

Judith Zimmermann & Nina Aue

## **Möglichkeiten und Grenzen in der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen**

---

### **Klientel:**

- Geburtsdaten zwischen 1920 und 1940
- selbst als Nachkriegsgeneration aufgewachsen
- Männer haben diverse Kriegserlebnisse als Soldaten
- Frauen erlebten junges Witwendasein, haben Kinder in Nachkriegszeit großgezogen, schlossen Ehen mit traumatisierten Männern
- wuchsen mit Hausmusik auf
- Wandervogelbewegung, Landjugend
- erlebten bewusst die Wirtschaftswunderzeit und die schnelle Entwicklung diverser Medien und Technik
- konnten sich keine „Schwächen“ in einem traumatisierten Heimatland erlauben, wenig Psychotherapie-empfindlich

### **Auswirkungen eines Heimaufenthaltes / Erleben des Alterns**

- Aufgabe der Selbstständigkeit
- Gefühl des Im-Stich-gelassen-Werdens
- sich trennen von der vertrauten Umgebung
- in jüngster Vergangenheit vermehrt Abschiede von Bezugspersonen durch Versterben  
→ Trauer
- Bewusstwerden der (Lebens-)Müdigkeit
- Empfänglichkeit für Regression wächst
- Erleben von schwerwiegenden Kränkungen; der alte Mensch leidet unter Beschämungen (Verlust von Kontrollfunktionen im Bereich der Affekte und Ausscheidungen) und erfährt vielfältige indirekte und direkte Aggressionen (Radebold, 1997)

### **Definition Demenzerkrankung**

Demenz ist eine irreversible hirnorganische Erkrankung unterschiedlicher Genese, die früher oder später zum Tod führt. Sie befällt in der Regel ältere Menschen.

Morbus Alzheimer stellt mit 50-60 % die häufigste Form von Demenz dar. Tritt eine Demenz bei älteren Menschen auf, spricht man von seniler Demenz.

**Definition Demenz: laut DSM-III-R (Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1989)**

„Das wesentliche Merkmal der Demenz ist die Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, assoziiert mit Beeinträchtigungen des abstrakten Denkens, der Urteilsfähigkeit und mit anderen Störungen kortikaler Funktionen oder mit Persönlichkeitsveränderungen. Die Störung ist dabei so schwer, dass sie die Arbeitsfähigkeit, soziale Aktivitäten und Beziehungen mit anderen signifikant beeinträchtigt. Die Diagnose der Demenz darf nicht gestellt werden, wenn diese Symptome nur zusammen mit einem Delirium auftreten.“

Es wird unterschieden zwischen Primär- und Sekundärsymptomen.

**Primärsymptome:** kognitive Ausfälle, also kontinuierlicher Gedächtnisabbau (erst Kurz-, dann Langzeitgedächtnis betroffen), Lernschwäche, Verminderung des Abstraktionsvermögens, der Urteilsfähigkeit, Sprachstörungen, Handfertigkeitstörungen, Erkennungsstörungen, daraus resultierend zunehmende Desorientierung

**Sekundärsymptome:** reaktive Verhaltensstörungen wie Kontaktvermeiden, Verlust der Initiative, fassaderes Verhalten, körperliche Unruhe, Tag-Nachtumkehr mit nächtlicher Unruhe, Aggressivität, Misstrauen, Depressivität, Persönlichkeitsveränderungen (Vergröberung), Perseveration, Apathie

**Settingvielfalt**

Musiktherapie wird im Geriatriebereich in folgenden Formen angeboten:

Die musiktherapeutische Gruppe

Therapie am Bett:

Bewahren der letzten Intimsphäre, Ablehnung des Angebots berücksichtigen und trotzdem die Kontinuität des Anbietens beibehalten, einbeziehen von Mitbewohnern, Angehörigen.

Die „Singgruppe“ (Musikgruppe):

Sie steht allen Damen und Herren offen, die gern die Lieder ihrer Jugend hören und singen möchten. Hierbei ist das Anbieten von getrennten Gruppen für geistig und körperlich aktive SeniorInnen und SeniorInnen mit besonderen Bedürfnissen unserer Erfahrung nach sinnvoll. In der Sing- oder Musikgruppe steht das Singen von Liedern oder das Hören von Musik aus der Jugendzeit (Volkslieder, Schlager, Jazz, ...) im Vordergrund. Instrumente werden zur Rhythmusbegleitung angeboten, manchmal bekommen sie auch Symbolcharakter.

**Bedeutung von Liedgut, gemeinsamem Singen und Erinnern**

Über Musikhören und Liedersingen kann der Patient wieder einen Zugang zu Gefühlen wie Freude und Trauer finden. Darüber hinaus liegt in der Wahrnehmung seiner noch vorhandenen Fähigkeiten die Chance, in seinem jetzigen Leben etwas Lebenswertes zu erfahren (Hansen, 1997).

