeutin kommt die Grundhaltung der Therapeutin zum Ausdruck. Hier verknüpfen sich ihre Kenntnisse und Erfahrungen zu einem Verstehensmodell im Umgang mit Demenzkranken. Auf diesem Erfahrungshintergrund basieren die musiktherapeutischen Interventionen.

Dieser Erfahrungshintergrund beinhaltet soziale, psychologische, medizinische und musikalische Kompetenzen.

Der so verstandene Arbeitsmodell-Begriff ist weiter gefasst, als das *innere Arbeitsmodell* bei Bowlby (1984). Er soll hier äußeres Arbeitsmodell genannt werden.

Das innere Arbeitsmodell Bowlby's meint den Niederschlag von Interaktionserfahrungen im Gedächtnis, organisiert als Arbeitsmodell, um Ereignisse der realen Welt vorwegzunehmen und in angepasster Weise mit ihnen umzugehen, also zielgerichtet zu intervenieren.

Erst durch die Verbindung der allgemeinen Interaktionserfahrungen mit der Kenntnis der Psychopathologie, kann die Therapeutin Intuition und Feinfühligkeit entfalten. Im musiktherapeutischen Kontext mit Demenzkranken muss eine weitere Erfahrungswelt hinzugefügt werden. Um demente Patienten verstehen zu wollen, ist die Auseinandersetzung mit ihrer Biografie notwendig. Dazu ist das Eintauchen in historische und biografische Sachverhalte notwendig.

Erst ein umfassendes Wissen der Therapeutin zum Krankheitsverständnis und persönlichen Erfahrungshintergrund, ermöglicht die Entfaltung von Intuition und Feinfühligkeit.

5.6.1. Die Grundhaltung der Therapeutin

In der Gruppenmusiktherapie mit Demenzkranken ist die Musiktherapeutin aktiv handelnd im Beziehungsprozess tätig. Sie ist als authentische Person in den Beziehungsprozess eingebunden, wobei sie kaum in der Therapeutenrolle erlebt wird. Sie wird von den Patienten wiedererkannt, obwohl sie den Patienten nur ein oder zweimal pro Woche begegnet. Mögen es die Instrumente sein, die sie mit sich führt: „das ist die Frau mit der Gitarre“, welche mit uns singt. In diesem Sinne wird die Symbolkraft der Musikinstrumente verstanden, da kommt eine Frau mit einer persönlichen Ausstrahlung, die den Patienten offen und freundlich gegenübertritt und nicht in weißer Dienstkleidung ein autoritäres und funktionales Verhältnis (Verabreichung von Mahlzeiten, Tabletten) installiert. Die feinen Schwingungen dieser Andersartigkeit in der Begegnung werden von Demenzkranken sehr wohl wahrgenommen. Dies ist eine ihrer großen Kompetenzen.

Durch die Übertragungsbeziehungen werden der Therapeutin Rollen von den Patienten zugeschrieben, als da sind: die Rolle der Mutter, des Vaters, des Bruders und der Schwester, des Lehrers, der besten Freundin, der Tochter und des Sohnes. Die Mehrdimensionalität des Übertragungsgeschehens ist ein Spezifikum in der therapeutischen Beziehung mit Demenzkranken, begründet durch Projektionen in der Situation älterer Patient und jüngere Therapeutin (Vgl. Hinze 1985).

Die Therapeutin vermittelt die therapeutischen Grundhaltungen Akzeptanz und Wertschätzung, Empathie und Feinfühligkeit, Standhaftigkeit und Abgrenzung.

Sie vermittelt authentische Antworten, übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen und reguliert das affektive Erleben der Gruppenteilnehmer.

Ihre therapeutischen Interventionen sind beziehungsstiftende Vorgänge, in denen die Therapeutin haltende, stützende, begleitende und klärende Qualitäten vermittelt.

5.6.2. Die soziale Kompetenz

Die sozialen Kompetenzen basieren auf dem Menschenbild und Entwicklungsmodell der Therapeutin. Es ist ein Unterschied, ob alternde Demenzkranke nur noch als Pflegefälle angesehen werden, die dem gesellschaftlichen Leben keine Impulse mehr geben und einzig Empfänger von Pflegeleistungen sind, oder ob ein Abbauprozess begleitet wird und in ihm

kreative Ressourcen entdeckt und gefördert werden. Die durch Demenzkranke ausgelösten Übertragungen auf die jüngere Therapeutin müssen genau reflektiert werden, provozieren sie doch die eigene Auseinandersetzung mit der Vorstellung von sinnerfülltem Altern. In der Beantwortung dieser Frage wurzeln unterschiedliche Handlungskonzepte.

Die jetzige Lebenswelt Dementer zu erfassen, bedeutet, sich mit ihrem biografischen Erfahrungen auseinander zusetzen. Dies kann die Therapeutin in stark Abwehr behaftete Zusammenhänge führen, nämlich Kindheit und Jugend als die präsenten Lebenswelten der Demenzkranken aufzufassen, die in der katastrophalen geschichtlichen Epoche des deutschen Nationalsozialismus liegen. Aus dieser Zeit kommen die hauptsächlichen Erfahrungen von Gemeinschaft und Zusammengehörigkeit. Die ideologischen Inhalte dieser Zeit werden mehr oder weniger reflektiert im Hier und Jetzt aktualisiert und so Gemeinschaftserleben möglich.

Meiner Ansicht nach wird hier emotionales Erleben mobilisiert, welches jenseits ideologischer Botschaften liegt. Eine Patientin reflektiert: „Ja die Lieder waren schön, aber das Marschieren nicht. Wir mussten sogar schießen.“ (Patientin Frau Passenheim 2004).

Um ein Verstehen der Erfahrungswelten zu erlangen, gilt es, sich mit historischem Wissen auszustatten und die Musizierpraktiken früherer Zeit zur Kenntnis zu nehmen.

5.6.3. Die psychologische Kompetenz

Wenn Musiktherapie sich als Psychotherapie versteht, so ist die Therapeutin mit psychotherapeutischem Handwerkszeug ausgestattet. Hier stellt sich die Frage nach Ausbildungshintergrund und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Das Ziel der Musiktherapie mit Demenzkranken ist, einen lebendigen Beziehungsvorgang zu stiften unter den Voraussetzungen eines Abbauprozesses und zunehmender pathologischer Regression. Reifere Abwehrmechanismen werden durch aus der Kindheit stammende abgelöst, individuelle Charakterzüge verstärken sich, einfach strukturierte Interaktionsformen treten hervor, starke Über-Ich-Projektionen auf die Umwelt sind im Sinne von Abwehr zu interpretieren, der Rückzug von der Außenwelt geschieht unter der stärkeren Besetzung von Körperfunktionen, präödpale Abwehrmechanismen und Scheinautonomie sind Ausdruck der Regression im Dienste des Ich. Die weitergehende pathologische Regression äußert sich in unangemessenen Verhaltensweisen, eingeschränkter Realitätsprüfung, Generalisierung, weniger symbolischer dafür konkreter Kommunikation, Verringerung der internen Verarbeitungsmöglichkeit von Affekten und Gefühlen und ihre Verlagerung nach außen und dem Zerfall der Zeitachse.

Das Handlungskonzept der Musiktherapeutin zielt darauf, einerseits einen respektvollen Umgang mit den Rückzugstendenzen zu üben und andererseits regressionseinschränkende Maßnahmen anzubieten. Sie bietet Hilfestellung an bei der Suche nach Ich-Fähigkeiten, nicht nur im Sinne der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen, sondern unterstützt auch die Suche nach Interessen, dies im lebendigen musikalischen und sprachlichen Dialog. Sie bahnt einen Weg zum Finden von Identität durch das Beleben von Erinnerungen, die musikalisch vollzogen, Präsenz bekommen und dadurch Selbstbewusstsein erblühen lassen. Die adäquate Auswahl von musikalischem Material mit hoher Signifikanz von Bekanntheit bietet Orientierung und Sicherheit vermittelndes Gefühl. Das Angebot einer stabilen und verlässlichen Beziehung mit positiven Übertragungsangeboten hält der affektiven Verlagerung nach außen

stand und ermöglicht so durch die Unzerstörbarkeit des Objektes interne Verarbeitungsmöglichkeiten. Dabei findet das Prinzip der authentischen Antwort Anwendung. Demenzkranke haben das Bedürfnis nach Mitteilung von Erfahrungen. Diese werden durch musikalisches Material belebt. Im anschließenden Gespräch nach einem Lied sprudeln Erfahrungsmittelungen und verlangen nach Austausch und Bestätigung.

Deutungen der Therapeutin haben hier in der Regel unterstützenden Charakter, auch wenn in der Übertragung konflikthafte Material angeboten wird. Therapeutisches Ziel ist immer die Ich-Stärkung. Katharsis kann hier die Annahme von Schicksal bedeuten, aber keine Wandlung. Hier ist die trostgebende und stützende Rolle der Therapeutin von großer Wichtigkeit. Radebold warnt vor der kollusiven Gestalt dyadischer Mutter-Kind-Interaktionsmuster (Vgl. Radebold 1994, S. 69). Sie stellen eine gefühlsmäßige Überforderung der Beziehung dar.

Die Beziehungsgestaltung sollte auf ihre Inhalte hin immer geprüft werden. Zur Klassifikation kann das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsfähigkeit (Vgl. Schumacher 2004) herangezogen werden. Beziehungsqualitäten werden in Modi gefasst und Interventionen entsprechend gewählt.

Demenzkranken haben wie alle Menschen den Wunsch, in ihren Fähigkeiten angesprochen zu werden und wollen diese auch zeigen.

Aufgabe der Therapeutin ist es, Versagenserlebnisse zu minimieren und zu ihrer Kompensation oder Verarbeitung beizutragen.

Dennoch prägen Verlusterlebnisse den Krankheitsverlauf und werden gemeinsam mit der Gruppe und der Therapeutin trauernd gestaltet. Hier wirkt der körperliche Kontakt im Streicheln der Hände, das Trösten in den Armen, die körperliche Nähe mit intensivem Blickkontakt in seiner Archaisch. Abstinenz würde der therapeutischen Beziehung entgegen wirken.

5.6.4. Die medizinische Kompetenz

Die Demenz ist eine Erkrankung, welche den gesamten Menschen und die sozialen Systeme, die den Erkrankten umgeben, betrifft. Der Krankheitsverlauf ist progredient und eine Heilung kann es nicht geben.

Im frühen Stadium der Erkrankung ist die musiktherapeutische Unterstützung im Gruppenverfahren angezeigt. Hier profitieren die Demenzkranken von den therapeutischen Wirkfaktoren in der Gruppe. Siehe Kap. 3.3..

Im weiteren Krankheitsverlauf kann eine einzeltherapeutische Versorgung sinnvoll werden.

Die umgebenden sozialen Systeme können in den Therapieprozess einbezogen werden in Form von Milieu-, Paar- und Familientherapie.

Hier sei auf die Ausführungen in Kap.4 verwiesen. Eine klare Abgrenzung der Symptomatik kann auf der Grundlage eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses immer wieder Überschneidungen einschließen. Die Therapeutin sollte über das gesamte Krankheitsbild informiert sein, um ein ganzheitliches Krankheitsverständnis zu entwickeln.

Als Beispiel dafür sei die körperliche Unruhe und die Veränderung der Sprache angeführt.

Der körperlich wahrnehmbaren Unruhe, dem Umherstreifen, dem Klopfen des Fußes, dem Wackeln der Hände, kann durch musikalische Angebote und tänzerische Bewegungsabläufe eine Sinngestalt verliehen werden. Dadurch wird auf der psychischen Ebene Bedrohungs erleben und Verunsicherung minimiert.

Gleiches gilt für die Sprachveränderungen. Es ist bedrohlich, nicht mehr verstanden zu werden und Ausdrucksnot zu spüren. Die Musik braucht die Sprache nicht, um in Kontakt zu kommen. Die nonverbalen Verständigungsmöglichkeiten spannen einen weiten Bogen, vom Klatschen bis zum Nonsens-Vers.

5.6.5. Die musikalische Kompetenz

Die Musiktherapeutin, die mit Demenzkranken arbeitet, verfügt über ein Repertoire an Volksliedern, insbesondere Kinder- und Schlaflieder, Kirchenlieder, Schlager, Opern- und Operettenmelodien und die Kompetenz, im stimmlichen Ausdruck, variierend und situationsabhängig die Stimme einzusetzen und / oder instrumental eine Begleitung anzubieten, die unterstützend und haltend wirkt. Die instrumentalen Fähigkeiten sollten ein spontanes Reagieren ermöglichen. Zur Bedeutung des Singens sei auf die Literatur verwiesen (Siehe Muthesius 2001).

Wenn Musik in der Biografie eines jeden Menschen unterschiedlich präsent ist und über die Musik Identitätsarbeit geleistet werden kann, so muss sich die Musiktherapeutin weiterhin folgende Fragen beantworten:

- Spielt Musik eine Rolle bei biografisch wichtigen Ereignissen?
- Welche Musik wurde in welcher historischen Zeit erlebt?
- Gibt es in einer historischen Zeit Milieuunterschiede und werden diese musikalisch repräsentiert (Vgl. Muthesius 2001)?
- Weist die Musizierpraxis einer Zeit regionale Unterschiede auf?
- In welchen sozialen Umfeldern wurde musiziert: in der Familie, im Alltag, bei der Arbeit oder in der Freizeit oder gar nicht, in der Kirche, in der Schule und in Jugendgruppen gezwungenermaßen oder freiwillig?
- Wie gestaltete sich der Umgang mit dem Medium Musik?
- Wurde gesungen und in welchem Kontext?
- Wurden Instrumente erlernt und gespielt?
- Welche Live-Musik-Erfahrungen gibt es?
- Welche Rolle spielt das Musikhören?

Diese vielen Fragen sollen hier nicht beantwortet werden, aber sie weisen auf die Komplexität der Thematik hin. Für eine musiktherapeutische Begegnung mit Demenzkranken, die Beziehung gestalten will, ist es wichtig an die jeweiligen Erfahrungswelten anzuknüpfen.

5.7. Zusammenfassung

Dieses äußere Arbeitsmodell beschreibt mit der Grundhaltung der Therapeutin, ihren sozialen, psychologischen, medizinischen und musikalischen Kompetenzen den unabdingbaren Erfahrungshintergrund der Musiktherapeutin, welche mit Demenzkranken arbeitet.

Konsequenzen, die sich aus dem Arbeitsmodell der Musiktherapeutin abbilden, gründen insbesondere auf der Psychopathologie und dem Krankheitserleben.

Diese Konsequenzen sind folgende:

- Die Therapeutin gestaltet eine stabile, verlässliche Beziehung.

- Ihre Grundhaltung den Patienten gegenüber ist empathisch, akzeptierend, unterstützend und feinfühlig und auf Normalität der Begegnung ausgerichtet.
- Sie vermittelt den Patienten Nähe.
- Die aus der Psychopathologie bekannten zentralen Defizite: Verlangsamung, Erinnerungsstörung, Desorientiertheit, Identitätsverlust, Affekt- und Stimmungsschwankungen bis hin zu Hilflosigkeit beeinflussen das Handlungskonzept. Dieses sucht die vorhandenen Ressourcen, spricht sie an und stärkt sie. Methodisch erfolgt dies durch authentisches Antworten, die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen und die Regulation des affektiven Erlebens.

Damit wäre die Therapeutenseite dargestellt. In der therapeutischen Beziehung steht der Therapeutin die Patientengruppe gegenüber. Selbstredend sind es auch die Patienten, die mit einem Arbeitsmodell ausgestattet sind.

Gelingt es, die beiderseitigen Modelle abzustimmen, so etabliert sich eine tragfähige Beziehung. Ein geglücktes Aufeinandertreffen findet seinen Ausdruck in adäquaten Interventionen und den daraus folgenden Reaktionen.

Der zunehmende Verlust von Ich-Funktionen löst bei den Demenzkranken eine starke Verunsicherung aus. Diese äußert sich in Ängsten, Ruhelosigkeit vs. Apathie und regressiven Tendenzen. Zunehmend beherrschen präöipale Verhaltensweisen die Interaktionen. Dies kann ein Diskrepanzerleben bedingen und die Frustrationstoleranz strapazieren, sich gleichzeitig als Erwachsener fühlen, und sich nicht mehr verständlich machen zu können.

Verloren geht die Fähigkeit selbstbestimmt eigene Bedürfnisse zu erfüllen, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen, denn die Furcht bei Versagensereignissen ertappt zu werden, führt in die Isolation, verloren geht die Beweglichkeit, die Sprache, die Nutzung von Kulturtechniken.

Am Ende dieser Reihe steht Hilflosigkeit.

Das große Verlusterleben ist eng mit Trauer verbunden.

Die Wandlung der verfügbaren Interaktionsmuster geht in die Richtung einer Generalisierung. Praktisch ergeben sich hier zwei Handlungsstrategien: Regressionsförderung und Regressionseinschränkung.

Regressionswünsche gilt es zu respektieren, aber alle Wünsche und Anstrengungen, die darauf gerichtet sind, Selbständigkeit zu erhalten, Interessen und Fähigkeiten zu zeigen und in eine zwischenmenschliche Beziehung einzubringen, gilt es zu fördern.

Unter diesem letzten Aspekt können die Therapeutin und der Demenzkranke ihre Arbeitsmodelle in Beziehung setzen und den therapeutischen Prozess von beiden Seiten gestalten.

Muthesius beschreibt die Atmosphäre dafür mit Heiterkeit, Gelassenheit und Normalität und stellt im weiteren Zusammenhang fest, dass sie die wichtigsten Anregungen für ihre Arbeit von ihren Patienten erhält (Vgl. Muthesius 2004, S. 257).

6. Szenen aus der musiktherapeutischen Praxis

6.1. Die Ausgangssituation

In einem Berliner Krankenhaus wurden 2003 und 2004 Gruppenmusiktherapien unter der Leitung von Dorothea Muthesius videografiert. Die Aufnahmen sollen der Dokumentation der musiktherapeutischen Arbeit, der Lehrtätigkeit (Ausbildung von Musiktherapeutinnen und Altenpflegerinnen) und der Forschung als Anschauungs- und Analysematerial dienen. In unserer gemeinsamen Arbeit entwickelte sich bald die Zielstellung, die Anwendbarkeit des EBQ an dem Klientel dementer Patienten in der Gruppentherapie zu prüfen.

Den Beginn der Auswertung dieses Materials stellt diese Diplomarbeit dar. Die Beschreibung der Interventionstechniken, als einen Faktor psychotherapeutisch verstandenem musiktherapeutischen Handelns, wird die Fallspezifität immer wieder streifen. Der Prozesscharakter psychotherapeutischen Handelns kommt darin zum Ausdruck. Die Herauslösung der Interventionstechniken aus dem Therapiezusammenhang richtet sich hier auf die Etablierung einer zwischenmenschlichen Beziehung und den Umgang mit Affekten. Die Gerichtetheit der Interventionen wird untersucht.

Die Namen der Patientinnen wurden im Text anonymisiert. Für das Filmmaterial war das nicht möglich.

