

Ich habe für sie einen Vortrag vorbereitet in dem wir den Bogen von den spezifischen Wirkungen der Musik im Allgemeinen bis zum Selbstverständnis der Musiktherapie bei schwer demenzkranken Patienten spannen. Wir werden uns gemeinsam anschauen, was Musiktherapie ist und danach berichte ich Ihnen von meinem musiktherapeutischen Angebot in der Pflegeoase. Einige Fallvignetten werden meine Ausführungen abrunden.

Psycho-physiologische Wirkung der Musik

Nahezu jeder hat die Wirkung von Musik mittelbar oder unmittelbar erfahren, jeder weiß, dass Freude, Erhabenheit, Aufmunterung, Glücksgefühle, Ergriffenheit, Geborgenheit, Beruhigung, aber auch Depression, Unruhe, Angst und sogar Aggressionen je nach Art und Zeitpunkt der angebotenen Musik ausgelöst werden können. Und seit Menschengedenken wird deshalb Musik durchaus zweckgebunden eingesetzt, besonders auch in der Heilkunst, wie aus Bildern und Texten des Altertums, insbesondere aus Ägypten und Griechenland, hervorgeht.

Doch warum wirkt Musik? Gibt es dafür beweisbare Gründe?

In der pränatalen Entwicklung des Menschen ist das Gehörorgan das erste funktionsfähige Sinnesorgan überhaupt .

Pränatale Entwicklung des Gehörorgans (modifiziert nach Klemm, G. 1987)

Erstes funktionsfähiges Sinnesorgan !

4.-5. Monat: Innenohr voll entwickelt

5.-6. Monat: Gehör voll funktionsfähig

ab 7. Monat: Reaktionen auf Klänge/
Geräusche/ Rhythmus.
Melodien werden postnatal
wiedererkannt.

Der Fetus ist seit Anbeginn seiner Entwicklung von den Geräuschen und Rhythmen der Mutter umgeben, wie z.B. das Rauschen des Blutes in den Gefäßen im Pulsschlag des Herzens, Darmgeräusche, Geräusche von Gelenken, Muskeln usw. Ab dem 7. Monat reagiert der Fetus auf diese äußeren Reize, etwa mit einer Änderung der Herzfrequenz. Auch erkannten Kinder nach der Geburt Lieder und Worte wieder, welche die Mutter während der beiden letzten Schwangerschaftsmonate gesungen bzw. gesprochen hatte. Säuglinge registrieren Veränderungen in Stimme- und Lautfarbe, sie reagieren auf Rhythmus, Zäsuren und Sprachmelodie, sie kommunizieren vor allem über Laute mit ihrer Mutter.

Die ersten Erfahrungen in der Beziehungsregulation zwischen Kind und Eltern verlaufen nonverbal, d.h. die Sprachmelodie des Erwachsenen passt sich instinktiv den Lauten des Säuglings an, diese Sprachmelodie begleitet in den meisten Fällen auch die Berührungen des Erwachsenen. So fühlt sich der Säugling „musikalisch“ angenommen oder beantwortet. Erst ab dem 15.-18. Lebensmonat kommt die verbale Verständigung dazu.

Musik ist ein subjektives menschliches Erlebnis. Wenn ein Klangereignis unser Trommelfell erreicht, wird eine komplizierte Reihenfolge von mechanischen, chemischen und elektrischen Ereignissen angestoßen. Sie gehen von der Hörschnecke (Cochlea) aus, über den auditorischen Gehirnstamm bis zur Großhirnrinde (Kortex). Alle zusammen lösen eine Musikwahrnehmung aus. Diese Prozesse sind nicht willkürlich steuerbar. Jede Gehirnhälfte erhält Informationen beider Ohren, in erster Linie jedoch von dem ihr gegenüber liegenden Ohr. Aus neurologischen Forschungen weiß man, dass schon kurz nach der Wahrnehmung von Musik (bzw. Klängen) deren akustische Kennzeichen wie Tonhöhe, Lautstärke und Klangfarbe im auditorischen Gedächtnis gespeichert werden.

Manfred Spitzer, der bekannte Neurowissenschaftler sagt: Musik ist ohne Gedächtnisleistung gar nicht möglich.

Diese frühen Gedächtnisleistungen, das heißt Verarbeitungsprozesse bewirken bereits emotionale Reaktionen, die sich immer wieder hervorrufen lassen: Rhythmus, Struktur und Dynamik, harmonische oder melodische Formen einer Musik können intensive Gefühle auslösen.

Also wir müssen uns merken: Mit Musik wird immer gleichzeitig ein bestimmtes Gefühl abgespeichert.

Des Weiteren stimuliert die Verarbeitung musikalischer Reize in den Kortexregionen, die Reize verschiedener Sinneskanäle koppeln, das vegetative Nervensystem zu vermehrter Aktivität. Blutdruck, Herzfrequenz und Sauerstoffaufnahme werden angeregt (Spingte/Droh, 1992). Schließlich lässt sich der Körper zu Bewegung anregen, wie Mitklatschen, Singen oder Tanzen.

Diese Tatsache hängt damit zusammen, dass das Ohr direkt mit dem limbischen System verbunden ist, wodurch die Beeinflussung von zahlreichen neurophysiologischen und funktionellen Prozessen verständlich wird. Dazu gehören etwa Auswirkungen auf das Wach- und Schlafverhalten, auf Lernprozesse, auf Schmerzverarbeitung und ganz besonders auch auf die Steuerung von Emotionen aller Art wie Aggression, Triebverhalten, Wut, Zorn, Unlust, Freude, Glück und Motivation, um nur einige Reaktionsmuster aufzuführen.