Die Stimme war häufig das einzige Instrument, der einzige aktive Umgang mit Musik für die heute alten Menschen (Scheu, 1990).

Das Lied eröffnet in der Arbeit mit alten Menschen einen guten Einstieg, um einen therapeutisch geführten Dialog zu eröffnen. Durch das Lied erleben sie oft ihre Stimme wieder, mit der Gespräche ermöglicht werden. Diese helfen dem alten Menschen nicht nur, die Vergangenheit zu bewältigen, und damit das Loslassen, sondern auch seine jetzigen und zukünftigen Bedürfnisse wahrzunehmen (Lohse-Blohm, 1990).

Die emotionale Verarbeitung des Alterungsprozesses geschieht bei dieser Altersgruppe häufig leichter über ein Lied als über rein sprachliche Aufarbeitungsangebote. Sprachliche Reflexion darf beim Liedersingen zwar keinesfalls fehlen, hat aber eben erst nach dem emotionalen Anstoß durch das Lied seinen sinnvollen Platz. Der Vorteil der Musiktherapie liegt in der großen Bandbreite des Materials, das ein flexibles Eingehen auf den Patienten erlaubt. Da sowohl Klänge als auch Liedgut bis zum Erleben der früheren Kindheit zurückgreifen, bietet sich hier ein assoziationsfähiges Material an, das an tief verborgene frühe Erfahrungen rühren kann (Jochims, 1993).

In dem Patienten bekannten Liedern ist ein Stück Leben „codiert“, welches durch jahrzehntelanges Pausieren in Vergessenheit geraten ist, bei Gebrauch aber sofort wieder alte Lebendigkeit erreichen kann (Schwabe, 1985, zitiert nach Muthesius, 1990).

Zu „Codes“ gewordene Musik kann folgendes auslösen:

- Emotionale Lebendigkeit, die zur seelischen Gesundheit beiträgt und somit die Lebensqualität verbessert.
- Die Erinnerung, das Aufleben des Altgedächtnisses und damit die Grundlage, intellektuelle Fähigkeiten wieder zu erlangen.
- Das Zurückrufen von Erinnerungen bedeutet gleichzeitig, sich der Gegenwart bewusst zu werden und sich so der Realität zu stellen (ebd.).

### **Fallbeispiel Hr. U.**

Hr. U. ist 79 Jahre alt und lebte bisher selbständig in einem Seniorenappartement eines Wiener Seniorenzentrums. Vor ca. 2 Jahren fällt Hr. U. im Haus durch zunehmenden Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und damit verbundener Verwirrtheit auf. Eine Abklärung im Krankenhaus bestätigt die Diagnose Morbus Alzheimer. Da Hr. U. den Alltag in seinem Appartement durch seine Erkrankung nicht mehr allein meistern kann, wird er stationär auf die hausinterne Pflegestation aufgenommen.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme lebt Hr. U. dort seit 1,3 Jahren. Der musiktherapeutische Kontakt besteht seit Stationsaufnahme. Die Musiktherapie fand einmal wöchentlich für 30 bis 45 Minuten statt.

Hr. U. ist geborener Wiener. Seine Tochter bemerkte einen Abbau ihres Vaters seit dem Tod seiner Frau vor fünf Jahren. Seitdem würde er sich mehr und mehr zurückziehen, antriebsloser werden und nur noch selten Sozialkontakte pflegen. Hr. U. selbst bezeichnet sich als zufriedenen Menschen, der immer sein Leben genossen habe. Sein Lebensmotto: „Man muss zufrieden sein mit dem, was man hat und alles so nehmen, wie's halt kommt...“.

Hr. U. wurde mir durch die Stationsärztin zugewiesen. Als Indikation gab sie an, dass bei Hr. U. aktuell als Begleiterscheinungen des Morbus Alzheimer eine depressive Verstimmung, Passivität, Wortfindungsstörungen und zunehmender Sprachverlust vorliegen würden. Aus Gesprächen mit der Tochter war bekannt, dass Hr. U. Musik sehr gern hat, stets ein aktiver Sänger und Mundharmonikaspieler war.

Die von ärztlicher Seite gemeinsam mit mir formulierten **Ziele** lauteten: Wiedererlangen von Lebensfreude durch Anbieten einer geliebten Tätigkeit, die das Altgedächtnis erinnern kann, und damit verbundene ganzheitliche Aktivierung.