6.2. Das Setting

Die Patientinnen gehören der Musiktherapiegruppe seit vier Jahren an. Die Gruppe änderte ihre Zusammensetzung im Jahresverlauf. Durch Weggänge in andere Pflegeeinrichtungen und Heimgänge verkleinerte sich die Gruppe. Die Arbeit in dieser Kleingruppe, schwankend zwischen drei und fünf Mitgliedern und Therapeutin, hat eine hohe Effizienz, Kontakt- und Beziehungserleben zu ermöglichen. Regelmäßig einmal pro Woche findet für eine Stunde die Musiktherapie statt. Die Gruppenteilnehmerinnen sind alle von Demenz im mittelschweren Erkrankungsstadium betroffen.

6.3. Die Kriterien für die Szenenauswahl

Die Szenenauswahl orientiert sich an den meist auftretenden Themen des Alltagserlebens der Patientinnen und stellt diese dar. Diese Themen sind:

Abschied, Verlust, Trauer, Schmerz, Kränkung, Erinnerungen an die Kindheit, die Familie, die Ehe, eigene Kinder, 3. Reich, 2. Weltkrieg, Nachkriegszeit, außerordentliche und gewöhnliche Erlebnisse den Alltag in Beruf und Freizeit betreffend.

Die Auswahl erfolgte nach Kriterien:

- Darstellung der verschiedenen Kontaktmodi;

- Darstellung instrumentaler und stimmlicher Interventionen gerichtet auf den Fortgang musikalischer Aktivität;
- Darstellung der flexiblen Anwendung von Interventionen, die sich aus dem konkreten Kontaktverhalten von an Demenz Erkrankten ergeben;
- die Interventionen waren erfolgreich in Bezug zum Beziehungsverhalten, Beziehung konnte etabliert werden;
- Interventionen sind auf die Affektregulation ausgerichtet;
- mit ihren Interventionen übernimmt die Therapeutin Hilfs-Ich-Funktionen;
- die Interventionen der Therapeutin richten sich sowohl auf die Gruppe, als auch auf einzelne Patientinnen.

6.4. Die Szenen

6.4.1. Der Mai ist gekommen

Die Therapeutin beendet ein Gespräch mit Frau Schmidt, welches in eine Sackgasse führte und keine neuen Impulse eröffnete. Sie fragt einen Vorschlag nach, der kurz zuvor von Frau Passenheim unterbreitet wurde. Frau Passenheim erinnert ihren Vorschlag und bringt ihn erneut ein: „Der Mai ist gekommen.“

Die Therapeutin sagt das Lied noch einmal deutlich an, spielt auf der Gitarre den Einstimmungsakkord und geht über den Liedauftakt kräftig in das Lied hinein. Diesem Aufforderungscharakter, der Auftaktquarte, kann sich Frau Passenheim nicht entziehen und stimmt sofort ein. Durch das vorhergehende Gespräch haben die Therapeutin, Frau Passenheim und Frau Schmidt den Beziehungsmodus 7. Sie sind miteinander über das, was gesungen werden soll, in Kommunikation. Sie tauschen Gedanken, Meinungen und Vorstellungen aus, teilen diese und können Gegenteiliges stehen lassen.

Die Therapeutin und Frau Passenheim singen lyrisch. Frau Schmidt steigt später in das Lied ein, als auf einer Atempause eine dezente Fermate liegt. Sie hört die erste Zeile an und setzt dann auf der zweiten Zeile ein.

Das anfängliche Zuhören ist im Sinne einer Orientierung und Einstimmung aufzufassen. Dieses mehr an Zeit, dieses Raum geben und nehmen bis alle Wahrnehmungsbereiche miteinander verbunden sind, steht sinnbildlich für das mehr an Zeit, das Alternden gegeben werden muss, wenn Kontakt ermöglicht werden soll.

Im Singen sind alle drei gemeinschaftlich miteinander verbunden.

Beide Patientinnen singen den vollständigen Text der ersten Strophe in seiner sehr poetischen Art, finden eine Ausdrucksform beim Singen, die rein sprachlich so nicht mehr möglich wäre.

Assoziationen:

Jugend, Kraft, Freude, Aufbruch, Natur, Überschwang, Fernweh, Eltern verlassen, BDM-Marschieren, Unsicherheit

Lied

Der Mai ist gekommen, die Bäume schlagen aus. Da bleibe, wer Lust hat, mit Sorgen zu Haus.
Wie die Wolken dort wandern am himmlischen Zelt, so steht auch mir der Sinn in die weite,
weite Welt.

Herr Vater, Frau Mutter, dass Gott euch behüt. Wer weiß, wo in der Ferne, das Glück mir noch
blüht. Es gibt so manche Straße, die nimmer ich marschier. Es gibt so manchen Wein, den
nimmer ich probiert.

Zum Ende der ersten Strophe sucht sich Frau Bittner, die nicht mitsingt, das Schellenarmband
aus dem Instrumentenangebot aus. Sie schaut es an, bewegt es in ihren Händen. Diese
Exploration steht in noch keiner Verbindung zum gesungenen Lied der anderen, ist aber von
dem Impuls getragen, für sich ein Ausdrucksmedium zu finden, beteiligt zu sein und Neugierde
auszuleben.

Die Therapeutin reagiert auf dieses Explorieren mit einer neuen musikalischen Gestaltung ihres
Gesanges und der Begleitung. Sie wird rhythmisch akzentuierter, bietet mit der Staccato-
Gestaltung Pausen, die das Spiel von Frau Bittner ermöglichen. Sie umspielt, verstärkt und
übertreibt, um die Exploration, das Klangerleben, die Erfahrung von Urheberschaft und
Selbstwirksamkeit zu ermöglichen. Dies entspricht dem Beziehungsmodus 3.

Auf das Staccato-Spiel der Therapeutin reagiert Frau Bittner mit Klopfen des
Schellenarmbandes auf die vor ihr liegende Lyra.

Als der Gesang weicher wird, streicht sie über die Lyra. Dieses laute Geräusch nimmt sie
überrascht selbst wahr, hält inne und schaut in die Runde. Dabei scheint sie zu bemerken, nicht
den richtigen Ton getroffen zu haben.

Frau Schmidt verstummt mit ihrem Gesang. Diese Anmutung von Chaos gibt ihr vermutlich
nicht den Halt, den sie für sich braucht, während er Frau Bittner mobilisiert.

Um die kurz zögernde Frau Bittner wieder ins Spiel zu bringen, verändert die Therapeutin ihr
Spiel. Sie betont staccato-ähnlich die Achtelbewegung des Liedes. Diese Spielbewegung ist
Frau Bittner aus der vorherigen Exploration vertraut. Dieser Rückgriff auf Bekanntes gibt die
Möglichkeit, den abgebrochenen Kontakt neu zu beleben. In der raschen Achtelbewegung
kommt es zu einem synchronen Spiel der beiden. Die Synchronizität ermöglicht Frau Bittner
ein Wort mitzusingen, während in anderen Situationen entweder Spiel oder Gesang möglich
werden. Beide spielen lustvoll in einer positiven Atmosphäre. Sie finden einen gemeinsamen
Abschluss.

Die Beziehungsmodi wechseln innerhalb dieser kurzen Sequenz. Interventionen sind auf den
Einzelnen ausgerichtet und schließen andere Gruppenteilnehmer aus. Es scheint schwierig, mit
einer Intervention alle gleichermaßen zu erreichen. Eine wichtige Beobachtung ist, dass
eigeninitiative, suchende Aktionen der Heimbewohner Vorrang haben in der Hierarchie der
Interventionen der Therapeutin. Die Interventionen sind hier gerichtet auf den Fortgang der
musikalischen Aktivität, also die Schellenexploration durch die Erfahrung von Urheberschaft
und Selbstwirksamkeit zu vertiefen und fortzuführen. Die Therapeutin verändert ihren
Musizierduktus entsprechend der Schlagtechnik Frau Bittner's mit dem Schellenband. Diese
rückversichert mit einem Blick zur Kamera ihr musikalisches Tun.

Der intensive und laute Gesang der Therapeutin, im Tempo den Patientinnen angemessen, unterstützt, Orientierung vermittelnd, den Gesang von Frau Schmidt. Sie singt mit Bewegtheit und ihre intensiven Atembewegungen sind deutlich sichtbar. Im weiteren Verlauf geht sie aus dem Kontakt.

6.4.2. Sternelein sterben

Das Thema wird eingeführt durch einen vermeintlichen Hörfehler von Frau Bittner, anstelle von: Weißt du wieviel Sternlein stehen, versteht sie Sternlein sterben.

Die Nachfrage der Therapeutin wird bekräftigt. Frau Bittner und Frau Schmidt geht es um das Sterben. Während Frau Schmidt auf keinen Fall hier sterben möchte, hier in diesem Heim, erlebbar ist die Diskrepanz zwischen den eigenen Wünschen und den Möglichkeiten der Realität, eigene Desorientiertheit anzeigend, die womöglich durch einen tröstenden Pfarrer, dass es damit wohl noch Zeit habe, unterstützt wurden, ist sich Frau Bittner sicher: „Alle sterben ab.“ Die Nachfrage der Therapeutin, wer zuerst stürbe, ist ihr dann aber doch zu direkt. Sie wendet den Blick ab.

Hier wird von den Patientinnen ein Thema angesprochen, das sie zutiefst betrifft und dennoch oft im Tabu-Bereich angesiedelt ist. Die Therapeutin verschließt sich diesem Thema nicht, nimmt die Heimbewohner ernst in ihren Sorgen. Im Gespräch sind Frau Bittner und Frau Schmidt gemeinsam mit der Therapeutin in einem kommunikativen Austausch. Eigene Gedanken und Meinungen werden mitgeteilt und geteilt. Affekt und Stimmung entsprechen dem Ernst der Thematik. Das Thema geht alle an.

Betroffenheit stellt sich ein bei der Vergegenwärtigung „mein Thema“. In das nachfolgende Schweigen hinein singt die Therapeutin das Lied: „In einem kühlen Grunde.“

Es ist ein hüllender Raum. Sie singt mit ruhiger, warmer Stimme in moderatem Tempo. Dabei wendet sie sich abwechselnd den Frauen zu, ohne sie jedoch aufzufordern, mitzusingen. Sie stellt sich und das Lied zur Verfügung. Sie bildet ein Gefäß.

Lied

In einem kühlen Grunde, da geht ein Mühlenrad. Mein Liebstes ist verschwunden, das dort gewohnt hat.

Hör ich das Mühlrad rauschen, ich weiß nicht was ich will. Ich möchte am liebsten sterben, dann wär`s auf einmal still.

Assoziationen:

es ist warm, es fließt, Unendlichkeit, Abschied, Trauer, Ambivalenz, Stille

Dieses Lied symbolisiert die Erfahrungswelten der Patientinnen. Es wird identitätsstiftend eingesetzt. Das Bewusstsein eigener Identität ist die Voraussetzung für Kommunikation und Beziehung.

Diese Szene ist ein Beispiel für Kommunikation mit einem hohen emotionalen Gehalt.

Selbst die vorsichtigen Versuche des Mitsingens durch Frau Passenheim sind als Innenschau zu verstehen. Am Gespräch war sie nicht beteiligt. Jetzt verarbeitet sie das Thema singend.

Die letzten Worte gehören Frau Bittner: „Einmal still.“

Die Interventionen der Therapeutin sind im anfänglichen Modus 7, nachfragen, Interesse und Verständnis zeigen. Der Thematik und Stimmung entsprechend, wählt sie das Lied aus. So findet die Gesprächsrunde eine musikalische Fortführung. Das Thema bleibt in einer neuen Struktur erhalten. Die Therapeutin lässt sich im Modus 2 funktionalisieren. Sie stellt sich ganz in den Dienst des Traueraffektes und gestaltet ihn in dem Lied. Es entsteht der Eindruck, einer gemeinschaftlichen Trauerverbundenheit. Die Interventionen zielen auf die gesamte Gruppe und wirken auch dort. Dies ist zurückzuführen auf die Brisanz des Themas und die übereinstimmende Betroffenheit der Einzelnen beim Thema Sterben.

6.4.3. Du, du liegst mir am Herzen!

Diese Szene findet im Therapieverlauf zum Ende der Stunde statt. Zuvor wurden weinselige Lieder in ruhiger und beschwingter Art angeboten. Die Patientinnen haben eine ruhige Affektlage und beteiligen sich am gemeinsamen Singen.

Die Therapeutin stimmt das Lied „Du liegst mir am Herzen“ an.

Schunkelnd, schwelgend und gemütlich kommt das Lied daher. Das „Du“ im Liedtext wirkt einladend und ansprechend, wie auch die schwingenden Oberkörperbewegungen der Therapeutin. Der Gesang der Therapeutin ist im ruhigen Fluss. Lange Notenwerte und rhythmisch schnellere Passagen wechseln in annäherndem Gleichgewicht, so dass die Parameter Klang und Rhythmus sich die Waage halten.

Frau Passenheim singt die gesamte Strophe mit. Frau Schmidt nickt erkennend zum Gesang der Therapeutin und Frau Bittner scheint das Lied mit den Augen in der Ferne zu verfolgen.

Es entsteht eine Atmosphäre der Gemeinsamkeit und Gerichtetheit auf das Lied. Selbst in den Passagen, wo nicht alle mitsingen, ist Beteiligung spürbar im Sinne von, warten auf den richtigen Moment des Einsatzes.

Das Mitsingen aller am Ende der Strophe bestätigt die Intervention der Therapeutin, mit diesem Liedangebot, eine Ausdrucksform anzubieten, in der sich jeder finden kann und die Verbindung zueinander schafft.

Die Anknüpfungspunkte sind individuell verschieden. Frau Passenheim und Frau Schmidt bevorzugen die langen Töne des Klanges für ihren Einstieg und Frau Bittner die rhythmisch kürzeren Passagen am Strophenende. So bietet dieses Lied Identifikationsmöglichkeiten über die musikalischen Parameter Klang und Rhythmus und Möglichkeiten des Erlebens von Selbstwirksamkeit.

Lied

Du, du liegst mir am Herzen. Du, du liegst mir im Sinn. Du, du machst mir viel Schmerzen, weißt nicht wie gut ich dir bin. Ja, ja, ja, ja, weißt nicht wie gut ich dir bin.

Assoziationen:

Gemütlichkeit, Geselligkeit, Schunkeln, Walzer, rund

Die Intervention der Therapeutin zielt auf das Finden einer Ausdrucksform und spricht somit den Beziehungsmodus 3 an. Das Einsetzen der Patientinnen mit der Stimme in das Lied ist

Ausdruck dafür, dass eine Verbindung zwischen dem Hören des Liedes und der Erfahrung von Urheberschaft gelingt, also auch Raum-, Zeit- und sachliche Orientierung stattfindet.

Die Therapeutin: „Darauf kann man doch tanzen!“

Diese Aufforderung und Frage richtet die Therapeutin zweimal an Frau Passenheim. Sie ist die körperlich mobilste Patientin in der Gruppe und hat auch das vorige Lied in seiner Gesamtheit erfasst und mitsingend gestaltet. Eigene Ideen der Therapeutin können in die Beziehung eingebracht werden. Dies entspricht dem Beziehungsmodus 4.

Die Therapeutin erhebt sich und geht singend mit tänzerisch beschwingt einladenden Gesten auf Frau Passenheim zu. Diese versucht aufzustehen, rückt ihren Armstuhl nach hinten in sichtlicher Vorfreude. Die Therapeutin ist ihr beim Aufstehen behilflich. Nach einer kurzen Einschwingphase, in der die Therapeutin führt, aus der Ruhe in die Bewegung kommend, stolpert Frau Passenheim einen Fehlschritt.

Die Therapeutin bezieht Frau Passenheim als Person ein und unterbreitet ihre Idee vom Tanz (Modus 4). Erst nach der gegenseitigen Abstimmung und rückversicherndem Blickkontakt beim Wahrnehmen der Motive und Bewegungen des Anderen tanzen beide Walzer rund. Sie singen sich selbst begleitend voriges Lied.

Lied

So, so, wie ich dich liebe, so, so liebe auch mich. Zwei, drei die innigsten Triebe fühl ich alleine für dich. Ja, ja, ja, ja, fühl ich alleine für dich.

Doch, doch darf ich dir trauen, dir, dir mit leichtem Sinn. Du, du darfst auf mich bauen, weißt ja, wie gut ich dir bin. Ja, ja, ja, ja, weißt ja wie gut ich dir bin.

Textimprovisation:

Und, und wir tanzen weiter, wir, wir, bis wir fallen um. Wir, wir tanzen weiter, bis wir beide fallen um. Ja, ja, ja, ja, bis wir beide fallen um.

Assoziationen:

Exklusivität, Lebensfreude und Lebenslust vs. Einsamkeit und Lebensfrust, Werbung, Charme

Im Tanz der beiden gestaltet sich jetzt ein Spielraum in betont positiver Atmosphäre. Der Blickkontakt der beiden geht über eine bloße Rückversicherung hinaus, ist beständig und drückt lebendigen Austausch aus. Der eigene positive Affekt wird auch am Anderen wahrgenommen, so dass von Inter-Affektivität gesprochen werden kann. Die Beziehungsqualität ist von Empathie getragen. Symbolisch wird der Liedtext im Tanz dargestellt und erlebt (Modus 6).

Frau Bittner und Frau Schmidt sind Zuschauerinnen.

Frau Bittner lauscht mit gesenktem Blick, den sie bei Beginn der zweiten Strophe dann zielgerichtet betrachtend auf das Tanzpaar richtet.

Frau Schmidt scheint sich ausgeschlossen zu fühlen, was ja tatsächlich auch so ist. Sie erweckt den Eindruck von Beleidigtsein und Traurigkeit. Ein kurzer Seitenblick zum Tanzpaar trägt abwertenden Ausdruck.

Der Tanz endet mit physischer Erschöpfung der Frau Passenheim. Als sie jedoch wieder auf ihrem Stuhl sitzt, strahlen Freude und Stolz über das gemeinsam Erlebte aus ihrem Antlitz. Freundlich bedanken sich beide für das gemeinsame Tänzchen (Modus 7).

Die dargestellte Szene kann als sogenanntes High-Light in der Therapie mit dementen Älteren bezeichnet werden. Selten ergab sich im beobachteten zweijährigen Therapieverlauf dieser Gruppe eine solche Situation. Und dennoch trägt sie auch typische Merkmale. Im Exklusivkontakt 1:1 sind Beziehungserfahrungen im Modus 6 und 7 eher möglich. Im zeitlichen Verlauf gesehen, besteht hier ein langer Kontakt. Die Gründe für diesen langen Kontakt sind zu suchen in der Exklusivität, in der Gruppenstimmung, im harmonischen Therapieverlauf dieser Stunde, in einer großen affektiven Übereinstimmung und der Bereitschaft, die Affekte des anderen zu teilen, zur Kenntnis zu nehmen oder einfach stehen zu lassen.