Im limbischen System lassen sich im Tierexperiment nach dem Hören von Musik signifikante Änderungen wichtiger Neurotransmitterpotentiale (z.B. Noradrenalin, Dopamin, Gaba) nachweisen. Damit wird durchaus verständlich, warum auch beim Menschen auf die Art der einwirkenden Musik ein psycho-physiologisches Biofeedback festzustellen ist. So vermag eine Rhythmusbeschleunigung Reaktionen am Herz- Kreislaufsystem auszulösen, die exakt den Stressphänomenen wie etwa bei starken Schmerzen entsprechen.

Sogar ein Abfall des IgA lässt sich nachweisen. Beruhigende, wenig rhythmusbetonte Musik und Rhythmusverlangsamung dagegen kann alle genannten Stressreaktionen abmildern oder gar aufheben und analog ist auch ein Anstieg des IgA zu beobachten. Bemerkenswert ist auch die Feststellung, dass Stressreaktionen umso intensiver und lang anhaltender ausfallen, je größer der Lärm und die Rhythmusbeschleunigungen ausgeprägt sind .

Emotional ist bei Musikhörern Fröhlichkeit mit „schnellem Rhythmus und stakkato“, Traurigkeit mit „langsam und legato“, Ärger mit „schnell und legato“ und Angst mit „langsam und stakkato“ verknüpft. Alle diese Phänomene werden ohne Zweifel in der Werbebranche sehr erfolgreich eingesetzt.

In der praktischen Medizin hingegen wird die Wirkung von Musik auf kranke Menschen – wenn überhaupt – nur am Rande wahrgenommen, obwohl bereits seit Jahren zahlreiche bemerkenswerte Publikationen und Untersuchungsergebnisse aus unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten vorliegen.

In der Onkologie hat die Musiktherapie besonders in der Palliativmedizin und bei der Begleitung von Sterbenden Bedeutung erlangt. Etliche Autoren sind der Meinung, dass die Musiktherapie „geradezu zur Grundversorgung im Palliativbereich“ gehört. Die hervorragende Wirkung der Musiktherapie bei Stressabbau und Angstlinderung kommt in der Reduktion von Anxiolytika und Sedativa zum Ausdruck.

Diese Erkenntnis können wir uns selbstverständlich auch in der palliativen Begleitung unserer Bewohner anwenden.

Nach diesem Ausflug in die Grundlagen der musiktherapeutischen Arbeit wenden wir uns wieder unseren schwer demenzkranken Bewohnern in der Pflegeoase zu.

Eine Heilung von primären Demenzerkrankungen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich. Deshalb richten sich alle Bestrebungen danach, eine möglichst lange Stabilisierung des aktuellen Status zu erreichen, eine Verminderung der Begleitsymptome zu erwirken, sowie Pflegende zu entlasten.

Eine wesentliche Schwierigkeit zeigt sich für Angehörige und Pflegende, wenn mit dem Fortschreiten der Demenz dem Erkrankten sein wichtigstes Kommunikationsinstrument, die Sprache, immer mehr verloren geht. Wünsche, Bedürfnisse, Befindlichkeiten und Gefühlsregungen können nur mehr sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr mitgeteilt werden. Im späteren Stadium können Handlungen aus Pflege und Alltagsbegleitung nicht mehr nachvollzogen werden, was zu Angst, Unsicherheit oder auch Resignation führt. Das Ziel in der Arbeit mit so beeinträchtigten Menschen sollte sein, sie mit großem Einfühlungsvermögen und Respekt zu begleiten, wobei die Aufmerksamkeit besonders auf nonverbale Kommunikationsformen gerichtet sein muss.

Eine besondere Art der nonverbalen Kommunikation ist der Austausch über Musik. Schon lange herrscht Konsens darüber, dass Musik der Königsweg in der Betreuung Demenzkranker ist, was insbesondere die Musiktherapie für die Arbeit mit Demenzkranken prädestiniert.

„Als Möglichkeit, trotz gestörter Gedächtnis-, Sprach- und Kommunikationsleistung dennoch eine Verstehens- und Verständigungsform zu finden, hat sich Musiktherapie als die basalste Form der Therapie für Demente erwiesen.“

(Indikationskatalog der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft, 1999)

Dabei geht es jedoch nicht um das Abspielen von Musik von CD oder die Dauerberieselung aus Radio oder Fernseher, sondern um das Erarbeiten einer gewachsenen therapeutischen Beziehung zu dem an Demenz erkrankten Bewohner. In dieser therapeutischen Beziehung erarbeite ich die verschiedenen nonverbalen Kommunikations- und Ausdrucksformen des Bewohners.

Bevor ich Sie mitnehme auf den Alltag einer Musiktherapeutin in der Pflegeoase müssen wir noch etwas klären. **Was ist eigentlich Musiktherapie?** Von der wunderbaren Wirkung der Musik haben wir ja schon gehört, aber Musiktherapie?

