

Vom Suchen und Finden: musiktherapeutische Handlungsformen und deren Beobachtung in einer prozessorientiert geführten ambulanten Gruppenmusiktherapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz

Jan-Peter Sonntag, Ute Hennings, Hans Ulrich Schmidt, Tomas Müller-Thomsen, Hamburg

Zusammenfassung

Bei wachsender Anerkennung der Bedeutung musiktherapeutischer Behandlung von Patienten mit Demenz stellt sich zunehmend die Frage, durch welche speziellen musiktherapeutischen Zugangswege Behandlungseffekte erzielt werden können. Untersucht wird eine über den Zeitraum von einem Jahr (40 Sitzungen) durchgeführte ambulante Gruppenmusiktherapie für Patienten mit leicht- bis mittelgradiger Alzheimer Demenz. Von externen Beobachtern und regelmäßiger Videodokumentation begleitet, gibt die Auswertung und Beschreibung dieser Gruppentherapie Hinweise auf die Entstehung und Entwicklung musiktherapeutischer Handlungsformen, die für diese Patientengruppe angemessen erscheinen. Eine besondere Bedeutung kommt der Rolle freier musiktherapeutischer Improvisation, dem Singen von Liedern, sowie dem Austausch über die Erkrankung zu.

Bei der Vorstellung einiger ausgewählter Sequenzen des Videomaterials in einer qualitativen Psychotherapie-Forscherguppe rückte insbesondere durch die Außenbetrachtungsperspektive der für diese Patientengruppe interessante Aspekt der Psycho- und Gruppendynamik stärker in den Vordergrund.

Abstract

Searching and Finding: Music Therapy Treatment Forms and Recorded Observation in Process Oriented Out-Patient Group Music Therapy for Clients with Alzheimer-type Dementia

With the growing recognition of the importance of music therapy treatment for people with dementia, questions are raised regarding specific music therapy approaches in achieving treatment goals. Out-patient group music therapy for patients with mild to moderate levels of Alzheimer-type dementia is studied over a time-frame of one year (40 sessions). External observation and regularly scheduled video documentation offer direction to the assessment and evaluation of the group therapy, as well as in developing music therapy intervention forms, appropriate for this patient group. Special emphasis is put upon the role of free music improvisation, the singing of songs, and illness-related verbal exchange. By presenting selected video-clip sequences from a psychotherapeutically qualitative based research team, external observation provides perspective, emphasizing interesting aspects of the patients' psycho- and group dynamics.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit entstand im Zuge der Auswertung einer über die Dauer eines Jahres durchgeführten ambulanten Gruppenmusiktherapie für Patienten mit Alzheimer Demenz (AD) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE). Die Gruppe fand als primär klinisches Versorgungsangebot im Rahmen eines Forschungsprojektes statt, das sich mit Fragestellungen der Anwendung künstlerisch-psychotherapeutischer Verfahren bei dementiellen Erkrankungen befasst. Parallel zu der Musiktherapiegruppe erhielt eine zweite Gruppe für ein Jahr Kunsttherapie; diese wird gesondert untersucht. Die Gruppen wurden nicht randomisiert. Eine Kontrollgruppe ließ sich aus organisatorischen Gründen nicht bilden. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf den musiktherapeutischen Anteil des Forschungsprojekts.

Die therapeutischen Möglichkeiten (eine gute Übersicht gibt Grümme (1997)) bei dementiellen Erkrankungen werden derzeit unter einer Vielzahl wissenschaftlicher Fragestellungen beforscht. Angesichts der auch mittelfristig nicht zu erwartenden ursächlichen Behandelbarkeit der Krankheit rücken vor allem im Bereich der nichtmedikamentösen Therapien Aspekte der Lebensqualität und des subjektiven Wohlbefindens Betroffener in den Mittelpunkt. Im Sinne einer personenzentrierten Sicht auf die Demenz, wie etwa durch Kitwood (2000) vertreten, spielen neben den neurologisch-neuropsychologischen Einschränkungen die Persönlichkeit, die Lebensgeschichte und die Umwelt des erkrankten Patienten insbesondere bezüglich der Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle. Dadurch gewinnen neben kognitiven Einschränkungen die Handlungsmöglichkeiten sowie das Gefühls- und Beziehungsleben an Bedeutung.