Um einen Fortgang der musikalischen Aktivität zu erreichen, interveniert die Therapeutin anfangs mit einer Potpourri-Form mit kurzen instrumentalen Zwischenspielen. Die Initiative für das Lied geht von der Therapeutin aus. Sie bietet eine Ausdrucksform an (Modus 3). Die Bekanntheit des gewählten Liedes lässt Frau Passenheim gleich mitsingen. Ihre Aufmerksamkeit ist auf die Therapeutin gerichtet. Sie ist mit der Therapeutin in dauerndem Blickkontakt. Ihre Beziehung etabliert sich im Modus 4. Das gemeinsame Singen ist ein gemeinschaftliches Interesse. Frau Bittner und Frau Schmidt singen kurzzeitig mit, was im Sinne von Wiedererkennungseffekten interpretierbar ist. Im Modus 1 kommt es zur Begegnung mit der Therapeutin.

Die Therapeutin ist sich der etablierten Beziehung zu Frau Passenheim sicher. Sie unterbreitet ihr ein Tanzangebot und bringt damit eine neue Gestaltungsidee in die Beziehung ein. Diese Intervention ist auch auf den Fortgang der musikalischen Aktivität und die Bewegung hin ausgerichtet. Der Erwartungshaltung der Therapeutin kommt Frau Passenheim entgegen. Sie versucht sich selbständig für den Tanz zu erheben, Beziehung im Modus 5.

Im darauf folgenden Tanz gestalten beide lustvoll einen Spielraum. Sie singen sich selbst begleitend mit. Dabei erfinden sie situationsbeschreibend einen neuen Liedtext. Beziehung im Modus 6 und in der abschließenden Verabschiedung Modus 7.

Frau Schmidt und Frau Bittner sind als Zuschauerinnen mit verschiedenen Rollen beteiligt, als die Abwertende und die Beobachtende.

Die Beziehungsgestaltung zwischen Frau Passenheim und der Therapeutin schließt die anderen beiden Patientinnen aus. Die Exklusivität des 1:1 Kontaktes ermöglicht den Beziehungsmodus 6.

6.4.4. Abschied nehmen (1)

Die Therapeutin fragt: „Singen wir noch ein Lied?“

Die Therapiestunde geht ihrem Ende entgegen. Es wurde viel gesungen und gesprochen. Die Therapeutin erfragt Wünsche und Meinungen. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit der Patientinnen, Gedanken und Vorstellungen zu teilen, um in kommunikativen Austausch zu kommen (Modus 7).

Frau Bittner antwortet als Echo. Ihr Echo ist mehrdeutig aufzufassen; als Frage oder Feststellung. Singen wir noch ein Lied. Singen wir noch ein Lied?

Die abseits sitzende Frau Eggert hat schon darauf verwiesen, das es 4 Uhr sei. Die Therapeutin bezieht sie in das Gruppengeschehen ein und wertschätzt sie, indem sie den anderen Patientinnen diese Erinnerung an das baldige Ende der Stunde mitteilt.

Die Therapeutin: „Wir könnten ein Abschiedslied singen.“

Dies möchte Frau Schmidt noch nicht. Sie ist noch nicht soweit und verbalisiert: „Ach nee.“

Frau Passenheim ist anderer Meinung und gibt einen Liedvorschlag kund.

Sie bringt eine eigene Idee in das Gruppengeschehen ein, die in sinnlogischem Zusammenhang mit dem Ende der Stunde steht.

Frau Bittner nimmt diese Anregung wahr und reagiert dialogisch. Sie übernimmt imitierend das rhythmische Motiv von Frau Passenheim.

Frau Passenheim: „Morgen früh, wenn Gott will, wirst du wieder geweckt.“

Frau Bittner: „Morgen früh, wenn Gott will, wirst du wieder geweckt.“

Diesem Dialog schließt sich die Therapeutin bestätigend an.

Die Patientinnen sind mit der Therapeutin im Gespräch über das Abschiednehmen. Im Themenbezug werden Ideen ausgetauscht und abgestimmt. Die Therapeutin gibt klärende Hinweise zur Orientierung. Das Gespräch findet ein jähes Ende, als Frau Schmidt ihr Rosengarten-Lied anstimmt.

Lied

Im Rosengarten von Sanssouci, da küsste ich Marie, Marie. Die ersten Küsse vergess' ich nie. Es war im Frühling, es war im Frühling im Rosengarten von Sanssouci.

Hier wird deutlich, dass ihr vorheriger Wunsch, die Stunde noch nicht zu beenden ernst und nicht als eine Widerrede gemeint war. Sie ist mit ihrem Thema, nämlich dem Rosengarten von Sanssouci, noch nicht fertig. Mit diesem Lied verbindet sie Erinnerungen, die sie im Stundenverlauf beleben konnte und die eine große Präsenz hatten im Singen und Sprechen über das Lied und die damit verbundenen Erfahrungen. Auf der Meta-Ebene vermag sie diesen Bedürfnissen keinen Raum zu geben. Sie findet selbständig eine Lösung dieser Spannung. Unmittelbar beginnt sie zu singen.

Flexibel stellt sich die Therapeutin darauf ein und reagiert auf diese Störung. Störung ist hier zu verstehen als spontane Idee, die affektiv höher besetzt ist, als der Dialog der anderen beiden Patientinnen. Somit hat sie Vorrang.

Frau Passenheim ist sofort bereit, sich auf dieses Lied einzulassen.

Frau Schmidt wird in ihrem Lied von der Therapeutin unterstützt.

Voller Hingabe singt Frau Schmidt. Sie singt ihren eigenen Text, welchen die Therapeutin zur Kenntnis nimmt, ihm Raum gibt und vokalisierend begleitet.

Als die Therapeutin den zweiten Durchlauf singt, spricht Frau Schmidt erläuternd und zärtlich darauf. Die Therapeutin verringert ihre Dynamik und Lautstärke und verleiht dadurch den Worten von Frau Schmidt Bedeutung. Sie verknüpft die Wahrnehmungsbereiche ausgehend von Frau Schmidt. Die Intensität ihres Spieles und Gesanges stimmt mit den Intentionen von Frau Schmidt überein - mitteilen, lauschen, schweigen, singen. Diese Übereinstimmung erlebt Frau Schmidt im Sinne einer Synchronizität, welche Beziehung stiftet und zu einem gemeinsamen Abschluss führt. Die Beziehung ist sicher. Übereinstimmung wird verbalisiert. Modus 7.

Die Therapeutin: „Jetzt müssen wir Abschied nehmen vom Rosengarten.“

Frau Schmidt: „Ja.“

Die Bedingungen für sinnvolle Reizverarbeitung und Reizverknüpfung sind zu sehen in der Herstellung einer Situation der Überschaubarkeit und Bezogenheit. So wird Selbstwahrnehmung möglich, die Beziehung ermöglicht, sich durch den Anderen verstanden zu fühlen und Affekte zu teilen.

Jetzt kann Frau Schmidt einer Beendigung der Stunde zustimmen.

Aus dieser Zustimmung heraus beginnt die Therapeutin das Abschiedslied.

Lied

Sag beim Abschied leise Servus, nicht Lebe wohl und nicht Adieu, diese Worte tun so weh. Doch das kleine Wörtchen Servus ist ein lieber letzter Gruß, wenn man Abschied nehmen muß. Gibt jahraus, jahrein einen neuen Wein und neue Liebelei. Sag beim Abschied leise Servus und gibt es auch kein Wiedersehen, einmal war es doch schön.

Assoziationen:

weggehen, allein sein, Rückschau, Erinnerung

Das Lied vereint die Gruppe in ihrem So-Zustand, jetzt nehmen wir Abschied. Frau Bittner ist als Zuhörende dabei. Frau Schmidt und Frau Passenheim schweben durch das Lied, singen Text, vokalisieren, setzen aus und geben sich der Stimmung hin.

Die Therapeutin bietet eine differenzierte musikalische Gestaltung an, welche unterschiedliche Kontaktmodi ermöglicht.

Das Lied ist Resonanzraum, der die Abschiedsstimmung ausdrückt (Modus 0) und Phasen des inneren Rückzuges mit individueller Innenschau ermöglicht. Mit dem Thema Abschied und diesem Lied werden vermutlich verschiedene Assoziationen und Erinnerungen belebt, die in ihrer Individualität Berechtigung haben, auch für sich zu stehen.

Es bietet musikalisch prägnante Reize, die Wahrnehmungsbereiche verknüpfen und zu Selbsterleben und AffektAbstimmung führen (Modi 1, 3, 2).

Durch Akzente und Accelerandi bei Satzaufaktten sammelt die Therapeutin immer wieder die Aufmerksamkeit der Gruppe, sorgt so für den Fortgang der musikalischen Aktivität und ermöglicht in synchronen Momenten zwischenmenschliche Begegnung, die sich musikalisch vermittelt. Dies wirkt belebend und orientierend.

Das Lied endet mit der Zustimmung aller, einmal war es so schön und der Terz von Frau Passenheim.

Interventionen in dieser Szene richten sich auf die Beziehung, die AffektAbstimmung, die Kommunikation in der Sprache, den Fortgang der musikalischen Aktivität.

6.4.5. Abschied nehmen (2)

Die Therapeutin: „Nächste Woche kann es auch wieder schön werden. Da kommen wir wieder. Jetzt müssen wir Abschied nehmen.“

Das Ende der Stunde wurde bereits vor vier Minuten angekündigt. Unterdessen herrscht Übereinkunft, die Stunde zu beenden.

Die Therapeutin verabschiedet sich mit zugewandter Geste von Frau Bittner und Frau Schmidt. Der Handschlag stellt eine persönliche Verbindung her. Er gehört zum Erfahrungsschatz der Patientinnen. Hier geht er über eine bloße, höfliche Geste hinaus. Er bekräftigt den Bund des gemeinsam Erlebten und gibt dem gegenseitigen Respekt Ausdruck.

Affektlage, Handlung und Sprache sind integrierte Bestandteile dieses zwischenmenschlichen Dialoges. Diese Ressource steht den dementen Alternenden zur Verfügung. Sie kann genutzt werden, wenn eine überschaubare Situation Sicherheit und Orientierung bietet. Abschiedssituationen sind im Erfahrungsschatz der Biografie verortet. Ihre individuelle Gestaltung, kurz und bündig, verspielt, hinausögernd oder respektvoll zeigt der Therapeutin seelische Bedürfnisse an, auf die sie reagieren kann.

Die Abschiedssituation zwischen der Therapeutin und Frau Passenheim bietet Frau Passenheim eine Raum öffnende Gelegenheit, sich nicht nur von der Therapeutin, sondern auch von der Gitarre zu verabschieden. Die vorsichtig, fast beiläufig dargebotene Gitarre wird von Frau Passenheim ergriffen und bespielt. Inzwischen werden andere Patientinnen verabschiedet. Die Therapeutin wertschätzt Frau Passenheim vor der Gruppe als die neue Gitarrenspielerin. Frau Passenheim ruft der Therapeutin zu: „Kommen Sie gut nach Hause!“ Damit bestätigt sie die Annahme ihrer neuen Rolle als Gitarristin.

Hier entwickelt sich ein spielerischer Dialog. Frau Passenheim übernimmt die angebotene Erwachsenenrolle, die gönnerhaft die Wünsche eines kleinen Mädchens (die Therapeutin) erfüllt. Dabei wird die Stimme schauspielerisch verändert eingesetzt und in der Mimik und Gestik ist Spielfreude und Spaß ablesbar. Auch das Bewusstsein einer künstlichen Situation, einer Bühne wird deutlich. Die Therapeutin und Frau Passenheim geben abwechselnd Ideen ein und initiieren damit den Fortgang der Spielsituation.

Spielerisch und mit der Aussicht, die Instrumente in der nächsten Woche wieder verfügbar zu haben, gelingt die Instrumentenübergabe an die Therapeutin.

Kommunikative Sprache ist für dement Alternende eine Ressource, die nutzbar wird, wenn die Bedingungen: Raum-, Zeit- und Sinnorientiertheit, erfüllt sind.

Der spielerische Umgang mit der Sprache ist ein kreativer und lustvoller Vorgang, der dementen Alternenden möglich ist. Sensibel wird die Besonderheit der Situation erfasst und genossen. Aber nicht nur die Sprache, sondern auch die Gestik repräsentiert aufkommende Phantasien und Spiellust. Beziehung ereignet sich hier im Modus 6.

6.4.6. Kling Glöckchen klingelingeling

Die Gruppe befindet sich in einer müden Schlafliedstimmung. Aus dieser Stimmung sucht Frau Bittner für sich einen Ausweg. Vor ihr auf dem Tisch liegen small percussion Instrumente. Sie wecken ihr Interesse. Sie exploriert die Schellenglöckchen.

Die Therapeutin unterstützt die Gruppenstimmung, indem sie die Schlafstimmung verbalisiert. Dabei bemerkt sie den Handlungsimpuls bei Frau Bittner, der sich von der Gruppenstimmung entfernt und benennt den Weg, aus der Müdigkeit heraus zu kommen.

Die Therapeutin: „Es sei denn, Frau Bittner macht Musik!“

Rhythmisch spielerisch mit Akzenten und Pausen in Sprache und Handgestik wird Frau Bittner von der Therapeutin angesprochen. Damit greift die Therapeutin die Form der Exploration auf, die ungeordnet und geräuschhaft klang. Sie spiegelt diese Exploration durch lustvoll spielerische Sprache und Gestik, verleiht ihr Form und Bedeutung. Frau Schmidt nickt zustimmend.

Die Therapeutin unterstützt Frau Bittner, die Exploration fortzuführen, indem sie ihr das Schellenarmband direkt zureicht. Frau Bittner greift zu. Die Therapeutin stimmt das Lied „Kling Glöckchen“, an. Sie singt und spielt munter, frisch und auffordernd.

Lied

Kling Glöckchen klingelingeling, kling Glöckchen kling. Lasst mich ein ihr Kinder ist so kalt der Winter, lala..... . Kling Glöckchen klingelingeling, kling Glöckchen kling.

Assoziationen:

Kinderfreuden, Schlittenfahrt, Tanz, Flockentanz, warme Stube

Frau Schmidt und Herr Binder singen mit. Die Therapeutin geht auf vokalisierenden Gesang über, um die Urheberschaft der Sänger herauszuheben.

Frau Bittner hört zu und betrachtet das Schellenband in ihrer Hand. Es scheint, als suche sie den Zusammenhang. Sobald ihr die Verknüpfung gelingt „ich höre ein Glöckchen-Lied, welches ich kenne, ich halte Glöckchen in meiner Hand, ich kann die Glöckchen zum Klingeln bringen“, spielt sie zum Gesang der Therapeutin und der Gruppe. Dieser bewusste Handlungsimpuls findet seinen Ausdruck in kurzen synchronen Momenten. Voraussetzung dafür war die gelungene Integration verschiedener Wahrnehmungsbereiche (Modus 1). Akustische, visuelle und taktile Wahrnehmungen wurden integriert. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit blitzt kurz auf.

Bevor Frau Bittner das Schellenband in die Trommel zurücklegt, schaut sie es noch lange an und befühl es. Dazu klingt noch immer das Lied. Sie fixiert das Schellenband. Mit Ende der Strophe lässt sie das Schellenband entgültig los. Dieses Loslassen geschieht mit Akzent und mit der rhythmischen Struktur übereinstimmend.

Als der Refrain beginnt, nach einer kleinen Fermate auf der Pause beim Übergang Strophe-Refrain, setzt sie mit Singen ein. Das Singen wird Ausdruck der gelungenen Integration der verschiedenen Wahrnehmungsbereiche. Das Erleben von Urheberschaft wird von der Therapeutin unterstützt.

Frau Bittner wendet ihren Blick der Therapeutin, der Kamera und der klingenden Gitarre zu.

Die Therapeutin gibt Nachklingezeit, die alle schweigend für sich nutzen. Frau Bittner verweilt im Anblick der Instrumente und nach innen schauend.

Die Interventionen der Therapeutin zielten auf das sinngebende Verarbeiten und Verknüpfen von verschiedenen Reizen, die Integration der verschiedenen Wahrnehmungsbereiche (Modus 1) und das Bewusstmachen der eigenen Handlungen (Modus 3). Die ruhige Affektlage ermöglicht Exploration und durch die Unterstützung der Therapeutin das Erleben spielerischen Beteiligtseins.

6.4.7. Der Mäuseschneider - Beat

Die Therapeutin spricht mit den Patientinnen über das Tanzen. Einige berichten von Ballhauserfahrungen. Die Therapeutin verbalisiert für Heike, die deutlich jünger als die anderen Patientinnen ist, ihre Tanzgewohnheiten.

Die Therapeutin: „Beat-beat-beat.“

Mit tänzerisch ausladenden Armgesten deutet sie einen Beat-Tanz an. Frau Bittner wiederholt: „Beat-beat.“ Auf Nachfrage bestätigt die abseits sitzende Heike auch Tanzschulerfahrungen. Frau Bittner wendet sich Heike, das Gespräch verfolgend, zu.

Als auch Foxtrott in fröhlicher Bewegtheit angesprochen wird, fängt Frau Bittner an zu singen. Sie vokalisiert auf La-la: „Ein Schneider fing eine Maus.“

Damit gibt sie einen Liedvorschlag als Idee in die Gruppe und setzt ihn sogleich in die Tat um.

Die Therapeutin führt die Melodie weiter und initiiert einen neuen Durchlauf. Sie singt die erste Sequenz, setzt aus und Frau Bittner singt weiter, diese übergibt an die Therapeutin. Eine Fermate auf der Pause nach der Therapeutin-Sequenz, lässt wieder Frau Bittner einsetzen. Das Lied beenden beide im Duett.

Diesem spontanen Wechselgesang gibt die Therapeutin eine Fortsetzung. Sie singt jetzt den Liedtext und begleitet sich mit der Gitarre. Vokalisierend und spontan vermochte Frau Bittner zu singen. Die Komplexität des Liedes mit Melodie, Rhythmus, Dynamik und Text verfolgt sie hörend, wohl erkennend und singt die jeweils letzten Worte mit. Das Lied der Therapeutin bedeutet eine Hilfsfunktion im Sinne von Stellvertretung. Frau Bittner kann es in dieser Komplexität nicht singen, hört es aber vermutlich so in sich, kennt es und erlebt es durch die Therapeutin gestaltet. Ihr Beteiligtsein kommt am jeweiligen Ende der Strophe zum Ausdruck.

Lied

Ein Schneider fing´ne Maus, ´ne Mi-, Ma-, Mausemaus.

Was macht er mit der Maus, der Mi-, Ma-, Mausemaus, was macht er mit der Maus?

Er zieht ihr ab das Fell, das Mi-, Ma-, Mausefell, was macht er mit dem Fell?

Was macht er mit dem Fell, dem Mi-, Ma-, Mausefell, was macht er mit dem Fell?

Verkauft es auf dem Markt, dem Mi-, Ma-, Mausemarkt, verkauft es auf dem Markt.

Dann ist der Markt zu Ende, denn es ist schon 16.00 Uhr, dann ist der Markt zu End´.

Assoziationen:

Spaß, Einfälle haben, schnell Sein.