Der Verlauf des musiktherapeutischen Prozesses lässt sich in drei Phasen gliedern:

**1) Kennenlernen, Erfassen der Möglichkeiten des musiktherapeutischen Angebots, sich erinnern**

*Wie äußert sich Hr. U.s aktuelle Problematik in der Musiktherapie?*

Hr. U. kann sich in dieser Phase nie an die vorherige Stunde erinnern. Er lässt sich, nach kurzer anfänglicher Skepsis, aber immer wieder gern von vertrauten Liederangeboten zum Mitsingen und Mitspielen aktivieren, dafür lässt er sich zum Aufstehen und Sitzen am Tisch bewegen. Dies wird besonders durch seine eigene alte Mundharmonika unterstützt, die seine Tochter mitbrachte. In dieser Phase wiederholen sich häufig Lieder und Dialoge (z.B. Erzählungen von Wandererlebnissen, aus der Kindheit). Hr. U. bevorzugt heitere Lieder und erzählt gern Anekdoten.

*Erläuterungen zu Hörbeispiel 1: Hr. U. sucht für sich Mundharmonika, für mich Cabasa aus...findet keinen Anfang, zuckt ratlos mit Schultern... habe Begrüßungslied im Kopf, summe ein paar Töne, Hr. U. steigt ins Spiel ein. (**Hörbeispiel 1**)*

*Nachtrag: beiderseitige Unsicherheit ist zu hören...mein Rhythmus passt sich langsam an, überlasse Hr. U. die Führung...Abschluss in Einklang.*

**musiktherapeutische Interventionen:**

- Wiederholtes Anbieten von vertrautem Liedgut und Material, um Vertrauen zur Therapeutin und Selbstvertrauen durch Erleben von Selbstwirksamkeit aufzubauen.
- Strukturhilfe in Form von immer gleich ablaufenden Angeboten wie Begrüßungslied, Spielangebot, Gesprächsangebot mit bekanntem Inhalt und Abschiedslied geben.

**Beobachtung:** gegen Ende der ersten Phase im musiktherapeutischen Prozess ist zu bemerken, dass zu Hr. U.s biografischen Erzählungen ein neues Detail auftaucht, das er in der Stunde davor noch nicht hat erinnern können oder erzählen wollen. Er wirkt in seinem Wesen immer bemüht um Heiterkeit und Zufriedenheit, von seinen Wortfindungsstörungen ist beim Singen nichts zu bemerken.

**2) Rückzug, Begleitung, Bewusstwerden der Gegenwart**

Die zweite Phase (nach ca. 4 Monaten) des musiktherapeutischen Prozesses beginnt mit einem plötzlichen Krankheitsschub. Zu den bestehenden Folgeerscheinungen der Alzheimererkrankung kommen Schwierigkeiten bei routinierten Alltagsverrichtungen (z.B. Ankleiden, Essen), ausgeprägte Unruhe, aggressive Verhaltensweisen und Schlafstörungen.

Besonders auffällig ist, dass Hr. U. verbalen Kontakt zu jeder Person, außer zu seiner Tochter und mir, vermeidet.

#### *Wie äußert sich dies in der Musiktherapie?*

Hr. U. ist immer seltener zu motivieren, das Bett für die Musiktherapie zu verlassen. Mit dem Instrumentarium kann er plötzlich nichts mehr anfangen, die Spielweise seiner Mundharmonika scheint er vergessen zu haben, was ihn offensichtlich frustriert. Häufig bittet er mich, wieder zu gehen oder dreht sich weg. Wenn er einer Stunde zustimmt, liegt er mit geschlossenen Augen da und summt hin und wieder mit.

In vereinzelt Stunden erzählt er plötzlich, ausgelöst durch ein ihm bekanntes Lied, aus seiner Kindheit. Dabei machen ihm seine zunehmenden Wortfindungsschwierigkeiten zu schaffen. Er wünscht sich nun meistens ein ruhiges Liederangebot. Seine anschließenden Bemerkungen lassen darauf schließen, dass er den Wunsch hat, zu sterben.

#### **musiktherapeutische Interventionen:**

- Nach wie vor regelmäßige Kontaktangebote.
- Begrüßungs- und Abschiedslied als sich wiederholendes Element, das Hr. U. als Strukturhilfe dient und das Gefühl von Vertrautheit vermittelt.
- Ausprobieren verschiedenster Liederangebote, da Hr. U. auf direkte Nachfrage meistens kein ihm vertrautes Lied nennen kann.
- Musikalische Biografiearbeit mit plötzlich auftauchenden Erinnerungen und damit verbundene Förderung und Unterstützung des verbalen Ausdrucks.

#### ***Beobachtungen:***

Gegen Ende dieser zweiten Phase im musiktherapeutischen Prozess lehnt Hr. U. das Musiktherapie-Angebot immer seltener ab, auch scheint ein Wiedererkennen des bekannten Settings zu beginnen, da Hr. U. mich bittet zu bleiben, wenn er die Gitarre sieht.

Das Pflegepersonal beobachtet, dass Hr. U. nach der Musiktherapie deutlich weniger müde und unruhig ist und auch die aggressiven Tendenzen am Abend ausbleiben. Nach wie vor vermeidet er den verbalen Kontakt zu ihm fremden Personen.