Wie kaum eine andere Therapieform, die in grundsätzlich psychotherapeutischer Orientierung schöpferisches, kreatives und künstlerisches Handeln als Medium des Selbstausdrucks in der therapeutischen Beziehung fokussiert, spricht die Musiktherapie diese Aspekte der Demenz unmittelbar an. Allerdings besteht trotz großer Anerkennung der Musiktherapie durch Praxis-Institutionen sowohl der Altenhilfe als auch der Gerontopsychiatrie¹ nach wie vor großer Bedarf an wissenschaftlicher Evaluierung künstlerischer Verfahren (vgl. Muthesius 1997).

Spätestens seit Grawes Metaanalyse (1994) bemühen sich zunehmend auch die künstlerischen Verfahren um den Nachweis therapeutischer Effizienz. Nach wie vor ist Musiktherapie z. B. kein sog. Richtlinienverfahren, so dass die ambulante Kostenerstattung ein großes Problem darstellt. Nicht zuletzt unter dem Druck der Kostenträger konzentrieren sich die Forschungsbestrebungen der vergangenen Jahre deshalb auf bessere Nachweise zur Wirksamkeit und Effektivität musiktherapeutischer Behandlungssettings.

Häufig, vor allem in Studien des angloamerikanischen Sprachraumes, lehnen sich musiktherapeutische Forscher an das medizinische Modell dementieller Erkrankungen an (vgl. z. B. Gerdner 2000, Koger et al. 1999, Grümme 1998) und konzentrieren sich auf dessen Theoreme. So wird die Musikwirkung auf bestimmte (Begleit-)Symptome der Demenz untersucht, in dem Bestreben, Ergebnisse

zu quantifizieren und therapeutische Interventionen reproduzierbar und in ihrer Wirkung vorhersagbar zu machen (vgl. Smeijsters 1997). Das UKE-Forschungsprojekt legte insofern einerseits einen deutlichen Schwerpunkt auf den Bereich der Messbarkeit therapeutischer Wirkmechanismen.

Zusätzlich jedoch wurden Probleme der therapeutischen Methodik und des therapeutischen Prozesses untersucht, da die Frage nach einem angemessenen musiktherapeutischen Methodenrepertoire für Patienten mit Demenz in der Fachwelt nach wie vor kontrovers behandelt wird. In beschreibender Form wurden von uns spezifische Wesenszüge, Prozesse und Qualitäten innerhalb der Therapiegruppe herausgearbeitet, welche wiederum die Wahl der Methoden und Handlungsformen beeinflussen. Die hier vorliegende Arbeit wird speziell über diesen Teil der Studie berichten, sich also auf qualitative Forschungsfragen beziehen. Ziel ist es, über Beobachtungen, Therapienachbesprechungen und die Auswertung von Videomitschnitten quasi zu „ertasten“, wo die methodischen Besonderheiten dieser Gruppenmusiktherapie lagen. Somit wird in Bezug auf die Gesamtstudie ein *Nebeneinander* von qualitativen und quantitativen Forschungsperspektiven erzielt, wodurch einer weitverbreiteten Forderung im Bereich der Psychotherapieforschung entsprochen wird (Aldridge 1996, Wosch 2002). Erste Analysen der quantitativen Daten ergaben, dass sich zwar die Stimmung, die vor und nach den Therapiesitzungen gemessen wurde², nach den Sitzungen gebessert hatte, dieses jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht signifikant wurde. Ähnliches gilt für die Veränderungen von Depressivität und Verhaltensauffälligkeiten über den gesamten Beobachtungszeitraum. Die endgültigen Berechnungen stehen jedoch noch aus.