Zwischen den einzelnen Strophen fragt die Therapeutin ohne Musik: „Was macht er mit der Maus, was macht er mit dem Fell?“

Sie nimmt damit das Tempo aus dem Lied, gibt lange Pausen und ermöglicht ein Reagieren mit angemessener Zeit. Reaktionen sind echohafte Wiederholungen.

Den Einwurf einer Patientin, das es schon 4.00 Uhr sei, baut sie in das Lied ein. Zunehmend beschleunigt sie das Liedtempo. Die Stunde neigt sich ihrem Ende zu und die Aufmerksamkeit auf das Lied ist beendet. Frau Bittner geht aus dem Blickkontakt heraus und singt auch nicht

mehr die letzten Liedworte mit. Das Beenden des Liedes bedeutet, es in seiner Form gesamt zu gestalten und abzuschließen.

Die Therapeutin greift in dieser Szene die Spielidee einer Patientin auf. In diesem musikalischen Dialog übernehmen beide wechselseitig Motive, imitieren einander. Das sich ergänzende Lückenspiel gestalten beide lustbetont und führen das Lied zu einem gemeinsamen Abschluss (Modus 5).

Die Möglichkeit, in diesem Beziehungsmodus zu verweilen, ist nur kurzzeitig.

Das folgende textlich gestaltete Lied der Therapeutin bietet anfangs dialogisches Reagieren an, wird dann aber in seiner Komplexität zu einer Überforderung, die von der Therapeutin erkannt und beendet wird. Frau Bittner zieht sich jetzt ähnlich wie Frau Schmidt zurück (Modus 0).

6.4.8. Was macht er mit dem Fell?

Wiederum spontan singt Frau Bittner ca. eine Minute später das Lied noch einmal an. Mit Blickkontakt zur Kamera und dann zur Therapeutin rückversichert sie ihr Singen.

Lied

Was macht er mit dem Fell, bam bim bam bum. Was macht er mit dem Fell?

Die Therapeutin fragt nach: „Was macht er damit?“

Nach einer Schweigepause schlägt sie vor: „Er näht daraus ´nen Sack.“

Schweigepause.

Frau Bittner bekommt dadurch die Möglichkeit selbst den Zeitpunkt zu bestimmen, ob und wann sie weitersingt. Es ereignet sich ein dialogisches Spiel, musikalisch und sprachlich, Fragen-Abwarten-Antworten-Nachfragen. Durch die Themenbezogenheit ergibt sich ein Beziehungsmodus 7. Das Austauschen der Worte nähern und stehen gibt der Situation eine spielerisch-schalkhafte Komponente. Dafür ist Frau Bittner sehr empfänglich. Prompt sucht sie für diese Stimmung eine Entsprechung. Sie greift sich die Kalimba, hier Daumenklavier benannt und spielt. Sie rückversichert die Instrumentenwahl mit einem Blick zur Therapeutin. Das Lied der Therapeutin bindet die Instrumentenwahl in den Text ein. Der Zusammenklang zwischen Therapeutin und Patientin weist synchrone Momente auf. Im Verlauf passt die Therapeutin ihre Spielform der der Patientin an. Sie spielt leisere Zupftöne auf der Gitarre und singt verhalten. Das synchrone Zusammenspiel beendet Frau Bittner, als Frau Schmidt in das Spiel hineinspricht.

Frau Schmidt: „So, Kinder, wir haben keinen der uns führt.“

Die Therapeutin bringt das Lied leise, die Liedform aufrechterhaltend, zu Ende.

Unterbrechungen wie diese, sind im gesamten Therapieverlauf zu beobachten. Dahinter steht nicht immer die Absicht zu stören. Auch ein Bewusstsein der Unterbrechung liegt nicht vor. Plötzlich durchschießende Impulse äußern sich mit großer Macht. Dabei wird die aktuelle Situation nicht darauf befragt, ob diese Störung jetzt angemessen ist oder nicht, vielmehr steht der eigene Affekt im Vordergrund. Hier geht die Therapeutin nicht mit gleicher Intensität in den

Affekt hinein. Sie behält die Liedidee bei und führt sie zu Ende. Damit steht sie der musizierenden Patientin unterstützend zur Seite.

An anderer Stelle wird in einer ähnlichen Situation anders reagiert. Der Intervention der Therapeutin geht immer eine Analyse der Situation voraus. Prioritäten werden gesetzt.

Als das Lied mit dezenter Bestimmtheit endet, den Affekt von Frau Schmidt aufnehmend, stellt sich die Therapeutin Frau Schmidt zur Verfügung. Sie widmet ihr ihre Aufmerksamkeit und stellt Frau Schmidt's Anliegen in den Mittelpunkt. Die Therapeutin bestätigt Frau Schmidt's Wünsche nach einem Führer und übernimmt diese Hilfsfunktion. Die erhaltene Zuwendung mildert den Affekt, ihre Worte werden ruhiger. Die zugewandte Geste der Therapeutin ermöglicht es Frau Schmidt, Verständnis, Zuspruch und Hilfe anzunehmen.

Die Therapeutin zeigt hier das breite Spektrum ihres internen Arbeitsmodells. Von einer spielerisch-lustvollen Intervention wird mitunter eine radikale Umstellung auf eine andere wichtige hier affektintensive Thematik mit entsprechenden Interventionen verlangt. Voraussetzung dafür sind Flexibilität und Einfühlungsvermögen. Der Beziehungsmodus im Kontakt mit Frau Bittner wechselt von 7 (Gespräch) über 5 (Initiierung des Spiels durch die Patientin) und 3 (instrumentaler Äußerung wird Bedeutung verliehen) nach Modus 0 (Kontaktlosigkeit).

Dies ist ein Beispiel für die raschen Wechsel der Kontaktmodi, wie sie im Therapieverlauf oft beobachtet wurden. Auch der Umgang mit affektbesetzten verbalen Einwüfen, hier von Frau Schmidt, stellt eine Beziehungskonstellation her, in der die Therapeutin Hilfs-Ich-Funktionen erfüllt. Sicherheitsbestrebungen können selbst nicht mehr realisiert werden und werden übertragen. Die Therapeutin übernimmt die Schutzfunktion.

6.4.9. Inniges Lied

Zu Beginn der Therapiestunde sind die Patientinnen und die Therapeutin erwartungsvoll auf das gemeinsame Musizieren eingestellt. Im Gespräch überlegen sie, wer welche Instrumente spielen könnte. Mit dem folgenden Lied greift die Therapeutin diese Erwartungshaltung auf und schafft individuelle Freiräume, sich angesprochen zu fühlen.

Lied

Hörst du mein heimliches Rufen? Öffne dein Herzkammerlein. Hast du heute Nacht auch lieb an mich gedacht? Darfst du im Traum bei mir sein. Schlafe, schlafe ein.

Assoziationen:

Ruhe, Innigkeit, Besänftigung

Die Therapeutin stellt sich mit diesem Liedangebot auf die ruhige Affektlage und Stimmung der Patientinnen ein. Der Liedtext trägt fragenden und auffordernden Charakter. Das „Du“ im Text und die Hinwendung mit Blickkontakt zu den Gruppenteilnehmern fragt eine persönliche Beziehung an. Das Lied gehört zum Erfahrungsschatz und Repertoire der Frauen.

Deutlich sichtbar wird, dass eine Lied-Intervention verschiedene Reaktionen ermöglicht und jede der Frauen in einem anderen Beziehungsmodus anspricht.

Der ruhige Liedverlauf hüllt Frau Klein ein, umgibt sie mit einer musikalischen Atmosphäre, die ihren So-Zustand akzeptiert (Modus 0). Bei Frau Passenheim wird bereits Interesse für das Singen geweckt. Die erste Zeile singt sie (Modus 1). Dann atmet sie im Rhythmus des Liedes und schaut um sich. Auch Frau Bittner blickt interessiert in die Richtung der Singenden (Modus 1).

Die räumliche Nähe zu Frau Schmidt und die überschaubare Gestaltung des Liedes bilden ein „koordiniertes Reizklima“ (Modus 5), welches bei ihr hör- und sichtbare und gefühlte Reize in Übereinstimmung bringt. Frau Schmidt singt mit und übernimmt die Führung in der Gestaltung. Sie bestimmt den Ausdruck durch ihr Tempo, ihre Dynamik, ihre Textwahl. Sie singt sehr empathisch und intensiv. Diese stimmliche Exploration und Gestaltung begleitet die Therapeutin unterstützend durch eine entsprechende Klangfarbe der Stimme, Zeit geben für selbstbestimmte Einsätze, vokalisierendes Begleiten, ein Absichern des Liedflusses, der Kontinuität. Begegnung im Modus 3.

6.4.10. Oh, du dumme Zicke

In dieser Szene greift die Therapeutin einen starken Ärger-Affekt auf. Er ist begründet in einem Missverständnis zwischen Frau Schmidt und der Therapeutin. Dieser Affekt hält schon einige Minuten an und gipfelt in dieser Szene.

Die Auflösung des Affektes gelingt später, als die Therapeutin durch die Co-Therapeutin, Frau Schmidt exklusiven Kontakt anbietet. In körperlicher Nähe singen sie gemeinsam ein Lieblingslied von Frau Schmidt. Dieses Lied verschafft ihr Entlastung.

Hier soll jetzt aber der Umgang mit dem starken Affekt beschrieben werden.

In der Gruppenstimmung ist Ohnmacht und Ambivalenz zu spüren. Frau Bittner möchte singen, desgleichen die Therapeutin. Frau Schmidt verbittet sich dies mit Vehemenz. Sie demonstriert ihre Machtposition, die sie nicht aufgeben kann, was gleichbedeutend ist mit, keinen Ausweg zu finden.

Frau Bittner zupft auf der Harfe und die Therapeutin macht sich zu ihr auf den Weg. Als der Stuhl scharrend gerückt wird, ruft Frau Eggert entrüstet: „Was ist denn das dauernd?“

In ihrem herrischen Stimmklang, kommt die angespannte Situation zum Ausdruck. Die Therapeutin antwortet ihr ruhig: „Das ist die Harfe.“

Frau Schmidt redet schimpfend und aufgebracht auf die Therapeutin ein. Nur vereinzelte Worte sind ihrem Sinn nach zu verstehen. Die Therapeutin signalisiert nickend Verständnis dafür, dass sie ihre Ruhe möchte und sagt ihr, dass die erwartete Therapeutin, Frau Schüppel, nicht kommen werde. So lange würde sie gern mit Frau Bittner singen. (Frau Maria Schüppel war vermutlich in diesem Heim als Therapeutin tätig. Dies kann jedoch nicht belegt werden.)

Die Therapeutin fragt: „Darf ich?“

Frau Bittner ist das Echo: „Darf ich?“

Keine Antwort.

Therapeutin: „Dürfen wir?“

Frau Bittner: „Dürfen wir?“

Keine Antwort.

Therapeutin: „Was singen wir denn?“

Frau Bittner: „Was singen wir?“

Die Therapeutin fängt an, die Gitarre leise zu zupfen. Frau Bittner blickt auf die Hand der Therapeutin, welche die Gitarre zupft.

Frau Schmidt fragt rhetorisch herausfordernd: „Na was singt ihr denn, Lalalalala?!“

Dies greift die Therapeutin auf und singt: „Lalalala.“

Frau Schmidt: „Du dumme Zicke!“

Ihr gesamter Ärger, ihre Unzufriedenheit und Wut, dass die so sehr erwartete höhere Instanz, nämlich Frau Schüppel, ihr nicht beistehen wird, entlädt sich hier.

Die Therapeutin nimmt diesen Affekt auf und gestaltet ihn provokant in einem Situationslied. Das Lied gibt dem Affekt eine äußerlich wahrnehmbare Gestalt.

Damit wird der Affekt reguliert. Bedrohungserleben wird nach außen verlagert und in der Beziehung an konkreten Objekten erlebbar. Die Therapeutin ermöglicht in der Hilfs-Ich-Funktion für Frau Schmidt und die Gruppe, Übernahme des negativen Teilobjektes, Entlastung. Die spielfreudige Frau Bittner wird aus der Ambivalenz befreit. Jetzt darf musiziert werden. Die knisternde Grundstimmung bleibt abgemildert weiterhin bestehen.

Musikalisch gestaltet wird das Lied, geprägt durch den neuen Text, mit Portato-Akzenten und aufgebrachter Rhythmik.

Lied

Oh du dumme Zicke, Zicke Zicke....zur Melodie von: „Ach du lieber Augustin.“

Frau Bittner sitzt nahe bei der Therapeutin und greift diesen Text auf und singt mit.

Als der Refrain endet, stimmt Frau Bittner ganz für sich die Strophe an. Sie ist sich der sichernden Nähe der Therapeutin bewusst. Rückversichernd geht ihr Blick zur Therapeutin und zum Instrument der Therapeutin.

Frau Bittner: „Hotz is hin, Stock is hin, alles is hin, hin, hin.“

Die Therapeutin und Frau Bittner: „Oh, du lieber Zicke, Zicke, Zicke alles ist hin.“

Ihr gemeinsames Spiel hat große Dichte im Modus 4.

Frau Bittner hat einen Mitspielimpuls und wird von der Therapeutin darin unterstützt. Sie zupft auf der Harfe, während ein neuer Lieddurchlauf beginnt.

Lied

Oh du dumme Zicke, dumme Zicke, Zicke, Zicke.

Frau Schmidt: „Ruhe!“

Dieser Einwurf klingt wie ein Paukenschlag und hat, obwohl verbalisiert, auch musikalische Ausdruckskraft.

Das Lied geht weiter mit dem neuen Text und endet mit dem Originaltext:

„Oh, du lieber Augustin alles ist hin.“

Erst in dieser Zeile erhält das Lied seine gewohnte melancholisch-deklamatorische Gestaltung zurück.

Durch das Weitersingen vermittelt die Therapeutin ihre und die Unzerstörbarkeit der musikalischen Struktur, sowie Affektklarifizierung. Die Rückführung auf den Originaltext hat beruhigende und bestätigende Wirkung. Tatsächlich ist ja noch alles hin und nichts gelöst.

Frau Bittner zupft leise auf der Harfe weiter.

Frau Schmidt lehnt sich in ihrem Stuhl zurück. Erst im weiteren Therapieverlauf wird sich die Situation klären.

Diesen Affekt hat sie mit voller Wucht durchlebt und die Entlastung erringt sie sich als eigenständig handelnde Person, vor allem aber durch die Affektklarifizierung durch die Therapeutin.

Die Therapeutin interveniert mit einem Gestaltungsangebot, gibt dem Affekt eine musikalische Gestalt. In diese Intervention bezieht sie Frau Bittner mit ein, die durch ihre Exploration der Harfe signalisiert, sie möchte Musik machen. Damit wird die Lähmung in der Gruppe aufgehoben.

6.4.10. Augustin, jetzt kommt der August dran!

Am Anfang der Therapiestunde sind die Patientinnen mit der Therapeutin und untereinander in verbalem Kontakt. Sie sprechen über gemeinsame Bekannte, die nicht anwesend sind.

Frau Bittner gibt einen Liedvorschlag in die Runde.

Frau Bittner: „Jetzt kommt der August dran.“

Die Therapeutin fragt nach: „Jetzt kommt der August dran?“

Frau Bittner: „Ja.“

Frau Schmidt: „Ja.“

Die Therapeutin stimmt das gewünschte Lied an.

Lied

Oh, du lieber Augustin, Augustin, Augustin. Oh, du lieber Augustin alles ist hin.

Frau Bittner: „Hut is hin schin schin schin..., alles hin.“

Die Therapeutin: „Oh, du lieber Augustin alles ist hin.“

Frau Schmidt lacht und Frau Bittner schaut rückversichernd zur Kamera.

Die Therapeutin: „Stock ist weg, Hut ist weg, Augustin liegt im Dreck. Oh, du lieber Augustin, alles ist hin.“

Frau Schmidt: „Ja.“

Der Liedvorschlag von Frau Bittner findet sofort auch die Zustimmung von Frau Schmidt. Dies setzt voraus, dass sie diese Information gehört hat und damit auch eine Vorstellung verbindet. Die Situation ist bestimmt durch den kecken Ausdruck im formulierten Wunsch. Diese Stimmung nimmt Frau Schmidt wahr und kann sich ihr anschließen, da sie mit ihren Vorstellungen übereinstimmt. Beide Frauen befinden sich in derselben Erwartungstimmung: jetzt kommt der August. Dieses reaktionsschnelle Wechselgespräch im gegenseitigen Aufeinanderbeziehen mit affektiver Übereinstimmung ist ein Beispiel für Beziehung im Modus 7. Dieser Modus setzt sich anfangs in der Liedgestaltung fort.

Assoziationen:

jemand lang erwartetes trifft ein / der Conferencier kündigt ihn an / im Kinderpuppentheater folgt dann der ersehnte Kasper / auf der Bühne erscheint der angehimmelte Star / den Raum betritt ein hochverehrter Komiker

Diese Erwartungsstimmung klingt im schalkhaften Gesang der Therapeutin an. Mit Blicken in die Runde tastet sie sich voran und beschleunigt das Tempo.

Die Therapeutin macht nach dem Refrain eine Fermate. Diese spannungsvolle Pause nutzt Frau Bittner für den Einsatz ihres Solo's. In Ermangelung eines Textes in diesem schnellen Tempo, erfindet sie Nonsenssilben, die phonetisch dem bekannten Text ähneln. Die Therapeutin neigt sich ihr hier besonders zu und begleitet sie auf der Gitarre synchron zu ihrem Gesang. Die gezupfte rasche Achtel-Bewegung entspricht dem Tempo und Rhythmus der Sängerin. Es entsteht eine lustvolle Interpretation der Strophe. In dieser positiven Atmosphäre stabilisiert sich die Beziehung. Der anschließende rückversichernde Blick zur Kamera strahlt Freude und Stolz über die eigene Leistung aus. Ein Beispiel für lustvolles Selbstwirksamkeitserleben mit performativen Anteilen. Das vordergründige Überwiegen der rhythmischen Gestaltung ermöglicht Frau Bittner Kohärenzerleben. Begegnung findet im Modus 6 statt. Beide Aktive bringen persönlichen Ausdruck und flexible Dynamik in das Spiel ein.

Frau Schmidt erlebte diesen Wechselgesang wie eine Vorführung, der sie folgen konnte und die sie jetzt mit einem schmunzelnden, stimmhaften Lächeln beklatscht.

Am Anfang der zweiten Strophe singt Frau Bittner noch mit, um mit Blick zur Kamera, den Gesang der Therapeutin hörend, wegzuträumen. Der Beziehungsmodus geht im Sinne einer Pause auf Modus 0 zurück.

Frau Schmidt schaut während der zweiten Strophe auf die Therapeutin und es gelingt ihr nur bedingt, die vielen Reize dieses schnellen Tempos, zu erfassen. Eine sinngebende Verarbeitung ist am Liedende möglich (Modus 1).

Als das Lied verklungen ist, bestätigt sie dies zustimmend.