### **3) Unterstützung und Förderung des emotionalen Ausdrucks über den Symbolcharakter von Liedern**

Der Beginn der dritten Phase (nach ca. 7 Monaten) ist gekennzeichnet durch zwei Lieder, die Hr. U. immer wieder aus eigenem Antrieb heraus anstimmt. „*Es geht alles vorüber, es geht alles vorbei, nach jedem Dezember folgt wieder ein Mai...*“.

Zunächst macht es den Anschein einer Floskel, wie sie Hr. U. auch im Gespräch als Lückenfüller für fehlende Wörter oft benutzt. Es fällt hier jedoch auf, dass sich auf mein Nachfragen oft ein Gespräch entwickelt (z.B. die Jugend, die vorüber gegangen ist, die Menschen, die Hr. U. nicht mehr versteht, die ihm fremd vorkommen. Sein Leben, das nicht mehr so ist wie früher, und doch geht alles weiter...). Zwischen kurzen Sequenzen des Erzählens wiederholt Hr. U. immer wieder diese Liedzeile, um dann die nächsten Gedanken in Worte zu fassen, was ihm deutlich leichter fällt als sonst.

Das zweite wichtige Lied in dieser Phase ist das Seemannslied „*Junge, komm bald wieder...*“.

Hr. U. hat die Kriegsjahre bei der Marine verbracht und war in Dänemark stationiert. Ungern erinnert er sich an den Krieg, betont aber die gute Gemeinschaft mit seinen Kameraden an Bord. Aus dieser Therapiephase stammen Hörbeispiele 2 und 3.

### **(Hörbeispiel 2)**

Im Bsp. 2 stimmt Hr. U. auf meine Frage nach einem Liederwunsch „Junge, komm bald wieder...“ an. Vom emotionalen Gehalt her passt das Lied gut zu Hr. U.s Stimmung in dieser Stunde. Nach einer ruhelosen Nacht fühlt er sich erschlagen und verzweifelt. Diese Gefühle haben sich am Morgen schon in Form eines aggressiven Ausbruchs gegenüber der Reinigungskraft entladen, was Hr. U. aber merklich noch mehr verwirrte, da er Zeit seines Lebens ein sehr sanfter Mann war.

Hr. U.s Liederwunsch macht mir deutlich, dass es ihm heute nicht gut geht. Hat er meine begrüßende Frage „Wie geht es Ihnen?“ mit einem mürrischen „ich bin zufrieden“ beantwortet, kommen wir nach gemeinsamem Singen seines Wunschliedes ins Gespräch darüber, wie das Gefühl ist, nicht mehr man selbst zu sein und sich Sorgen zu machen. Mit seinem gefestigten „Muss man eh zufrieden sein“ gibt Hr. U. mir ein Zeichen dafür, dass er jetzt wieder mehr bei sich ist.

Der Liederwunsch „Junge, komm bald wieder“ wiederholt sich in den folgenden Stunden häufig, wenn es Hr. U. offensichtlich nicht gut geht und er für diesen Zustand nicht die passenden Worte finden kann. Hin und wieder entwickelt sich ein Gespräch über die aktuelle Problematik, es scheint Hr. U. aber auch zu helfen, mit mir gemeinsam über den Text des Liedes nachzudenken, in dem es um Sehnsucht, Sorge um die Zukunft und Angst vor Verlust geht. Hr. U. quittiert diese Textreflexionen dann mit „Genauso ist es!“ oder „Da ist viel Wahres dran...“.

Im Laufe der dritten Therapiephase wählt sich Hr. U. am Ende einer Stunde, in der es ihm zu Beginn nicht gut gegangen ist, als Abschlusslied aus meinem Angebot aus Seemannsliedern das Lied „*Das kann doch einen Seemann nicht erschüttern*“ aus, welches ihn sehr erheitert und welches er mit Schwung mitsingt.

### **(Hörbeispiel 3)**

Hr. U. betont, dass er gerade dieses Lied besonders gern hat. Nach einer gemeinsamen Textreflexion kann ich Parallelen zu Hr. U.s eigenem Leben herstellen: Es liegt in seinem Naturell, dass ihn so leicht nichts erschüttert, schon als Kind hat er sich ein „dickes Fell“ (Zitat Hr. U.) zulegen und sich darin üben müssen, das Beste aus seiner Situation zu machen, was ihm in seiner aktuellen Situation hilft, sich wieder aufzurichten, wenn seine Grundfesten durch seine Erkrankung täglich neu erschüttert werden. Es kommt vor, dass Hr. U. seinen eigenen Namen statt „Seemann“ während des Singens einsetzt. Das Lied bleibt seitdem ein häufig geäußerter Wunsch.

### **Zusammenfassung:**

- Anbieten von Liedern, deren emotionaler Gehalt Hr. U.s aktuelle Lage anspricht. Dadurch wird eine Hilfestellung für den emotionalen Ausdruck gegeben, der Hr. U. Entlastung und Entspannung bringt, sowie Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit spürbar macht.