Nun, Musik vermag uns in besondere Stimmungen und Schwingungen zu versetzen. So wie Musik verschiedenartige emotionale Empfindungen auszulösen vermag, was für die Arbeit in der Pflegeoase ein äußerst wichtiger Aspekt ist, denn Emotionen bleiben bei Demenzerkrankten bis zum Schluss erhalten, so reagiert auch unser Körper sehr spezifisch auf unterschiedliche Klänge und Rhythmen, wie ich bereits ausgeführt habe. Dieser Einfluss von Musik wird in der Musiktherapie gezielt genutzt, um psychisches und physisches Wohlbefinden wiederherzustellen, es zu erhalten oder zu fördern – sei es durch aktives Spielen und Improvisieren (wie in der aktiven Musiktherapie) oder durch Zuhören (rezeptive Musiktherapie). Musiktherapie ist eine Form von Psychotherapie. Dadurch grenzt sie sich gegen pharmakologische und physikalische Therapien, sowie gegen den Einsatz von Musik als Begleitung bei pflegerischen Handlungen deutlich ab. Durch das konkrete Erleben von Musik entsteht ein emotionaler Verarbeitungsprozess. In diesem Prozess wirken die musikalischen Parameter Melodie, Rhythmus, Klang, Dynamik und Form. Nachdem ich tiefenpsychologisch fundiert ausgebildet bin, achte ich in diesem Prozess besonders auf das Auftauchen von Gegenübertragungsgefühlen. Durch deren Deutung erhalte ich entscheidende Informationen um weitere Interventionen ableiten zu können.

Ursprung der Musiktherapie

Überliefert ist, dass schon Pythagoras vor mehr als 2.500 Jahren Lieder dazu verwandt haben soll, um negative Gemütszustände wie Mutlosigkeit, Wut oder unkontrollierte Leidenschaften auszugleichen. Auch Platon und Aristoteles vertraten die Ansicht, dass sich mit Hilfe von Musik die Harmonie zwischen Körper und Seele,

zwischen Geist und Gefühl durch musikalische Elemente wie Rhythmus und Melodie wiederherstellen lasse. Mozart und Händel schrieben mit großem Erfolg "Heilmusik" für Menschen, die unter chronischen Kopfschmerzen oder Melancholie litten. Vor fast 300 Jahren komponierte Bach seine berühmten und noch heute in der Musiktherapie eingesetzten "Goldberg-Variationen" für einen Grafen, der unter quälender Schlaflosigkeit litt und durch wiederholtes Hören wieder zu Ruhe und Ausgeglichenheit fand. Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts beschreiben alle historischen Quellen die heilende Wirkung des bewussten Zuhörens und Musizierens – sei es allein oder in einer Gruppe.

Inzwischen gibt es nicht nur "die" Musiktherapie an sich. Innerhalb der Musiktherapie entwickelten sich parallel und gleichberechtigt verschiedene Methoden. Die Musiktherapie setzt schwerpunktmäßig zuerst im nonverbalen Bereich ein. Unabhängig von den verschiedenen Strömungen, die sich z.B. in der therapeutischen Sichtweise auf die Beziehung zwischen Therapeut und Klient, den Ursprüngen von Krankheit und im Menschenbild unterscheiden, lässt sich Musiktherapie in zwei wesentliche Grundansätze unterteilen.

1. Aktive Musiktherapie: Den Mittelpunkt der Aktiven Musiktherapie bildet das aktive Musizieren mit Zupf-, Streich-, Blas- oder Schlaginstrumenten verschiedener Kulturkreise, die ein breites Spektrum an Ausdrucks- und Erlebnismöglichkeiten eröffnen. Über unterschiedliche Klänge kann das innere Erleben auf besondere Weise einen symbolischen und konkreten Ausdruck in der Musik finden. Dabei spielt es keine Rolle, welche musikalischen Vorkenntnisse man besitzt. Das Gehörte und Erlebte wird üblicherweise anschließend im Gespräch bearbeitet, was in der Pflegephase natürlich nicht möglich ist

2. Rezeptive Musiktherapie: In der rezeptiven Musiktherapie ist das (bewusste) Zuhören das zentrale musiktherapeutische Element. Rezeptiv bedeutet, dass der Patient selbst nicht aktiv am Musizieren beteiligt ist. Es wird direkt mit bestimmten Musikstücken oder Tonfolgen gearbeitet, die entweder vom Therapeuten vorgespielt oder von einer Aufnahme angehört werden. Das gemeinsame Aussuchen und Anhören von Musik hilft Emotionen freizusetzen.

Musik in der Biografie

Die musikalische Biographie eines Menschen bedeutet seinen Umgang mit Musik während seines Lebenslaufs. So könnte er ein Instrument erlernt haben und z.B. in einer Blaskapelle gespielt haben oder sich nur gering bewusst mit Musik beschäftigt haben. Eine große Rolle spielen die musikalischen Vorlieben in der Herkunftsfamilie. Durfte Musik nur zu bestimmten Anlässen gehört werden, welche Art von Musik wurde gehört, war das Musikhören mit angenehmen Gefühlen verbunden, z.B. als Einschlafritual?

Jeder Bewohner bringt sein eigenes musikalisches Lebenskonzept mit in die Gruppe, dieses sollte man mit Feingefühl respektieren. Sinnvoll wäre, die musikalische Biographie in die Aufzeichnungen der allgemeinen Biographie zu integrieren.