Frau Schmidt: „Ja.“

Die Therapeutin interveniert hier in Richtung des Fortgangs der musikalischen Aktivität und unterstützt das Performative der Situation (Modus 6).

6.4.12. Gemein is´ so was!

Die Therapeutin: „Ja, was singen wir denn? Sie haben ja schon etwas vorgeschlagen. Sie wollten das „Wandern ist des Müllers Lust“ singen.“

Frau Passenheim und Frau Schmidt: „Ja.“

Die Therapeutin: „Na, dann singen wir mal.“

Lied

Das Wandern ist des Müllers Lust, das Wandern ist des Müllers Lust, das Wandern.

Es muss ein schlechter Müller sein, dem niemals fiel das Wandern ein, das Wandern.

Das Wandern.

Frau Passenheim hat das Lied vorgeschlagen und singt es von Anfang an mit. Frau Schmidt setzt ab der zweiten Textzeile ein, während Frau Bittner die small-percussions-Instrumente exploriert.

Während des Singens passt die Therapeutin ihre Stimme der mitsingenden Frau Schmidt an. Sie singt eine Oktave tiefer. Dies fördert den Fortgang ihres Singens, der leicht ins Stocken geriet. Jetzt hat Frau Schmidt durch diese therapeutische Intervention Halt und kann das Lied weitersingen. Nachdem die Orientierung auf das Lied wiederhergestellt ist, geht die Therapeutin in ihre ursprüngliche Tonhöhe zurück, ohne den musikalischen Fluss und die Beziehung zu gefährden.

Mit einem Akzent auf dem letzten Akkord endet der erste Lieddurchlauf.

Für Frau Bittner hat dieser Akzent mit nachfolgender Pause Auftaktcharakter, der ihr Solo einleitet.

Frau Bittner: „Aus Wasser haben wir´s gemacht, aus Wasser haben wir´s gemacht.“

Singend schaut sie auf die Instrumente und bewegt sie in ihren Händen.

Die Therapeutin greift ihre Tonlage und ihren Duktus auf und singt das Lied weiter.

Lied

Vom Wasser haben wir´s gelernt. Vom Wasser. Das hat nicht Ruh´ bei Tag und Nacht. Ist stets auf Wanderschaft bedacht. Das Wasser.

Die Therapeutin singt den Text überdeutlich mit Portato-Betonungen. Frau Bittner wendet ihr den Blick zu und bringt damit zum Ausdruck, dass sie sich durch diese Gestaltung angesprochen fühlt. Sie selbst singt aber nicht mehr weiter und erlebt den Fortgang des Liedes durch die Therapeutin. Der Gesang der Therapeutin wird in der unmittelbaren Nähe von Frau Schmidt wieder lyrischer und stellt damit eine musikalische Bezogenheit zu ihr her. Frau Schmidt nähert sich der Therapeutin und spricht aufgeregt auf ihren Gesang. In ihrer Blickrichtung hängt ein Kalenderblatt im 50er Jahre-Stil, auf dem vier Frauen abgebildet sind. Die Therapeutin beendet die Liedform in der Stimmlage der Sprechstimme von Frau Schmidt. Dies signalisiert Frau Schmidt, dass sich ihr die Therapeutin gleich zuwenden wird. Diese zeigt mit großer Armgeste auf das Kalenderblatt an der Wand.

Die Therapeutin nimmt diese Geste auf und zeigt in die gleiche Richtung. Beide fokussieren ein Drittes. Die Gerichtetheit ihrer Aufmerksamkeit vereint sie.

Die Therapeutin vergewissert sich, Frau Schmidt richtig verstanden zu haben.

Die Therapeutin: „Das ist bei ihrer Schwester in der Wohnung?“

Frau Schmidt bestätigt dies sichtlich traurig berührt: „Ja.“

Frau Bittner schaut aufmerksam und Anteil nehmend zu Frau Schmidt.

Die Therapeutin: „War es da schön?“

Frau Schmidt: „Ja.“

Sie spricht undeutlich aber emotional engagiert von einer Schwester-Wohnung und einer Tochter, die dort gewohnt habe. Diese Erinnerungen sind vermutlich mit schmerzvollen Inhalten verbunden.

Jetzt integriert sich Frau Passenheim in des Gespräch. Das Wort „wohnen“ und der emotionale Gehalt von Frau Schmidt´s Mitteilungen lösen bei ihr Assoziationen aus, die sie nun in Worte kleidet. Sie greift den emotionalen Anteil der Thematik auf und bringt ihr Thema ein.

Frau Passenheim: „Der hat bei mir gewohnt in der Neubauwohnung.“

Sie berichtet, wie sie von ihrem Mann, für den sie jeden Tag gekocht habe, betrogen wurde. Er habe sich abends immer noch einmal weggeschlichen unter sonderbaren Erklärungen und sei dann in die andere Wohnung zu der anderen Frau gegangen. Frau Passenheim schildert diese Erlebnisse mit einem traurigen sich in die Situation fügen.

Die Therapeutin nimmt engagiert Anteil: „Pffff.“ Sie fühlt sich in Frau Passenheim ein und teilt mit ihr die Betroffenheit.

Auch Frau Schmidt reagiert: „Ja.“

Frau Bittner bleibt für sich und befühl die Instrumente.

Die Therapeutin: „Was hat er denn gesagt, wo er hingegangen ist?“

Frau Passenheim: „Das hat er nicht gesagt.“

Die Therapeutin: „Das hat er nicht gesagt.“

Frau Passenheim: „Nein, nein. Ich bin immer müde gewesen, weil ich gearbeitet habe.“

Die Therapeutin: „Und Sie sind schon ins Bett gegangen und er ist noch mal losgezogen.“

Die Therapeutin vollendet den Satz, in dem sie das Schmerzvolle stellvertretend für Frau Passenheim ausspricht. Sie signalisiert, ich habe Sie verstanden.

In das bedrückende Schweigen hinein sagt Frau Schmidt: „Gemein is´ so was!“

Die Therapeutin: „Gemein.“

Wesentliche Interventionen in dieser Szene sind anfangs auf den Fortgang des Singens ausgerichtet. Die Therapeutin interveniert im Spielraum der musikalischen Parameter, sie verändert die Tonhöhe entsprechend der Tonhöhe der Patientinnen, gestaltet Akzente, vollzieht Portato-Bewegungen und lyrischen Liedfluss. Damit spricht sie einzelne Patientinnen in ihren typischen Ausdrucksmöglichkeiten an und kann sie in die aktive Liedgestaltung, nämlich Mitsingen, einbinden.

Die Akzentvorgabe mit folgender Pause am Ende der ersten Strophe ermuntert eine Patientin selbstbestimmt ein Solo zu beginnen, welches die Therapeutin stützend begleitet.

Im weiteren Verlauf entwickelt sich ein Gespräch, welches aus einer konkreten Wahrnehmung eines Bildes und damit verknüpften Erinnerungen entsteht. Im Gespräch interveniert die Therapeutin, Verständnis zeigend, mitfühlend, nachfragend und bestätigend. Über den emotionalen Anteil des anfänglichen Zweiergespräches ergibt sich ein Gruppengespräch mit einem gemeinsamen Fokus. Die Bezogenheit stellt sich über gegenseitiges Einfühlen in den anderen her.

7. Interventionstechniken

Im folgenden Kapitel werden die Interventionstechniken von der Fallspezifität (Kap. 6) losgelöst betrachtet, gegebenenfalls erfolgen Querverweise.

Die Erarbeitung einer Hierarchie der Interventionen wirft ein Kategorienproblem auf. Ziel der Interventionen der Musiktherapeutin ist, eine lebendige Beziehung zu gestalten. Hier stellt sich die Frage: Durch welche Kategorien definiert sich Beziehung in der Musiktherapie?

Ausgehend von der Beziehungsfähigkeit der Demenzkranken und ihren weiteren Ressourcen, sind gelungene Interventionen Ausdruck der Wahl des adäquaten Mittels, welches die Therapeutin anwendet, um Beziehung zu ermöglichen.

Hier werden die Mittel Sprache, Bewegung und musikalische Aktivität betrachtet. In anderen Zusammenhängen definiert sich Beziehung anders. Deutlich wird der Kontextbezug, der an die Erfahrungswelten Demenzkranker anknüpft, hier die Etablierung einer auf Normalität ausgerichteten Beziehung.

Innerhalb der Musiktherapie übernimmt die Therapeutin Hilfs-Ich-Funktionen, reguliert Affekte und antwortet authentisch. Die beschriebenen Interventionen betreffen Demenzerkrankte im mittleren Krankheitsstadium.

7.1. Interventionen, die Beziehung betreffend

Um die Interventionen, die sich auf die Beziehung richten in eine Ordnung zu bringen, wird das Forschungsinstrument EBQ (Vgl. Schumacher et al. 2002) genutzt. Die Besonderheit besteht darin, dass es auf eine Gruppensituation mit Demenzkranken angewandt wird.

1. Demenzkranke verfügen, anders als Kinder mit tiefgreifender Entwicklungsstörung, über alle Beziehungsfähigkeiten in den verschiedenen Kontaktmodi. Beziehungsqualitäten werden hier nicht entwickelt, sondern belebt. Im fortschreitenden Krankheitsverlauf gehen die Beziehungsqualitäten verloren. Aufgabe der Musiktherapie ist hier, in einen Abbauprozess einzugreifen und ihn zu begleiten.

2. Interventionstechniken in einer Gruppe darzustellen, bedeutet eine Modifizierung der Techniken vorzunehmen und sie zu befragen nach den Unterschieden zur Anwendung in der Einzeltherapie. Welche Anforderungen stellen sich an die Therapeutin? Wann richten sich Interventionen auf die Gruppe, wann auf den Einzelnen? Zur Bedeutung von Erfahrungen in der Gruppe sei auf Kapitel 3.3. verwiesen.

Die Individualität der Gruppenteilnehmerinnen ist im unterschiedlichen Kontakt- und Beziehungsverhalten erlebbar. Dies stellt an die Therapeutin die Aufgabe, sich flexibel und feinfühlig der jeweiligen Situation zu stellen und jeder Gruppenteilnehmerin Kontakträume zu eröffnen.

Für die Praxis heißt dies, mit einer Intervention Begegnung in einem und verschiedenen Modi gleichzeitig zu ermöglichen. Ein Widerspruch? Wenn wir davon ausgehen, dass Demenzkranken im mittelschweren Krankheitsstadium noch alle Kontaktmodi zur Verfügung stehen und nur zum rechten Zeitpunkt die rechte Ansprache gelingt, sind die jeweils anderen Beziehungsmodi dennoch verfügbar und überraschende Reaktionen erlebbar. Selbst in der allerfeinfühligsten Begegnung mit der Therapeutin bleibt jeder Mensch und eben auch der Demenzkranke ein selbstbestimmtes Individuum mit nur ihm eigenen seelischen Prozessen. Für eine Begegnung unter solchen Bedingungen scheint besonders die Musik prädestiniert zu sein, denn die Wahrnehmung und das Erleben von Musik sind höchst subjektive Vorgänge. Die unterschiedlichen musikalischen Gestaltungsparameter stehen zur Verfügung für die verschiedensten Kontaktmöglichkeiten¹.

Hier wird die Schwierigkeit deutlich, musiktherapeutische Interventionen allein nach einem Ursache-Wirkungszusammenhang zu beurteilen. Weil die Therapeutin aufgrund ihrer Systemanalyse eine Intervention anwendet, folgt daraus nicht zwangsläufig immer dieselbe Reaktion. Eine angemessene Intervention beinhaltet auch immer eine Fehlerquote, die durch verschiedene Faktoren bestimmt ist. Diese zu analysieren, wäre ein weitergehender Forschungsschwerpunkt.

Es lässt sich nicht generalisieren, dass der in der Gruppe am meisten angebotene Kontaktmodus die Intervention bestimmt, sondern die Gruppendynamik und die Affektlage der Einzelnen sind die entscheidenden Indikatoren für therapeutische Interventionen.

Zielt eine Intervention auf eine einzelne Gruppenteilnehmerin, so profitieren die anderen Gruppenteilnehmerinnen davon auf unterschiedliche Weise. Wenn man das Performative eines gelungenen Kontaktes ins Auge fasst, so sind die anderen Teilnehmer auch in ihren Rollen determiniert, nämlich als Zuhörer und Zuschauer². Der Raum zwischen den aktiv Handelnden und den passiv Beteiligten ist hier ein Klangraum. Für Peter Brook ist es schon der leere Raum, das sogenannte Dritte, in dem sich Beziehung gestaltet (Vgl. Brook 2004). In der Musiktherapie gestaltet sich Beziehung im und als Klangraum. In diesem Klangraum wirken musiktherapeutische Interventionen stets subjektiv auf das Ausdrucksverlangen des Einzelnen und der Gruppe. Daraus können sich Handlungsimpulse in Richtung Kontakt erleben entwickeln, zu denen Demenzkranke sonst nicht mehr in der Lage sind.

Diese Handlungsimpulse brechen oft sehr unvermittelt hervor und scheinen oft jeglichen Zusammenhangs zu entbehren. Während die Therapeutin mit einer Patientin in Kontakt kommt, kann eine andere urplötzlich dazwischen „schießen“ und einen anderen Begegnungsmodus einfordern³. Wenn die Therapeutin sich nach Beendigung des ersten Kontaktes oder einer günstigen Gelegenheit zum Integrieren des Einwurfes, der Dazwischen-Schießenden widmet, finden sich meist Zusammenhänge und Handlungsimpulse werden nachvollziehbar.

Die Musiktherapeutin einer Gruppe Demenzkranker benötigt für ihre Arbeit ein großes Maß an Flexibilität und die Bereitschaft, sich auf wilde Kapriolen im Beziehungsverhalten der Patientinnen einzulassen. Kontaktabbrüche und durchschießende Handlungsimpulse erscheinen

¹ Vgl. Kap. 6.4.3., S. 45, 5. Absatz

² Vgl. Kap. 6.4.10., S. 58, 3. Absatz

³ Vgl. Kap. 6.4.12., S. 59, 5. Absatz

auf den ersten Blick unvermittelt. Lässt sich die Therapeutin ganz auf ihre Patientinnen ein, so bekommen alle Interaktionen Bedeutung und Sinn.

Nachfolgend werden Interventionstechniken der Musiktherapeutin beschrieben. Sie wurden auf induktivem Weg aus dem Szenenmaterial erarbeitet und sind darin auch belegt.

Diese induktive Vorgehensweise bei der Datenerhebung kann Vollständigkeit und Allumfasstheit nicht garantieren. Dieser Fakt äußert sich vor allem darin, dass hier

1. Interventionstechniken allein für das zweite Krankheitsstadium in der Demenzausprägung belegt sind und
2. allein Interventionstechniken als Parameter psychotherapeutischem Handeln gewählt wurden und damit weitere Parameter (Übertragungen, Gegenübertragungen, Verlauf, Prozess usw.) ausgeschlossen wurden, bzw. nur gestreift werden.

In der Gruppenmusiktherapie mit an Demenz erkrankten Menschen überwiegt methodisch das Singen. Ein umfangreiches Repertoire an Liedern ist im Erfahrungsschatz der Erkrankten verfügbar. Insbesondere Lieder aus der frühen Kindheit und Lieder mit großem Situationsbezug, wie Kirchenlieder und Wanderlieder, kommen zum Einsatz.

Die Interventionen der Therapeutin sind vornehmlich an die menschliche Stimme gebunden.

Die Methode des Musikhörens von Tonträgern wurde in diese Untersuchung nicht mit einbezogen. Zur Unterstützung des Singens bringt die Therapeutin die Gitarre mit. Den Patientinnen stehen einige wenige Small-Percussion-Instrumente zur Verfügung, eine Handtrommel, eine Kalimba, ein Schellenband, zwei Caxixi und eine Lyra. Diese Instrumente wurden im Jahresverlauf sukzessive eingeführt und liegen nun in jeder Therapiestunde bereit, um jedes Mal neu entdeckt zu werden.

Die Ausgangssituation jeder Therapiestunde ist eine persönliche Begrüßung. Hier ist für die Therapeutin schon das Befinden der Einzelnen und die Gruppenstimmung abspürbar. Entweder äußern die Patientinnen Wünsche, sind im Blickkontakt mit der Therapeutin, bringen wichtige Anliegen ein, kommunizieren mit der Therapeutin oder gehen nach der Begrüßung sofort wieder auf den Modus der Beziehungslosigkeit zurück.

Beziehungslosigkeit meint hier nur für sich zu sein, auf einem Sesselstuhl oder Rollstuhl im Kreis um einen Tisch zu sitzen und nicht einmal den unmittelbaren Sitznachbar wahrzunehmen. Der Blick ist nach unten oder in die Ferne gerichtet, manches Mal sind die Augen geschlossen und die Patientinnen schlafen.

Die Ausgangssituation in einer Gruppenmusiktherapie weist immer interindividuelle Unterschiede der Wachheit, Bezogenheit und Stimmung der Patientinnen auf.

Ein Angebot an die Gruppe gibt die Therapeutin mit einem situationsangemessenen Lied.

Sie interveniert oftmals in Modus 0.

7.1.1. Modus 0 - Kontaktlosigkeit

Interventionen in diesem Modus sind angezeigt am Beginn einer Therapiestunde oder in Zeiten, die die Patientinnen für einen Rückzug brauchen. Die Interventionen haben Resonanz schaffenden Charakter. Musik wird eingesetzt in ihrer Halte-Funktion. Der So- Zustand der Patientinnen wird akzeptiert, ohne verändernd einwirken zu wollen.

In diesem Modus der Kontaktlosigkeit und Abwehr können die therapeutischen Interventionen auf die gesamte Gruppe und den Einzelnen gerichtet sein, als ein offenes Angebot ohne direkte Aufforderung.

Die Therapeutin zeigt in ihrer Körperhaltung und Mimik eine positiv eingestellte Affektlage. Sie konzentriert sich auf ihre eigene Musik, die die Atmosphäre im Raum aufnimmt.

Die musikalischen Mittel sind folgende:

Die Stimme der Therapeutin ist ganz Ausdruck ihrer eigenen Persönlichkeit. Sie scheint für sich zu singen, allerdings ohne jegliche Intention zur Selbstdarstellung. Die Melodie des gesungenen Liedes ist ruhig fließend ohne exponierte Tonintervalle. Die rhythmische Struktur ist einfach. Vordergründig ist es der Klang, der die Gruppenteilnehmer einhüllt⁴. Die dynamische Gestaltung ist konstant ruhig.

Die Liedauswahl orientiert sich an der Gruppenstimmung. Die Textgestaltung zielt nicht auf die Vermittlung von Inhalten ab. Hier dominiert der vokale Klang, so dass auch vokalisierend gesungen werden kann.

Der ruhige Fluss des Gesanges findet seine Entsprechung in der instrumentalen Begleitung. Die Begleitung bildet einen Klangteppich, der ohne Brüche (Pausen) gewebt ist.