- Die Tätigkeit des Erinnerns birgt potentiell Aufarbeitungsmöglichkeiten in sich, die ein wichtiger Anteil zur Vorbereitung auf den Tod sind (Muthesius, 1990).
- Das Singen von Liedern bedeutet das Anerkennen, Wertschätzen und Miterleben früherer Werte und hilft, Erinnerungen zu bewerten, zu verarbeiten und hervorzulocken (ebd.).
- Dabei werden damit verbundene Emotionen ausgelöst, durch die, zumindest kurzfristig, klarere Bewusstseinszustände erlangt werden können. Dies bedeutet einen Schritt zur Realitätsfindung. Textinhalte von Volksliedern handeln oft von Liebe, Abschiednehmen, Verlassenwerden, Alleinsein, Sterben und Tod, also von Themen, die alte Menschen bewegen (ebd.).
- Ressourcenorientierung

**Rückblick:** Obwohl Hr. U. im Verlauf der Erkrankung abbaut, bleibt die Therapeutin-Patienten-Beziehung nach einem Aufschwung in der 3. Phase des musiktherapeutischen Prozesses konstant.

Der Rückgriff auf Erinnerungen, auf altvertraute Sozialwelten, frühere Identitätszuweisungen und Selbstbilder kann eine stabilisierende Wirkung haben und so die Identität vor dem allmählichen Auflösen bewahren. Das Zurückholen alter, bekannter Verhaltensstrategien erleichtert die Gegenwartsbewältigung (Petzold, 1985).

Das Erinnern vergangener Erfahrungen ist eine konstruktive Möglichkeit der Konfliktbewältigung. Es ist eine Möglichkeit, sein Leben zu verstehen und zu begreifen, vielleicht zu reflektieren, wie es hätte gelebt werden können (Butler, 1980).

Das Erzählen aus Erinnerungen, das Durchwandern des eigenen Lebenslaufes kann der Vergewisserung vergangener Fähigkeiten dienen und angesichts oftmals vieler Verluste in der Phantasie bewahrt bleiben. Aus der Quelle der Erinnerungen können Kraft und Hoffnung geschöpft, Verbindung und Kontinuität zwischen Vergangenheit und Gegenwart geschaffen werden. So wird ein Bogen von der Geburt bis zum Tod hergestellt (Erikson, 1973).

### **Fallbeispiel Fr. F.**

- \*1920
- gutbürgerlich in Mönchengladbach aufgewachsen, Fachabitur
- Ausbildung zur Modedesignerin
- in der NS-Zeit aufgrund ihrer Entwürfe für psychiatrisch auffällig befunden
- Einweisung in die Psychiatrie, medikamentöse Einstellung, Zwangssterilisation
- seit der Nachkriegszeit wiederholt Psychiatrieaufenthalte
- lebte bis zum Tod ihrer Mutter in deren Wohnung, wurde einige Jahre von einer Heimhilfe und in der Tagesklinik betreut
- 1995 Einzug ins Seniorenzentrum
- aktuelle Diagnose: schizophrene Psychose, beginnende dementielle Veränderung

Fr. F. entwickelte aufgrund jahrzehntelangen Psychopharmakagebrauchs einen chronisch erhöhten Muskeltonus, der sich in einer Spastik in beiden Armen und Beinen manifestiert hat. Tagsüber wird sie im Rollstuhl mobilisiert.

Da ihr Schluckreflex nur noch schlecht ausgebildet ist, speichelt sie besonders beim Sprechen, weshalb sie sich wenig verbal äußert. Fr. F. ist zeitlich und örtlich gut orientiert, tagsüber sitzt sie meistens in sich gekehrt im Aufenthaltsraum.

Fr. F. nimmt an der Musikgruppe teil, da sie zufällig an dem großen Gemeinschaftstisch sitzt, um den ich die TeilnehmerInnen gruppriere. Die Musikgruppe findet einmal pro Woche für 60 Minuten statt und steht jeder BewohnerIn des Wohnbereiches offen. Hauptsächlich wird gesungen, dazu werden Liedermappen verwendet, zur Begleitung stehen Rhythmusinstrumente und meine Gitarre zu Verfügung.

Auf meine Frage, ob sie denn auch teilnehmen möchte, nickt Fr. F., ohne Blickkontakt aufzunehmen. Wir beginnen zu singen; Fr. F. hat die Liedermappe abgelehnt, obwohl ich ihr angeboten habe, beim Umblättern zu helfen. Selbstverständlich lehnt sie auch die Instrumente ab.