Daneben prägt maßgeblich die Kultur, in der der Mensch aufwächst, seine musikalischen Vorlieben. (Chinesische Musik, Indische Musik...) Im 20. Jahrhundert unterlag die Musik großen kulturellen Veränderungen, was für die Menschen nicht immer leicht nachzuvollziehen war. Das Grammophon wurde erfunden, dadurch wurde Musik beliebig oft reproduzierbar. Besonders beschleunigt wurde diese Entwicklung durch die Einführung des Rundfunks. In den 30er Jahren sollte das Radioprogramm zur Entspannung und Erholung dienen, gleichzeitig aber die Arbeitsmoral heben. Eine riesige Propagandawelle überrollte durch das Radio die Menschen. Die heute ältere Generation erlebte einen Missbrauch von Musik in ihrer Kinder- und Jugendzeit, den man bis heute nicht unterschätzen darf. Auch mit „unschuldigen“ Liedern, wie Volksliedern, werden immer wieder schreckliche Erinnerungen verbunden, die jederzeit aktiviert werden können.

Im gesellschaftlichen Bereich vollzog sich der Wandel von der Groß- zur Kleinfamilie. Dadurch konnten alte musikalische Traditionen kaum fortgeführt werden. Viele alte Menschen vermissen das vertraute Gemeinschaftsgefühl, das sie hatten, wenn die ganze Familie zusammen musizierte, wenn gemeinsam altes Liedgut gesungen wurde. Alte Menschen haben noch erlebt, dass Musik nicht immer und überall zur Verfügung stand. Musik war für sie in erster Linie etwas, was zur Gemeinschaft, zur Familie gehörte, meistens selbst gesungen oder gespielt. Das heißt, der Klang der menschlichen Stimme ist ihnen weit vertrauter als Musik von Schallplatte und CD.

Erfahrungsgemäß steht die heutige Generation der über 65jährigen der aktuellen Jugendmusik ablehnend gegenüber. Die harten, schnellen Rhythmen widersprechen

ihrem Musikverständnis, ebenso die Gesangssprache Englisch. Ältere Menschen haben eher ein großes Interesse an volkstümlichen Musiksendungen. Besonders beliebt ist z.B. der Geiger André Rieu.

Menschen prägen ihren Musikgeschmack und –stil während der Jugendzeit und dem frühen Erwachsenenalter. Dieser wird meist lebenslang beibehalten. Das bedeutet für das 20. Jhd. eine fortwährende Änderung des Musikgeschmacks von Generation zu Generation. Für uns heute ist wichtig zu wissen, dass die Musik von vor dem Zweiten Weltkrieg noch die Menschen über 80 Jahren anspricht, die Musik der 50-60er Jahre eher die Menschen bis 80 Jahre. Ganz allmählich sollte auch der Rock'n Roll sowie die Beatmusik zum musikalischen Angebot gehören.

Was bedeutet dies nun für meine Arbeit als Musiktherapeutin?

Unsere Gedächtnisfunktionen sind auf eine Vielzahl von Gehirnstrukturen verteilt, diese werden beim Musikhören alle gleichzeitig aktiviert. Selbst wenn bei unseren Demenzerkrankten die neuronale Degeneration schon weit fortgeschritten ist, bleiben ihnen durch die Größe und Komplexität unseres Gedächtnissystems musikalische Erinnerungsspuren erhalten.

1985 wurde bereits von Reis und Kollegen das mittlerweile allseits bekannte Phänomen beschrieben, dass mit dem Fortschreiten der Demenz in der Regel das Eintauchen in immer frühere Lebensphasen einhergeht. Das bedeutet, je stärker die Demenz ausgeprägt ist, desto frühere Lebenserfahrungen werden aktiviert. Dieses Erkenntnis ist für die Musiktherapie mit an Demenz erkrankten Menschen von großem Wert. Ohne dass man genaueres aus ihrem Leben weiß, kann die Art, wie sie mit Musik umgehen, viel über die Lebensphase vermitteln, in der sie sich augenblicklich fühlen.

Ziele der musiktherapeutischen Interventionen

Wenn ich eine Therapieplanung erstelle, richten sich die Ziele der musiktherapeutischen Interventionen ausschließlich nach den Ressourcen, Bedürfnissen und der aktuellen Befindlichkeit des jeweiligen Bewohners. Menschen, vor allem mit weit fortgeschrittener Demenz, leben stets im Hier und Jetzt. Um ihnen das Gefühl von Selbstwirksamkeit und sozialer Akzeptanz zu ermöglichen, müssen ihre Bedürfnisse im Augenblick des Entstehens befriedigt

werden. Diese Bedürfnisbefriedigung ist das erste Ziel aller musiktherapeutischen Interventionen.

Ein weiteres grundsätzliches Ziel ist es, die Lebensqualität der Bewohner zu erhalten bzw. zu verbessern. Im Mittelpunkt steht die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung. Durch die Therapie sollen ungünstiges oder störendes Verhalten und negative Emotionen verringert werden. Die durch ihre Erkrankung bzw. Alter stark eingeschränkten Bewohner sollen sich und ihren Körper positiv selbstwahrnehmen und in Aktivität erleben.

Ein weiteres allgemeines Ziel ist, Entwicklungsrückschritte zu verlangsamen und würdevoll zu begleiten.

Indikationen, Informationen, Dokumentation

Auf Grund der vorhandenen Fähigkeiten, Interessen oder Defizite überlege ich, ob und wie das musiktherapeutische Angebot den Bewohner in folgenden Bereichen unterstützen oder fördern kann:

Sensomotorischer und auditiver Bereich, motorischer Bereich, sprachlicher und kommunikativer Bereich, sozial-emotionaler Bereich

In interdisziplinären Fallbesprechungen (wenn mögl. auch mit Angehörigen) gewinnen Pflegekräfte, evtl. Ergotherapeutin und Musiktherapeutin einen möglichst umfassenden Eindruck.