7.1.2. Modus 1 - Kontakt

In diesem Modus kommt es zu kurzzeitigen Begegnungen zwischen der Therapeutin und den Patientinnen und den Patientinnen untereinander. Reaktionen der Patientinnen mobilisieren die Zugewandtheit der Therapeutin und stehen im Mittelpunkt ihrer Wahrnehmung. Im Sinne von Synchronizität stellt die Therapeutin eine Beziehung her. Rhythmus und Intensitätskontur von Reaktionen der Patientinnen werden genau erfasst und musikalisch gestaltet. Die Therapeutin bietet den Patientinnen klangliche Angebote, welche die sinngebende Verknüpfung von Sinneseindrücken ermöglichen⁵.

Die Wahrnehmung der Therapeutin ist hier auf das einzelne Gruppenmitglied gerichtet. Jede Patientin bietet die ihr eigenen Verknüpfungen an. Im Sinne von Stellvertreterfunktion und Nachahmungsmöglichkeiten kann ein Beziehungsverhältnis für andere stehen und mobilisierend wirken. Patientin A bietet Kontakt im Modus 1 an. Patientin B nimmt dies wahr und singt beispielsweise auch mit. So kann auch kurzzeitiger Kontakt der Patientinnen untereinander zustande kommen, der auch schon einmal mit Blick rückversichert wird.

Musikalisch setzt die Therapeutin folgende Mittel ein:

Die Singstimme der Therapeutin verlässt ihre Selbstbezogenheit. Auch mit sich zuwendender Körperhaltung signalisiert die Therapeutin, ich nehme dich wahr. Die Singstimme der Therapeutin verändert sich ausgehend von den Reaktionen der Patientinnen. Das Timbre und die Tonhöhe passen sich den Patientinnen an.

Haltend und stützend wird die Melodiefolge gesichert, ihr zeitlicher und rhythmischer Verlauf wird angepasst. Unterbrechungen und Pausen der Patientinnen werden mitvollzogen. Rhythmische Übereinstimmungen sind der entscheidende musikalische Parameter, um Synchronizität zu erleben. Hier kommt besonders den Pausen Bedeutung zu. In Pausen, also

⁴ Vgl. Kap. 6.4.9., S. 55, 1. Absatz, Frau Klein

⁵ Vgl. Kap. 6.4.9., S. 55, 1. Absatz, Frau Passenheim und Frau Bittner

nicht klingenden Zwischenräumen, hat das zuvor Erlebte Nachwirkung und kurze rückversichernde Blicke gehen in die Runde.

Vorsichtiges und zufälliges Berühren von Instrumenten wird verstärkt, indem die Therapeutin ihre musikalischen Aktivitäten anpasst. Dies kann bedeuten, das Tempo zu beschleunigen oder zu verlangsamen, die Lautstärke zu erhöhen oder zu verringern, den Klang von Flächigkeit zu punktuellen Reizen zu verändern. Reaktionen der Patientinnen, wie kurzzeitiges Mitsingen einer Liedsequenz, sind in diesem Modus schon als Wiedererkennungseffekte zu interpretieren, die ein kurzfristiges Wahrnehmen ermöglichen, im Sinne von, da singt jemand etwas, was ich auch kenne.

Haltgebend ist die Therapeutin auch in diesem Modus die Initiativträgerin. Ohne ihre Liedvorgabe wäre keine spontane Reaktion möglich. In der Teilnahmslosigkeit und Unfähigkeit eigene Bedürfnisse zu stillen, braucht es den Impuls der Therapeutin. Es ist ein Aufblitzen von Erinnerung, ein Lied zu hören und das Erkennen durch kurze Liedeinwürfe zu bezeugen.

Akustisch wahrnehmbare Äußerungen, wie das Rutschen mit dem Stuhl, das Hüsteln, das Niesen, das Schmatzen, das Erklingen beim Berühren von Instrumenten nimmt die Therapeutin auf und bezieht es in ihre Liedgestaltung ein. Sie signalisiert damit, ich nehme dich wahr.

Sichtbare Veränderungen der Körperhaltung, wie sich räkelnd, die Hände auf den Tisch legen, das Bewegen der Beine und Füße, das Heben des Kopfes spiegelt die Therapeutin. Sie verändert entsprechend auch ihre Körperhaltung.

Die beschriebenen Kontakte sind flüchtig und von kurzer Dauer. Erst im Modus 3 wird intensiveres Kontakterleben möglich.

7.1.3. Modus 2 - Funktional sensorischer Kontakt

In diesem Beziehungsmodus stehen hohe Affekte im Mittelpunkt. Dem Ausdrucksverlangen der Patientinnen stellt sich die Therapeutin funktionalisiert zur Verfügung. Haltend und stützend begleitet die Therapeutin Affektzustände, reguliert sie und ermöglicht ihre Verarbeitung. Affektzustände Demenzerkrankter erscheinen primärprozesshaft (Verdichtung und Verschiebung der Denkinhalte, Zeitlosigkeit, Fortfall der wachen Logik und korrigierender Realität), gesteuert und mächtig. In der Verantwortung der Therapeutin liegt es, Grenzen zu ziehen, um zerstörerische Angriffe auf Gegenstände und Personen zu verhindern. Grenzen ziehen meint nicht, Verbote auszusprechen, sondern, das Verhalten mitvollziehende Interventionen einzusetzen, und auch, Verständnis zeigend in Mimik und Gestik, verbal zu begleiten.

Die Therapeutin muss sich in den Affekt hineinbegeben, um authentisch im Kontakt zu bleiben. Beschwichtigungen bewirken eher eine Affektverstärkung, weil die Patientinnen sich nicht ernst genommen fühlen würden.

Gerade in der Not massiver Affekte gilt es, wie überhaupt, auf infantilisierende Beziehungsmuster zu verzichten. Der affektbelastete Mensch bleibt auch mit einer Demenzerkrankung ein erwachsener Mensch, der allerdings in der Verantwortung für sein Leben Unterstützung braucht. Diese kann die Musiktherapeutin anbieten mit folgenden Interventionen:

Die Therapeutin stellt sich als Person ganz in den Dienst der Problematik. Sie übernimmt dadurch Hilfs-Ich-Funktionen für die Patientinnen. Sie bietet eine Projektionsfläche und

Gestaltungsräume für übermächtige Affekte ⁶. Sie darf dem Affekt nicht hinterher laufen oder ihn nur einfach spiegeln, sondern die Therapeutin ist einen Schritt voraus, indem sie Gestaltungsformen anbietet.

Dies kann eine kräftig angeschlagene Kadenz auf der Gitarre sein, die die Dominante betont und vielleicht schon die Auflösung zur Tonika andeutet.

Die Therapeutin kann mit ihrer Stimme ein Lied anbieten, meist werden dies Situationslieder sein, die Äußerungen der Patientinnen aufnehmen und in eine Form bringen. Formen sind musikalisch gestaltete Abläufe, die einen Prozess- oder Entwicklungsgedanken einschließen und somit einen Ausblick weisen, dass auch der Affekt, wenn er gestaltet wird, eine Entwicklung nimmt. Davon ist die Therapeutin in ihrem Innern zutiefst überzeugt.

Der musikalische Parameter Dynamik ist in diesem Modus das Hauptgestaltungsmittel der Therapeutin. Das dynamische Spektrum der Stimme und der eingesetzten Instrumente muss es ermöglichen, den Affekt zu begleiten und zu regulieren. Dynamik ist stark an das Erleben gebunden und Dynamik vermag Gefühlsqualitäten in eine Gestalt einzubinden.

Die rhythmisch genaue Abstimmung auf affektive Äußerungen kann Orientierungslosigkeit und Ängste aufheben und neue Orientierung vermitteln. Rhythmus wirkt hier als Organisator und Koordinator zwischenmenschlicher und interner Prozesse.

In der Gruppenmusiktherapie mit Demenzkranken richten sich Interventionen in diesem Modus in der Regel auf ein einzelnes Gruppenmitglied. Dadurch, dass die Therapeutin den übermächtigen Affekt in eine Gestalt bindet, schützt sie auch die anderen Gruppenteilnehmer und weist Wege für den Umgang mit derartigen Affekten. Es können sich aber auch Interaktionen zwischen den Gruppenteilnehmerinnen ergeben, die als lebendiges aufeinander Bezugnehmen interpretierbar sind. Moderierend kann die Therapeutin diese Interaktionen begleiten und den gegenseitigen Austausch der Gruppenteilnehmerinnen befördern. Solcherart Interventionen gehen dann rasch in den Sprachraum über, wechseln also in den Modus 7.

Eine besondere Art von Affekt, nämlich der Traueraffekt bis hin zum Weinen kann als Gruppenmodus auftreten. Mit dauernden Verlustereignissen konfrontiert, so wenn Gruppenmitglieder versterben, eigene Einsamkeit oder verlorene Beziehungspartner gemeinsam betrauert werden, kann sich eine „Trauergemeinschaft“ bilden.

Dafür findet die Therapeutin in bestimmten Liedern erlebbare Ausdrucksmöglichkeiten, die, in eine Form gebunden, Bedrohungserleben minimieren ⁷.

7.1.4. Modus 3 - Kontakt zu sich selbst

Im Modus 3 zielen die Interventionen der Musiktherapeutin auf die Erfahrung von Urheberschaft und Selbstwirksamkeit. Hier findet die Belebung von in der Biografie verankerten Erfahrungen statt und gleichzeitig ist hier der Raum vorhanden, neue Erfahrungen zu machen. Explorationshandlungen werden unterstützt, begleitet, umspielt, verstärkt, übertrieben. Die Therapeutin richtet ihre Intervention nach der Ausdrucksform der Patientinnen. Musik in ihrer Funktion als Übergangsobjekt ermöglicht das Bewusstwerden der eigenen Stimme, des Körpers und der eigenen Handlungen.

⁶ Vgl. Kap. 6.4.10., S. 55, 4. Absatz

⁷ Vgl. Kap. 6.4.2., S. 45, 1. Absatz

Die resonanzgebende Begleitung durch die Therapeutin, ihre Wahrnehmung der Äußerungen der Patientinnen ist intensiver und zeitlich ausgedehnter als im Modus 1.

Musikalisch bedeutet dies, dass die Therapeutin ihre Stimmlage und den Stimmklang den Patientinnen angleicht und ihnen weiterhin Räume für Selbstwirksamkeitserleben öffnet.

Dies wird beispielsweise möglich, wenn die Therapeutin ein Lied singt, in welches die Gruppenteilnehmerinnen einstimmen, so dass die Therapeutin dann die Lautstärke ihres Gesanges verringert, auf vokalisierende Begleitung übergeht und instrumental stützend den Fortlauf des Singens oder der instrumentalen Exploration befördert⁸. Eine vergleichbare musikalische Form wäre das begleitete Sololied. Die Begleitfunktion ist aber vor allem auf den Fortgang der Exploration ausgerichtet. Dies betrifft Strophenlieder in denen die Therapeutin nicht nach der ersten Strophe endet, sondern die Initiative auf den Fortgang richtet. Damit belebt sie gleichzeitig die Anwendung von gelernten Texten. Demenzkranke verfügen über ein reiches, reproduzierbares Repertoire an Liedtexten, welche als Ressource angesprochen und aktiviert, Selbsterleben stärkt.

Spontanen instrumentalen Äußerungen wird Bedeutung verliehen. Die Therapeutin zeigt Interesse an diesen Handlungen durch ein sich der Patientin Zuneigen, Anspornen mit aufmunternden Blicken, Fortführen der Exploration, wenn die Patientin aufhört, um die musikalische Form zu verlängern. Dies geschieht auch durch situationsbeschreibende Lieder.

Interventionen im Modus 3 richten sich auf einzelne Gruppenmitglieder, eine Patientin exploriert die Kalimba und die Therapeutin zupft dazu klangähnlich die Gitarre.

Sie können aber auch die gesamte Gruppe betreffen, wenn im Chor ein Lied gesungen wird, jede auf ihre Weise mitsingt und sich der Unterstützung der Therapeutin sicher sein kann. Dabei ist die Therapeutin hintergründig unaufdringlich präsent.

7.1.5. Modus 4 - Kontakt zum Anderen

Im Modus 4 gehen die musiktherapeutischen Interventionen über das Bewusstmachen von Handlungen hinaus. Als bestätigende Person erfüllt die Therapeutin das Bedürfnis der Patientinnen nach Rückversicherung. Die aktiv in das Geschehen eingebundene Therapeutin fühlt sich als Person wahrgenommen. Dies kommt zum Ausdruck im gemeinschaftlich ausgerichteten Interesse auf eine Handlung. Hier wirkt die Musik in ihrer Funktion als Intermediärobjekt.

Das gemeinsame Singen und Musizieren ist von einem gemeinsamen Spielimpuls getragen, der mit Blickkontakt immer wieder rückversichert wird.

Die Therapeutin kann erstmals eigene Ideen in die Handlung einbringen, ohne allerdings schon auf einen Dialog hin abzuzielen. Dabei respektiert die Therapeutin den Wunsch der Gruppenteilnehmerinnen nach Pausen. Pausen dienen der Verinnerlichung und verhelfen zu einer selbstbestimmten Wiederaufnahme des gemeinsamen Musizierens durch die Patientinnen. Die Bandbreite der musikalischen Parameter bestimmen die Patientinnen. Dabei wissen sie sich in ihren Motiven und Ideen von der Therapeutin getragen. Die grundlegend neue Qualität der Beziehung ist erlebbar im Interesse, dass die Patientinnen den Handlungen der Therapeutin entgegenbringen⁹.

⁸ Vgl. Kap. 6.4.4., S. 48, vorletzter Absatz

⁹ Vgl. Kap. 6.4.3., S. 47, 2. Absatz, Frau Passenheim

Die singende Therapeutin wird längerfristig angeschaut. Über visuellen und akustischen Kontakt findet eine Feinabstimmung aufeinander statt. Das instrumentale Spiel der Therapeutin wird verfolgt mit Blickkontakt zum Instrument und zur Therapeutin. Den Patientinnen gelingt die intermodale Verknüpfung: ich sehe was ich höre und daran habe ich auch Interesse. Die Therapeutin bietet Spielpausen an, um eigeninitiative Handlungen zu ermöglichen.

Die körperliche Nähe der Therapeutin wirkt in diesem Modus fördernd. So kann auch gemeinsam ein Instrument bespielt werden, auf dem jeder seine eigenen Ideen zum Klingen bringt.

Die Stimme der Therapeutin und ihre Instrumentenwahl kann sich deutlich von jener der Patientinnen unterscheiden, ohne dass die Beziehung dadurch gefährdet wäre.

Als gemeinsame Gestaltung eines Liedes ist die Begegnung im Modus 4 als Gruppenmodus möglich, wird aber auf Grund der plötzlichen Kontaktabbrüche im zeitlichen Verlauf kurz sein. Ein rascher Wechsel in die Modi 0 und 1 ist immer im Sinne von Pausen interpretierbar. Auf Grund des intensiven Kontakt- und Beziehungserlebens im Modus 4 miteinander, schießen verbale Impulse durch, die das Gesungene mit Erinnerungen verknüpfen und sofort mitgeteilt werden wollen. Dies wird durch den teilnehmenden Halt, den die Therapeutin vermittelt, befördert. Die Therapeutin wird je nach Situation entscheiden, die musikalische Form zu Ende zu gestalten mit oder ohne Tempobeschleunigung oder abubrechen, um daran anschließende verbale Reflexionen über Liedinhalte und biografisch relevante Ereignisse zu ermöglichen. Die Nähe zum Modus 7 ist fließend.

7.1.6. Modus 5 - Beziehung zum Anderen

Die Beziehungsqualität im Modus 5 gestaltet sich wechselseitig, was sich darin zeigt, dass die Patientinnen eine Beziehung von sich aus initiieren können. Die Patientinnen nehmen die Erwartungshaltung der Therapeutin wahr und können ihr mit eigenen Impulsen begegnen. In dem Wunsch nach Austausch äußert sich das Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe, der sich im Dialog, also im Fragen und Antworten ereignet¹⁰.

Der musikalische Dialog ist gekennzeichnet von sich gegenseitig übernehmenden Motiven, Rhythmen, Nonsensversen und –silben oder einzelnen Tönen. Diese Ausdrucksphänomene können imitierend und variierend gestaltet sein, als Lücke- und Imitationsspiele sowie Ergänzungsreihen.

Ist die Atmosphäre für diesen Beziehungsmodus hergestellt, nämlich Selbsterleben und Wahrnehmung des Anderen als Anderen gewährleistet, so findet Begegnung in diesem Modus nicht nur zwischen der Therapeutin und den Patientinnen statt, sondern auch zirkulierend interaktiv untereinander. Die Patientinnen „kommunizieren“ in einem gemeinsamen Spielraum. Solche Begegnungen ereignen sich in der Gruppenmusiktherapie mit Demenzkranken selten und situationsabhängig. Es entscheidet die individuelle und charakterliche Einstellung zu lustvollem Spiel über die Anteilnahme an solcherart Interaktionen. Steuernde Über-Ich-Instanzen und internalisierte Normen und Regeln, als auch physische Kraftlosigkeit im fortschreitenden Abbauprozess der Demenzkranken verhindern spielerische Interaktionen. Auch ist die Auffassung vom Spielen gebunden an die Vorstellung, dies sei Kinderkram ernsthaft Erwachsenen nicht würdig. Diese Lebensphilosophie wird die Musiktherapeutin nicht

¹⁰ Vgl. Kap. 6.4.7., S. 52, 3. und 4. Absatz, Frau Bittner

aufheben, es gilt im Gegenteil, ihr Respekt zu zollen durch Akzeptanz des So-Seins und dabei dennoch nach den Spielräumen zu suchen. Diese Spielräume stehen auch im Verbalen zur Verfügung.

Sinnverkehrende Veränderungen an Liedtexten und situationsbeschreibende Umdichtungen bereiten einen heiteren Spielraum, den die dementen Patientinnen gern betreten und durch eigene Ideen bereichern. Sprachlich logische Zusammenhänge herzustellen, gelingt im fortschreitenden Krankheitsprozess immer seltener. Sprach- und Sprechfähigkeiten zu befördern, bedeutet für die Therapeutin sich der Sprache performativ zu bedienen. Sinnlogik spielt darin eine untergeordnete Rolle.

Der sprachliche Dialog jenseits von Sinnlogik schafft eine auf Heiterkeit und Aufmerksamkeit beruhende spannungsvoll erwartete Beziehung. Das Musikalische dieser Art Sprache äußert sich im spielerischen Umgang mit der Stimme, sie wird erhoben, beschleunigt, mit Lachgeräuschen und Glucksern angereichert, gegenseitig imitierend genutzt, rollenspezifisch gestaltet.

Die Interventionen in diesem Modus richten sich auf einen 1:1 Kontakt, der das Überraschungselement, dass auch weitere Gruppenteilnehmerinnen in den Dialog einsteigen, einschließt. Der wandernde und aufmunternde Blick der Therapeutin in die Runde, die gezielte verbale oder musikalisch gestaltete Ansprache der einzelnen Gruppenmitglieder kann dazu führen, dass sich der Dialog auf die gesamte Gruppe ausweitet.