Die Gruppe entpuppt sich als sanges- und experimentierfreudig. Als schließlich Schuberts „Die Blümelein, sie schlafen“ gesungen wird, ist auch Fr. F.s Interesse geweckt. Sie sitzt aufrechter, sucht Blickkontakt und erzählt mir, dass sie schon immer eine Schwäche für Schubert gehabt habe. Ich schlage vor, dass wir „Die Forelle“ für sie singen, woraufhin sie in den Gesang mit einstimmt. Als ich Fr. F. abermals anbiete, ihr beim Umblättern der Liedermappe zu helfen, stimmt sie zu.

### **Zusammenfassung:**

Das Singen bekannter Lieder aktiviert bei Fr. F. einen musikalischen „Code“, der emotionale Lebendigkeit auslöst. Sie erlebt ihre Stimme und ihr Bedürfnis nach Gespräch. Der Rückgriff auf die Erinnerung, auf ihr früheres Selbstbild stabilisiert sie und macht sie offen für neue, gegenwärtige Erfahrungen.

### **Schwerpunkte und Ziele der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen**

Hilfen für die Bewältigung unwiederbringlicher Verluste (Beruf, Partner, Wohnung, Gesundheit), Hilfen für die Rückbesinnung auf das gelebte Leben, für die Akzeptanz der Vergangenheit und für einen versöhnlichen Abschluss, Hilfen für das Bewahren des früher Erfahrenen (Hansen, 1997).

Emotionale Lebendigkeit, die zur seelischen Gesundheit beiträgt und somit die Lebensqualität verbessert.

Die Erinnerung, das Aufleben des Altgedächtnisses und damit die Grundlage, intellektuelle Fähigkeiten wieder zu erlangen.

Das Zurückrufen von Erinnerungen bedeutet gleichzeitig, sich der Gegenwart bewusst zu werden und sich so der Realität zu stellen (Schwabe, 1985, zitiert nach Muthesius, 1990).

### **Grenzen - Kontraindikationen:**

- Aktivierung traumatischer, stark angstbesetzter Erlebnisse (Bsp. Kriegserlebnisse)
- Bewusstwerdung des Abbaus früherer Fähigkeiten (Bsp. bei ehemals aktiv Musizierenden)
- Reizüberflutung - Reizschwelle oft erniedrigt bei Demenzkranken
- zu große Inhomogenität in der Gruppe (Bsp. manische Patienten - Demenzpatienten)
- ...



### **Junge Therapeutin vs. Alter Mensch**

Das Erinnern und Bewältigen von Schmerz und Schuld kann nur dort ermöglicht werden, wo Kontakt und die Hoffnung auf mitfühlendes Verstehen bestehen und die eigene Identität nicht existentiell gefährdet wird. Das setzt vor allem bei jüngeren Therapeuten eine intensive Auseinandersetzung mit der Elterngeneration und dem Nationalsozialismus voraus. Erfolgt dies nicht, besteht die Gefahr, dass diese Auseinandersetzung des jüngeren Therapeuten in die Arbeit mit den Patienten verlegt wird (Blimlinger, Ertl, Koch-Straube & Wappelshammer, 1994).

Entscheidende Voraussetzung aller (psycho-)therapeutischen Hilfestellungen stellt eine gefühlsmäßig akzeptierende, zuverlässige und fördernde Beziehung dar. Erst auf ihrer Grundlage können spezifische Behandlungsverfahren und -techniken genutzt werden. Bei Älteren wird eine professionelle Beziehung durch folgende weitere Merkmale beeinflusst:

- Die therapeutisch Tätigen sind in der Regel immer chronologisch jünger, oft sogar erheblich jünger als die Älteren.
- Die Beziehung strukturiert sich in einer Phase meist vielfältiger, schwerwiegender und negativ erlebter Veränderungen auf Seiten der Älteren und
- die Beziehung stellt oft - insbesondere mit zunehmendem Lebensalter - die einzige Nähe zu Jüngeren dar und zusätzlich möglicherweise die einzig intensive überhaupt (Radebold, 1997).

Der professionelle Kontakt fordert gleichzeitig die Jüngeren auf, darüber nachzudenken, ob und wie sie altern wollen und ob die ihnen gezeigten Lebensformen und -situationen dieser Älteren erwünschtes Lebensziel sein könnte (ebd.).

In der therapeutischen Beziehung kann es zu einer *umgekehrten* unbewussten Übertragungskonstellation kommen. Aufgrund ihres Alters befinden sich die professionell Tätigen in der Position eines „Kindes“ oder „Enkelkindes“ und werden auch so von den Älteren angesehen. Dadurch befinden sich die Jüngeren im Gegensatz zu der beschriebenen normalen Übertragungssituation in einer ihnen unbekanntem, eher beängstigenden Position; die durch Lebensalter und berufliche Aus- und Weiterbildung erworbene Kompetenz reicht nicht aus. Es kommt zu Unsicherheiten im Verhalten dem Älteren gegenüber. Sie können jetzt alle eigenen Gefühle, Wünsche, Erwartungen, Ängste und weitere Affekte sowie auch Konflikte mit ihren eigenen Eltern und Älteren reaktiviert erleben. Diese schwierige, beunruhigende bis konfliktrichtige Beziehungssituation wird noch dadurch verstärkt, dass die Älteren für ihre diesbezüglichen Probleme sich unbewusst in Wirklichkeit Unterstützung durch noch Ältere (d.h. in der Position ihrer eigenen Eltern und Großeltern) wünschen und jetzt unübersehbar mit Jüngeren konfrontiert sind (ebd.).