Die für die Therapieplanung besonders wichtigen Informationen wie Herkunft, Lebenslauf, gesellschaftlicher Kontext, Lieblingsbeschäftigung usw. ergeben sich aus der Bewohnerakte und den Beobachtungen des Pflegepersonals.

Günstig wäre, für jeden Bewohner bei Einzug in die Pflegeeinrichtung eine sog. „musikalische Biografie“ zu erstellen. Für meine Therapieplanung wäre so eine äußerst wichtige individuelle Grundlage geschaffen.

Jede Therapieeinheit wird dokumentiert. Dabei wird notiert, warum die Intervention gewählt wurde, wie die Reaktionen des Bewohners darauf waren, welche Anzeichen von Befindlichkeit er am Ende der Intervention zeigte und ob evtl. weitergehende Bedürfnisse vorhanden sind, die dem Pflegepersonal mitgeteilt werden müssen.

Der Therapieverlauf wird vierteljährlich evaluiert. Therapieplanung und Dokumentation sind in der Bewohnerakte hinterlegt.

Seit meiner Ausbildung begleitet mich ein Satz:

Der Patient führt – der Therapeut folgt

Ich habe gelernt, dass nicht meine Vorstellungen von Musiktherapie an erster Stelle zur Verwirklichung anstehen, sondern die wichtigste Aufgabe ist es, die Bedürfnisse, Nöte und Ängste der Bewohner wahr- und anzunehmen. In Abhängigkeit von der körperlichen und psychischen Verfassung des Bewohners setzte ich deshalb überwiegend Verfahren aus der Rezeptiven Musiktherapie ein.

Viele Bewohner haben einen langen Weg der Krankheit hinter sich, begleitet von Angst, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen und Ausgeliefert Sein.

Häufig wird der Wunsch nach Entspannung und „zur Ruhe kommen“ wahrnehmbar. Mit Klangschalen, Tao-Leier und/oder Stimme spielte ich ihnen ihre Entspannungsmusik, zum Teil werden die Klangschalen nahe am Körper platziert. Manchmal spiele ich auf einem von mir oder vom Bewohner ausgewählten Instrument für den Bewohner, häufig in freier Improvisation - vereinzelt gebunden an den Atemrhythmus des Bewohners.

Tonius Timmermann, einer meiner wichtigsten Wegbegleiter während des Studiums, bezeichnet diese Vorgehensweise als „Für-Spielen“ im Unterschied zum Vorspielen. Er meint damit „ein spontanes, improvisiertes Musizieren des Therapeuten für den Patienten“. Sowohl das Instrument als auch die Art und Weise des Spiels werden vom Therapeuten durch Einfühlung in die Situation gewählt und entwickelt. Dies ist ein sehr persönlicher Vorgang. Der Therapeut lässt sich auf eine momentane subjektive Gestaltung ein, die sich wesentlich unterscheidet von der Interpretation eines Stückes, das ein anderer Mensch komponiert hat. Eine solche Gestaltung bietet viel weniger Schutz und mutet mehr unmittelbare Offenbarung zu. Gleichwohl ist die geforderte therapeutische Abstinenz erfüllt: Sie ergibt sich daraus, dass der Therapeut nicht um seiner selbst willen ‚von sich‘ spielt, sondern *für* den Patienten“ (1998).

Vereinzelt kommt es vor, dass ich den Bewohnern eine CD mit von ihnen geschätzter Musik vorspiele.

Es ist aber auch manchmal möglich, aktiv Musik zu machen. Hierbei haben die Bewohner mit „ihrem“ Instrument geführt, natürlich mit einer starken Unterstützung durch mich. Hier ist die Gefahr groß, den Bewohner zu „überholen“ und nicht genügend auf seine Impulse zu achten. Es ist auch hier immer meine Aufgabe, zu folgen und zu begleiten.

Durch die Handhabung von Musikinstrumenten erleben die Demenzerkrankten Gefühle von Selbstwirksamkeit und Urheberchaft. Auf diese beiden Wahrnehmungsmöglichkeiten sollte bei der Betreuung von Menschen mit Demenz großes Augenmerk gelegt werden, denn mit dem Fortschreiten der Erkrankung werden Ich-stabilisierende Erlebnisse immer weniger. Instrumente schaffen hier einen Ausgleich, sie vermögen für kurze Zeit das Gefühl von Eigenmächtigkeit zurückgeben. Aktives Musizieren ist aber stets mit besonders starker emotionaler Beteiligung verbunden. Deshalb können damit emotionale und vegetative Erstarrungen auch besonders erfolgreich aufgelöst werden. Daraus folgt aber auch, dass der Musiktherapeut über eine fundierte Ausbildung verfügen muss, um mit plötzlich sichtbar werdenden Gefühlen des Bewohners, etwa aufgrund traumatischer früherer Erlebnisse, fertig werden zu können. In der Pflegeoase muss der Begriff der „aktiven Musiktherapie“ sehr viel weiter gefasst werden, als wir uns normalerweise vorstellen. Als aktive Teilhabe an der Musiktherapie werden alle Bemühungen des Bewohners aufgefasst, durch die er sich stimmlich oder körperlich in die Therapie einbringt. Ich unterstütze den Bewohner darin und ermögliche ihm eine selbstbestimmte Mitgestaltung.