7.1.7. Modus 6 - Begegnung im Spielraum

Beziehung in diesem Modus bedeutet, in einem Spielraum lustvoll gemeinsam Kontakt zu gestalten. Gekoppelt an eine freudige Affektlage stabilisiert sich dabei die Beziehung längerfristig. Die Interventionen richten sich auf aufkommende Phantasien und Spielideen, die den Fortgang des Spiels, des Tanzes oder der Szene ermöglichen. Die Spielbewegung ist eine zirkuläre, wobei der Initiator oft schwer auszumachen ist.

Gemeinsam werden Affekte mit entsprechenden rhythmischen und melodischen Motiven gestaltet. Über die Liedauswahl stellt sich eine Verbindung her zwischen musikalisch-spielerischem Erleben und eigener Gefühlswelt. Dieses Gefühlserleben ist mit Erinnerungen verknüpft, die in der Biografie verortet sind und im Hier und Jetzt eine Belebung erfahren. Individuell bedeutsame Themen finden hier eine Bühne. Im Spiel, im Tanz oder in der Szene werden Gefühlsqualitäten mit der Therapeutin geteilt und ausgetauscht.

Um Beziehung in diesem Modus zu gestalten, ist ein großes Maß an Orientierung und Sicherheit Voraussetzung, sowie die Präsenz aller vorigen Beziehungsqualitäten. Vornehmlich im 1:1 Kontakt, durch eine exklusive Zuwendung der Therapeutin zu einer Patientin wird Beziehung in diesem Modus möglich.

Unter dem Nachahmungsaspekt und dem Bedürfnis nach menschlichem Kontakt, in dem sich emotionale Erfahrungen teilen lassen, kann ein exklusiver 1:1 Kontakt ansteckend wirken und die Gestaltung erweiterter Spielformen initiieren, an denen die Gruppe beteiligt ist. Dies erfordert eine Orientiertheit aller Gruppenteilnehmerinnen auf ein für alle bedeutsames Thema. Tanzerfahrungen, ob im Ballhaus oder auf der Kirmes, gehören zu den biografisch relevanten Erfahrungen der heute Demenzerkrankten. Themen wie Partnerwahl, Geselligkeit und Erlangen von Selbständigkeit, sind im Tanz repräsentiert.

Die Therapeutin interveniert mit einem signifikant bekanntem Liedrepertoire, welches mit allen musikalischen Parametern gestaltet wird. Der persönliche Ausdruck zeigt sich in flexibler Dynamik, die von den Beteiligten bestimmt wird.

Diese spielraumgestaltenden Interventionen reichen vom Paartanz, der von den Nichtbeteiligten freundlich beklatscht oder gramgebeugt, missmutig verfolgt wird, über Schunkel-, Klatsch- und Stampfrunden an denen alle beteiligt sind, bis zu Szenengestaltungen, in welchen frühere Interaktionserfahrungen spielerisch dargestellt und verwandelt werden. Hier werden künstliche Räume, Bühnenräume kreativ geschaffen, Rollen eingenommen und verkörpert¹¹.

Beziehungsgestaltung in diesem Modus ist an Vertrautheit gebunden, die in jeder Therapiestunde neu erarbeitet werden muss. Auch wenn konstante therapeutische Betreuung gewährleistet ist, kann das schwankende Tagesbefinden der Patientinnen und ihre spezielle Art der Beziehungsgestaltung menschliche Begegnung in diesem Modus erschweren. Er kann in der Gruppenmusiktherapie mit Demenzkranken als eine mögliche Ausnahmesituation angesehen werden.

7.1.8. Modus 7 - Verbalisieren

Die Interventionen in diesem Modus verknüpfen emotionale Erfahrungen mit der Sprache. Lieder regen dazu an, Erinnerungen, Gedanken, Vorstellungen und Meinungen sprachlich mitzuteilen und auszutauschen.

Die Therapeutin stellt sich als Gesprächspartnerin zur Verfügung und signalisiert ernsthaftes Interesse an den Gesprächspartnerinnen und ihren Mitteilungen. Sie richtet ihre Interventionen auf die kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen, emotionale Erfahrungen zu verbalisieren. Dabei verinnerlicht sie die affektiven Anteile des Mitgeteilten und stellt sich somit auf die Affektlage der Patientinnen ein.

Ihre Sprechweise passt sie in Tonhöhe, Lautstärke und Klang dynamisch an die der Patientinnen an. Ihre Körperhaltung ist zugewandt. Sie zeigt begleitend Verständnis, bestärkt die Patientinnen in ihren Äußerungen, fragt nach, stellt Verbindungen der Patientinnen untereinander her und klärt Gesprächsinhalte.

Demenzkranken verknüpfen mit dem symbolischen Gehalt von Liedern konkrete Erinnerungen, die im Hier und Jetzt identitätsstiftend wirken. Am Horizont der Erinnerung auftauchende Inseln werden größer und in ihren Konturen klarer, je mehr man sich ihnen nähert. Ist der Fokus geschärft, sprudeln die Mitteilungen wie Bäche von den Höhen. Konkrete Worte lösen neue Verbindungen aus und Themen erweitern sich. In der Bezogenheit aufeinander findet ein wechselseitiges Geben und Nehmen statt, Leid- und Freuderfahrungen werden geteilt. Diese Bezogenheit stellt sich themenbezogen her. Eine weitere Form ist der Situationsbezug.

Der Situationsbezug kann sich so darstellen, dass miteinander geredet wird, ohne Inhalte auszutauschen, also Gesprächsinhalte nicht verstanden werden, wohl aber die Stimmung des Gesprächs wahrgenommen und adäquat reagiert wird. Sprachliche Mitteilungen können für die Therapeutin unverständlich sein und dennoch sind die Demenzkranken mit ihr und untereinander in Kontakt. Selbstredend kann ein inhaltliches Nachfragen der Therapeutin hier zu Unverständnis und zum Kontaktabbruch führen, während unterstützendes Anteilnehmen den

¹¹ Vgl. Kap. 6.4.5., S. 50, 2. Absatz, Frau Passenheim

Fortgang der Kommunikation befördert. Dies ist um so wünschenswerter, da die Patientinnen oft die gesamte übrige Zeit des Tages beziehungslos nebeneinander sitzen.

Musikalisch betrachtet, erzeugen Liedmelodien Stimmungsbezüge. Die Therapeutin kann die Lieder dementsprechend gestalten, Tempo und Duktus der damaligen Musizierpraxis anwenden.

Über Rhythmen stellen sich Ereignisbezüge her, die oft emotional besetzt sind und von den Patientinnen gern im nachfolgenden Gespräch verbalisiert werden.

Klänge führen in einen Situationskontext. Entsprechende Klänge ergeben sich aus der Instrumentenwahl der Therapeutin.

Die Fähigkeit Demenzkranker, den Sprachraum zu nutzen, entwickelt sich im Krankheitsverlauf zurück. Durch die Musiktherapie wird die Nutzung des Sprachraumes belebt. Allein schon das empathische Beziehungsangebot der Therapeutin wird von den Patientinnen so wahrgenommen, dass hier ein Raum ist, in dem menschliche Begegnung möglich ist. Mit der Liedwahl werden identitätsstiftende Prozesse angeregt.

Der räumliche Kontext, also die Gestaltung des Aufenthaltsraumes, in dem die Therapie stattfindet, kann ebenso verbale Verknüpfungen emotionaler Inhalte befördern. Eine identitätsfördernde Gestaltung, vom historisierenden Kalenderblatt bis zur künstlerischen Gesamtgestaltung, in der relevante Themen Alternder aufgegriffen werden, vermittelt Sicherheit und Orientierung, fördert das Identitätsbewusstsein der Demenzkranken und bewirkt Wiedererkennungseffekte, die gern mitgeteilt und ausgetauscht werden¹².

Beziehungsgestaltung in diesem Modus knüpft an die Erfahrungswelten der Demenzkranken an. Miteinander in kommunikativen Austausch zu treten, gehört zu den biografisch relevanten Erfahrungen. Interventionen in diesem Modus wirken immer auf die Gruppe, auch wenn die Therapeutin gerade in einem 1:1 Kontakt steht. An einem Gespräch beteiligt sein, heißt nicht nur, aktiv im Austausch zu sein, sondern auch als passiver Teilnehmer zu partizipieren mit der Möglichkeit, sich auch verbal einzubringen.

7.1.9. Zusammenfassung

Die Interventionen der Therapeutin richten sich nach dem angebotenen Beziehungsmodus der Demenzkranken. In diesem Sinne sind alle Interventionen innerhalb der Gruppenmusiktherapie mit Demenzkranken beziehungsbezogene Interventionen, die sich musikalisch, sprachlich und bewegungsfördernd vermitteln.

Die besondere Art der Beziehungsgestaltung, gekennzeichnet durch die Verfügbarkeit aller Kontaktmodi und die zentralen Defizite Verlangsamung, Erinnerungsstörung, Desorientiertheit, Identitätsverlust und Affektlabilität, erfordert von der Therapeutin ein hohes Maß an Flexibilität, da die Kontaktmodi in der Beziehungsgestaltung sprunghaft wechseln. Diese Sprünge und Kontaktabbrüche sind aus therapeutischer Sicht Ressourcen, die der Stabilisierung des Selbst dienen. Interventionen der Therapeutin erfolgen in der dargestellten Art und Weise.

In der Ausrichtung der Interventionen auf den Einzelnen und / oder die Gruppe ergeben sich situativ fließende Übergänge, die von den Reaktionen der Gruppenteilnehmerinnen abhängig sind.

¹² Vgl. Kap. 6.4.12., S. 57, vorletzter Absatz, Frau Passenheim und Frau Schmidt

7.2. Interventionsmittel: Sprache, Bewegung, musikalische Aktivität und Ideenfindung

Mit diesen Mitteln gestaltet die Musiktherapeutin in den verschiedenen Kontaktmodi die Beziehung. Hier sollen sie noch einmal isoliert dargestellt werden.

7.2.1. Sprache

Die Bedeutung des Sprachraumes wurde bereits im Modus 7 der Beziehungsqualität beschrieben. Verbalisieren und reflektieren ergeben sich aus einer konkreten musikalischen Situation.

Demenzkranken im leichten und mittelschweren Verlaufsstadium der Erkrankung sind in der Lage, die Sprache als typisch menschliche Kommunikationsform zu nutzen. Die sich im Krankheitsverlauf ergebenden Veränderungen, wurden bereits dargestellt. Hier soll jetzt darauf hingewiesen werden, dass Sprache zunehmend emotionaler eingesetzt wird und zu ihren musikalischen Ursprüngen zurückgeht. Die Kopplung der Sprache an den Affekt bedeutet für die therapeutischen Interventionen, gerade diesem Aspekt der Sprache Bedeutung zu verleihen. Wenn die Therapeutin authentisch intervenieren will, so richtet sie ihre Wahrnehmung auf diese Dimension der Sprache. Herausgelöst aus logischen (semantischen und lexikalischen) und hyperkognitiven Denkmustern findet über die Sprache ein gefühlsmäßiger Austausch statt.

In Sprechpausen, Schweigeintervallen, hält die Therapeutin die emotionale Verbindung, indem sie sich ganz der Übertragungssituation widmet. Dieses stillschweigende Schwingen kann tröstende und haltende Qualitäten entwickeln und damit eine höhere Ausdrucksqualität in der Beziehung darstellen als geschäftige Geschwätzigkeit. Letzteres sollte im Sinne von Abwehrverhalten supervidiert werden.

Die physische Anwesenheit der Therapeutin bedeutet bereits Einsamkeitserleben zu minimieren und mit einem Beziehungsangebot anwesend zu sein.

In einer solchen Atmosphäre ergreifen Demenzkranke selbst die Initiative, verbalisieren Gedanken und suchen das Gespräch. Sie erzählen Erinnerungen, welche die Therapeutin mit vorsichtigen Fragen begleitet und damit den Fortgang des Erzählens absichert. An anderer Stelle ist die Therapeutin empathische Zuhörerin und vermittelt den Patientinnen durch Blickkontakt und körperliches Zuwenden, ihr Interesse.

Die Unverständlichkeit von Äußerungen auf der semantischen Ebene, stellt eine Beziehungsgefährdung dar, der begegnet werden kann, indem die emotionalen Anteile schwerpunktmäßig beachtet werden.

Die Therapeutin kann sprachliche Äußerungen moderierend begleiten und damit Bezüge der Patientinnen untereinander herstellen. Nachfragen in der Art, „Wie haben Sie das erlebt? Wie war das bei Ihnen?“, ermuntern, sich an dem Gespräch zu beteiligen und in einer lebendigen Beziehung aktiv zu sein. Selbst im Austausch konflikthafter Themen, die den Partnerschaftsbereich, die Beziehungsgestaltung in der Ehe oder Verlustereignisse betreffen, wird die Therapeutin stützend und begleitend Anteil nehmen. Deutende Interventionen irritieren die Patientinnen und wirken kontaktgefährdend und ressourcenfeindlich.

Authentische Antworten der Therapeutin orientieren sich an den Verstehensmöglichkeiten der Patientinnen. Sie werden bildhaft, klar und einfach sein. Im Sprachduktus gleicht die

Therapeutin ihren Stimmklang den der Patientinnen an. Dies kann bedeuten milieutypische und ortsspezifische Mundarten parat zu haben und zu nutzen. So stellt sich eine Verbindung auch über Milieu- und Ortsbezogenheit her. Die Begegnung findet beziehungshierarchisch auf dem gleichen Niveau statt.

Die Normalisierung der Beziehung, in der die Patientinnen Alltagsähnlichkeiten aus ihrer Erinnerung wiederbeleben, Interaktionserfahrungen erneut und neu erleben, ist Ausdruck einer therapeutischen Situation mit Demenzkranken. Auch bei sich verringern den sprachlichen Fähigkeiten, ist das Gespräch eine Ressource der Therapie.

Intervenierte die Therapeutin singend, dann mit folgenden Dimensionen:

Die Therapeutin stimmt ein Lied an, um die Atmosphäre aufzunehmen und in eine klingende Gestalt zu binden.

Die Therapeutin wählt ein Lied mit signifikantem Bekanntheitsgrad, um in den Patientinnen interne Verarbeitungskapazitäten in Gang zu setzen, um Wiedererkennungseffekte zu ermöglichen.

Die Therapeutin bietet mit situationsbeschreibenden Stegreif-Liedern, regulierende und klärende Hilfsfunktionen an.

Die Therapeutin nutzt Lücke-Lieder, um den wechselseitigen Austausch und dass sich aufeinander Beziehen zu befördern.

Der fließende Wechsel zwischen Sprache und Gesang wird von den dementen Patientinnen im ersten und zweiten Verlaufsstadium der Erkrankung als Ressource genutzt. Daraus folgt, dass die Therapeutin ebenfalls flexibel mit sprachlichen und singenden Interventionen umgeht und sich auf die Bedürfnisse der Patientinnen einstellt.

7.2.2. Bewegung

Musikalische Interventionen wirken bewegungsstimulierend und beruhigend.

Das Singen und Sprechen versetzt den Stimmapparat in Schwingungen, also in Bewegung. Diese Bewegung ist bei jeder Patientin individuell verschieden, von ruhig fließend bis brüchig. Die gezielte Ansprache des Stimmapparates und seine Nutzung entscheidet darüber, wie lange diese Ressource im fortschreitenden Krankheitsverlauf zur Verfügung steht. Daraus leiten sich auch logopädische Maßnahmen ab.

Das aktive Singen mit Themen- und Kontextbezug stellt Bewegung in einen ganzheitlichen Zusammenhang. Dann ist Bewegung nicht nur eine lösgelöste Aktivität des Sprechapparates, sondern vereint motorische und psychomotorische Leistungen.

In einer Situation von Entspannung und Lebensfreude schießt der Rhythmus eines Liedes in die Beine und wird dort tänzerisch umgesetzt. Marschrhythmen lassen Schritte zu Stampfschritten werden. In einer solchen Aktivierung intensiviert sich die Atembewegung und der Blutkreislauf wird mit Sauerstoff angereichert. Der Körper wird durchwärmt, alle Gefäße weiten sich. In diesen sympathikusgeleiteten Reaktionen wird der ganze Mensch belebt.

Spontanes Klatschen mit den Händen als Beifallsäußerung und Form des Beteiligtseins, vermittelt durch rhythmisch bewegte Strukturen eines Liedes, gehört weiterhin zu den Ressourcen der dementen Patientinnen, welche die Therapeutin durch entsprechende Liedwahl befördern kann.

Selbst komplexe Bewegungsabläufe, wie ein Paartanz, können durch Tanzlieder initiiert werden. Dafür sind natürlich Tanzerfahrungen in der Biografie notwendig, die wiederbelebt werden. Tanzschulerfahrungen berichten nahezu alle Patientinnen dieser Altersgruppe. Dem ruhelosen Umherirren kann durch ein Tanzangebot eine Form verliehen werden, die das Bedrohungserleben minimiert und dem Bewegungsdrang entgegen kommt. Zugleich vermittelt die Therapeutin in einem Paartanz Nähe, Halt und Sicherheit. Die Therapeutin kann diese tänzerischen Kontakte initiieren, im weiteren Verlauf jedoch werden die gemeinsamen Bewegungen abgestimmt und richten sich nach den Fähigkeiten der Tanzpartnerin, die dann auch gern die tanzführende Rolle einnimmt und das Ende des Tanzes bestimmt.

Den Patientinnen wird durch die Therapeutin eine Auswahl an Instrumenten zur Verfügung gestellt. Der Aufforderungscharakter der Instrumente berührt die Patientinnen individuell verschieden. Hier werden einerseits feinmotorische Bewegungsabläufe wiederbelebt und die Handhabung von Instrumenten versucht und andererseits neue Erfahrungen durch vorsichtiges Explorieren gemacht.

Die Therapeutin wird dieses Explorieren im fortschreitenden Krankheitsverlauf auch initiieren und unterstützen durch beispielhaftes Anstimmen der Instrumente, da sich die Antriebskräfte verringern und dadurch eigeninitiierte Handlungen weniger werden.

Durch Musik und Instrumentengebrauch ausgelöste Bewegungen, bekommen durch eine bewusste Verknüpfung von Handlung, Ort und Zeit, Bedeutung für das Selbstwertempfinden und die Orientiertheit.

Abgestoppte und unterbrochene Bewegungslinien, als Sinnbild für die sich verringern den synaptischen Verbindungen, werden wieder aufgenommen und genutzt. Der in Bewegung geratene Mensch findet in der Musik ordnende und strukturierende Dimensionen. Kohärenzerleben wird möglich.

In die Verwirrung motorischer und psychomotorischer Unruhe können therapeutische Interventionen Beruhigung und Orientiertheit bringen. Überschießende Bewegungsimpulse sind ein äußeres Sichtbarwerden innerer Unruhezustände. Liedangebote aus dem Genre früher Kinder-, Abend- und Wiegenlieder können bei positiver Besetzung der frühen Erfahrungen aus der Kindheit eine geeignete Intervention darstellen, eine Sicherheit vermittelnde Fürsorgesituation herstellen. Aber auch andere Genre mit positiv besetzten Erinnerungsspuren ermöglichen eine Beruhigung der inneren und äußeren Bewegung.