Halten die Jüngeren ihr Beziehungsangebot freundlich interessiert, akzeptierend und fördernd aufrecht und belegen damit ihre professionelle Kompetenz, so verändert sich allmählich diese anfängliche Übertragungskonstellation (ebd.).

Nur Patienten, die aufgrund schwerer/chronischer Erkrankungen mit nachfolgenden psychischen und physischen Einschränkungen hilfs- und pflegebedürftig sind, verlangen aufgrund ihrer regressiven Position von Anfang an sie beschützende, unterstützende und fördernde Elternimages, d.h. sie fordern von Anfang an die bekannte *normale* Übertragungskonstellation ein. Für die therapeutisch Tätigen erfolgt damit ein verführerisches Übertragungsangebot, welches oft durch regressionsfördernde Maßnahmen unterstützt wird. Jede erneute Verselbständigung erfordert jedoch sowohl das Einfordern von Anteilen des Erwachsenen als auch den Abbau regressionsfördernder Hilfestellung (ebd.).

Gute Voraussetzungen für die therapeutische Beziehung bieten dagegen frühere befriedigende Erfahrungen sowohl von den Jüngeren mit Älteren als auch von den Älteren mit Jüngeren. Man vergesse aber nicht, dass eine hohe Idealisierung Älterer oder eine entsprechende Identifizierung oft der Abwehr dienen, um nicht abwertende, zornige, enttäuschende oder hassende Gefühle zuzulassen (ebd.).

Als unverzichtbar erwiesen hat sich eine mitlaufende Supervision, die insbesondere die dargestellte Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation mitberücksichtigt. Sie bietet auch gleichzeitig eine Chance, sich mit den Fragen des eigenen Älterwerdens auseinander zu setzen (ebd.).

### ***Abschließendes Fallbeispiel zur „Settingvielfalt“:***

#### **Fallbeispiel Fr. H.**

- \* 1938 in Schlesien
- 1983 Umzug mit der Familie nach Deutschland
- berufstätig als Küchenkraft (Polen) und als Reinigungskraft (Deutschland)
- hatte schwere Kindheit, wurde vom Vater misshandelt
- pflegte ihren eigenen Kindern gegenüber ebenfalls strengen Erziehungsstil
- seit 1999 ist Morbus Alzheimer diagnostiziert
- kam im Sommer 2004 endgültig nicht mehr allein in eigener Wohnung zurecht, wurde von Tochter bis zum Einzug ins Seniorenzentrum im Dezember 2004 überfürsorglich umhegt

Fr. H. bewohnt ein Zimmer im Demenzwohnbereich. Sie ist nach dem Einzug in einem stark agitierten Zustand. Ihre Deutschkenntnisse sind durch die Erkrankung fast gänzlich verloren gegangen, sie spricht noch wenige polnische Worte. Fr. H. läuft Runde um Runde in dem O-förmig angelegten Wohnbereich. Durch eine Gelenkversteifung in Armen und Knien ist sie sturzgefährdet, duldet aber keine Begleitung an ihrer Seite. Körperkontakt und lautes Reden versetzen sie in Panik, sie reagiert dann mit Schreien und Um-sich-Schlagen.

Fr. H. läuft im Wohnbereich buchstäblich bis zum Umfallen. Mit Einverständnis der Kinder wird Fr. H. schließlich eine Stunde mittags und über Nacht in ihrem Bett fixiert. Nach so einer unfreiwilligen Mittagspause ist Fr. H. besonders „in Fahrt“, sie zeigt aggressives Verhalten, schimpft auf jeden, der ihr im Weg steht und wirft auch mal ihr Kaffeegedeck auf den Boden.

Fr. H. zeigt großes Interesse an Musik. Kommt sie bei ihren Wanderungen an der offenen Musikgruppe vorbei, die zweimal pro Woche im Wohnzimmer des Wohnbereiches stattfindet, bleibt sie immer ein Weilchen in der Tür stehen, pfeift lautlos oder klatscht den Rhythmus mit, bis sie ihre Runde fortsetzt. Entspricht die Musik ihrer Stimmung, stampft sie aufgebracht mit dem Fuß auf und singt gepresst und scheinbar wütend den Text mit.