Anfangs war ich sehr unsicher, welche Instrumente ich mit anbieten sollte - da begleitete mich immer wieder die Sorge, vielleicht nicht das passende Instrument dabei zu haben. Da ich zu den Bewohnern ans Bett oder den Pflegestuhl komme, müssen die Instrumente nicht nur tragbar sein, sondern ich kann auch nur eine begrenzte Anzahl transportieren.

Auch das Gewicht des Instrumentes entscheidend ist für dessen Einsatz. Die leichten, kleineren Instrumente können auch von Oasenbewohnern gut festgehalten und gespielt werden.

Übrig geblieben sind das Klavier in unserer Pflegeoase und folgende Instrumente: das Monochord, die Tao-Leier, das Elfenkind, die Cabasa, die Caxixis, die

Oceandrum, die Tenorblockflöte, das Glockenspiel, die Klangschalen, die Gitarre sowie - ich trage es bei mir- meine Stimme.

Sie wurde zu meinem wichtigsten Instrument - sowohl als Sprach- wie auch als Singstimme jederzeit verfügbar. Der Klang (m)einer Stimme offenbart meine wahre Befindlichkeit, ist Ausdruck meiner Persönlichkeit und Seele. Meine Stimme spiegelt wieder, wie „stimmig“ ich mich in dem fühle, was ich sage und vor allem wie ich es sage. Genau diese Beziehungsebene zwischen mir und meinem Gegenüber ist für mich von großer Wichtigkeit. Gerade Demenzkranke besitzen ein besonderes Gespür für die „Echtheit“ ihres Gegenübers.

Durch meine Singstimme, alleine oder unterstützt durch ein Saiteninstrument, lässt sich am intensivsten die Zugewandtheit zum Gegenüber vermitteln.

Beim Singen oder Summen ohne instrumentale Begleitung können gleichzeitig Berührungen angeboten werden, die Wärme und Nähe vermitteln. Nicht immer bedeutet Musiktherapie, dass auch wirklich Musik gemacht wird. Oft ist auch das Erleben von Stille mit dem Bewohner wichtig. Vielleicht hat der Bewohner gerade das Bedürfnis nach absoluter Ruhe. Mitunter sitze ich am Bett und halte nur die Hand des Bewohners, richte meine ganze Aufmerksamkeit auf unsere Begegnung und vermittele auf diese Weise einen wertschätzenden zwischenmenschlichen Kontakt. Dies bedeutet für mich sehr achtsam die minimalen Reaktionen der Bewohnerinnen wahrzunehmen. Zur Achtsamkeit gehört für mich auch die Anerkennung des gerade gezeigten Verhaltens.

Ein Beispiel: Ich sitze am Bett einer Bewohnerin, deren Allgemeinzustand sehr schlecht ist. Sie kann nur noch sehr eingeschränkt kommunizieren. Im Augenblick scheint sie zu schlafen. Ich summe für sie leise und einhüllend ein Marienlied. Nach einer kleinen Weile öffnet sie die Augen, schaut mich ein paar Augenblicke mit großen Augen an und beginnt laut zu wehklagen. Ich beende mein Summen und beobachte sie. Schließlich greife ich ihr Wehklagen auf, indem ich auf der gleichen Tonhöhe, auf die gleiche Weise dazu singe. Nach kurzer Zeit umspielt ein Lächeln ihre Lippen, sie schaut mich wieder an und beendet ihre Klage. Indem ich die Bewohnerin imitiere, versuche ich mich ihrer Erlebniswelt anzunähern. Ich gebe ihr gleichzeitig die Möglichkeit, die Situation zu kontrollieren, was in diesem Fall bedeutsam für unsere gelungene Begegnung ist.

Orientiert sich die Liedauswahl oder die Improvisation an den eingeschränkten Ausdrucksmöglichkeiten der Bewohner, ermöglicht ihnen dies ein Erleben von Synchronisation, was die Entstehung des zwischenmenschlichen Kontakts positiv beeinflussen wird.

Das Ansprechen der Sinne auf mehreren Ebenen durch verschiedene Reize fördert das Erreichen von Kontaktmomenten und damit das Auftauchen des Selbst- und Beziehungsgefühls.

Aus einer Therapiestunde: *Frau F. liegt schlafend im Bett. Ich setze mich zu ihr und spiele leise auf der TAO-Leier, dazu summe ich. Augenblicklich werden ihre Atemzüge tiefer, sie beginnt laut zu schnarchen. Nach einer Weile habe ich den Impuls, vorsichtig ihre Hand zu streicheln. Sie schlägt die Augen auf, dreht den Kopf in meine Richtung und sucht Blickkontakt. Dabei beginnt sie zu lächeln und hält meine Hand ganz fest. Leider kann ich nicht verstehen, was sie mir nun sagen möchte. Ich lege die Leier auf ihre Beine und streiche über die Saiten. Man sieht ihr an, wie sie es genießt, die Schwingungen des Instruments zu spüren und sogar darauf wartet. Ich erlebe sie in hoher Konzentration. Nach einiger Zeit lässt ihre Aufmerksamkeit nach, ich summe wieder für sie, bereits nach kurzer Zeit schläft sie ruhig und entspannt ein.*