7.2.3. Fortgang musikalischer Aktivität und Ideenfindung

Um den Fortgang einer musikalischen Aktivität abzusichern, werden musikbezogene Interventionen angewandt.

Musikbezogene Interventionen wie konkrete Liedvorschläge, die auch prompt in eine musikalische Aktivität münden, werden methodisch oft angewandt. Das angebotene Liedmaterial orientiert sich am Repertoire der Demenzzkranken, knüpft an Liederfahrungen an. Eine Beteiligung am Singen ergibt sich aus der konkreten Situation im Erkennen des Liedes und dem selbstbestimmten Impuls, mitzusingen. Die Therapeutin interveniert mit einer aufforderungsimmanenten Gestaltung ihres Gesanges. Grundsätzlich herrscht Übereinkunft, dass hier, in der Therapie, gesungen werden kann. Beim gemeinsamen Singen wird die Therapeutin ihren Gesang im Liedverlauf adaptieren, um Selbstwirksamkeitserleben zu

ermöglichen. Es wird eine variable Gestaltung angeboten, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Demenzkranken orientiert. Die Therapeutin ist präsent in hintergründig stützender bis offensiv vorwärts schreitender musikalischer Gestaltung.

Sie ermöglicht Übergänge durch Zwischenspiele und andererseits durch Pausen, die als Lücken selbstbestimmte Einsätze der Patientinnen gewährleisten.

Alle Interventionen haben einen konkreten Situationsbezug.

Die Ideenfindung unterstützt die Therapeutin durch Themenbezüge. Dies kann verbal sprachlich verhandelt werden. Ideenfindung bedeutet, Erinnerungen zu beleben, und die Ermutigung zu vermitteln, sie auszutauschen, zu reflektieren und im Hier und Jetzt zu leben.

Musikalische Themenbezüge sind oft genrespezifisch. Es ist immer wieder erstaunlich, welche Vielfalt und Vielzahl an Bezügen hergestellt werden kann, wieviele Lieder bekannt sind. Dafür stehen diverse Potpourri-Formen zur Verfügung. Aber auch assoziative Ketten, die sich aus den Liedinhalten, einzelnen Worten und isolierten Wahrnehmungen ergeben, bieten sich Demenzkranken als Ressourcen an. Hier interveniert die Therapeutin vermittelnd.

Dies äußert sich in Situationsliedern, die Worte und Ideen aufnehmen und mit konkret bekannten Melodien verknüpfen. Lieder aus dem „Nonsens-Genre“ scheinen geradezu prädestiniert, um Neuschöpfungen zu entwickeln und ein lustvoll ganzheitliches Erleben zu initiieren.

Die Handhabung von einfach zu spielenden Instrumenten wird allein schon durch den Aufforderungscharakter der Instrumente befördert. Die Therapeutin kann unterstützend eingreifen, indem sie diese Instrumente selbst anspielt und dadurch Nachahmungslust weckt oder Spielbewegungen der Patientinnen gefühlvoll begleitet.

8. Zusammenfassung

Gegenstand dieser Diplomarbeit ist die Erarbeitung und Darstellung von relevanten Interventionstechniken in der Gruppenmusiktherapie mit an Demenz Erkrankten. Aus der Praxis ergaben sich die zentralen Fragestellungen, die in den Hypothesen benannt wurden.

- Ist die Musiktherapie ein Ort psychotherapeutischen Handelns und Verstehens?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?
- Wie verstehen sich die Interventionen der Therapeutin?
- Was ermöglichen die musiktherapeutischen Interventionen?
- Können sie eine lebendige Beziehung stiften?

Die Wahl des Gruppenverfahrens begründet sich in den Wirkfaktoren der Gruppe. Die Gruppe bietet sich als Ort zur Bearbeitung interner und interpersoneller Konflikte an. In der Gruppe wird das menschliche Bedürfnis nach zwischenmenschlichem Kontakt erfüllt. Folgende Erfahrungen sind in der Gruppe möglich:

- Ich bin nicht allein mit meinem Leiden.
- Ich kann in der Gruppe Hoffnung schöpfen.
- Ich kann emotionale Erfahrungen machen und teilen.
- In der Gruppe werde ich in meinen Ressourcen angesprochen und kann neue Erfahrungen gewinnen.

Gruppenerfahrungen gehören zu den Erfahrungswelten der Demenzkranken. Sie sind in der Biografie und im Alltag „Krankenheim“ verortet und werden in der Musiktherapie belebt.

Die Therapeutin verfügt über ein theoriegeleitetes Arbeitsmodell. Als handlungsleitende Theorie steht die psychoanalytisch interaktionelle Methode und die musiktherapeutische Interventionslehre zur Verfügung. Der Fokus dieser Theorien liegt auf der Interaktion zwischen Therapeutin und Patientinnen und den Patientinnen untereinander. Die Analyse der Beziehungsqualität in den Interaktionen ergibt konkrete musiktherapeutische Interventionen. Der Erfahrungshintergrund der klassischen Psychoanalyse ist für das Verständnis intrapsychischer Vorgänge wichtig. Supportiv angewandt, ist die psychoanalytische Theorie ein Weg, sich in die Patientinnen einzufühlen, ihre Ressourcen und Widerstände aufzuspüren und in der konkreten Situation zu erfassen. Der feinfühlig Umgang mit den Wünschen und Bedürfnissen der Patientinnen findet seinen Ausdruck in einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Auf dieser Basis wirken die verbalen und nonverbalen Interventionen der Musiktherapeutin.

Diese Interventionen richten sich

1. auf die Gestaltung der Beziehung, in den verschiedenen Kontaktmodi, durch die Anwendung der psychoanalytisch-interaktionellen Interventionen: Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen, die Regulation des affektiven und emotionalen Erlebens und authentisches Antworten;
2. vermittelt durch den Fortgang der musikalischen Aktivität auf die Beziehungsgestaltung im musikalischen Tun;
3. durch die Nutzung der Ressourcen Sprache und Bewegung auf eine lebendige Beziehungsgestaltung und
4. auf die Akzeptanz des So-Seins, die sinngebende Verarbeitung von Wahrnehmung, das Erleben von Selbstwirksamkeit und Urheberschaft, die Wahrnehmung des Anderen und Kommunikation der Patientinnen mit- und untereinander.

Aus dem grundlegenden Krankheitsverständnis heraus bietet die Musiktherapie ein Therapieverfahren für Demenzkranke, welches an deren Erfahrungswelten anknüpft, Ressourcen belebt, das Selbstwerterleben stärkt, Affekte reguliert und Versagenserlebnisse minimiert. Diese psychotherapeutischen Zielvorstellungen sind situativ zu erreichen und können auch Erinnerungsspuren hinterlassen, die in den Alltag und die Pflegepraxis hineinwirken.

Die Musiktherapie eröffnet so Therapiechancen für eine Patientengruppe, welche von verbalen Psychotherapien nicht profitieren könnte.

Mit der Auswahl des Szenenmaterials wird ein breites Spektrum an erfolgreichen Interventionstechniken gezeigt.

Durch die Anwendung des EBQ wurden alle Beziehungsqualitäten nachgewiesen mit besonderem Schwerpunkt der Beobachtung schneller Beziehungsmodi-Wechsel.

Als wesentliches Ergebnis zählt der Nachweis dieser schnellen Wechsel im Beziehungsverhalten, sowie die musiktherapeutischen Möglichkeiten, dennoch Kontakt zu erhalten. Die Interpretation dieser raschen Modi-Wechsel geht in Richtung narzisstischer Stabilisierung. Dafür können in weitergehenden Forschungen 720 Minuten Filmmaterial von Gruppentherapien untersucht und analysiert werden.

Hervorzuheben ist in allen Modi die Nähe zum Sprachraum, der als Ressource gern und nach Möglichkeit oft genutzt wird. So fand der Übergang in den Sprachraum aus allen Modi heraus statt.

Die Beziehungsmodi 4, 5 und 6 stehen im Kontaktverhalten Demenzkranker seltener zur Verfügung. Dialogische Kompetenzen längerfristig auszuleben, gelingt im fortschreitenden Krankheitsverlauf durch stabilisierende Kontaktabbrüche immer weniger. Die Erfahrungswelt Spielraum zu nutzen, ist biografisch so fest geschrieben, dass steuernde Instanzen solcherart Aktivitäten und Durchbrüche sanktionieren.

Untersuchungsaspekte, die hier aus Zeitgründen und in Abgrenzung der Thematik ausgeklammert wurden, psychotherapeutische Verfahren kennzeichnen, können Gegenstand weiterer Untersuchungen werden:

- Die Untersuchung nicht geglückter Interaktionen im Beziehungsverhalten.
- Die Effizienz im Hinblick auf Kontakt- und Beziehungserleben und Interaktionen zwischen den Patientinnen in der Kleingruppe könnte mit größeren Patientengruppen verglichen werden. Dies wird die Argumentation für entsprechende Gruppengrößen von Therapiegruppen unterstützen.
- Die Darstellung von Struktur und Prozess im psychotherapeutischen Gruppensetting mit Demenzkranken.
- Die Darstellung therapeutischer Interventionen, welche sich aus Übertragungen und Gegenübertragungen ableiten.
- Unberücksichtigt bleibt auch die Frage, ob sich Interventionen in den Bereichen Altenheim und gerontopsychiatrische Klinik (Akutversorgung) im Sinne ständig wechselnder Gruppenzusammensetzung unterscheiden. Vermutet wird, dass die Vertrautheit einer Situation stabilisierende Funktionen erfüllt, die im Klinikalltag herzustellen, schwieriger erscheint. Grundsätzlich verfolgen Interventionen aber auch dort die Zielstellung, Beziehung zu ermöglichen.

Interventionen sind ein funktionales Merkmal von Therapie. Die Spezifität musiktherapeutischer Interventionen wurde in dieser Arbeit dargestellt. Die Spezifität basiert auf der universellen Eigenschaft und den verschiedenen Dimensionen von Musik sowie der Theorie der Therapeutin (Kenntnis der Psychopathologie der Demenzerkrankung, des Krankheitserlebens und der Biografie der Patientinnen und eigener Ausbildungshintergrund), die sich im Arbeitsmodell manifestieren. Daraus entwickelt die Musiktherapeutin ihre Interventionen.

Literaturverzeichnis

- Aldridge, D. (2000): Music Therapy in Dementia Care, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Pub Ltd.
- Battegay, R. (1974): Der Mensch in der Gruppe, Huber Verlag Bern, Stuttgart, Wien
- Bauby, J.- D. (2004): Schmetterling und Taucherglocke, DTV München
- Bauer, J., Bauer, H., Teising, M. (1994): Psychosomatische Aspekte der Alzheimer-Demenz, In Hirsch (Hg.): Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopff Verlag Darmstadt
- Bauer, J. (2003): Neurobiologische Befunde über den Einfluss zwischenmenschlicher Erfahrungen auf das Gehirn. Schützende und belastende Faktoren,
<http://www.alzheimer.de/4/1/ethik.html>
- Bowlby, J. (1984): Bindung, Fischer Verlag Frankfurt
- Brockhaus (2000): Der Fünf-Bändige Brockhaus, Leipzig, 9. Auflage, Bd. 2
- Brook, P. (2004): Der leere Raum, Alexander-Verlag Berlin, 8.Aufl.
- Butler, R. N. (1980): Eine Interpretation der Erinnerung beim alten Menschen, In Integrative Therapie 2/3/80, S. 141-156
- Bruder, J. (1996): Vergessen und Traurigkeit- Psychische Veränderungen im Alter, In Funkkolleg Altern Studienbrief 8, Dt. Institut für Fernstudienforschung Tübingen
- Bruscia, K. E. (1987): Improvisational Models of Music Therapy, Charles C Thomas Pub Ltd., S. 533-557
- Czogalik, D., Enke, H. (1997): Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie In Lehrbuch der Psychotherapie, 3. Auflage, Fischer Verlag Lübeck-Stuttgart-Jena-Ulm
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2001): Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg.) (2002): Musiktherapie in der häuslichen Versorgung alter Menschen. Berlin

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg.) (1999): Indikationskatalog für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen. Berlin

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg.) (2003): „Am Ende des Lebens von Anni Reiber“ Protokoll einer musiktherapeutischen Sterbebegleitung. D. Muthesius und C. Steinert. Berlin

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg.) (1999): Musiktherapie und die Alzheimer Krankheit. Witten / Herdecke / Berlin

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg.) (1999): Gruppenmusiktherapie in der Geriatrie. Witten / Herdecke / Berlin

Dörner, K. (2000): Irren ist Menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Aufl., Psychiatrie-Verlag Bonn

Drerup, U. (1994): Psychoanalytische Aspekte der Demenz, In Hirsch (Hg.): Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopff-Verlag, Darmstadt

Erikson, E. H. (1973): Identität und Lebenszyklus, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt

Erikson, E. H. (1988): Der vollständige Lebenszyklus, Suhrkamp - Verlag

Feil, N. (1997): Ausbruch in die Menschenwürde-Validation, Altern und Kultur, 1. Aufl., Wien

Fintelman, V. (1991): Alterssprechstunde, Verlag Urachhaus Stuttgart

Frohne-Hagemann, I. und Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Grümme, R. (1998): Situation und Perspektiven der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten, In Beiträge zur sozialen Gerontologie, Bd. 2, Hg.: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Regensburg, Transferverlag

Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J. (1997): Abriß der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie In Lehrbuch der Psychotherapie (Hg.): Heigl-Evers et al., 3. Aufl. Fischer Verlag, Lübeck-Stuttgart-Jena-Ulm

Heisterkamp, G. (1997): Die leibliche Dimension im psychoanalytischen Dialog, In Lehrbuch der Psychotherapie (Hg.): Heigl-Evers et al., 3. Auflage, Lübeck Stuttgart-Jena-Ulm, Verlag Fischer

Heuft G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, E. Reinhardt Verlag München-Basel

Hinze, Eike (1987): Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Behandlung älterer Patienten, In Psyche Heft 3 Jahrgang 41, S. 238-253

Hirsch, F. (1985): Das große Wörterbuch der Musik, Verlag Neue Musik Berlin

Hoffmann, S. O., Hochapfel, G. (1999): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, 6. Aufl., Schattauer, Stuttgart-New York

Jaeggi, Eva (1990): Gibt es auch Wahnsinn, hat es doch Methoden, Piper-Verlag, München

Jaeggi, Eva (1995): Zu heilen die zerstoßenen Herzen, Rowohlt-Verlag, Hamburg

Jahn Langenberg, M. (1996): Psychoanalyse und Musiktherapie, In Decker-Voigt, Knill, Weymann (Hg.): Lexikon der Musiktherapie, Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle

Junkers, G. (1994): Psychotherapie bei Demenz? In Hirsch (Hg): Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopff-Verlag, Darmstadt

Kaden, Ch. (1984): Musiksoziologie, Verlag Neue Musik Berlin

Kächele, H., Kordy, H. (1997): Indikation als Entscheidungsprozess, In Uexküll, Psychosomatische Medizin, 5. Aufl., Urban-Schwarzenberg Verlag, München-Wien-Baltimore

Kipp, J. (1994): Psychodynamische Differenzierung von Demenzerkrankungen im Alter, In Hirsch (Hg): Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopff Verlag Darmstadt

Kipp, J., Jüngling, G. (1991): Verstehender Umgang mit alten Menschen, Springer Verlag Berlin

Kitwood, Tom (2002): Demenz - Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2. Aufl., Hans Huber Verlag Bern

McGowin, D. Friel (1993): Living in the Labyrinth, Cambridge: Mainsail Press

Metzner, S. (2001): Psychoanalytische Musiktherapie, In Decker-Voigt (Hg.): Schulen der Musiktherapie, Ernst Reinhardt Verlag München-Basel 2001

Muthesius, D. (2001): Musikerfahrungen im Lebenslauf alter Menschen: eine Metaphorik sozialer Selbstverortung, Lit Verlag Münster-Hamburg-London

Muthesius, D. und Sonntag, J.-P. (2004): Erinnerung haben oder sein? In Psychotherapie im Alter Nr. 4, 1. Jg. Verlag Psycho-Sozial

Muthesius, D. (2004): Nachgefragt. In MU 3 Bd. 25, Vandenhoeck Göttingen

Petzold und Lückel (1985): Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit Alten, Kranken und Sterbenden, In Petzold (Hg.): Mit alten Menschen Arbeiten, Gundermann Verlag München

Radebold, H. (1997): Psychosomatische Sicht Alternder, In Uexküll: Psychosomatische Medizin, Studienausgabe der 5. Aufl., Urban Schwarzenberg Verlag München-Wien-Baltimore

Radebold / Schweizer (1996): Der mühselige Aufbruch, Geist und Psyche Fischer-Verlag

Radebold, H. (1994): Das Konzept der Regression, In Hirsch (Hg.): Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopff Verlag Darmstadt

Radebold, H. (1992): Psychodynamische Sicht und Psychotherapie Älterer, Springer Verlag Heidelberg

Radebold, H. (2002): Psychoanalyse und Altern oder: Von den Schwierigkeiten einer Begegnung, In Psyche, 56. Jahrgang, Heft 9, Sonderheft, Klett-Cotta-Verlag Frankfurt

Rüger, U., Staats, H. (1997): Gruppenpsychotherapeutische Methoden, In Lehrbuch der Psychotherapie, 3. Aufl. Fischer Verlag, Lübeck-Stuttgart-Jena-Ulm

Schirmmayer, F. (2004): Das Methusalem-Komplott, Blessing Verlag München

Schumacher, K., Calvet-Kruppa, C. (1999): Musiktherapie als Weg zum Spracherwerb. In Musiktherapeutische Umschau 20 (3)

Schumacher, K.; Calvet-Kruppa, C. (2001): Die Relevanz entwicklungspsychologischer Erkenntnisse für die Musiktherapie In Decker-Voigt, H.-H. (Hg.): Schulen der Musiktherapie, Reinhardt Verlag München

Schumacher, K., Calvet Kruppa, C. (2002): Lehrfilm: Das Evaluierungsinstrument EBQ zur Einschätzung der Beziehungsqualität (d): Musiktherapeutische Interventionen

Schumacher, K., Calvet-Kruppa, C. (2004): Untersteh´ Dich 1, Musiktherapeutische Interventionen bei tiefgreifender Entwicklungsstörung, Personal-Script, Berlin

Smeijsters, H. (1997): Musiktherapie bei Alzheimer Patienten In MU Bd. 18, Heft 4

Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett Verlag, Stuttgart

Willi, J. (2001): Die Zweierbeziehung, 13. Aufl., Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Winnicott, D. W. (2002): Vom Spiel zur Kreativität, 10. Aufl., Klett-Cotta Verlag Stuttgart

Wojnar, J. (1994): Psychodynamische Aspekte der institutionellen Versorgung von Demenzkranken, In Hirsch (Hg.): Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopff-Verlag, Darmstadt

Yalom, Irvin D. (2003): Theorie und Praxis der Gruppentherapie, 7. Aufl., Pfeiffer-Verlag München