Der musiktherapeutische Einzelkontakt mit Fr. H. beginnt im Februar dieses Jahres. Fr. H. ist nicht bereit, ihr von mir für die Therapie vorbereitetes Zimmer zu betreten oder irgendwo Platz zu nehmen. Daher begleite ich sie bei ihren Runden, nehme etwas Abstand und summe, pfeife oder singe Wanderlieder zu unserem Marschrhythmus. Fr. H. pfeift eine Weile lautlos mit, bis sie mir deutlich macht, dass sie wieder allein gelassen werden möchte.

In den nächsten Wochen werden die Phasen, in denen ich Fr. H. begleiten darf, immer etwas länger, hin und wieder darf ich sie auch gar nicht begleiten. Zwischendurch nimmt Fr. H. nun auch in einem Sessel oder auf dem Sofa Platz, wenn ich ihr einen Platz anbiete. Körperkontakt lässt Fr. H. nach wie vor nicht zu.

Nach ca. einem Monat wird Fr. H., als ich das Lied „In einem Polenstädtchen“ anstimme, laut. Sie bleibt stehen, stampft aufgeregt mit den Füßen, schreit den Text und beginnt, mit beiden Fäusten nach mir zu boxen. In Abwehrreaktion greife ich nach ihren Händen, halte diese fest und bewege unsere Arme im Rhythmus des Liedes hin und her. Fr. H. wird ruhiger, wiegt schließlich die Hüften zum Tanz und bricht am Ende des Liedes in herzhaftes Lachen aus.

In den nächsten Wochen entdecken wir noch einige Lieder, die Fr. H. emotional auf- und anregen. Die Themen An- und Entspannung, Humor und Wege zur Regulation ihrer überschießenden Energie sind nach wie vor aktuell, das Tanzelement ist inzwischen zum Ritual geworden. Fr. H.s Bewegungsdrang ist nach wie vor ungebrochen, aber für Menschen und Situationen, die ihr wichtig sind, schafft sie es inzwischen, eine Pause einzulegen. Vor einem Monat begann Fr. H., etwas länger bei der Musikgruppe zu verweilen. Auch können wir uns gegenüber sitzen und Lieder mit Bodypercussion begleiten. Hin und wieder hakt sich Fr. H. nun bei einem Mitbewohner ein, der dann bei ihrem flotten Schritt mithalten muss. Und letzte Woche wagte Fr. H. lächelnd mit dem neuen Zivi ein Tänzchen zur Radiomusik.

### **Zusammenfassung:**

Fr. H. benötigt ein besonderes Setting, in dem man ihr schließlich begegnen kann. Das Angebot von auf sie abgestimmten Melodien, Rhythmen und Bewegungen helfen ihr, ihre Affekte zu regulieren.

Durch Musiktherapie werden neue Erfahrungen von Bewegung, Ordnung, Orientierung, Balance, eigener Kreativität und Kommunikation gemacht. Es sind Bereiche, die alte Menschen im Alltag nur noch eingeschränkt wahrnehmen und erleben (Grün, 1997).

## Literatur

- Wittchen, Hans-Ulrich, Saß, Henning, Zaudig, Michael & Koehler, Karl (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.
- Blimlinger, Eva, Ertl, Angelika, Koch-Straube, Ursula & Wappelhammer, Elisabeth (1994). *Lebensgeschichten. Bildungsarbeit mit alten Menschen*. Hannover: Vincentz.
- Butler, Robert. N. (1980): Die Lebensrückschau: Eine Interpretation der Erinnerung beim alten Menschen. *Integrative Therapie*, 3, 313-323.
- Erikson, Erik (1973). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Grün, Matthias (1997). „...was da alles möglich ist“. Schöpferische Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie. *Musiktherapeutische Umschau*, 18, 132-138.
- Hansen, Silvia (1997). Erinnerungen - ein Weg zur Gegenwart. Musiktherapie mit alten, chronisch kranken Menschen. *Musiktherapeutische Umschau*, 18, 94-102.
- Jochims, Silke (1993). Kurzzeitpsychotherapie am Beispiel der Depression im Alter. *Musiktherapeutische Umschau*, 14, 115-125.
- Lohse-Blohm, Ursula (1990). Brücke zu Kindheit und Jugend. Lied und Stimme in der Geriatrie. *Musiktherapeutische Umschau*, 11, 141-143.
- Muthesius, Dorothea (1990): „Denkt man doch im Silberhaar gern' vergang'ner Zeiten“. Gruppensingtherapie in der Gerontopsychiatrie. *Musiktherapeutische Umschau*, 11, 132-140.
- Petzold, Hilarion G. (Hrsg.) (1985). *Mit alten Menschen arbeiten*. München: Pfeiffer.
- Radebold, Hartmut (1997). Die therapeutische Beziehung zwischen Jüngeren und Älteren. *Musiktherapeutische Umschau*, 18, 114-120.
- Scheu, Friedhelm (1990). Das erste und das letzte Instrument. Zur Bedeutung der Stimme im Altenheim. *Musiktherapeutische Umschau*, 11, 144-146.