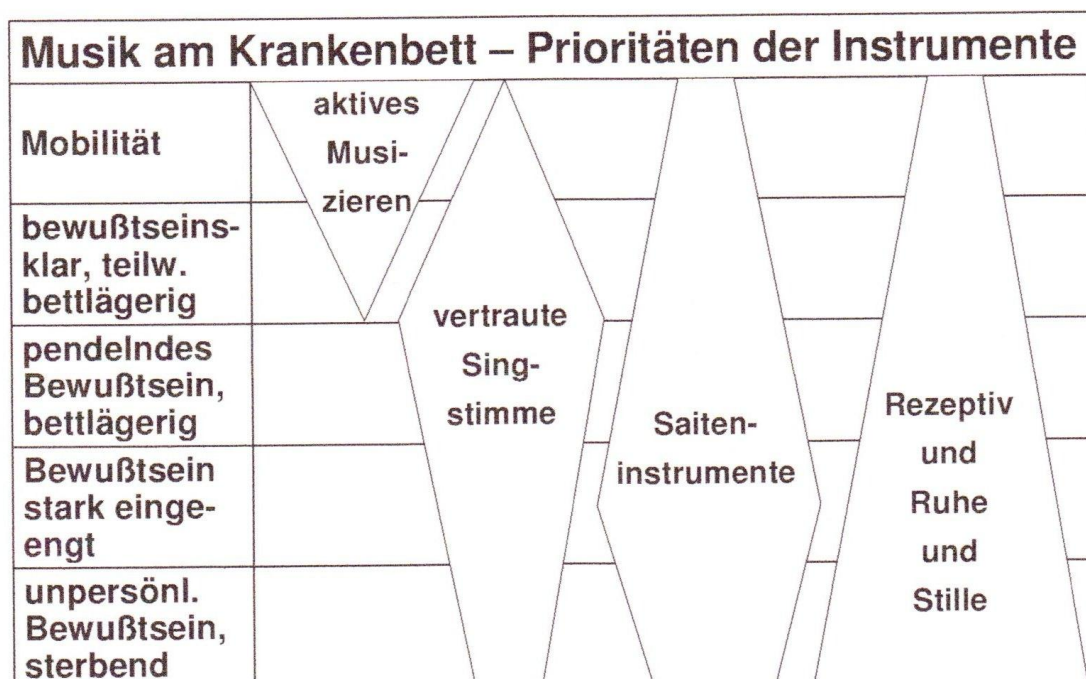
Reflexion: *Obwohl Frau F. zu schlafen scheint, erreicht sie die Musik. Die bei ihr beobachtete entspannende Wirkung setzt sofort ein. Das ist für mich ein deutlicher Hinweis auf eine vorbewusste Verarbeitung von Musik. Ebenso bestätigt es meine Annahme, dass es nicht vergeblich ist, jemandem Musik anzubieten, auch wenn er augenscheinlich nicht aufnahmebereit dafür ist.*

Indem ich versuche, mich mit Frau F. zu verbinden, entsteht plötzlich der Impuls, sie zu berühren. Es scheint sogar, als hätte sie auf diese Berührung gewartet, um aus ihrem schlafähnlichen Zustand auftauchen zu können. Es entsteht ein intensiver Blickkontakt. Aus diesem vertrauensvollen Kontakt heraus kann ich ihr eine noch intensivere Berührung anbieten, das Anlegen der Leier auf ihre Beine. Sie nimmt das Angebot an und konzentriert sich wirklich auf das Spüren der Musik in ihrem Körper. Hier geht für sie die Wirkung der Musik deutlich über die Entspannung hinaus, im Gegenteil, sie wirkt nun körperlich für kurze Zeit anregend. Besonders gut gefällt mir, wie Frau F. selbständig unsere Begegnung beendet. Sie geht zurück in ihre „Welt“ und signalisiert mir durch Einschlafen, dass sie nun genug hat.

Wenn den Bewohnerinnen der Oase es nicht mehr möglich ist, die Instrumente als solches zu erkennen, bzw. sie entsprechend zu gebrauchen, setze ich sie anders ein. Z.B. benütze ich Instrumente, deren Vibrationen gut spürbar sind, wie Klangschalen, Trommeln, Tao-Leier, Gitarre, Monochord. Entweder lege ich das jeweilige Instrument direkt auf den Körper auf oder spiele in nahem Abstand zum Körper der Bewohnerin. Welche Variante zum Tragen kommt, hängt ganz von der intuitiven Bewertung der jeweiligen Situation ab. Das Auflegen des Instruments auf den Körper überschreitet manchmal die persönliche Grenze, jedoch erhält die Bewohnerin durch das körperentfernte Spielen weniger taktile Reize, so dass ich die beiden Varianten gut abzuwägen versuche.

Manchmal entsteht aus einem Einzelkontakt ganz spontan ein Gruppengeschehen. Dabei werden ganz nebenbei mehrere Therapieziele für die Bewohner erreicht: Kommunikation, Kognitive Aktivierung, Erinnerungsarbeit, Interaktion, Erleben von Gemeinschaft und Freude, Nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten, Körperwahrnehmung und Mobilisierung sowie das Erleben von Selbstwirksamkeit.

Ich habe Ihnen hier noch eine Folie mitgebracht, auf der recht eindrücklich veranschaulicht wird, in welchen Krankheitsphasen welche Art von Interventionen am besten angebracht ist.



Bewährte Klangmuster in unterschiedlichen Krankheitsphasen
(modifiziert nach Mangold/Orter, 1999)

Die therapeutische Begleitung verändert sich, wenn sich der Tod ankündigt. Die Gestaltung des Augenblicks, das Wahrnehmen der gemeinsamen Präsenz steht nun im Vordergrund. In der Musik liegt für viele Menschen eine spirituelle Kraft, die über das „irdische“ und erklärbare Erleben hinausreicht. In der einfühlsamen klanglichen Begleitung kann der Sterbende eben diese spirituelle Kraft erleben, die den Prozess des Loslassens von der alten Welt und des Öffnens für die neue Welt begleitet. Für die Gestaltung dieser Augenblicke bieten sich Lieder an, die metaphorisch die Sterbesituation behandeln, wie Schlaflieder, Lieder zum Ende des Tages, aber auch geistliche Lieder oder Lieder, die das Abschied nehmen thematisieren. Da der sterbende Bewohner aus Gründen seiner Demenzerkrankung und wegen des Sterbeprozesses kaum die Liedtexte kognitiv erfassen wird, stellen die eben genannten Lieder eine wichtige Stütze für mich als Therapeutin dar, mich auf die Situation emotional einzuschwingen. Eine noch intensivere atmosphärische Begleitung entsteht durch ein ruhiges, einhüllendes, tröstendes Tönen. Ich möchte Ihnen von einer Begegnung aus meiner Tätigkeit auf einer Palliativstation berichten, die mich nachhaltig berührt hat:

Frau E. wurde am Vortag mit einem schweren Schlaganfall in die Klinik eingewiesen. Die behandelnde Ärztin verordnet Musiktherapie, so besuche ich die Patientin gegen 15Uhr. Die Patientin ist nicht ansprechbar. Zu ihrem Schutz sind am Bett seitlich Gitter angebracht, denn sie wirft sich unruhig hin und her und schlägt um sich. Dazu stöhnt sie laut und anhaltend. In dieser Situation fühle ich mich zuerst einmal hilflos. Was könnte ich für diese Patientin tun?

Intuitiv berühre ich die Patientin einfühlsam an Schulter und Handgelenk und summe für sie. Es fällt mir nicht leicht, die unruhige Patientin wirklich einfühlsam zu halten und in völliger innerer Ruhe für sie da zu sein. Ich habe den Eindruck, mit dem was sie belastet, selbst zu ringen. Nach einer schier endlosen Weile beruhigt sie sich, ihr Stöhnen verstummt, sie liegt in Embryonalhaltung in ihrem Bett. Nun spüre ich deutlich ihr Lauschen nach meinen gesummtten Tönen. Ich verlasse die Patientin nach 20 Minuten. Am Abend verstirbt sie, nach Auskunft der Ärztin ruhig und ohne wieder in einen Unruhezustand gekommen zu sein.

Wie erkennt man die Erfolge, bzw. wie zeigen die Bewohner ihr In-Kontakt-Treten mit der Therapeutin?

Folgende nonverbalen Mittel wie Gestik, Mimik, Blickrichtung, Körperhaltung wurden durch die Bewohner eingesetzt:

Mimik: Zustimmung durch Lachen, Schmunzeln, Augenbrauen heben, Nicken, entspannter Gesichtsausdruck, Mund öffnen und schließen, Zunge bewegen, Kaubewegungen, angeregter Speichelfluss.

Sprachlaute: Lautieren, Grummeln, Sprechversuche, Gesangsversuche, lautes Aufstöhnen

Blick: Augen öffnen, Blick verfolgt die Bewegungen zur Musik, Blick verfolgt Therapeutin bei Platzwechsel, Kopf drehen und Blick weiter auf die Person richten

Körperhaltung: Arme und Hände öffnen, entspannte Beinstellung, Versuch gerade zu sitzen und sich aufzurichten, nach Händen fassen

Tasten: Musikinstrument anfassen, Klangkörper berühren und Töne im Körper spüren

Riechen: Musikinstrumente in Form von Obst beriechen und belecken

Zusammenfassung:

Musik ermöglicht den Betroffenen, wieder mit der Umwelt zu kommunizieren.

Der Einsatz von Musik reduziert nach allen bisherigen Untersuchungen deutlich die Unruheerscheinungen bei Demenzerkrankten. Musik baut Stresshormone ab. Die musikalischen Aktivitäten der Erkrankten zeigen, welche momentanen Fähigkeiten unterstützt und so möglicherweise erhalten werden können.

Es gelingt eine individuelle wie auch die gemeinsame Ansprache der Bewohner. Dabei kann beobachtet werden, wie über personenbezogene Interventionen hinaus Reaktionen der Mitbewohner ausgelöst werden, wie z.B. Handbewegungen, Veränderung der Mimik, Lautäußerungen usw.

In der therapeutischen Beziehung mit demenziell beeinträchtigten Menschen sind in erster Linie leise, aufmerksame Gesten angebracht, das Hineinspüren in das Gegenüber, das Miterleben des Augenblicks.

Wichtig ist, das Augenmerk auf die feinsten und kleinsten Regungen zu richten,

wodurch erkennbar wird, dass Menschen mit Demenz fähig sind, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken.

Auch für die Pflegenden ergeben sich einige positive Effekte:

- Die Pflege kann wesentlich flexibler und bewohnerorientierter gestaltet werden, weil die Signale der Bewohner früher wahrgenommen werden.
- Die alten Menschen wirken gelöster und entspannter, weil sie mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit erfahren
- Auffälliges Verhalten wird reduziert.
- Die Pflegenden haben einen sehr viel intensiveren Kontakt – durch den Austausch mit dem Musiktherapeuten wissen sie mehr über die Bewohner, ihre Handlungen werden stimmiger.

Mit diesen positiven Ausblicken beende ich meine Ausführungen.