Gruppenteilnehmer und therapeutisches Setting

Die Gruppenteilnehmer waren Patienten der Gedächtnissprechstunde am UKE, sie wurden in diesem Rahmen untersucht.

Name:	Alter:	MMSE:
Frau D.	74	27
Herr N.	77	18
Frau K.	62	24
Frau H.	82	22
Herr P.	75	26

(MMSE 18 war Einschlusskriterium)

Alle Teilnehmer hatten eine nach NINCDS-ADRDA Kriterien (McKann 1994) diagnostizierte wahrscheinliche Demenz vom Alzheimer Typ. Die Einstufung der kognitiven Beeinträchtigung erfolgte mit der Mini-Mental Status Examination (MMSE, Folstein 1975). Insgesamt können 30 Punkte erreicht werden, ab 26 Punkten gilt das Vorliegen einer Demenz als wahrscheinlich. Da dieses Instrument

im oberen Bereich jedoch nicht besonders sensitiv ist, kann auch bei maximaler Punktzahl bereits eine Demenz vorliegen. Im mittleren Bereich (24–12 Punkte) bildet der Punktwert das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung auf einem Kontinuum relativ gut ab.

Die Musiktherapiegruppe fand über den Zeitraum eines Jahres einmal wöchentlich nachmittags über 90 Minuten statt. Bis auf Fr. K., eine alleinstehend lebende Teilnehmerin, wurden die Teilnehmer von ihren Ehepartnern begleitet, die sich während der Therapiesitzung in einem Wartebereich aufhielten. Nicht alle Teilnehmer konnten bei jeder Sitzung anwesend sein. Kuraufenthalte, somatische Erkrankungen oder schlicht die Tatsache, dass fortschreitende örtliche Desorientierung das Auffinden des Therapieraums zur rechten Zeit verhinderte, zählten zu den Gründen.

Der Therapieraum war mit einem Stuhlkreis, Aufnahmegegeräten, einer Einwegscheibe und folgendem musiktherapeutischen Instrumentarium ausgestattet:

Kantele (3)	Djembe (1)	Xylophon (1)
Kalimba (4)	Tablas (1 Paar)	Sen-Plates (2)
Small Percussions	Klangschalen (3)	Glockenspiel (1)
Monochord (1)	Koreanischer Gong (1)	Tamtam (1)
Gitarre (1)	Mundharmonika (1)	Balaphon (1)

Die Gitarre wurde von der Therapeutin in der Regel zur Liedbegleitung verwendet. Die Mundharmonika war ein Privatinstrument von Fr. H. und wurde von der Patientin regelmäßig mit in die Sitzung gebracht.

Die Musiktherapeutin und die Beobachter

Für die Gestaltung der Musiktherapiegruppe spielte die methodische Offenheit der durchführenden Musiktherapeutin eine besondere Rolle. Sie hatte Auswirkungen auf die Auswahl der musiktherapeutischen Handlungsformen, insbesondere im Hinblick auf den Einsatz freier Improvisation.

Über die Teilnehmer der Gruppe waren der Therapeutin nur minimale Vorinformationen (im wesentlichen Name und Alter) zugänglich. Alle übrigen Informationen wurden in den Therapiesitzungen selbst gewonnen, was interessante Hinweise auf diagnostische Qualitäten von Musiktherapie im Hinblick auf Demenz gab (vgl. dazu Aldridge 1999, 286ff), ein Aspekt, auf den im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann.

Diese Voraussetzungen weisen bereits auf einen tastenden, suchenden und prozessorientierten Charakter der Musiktherapiegruppe hin, der auch die therapeutische und z. T. Forschungs-Grundhaltung dieser Untersuchung maßgeblich beeinflusste.

In der Perspektive qualitativ orientierten wissenschaftlichen Vorgehens sollte besonders auf die Problematik eingegangen werden, dass Person und Vorwissen eines Untersuchers bereits das beeinflussen, was er im untersuchten Material sucht

und findet. Da der Therapeut selbst als Beobachter des therapeutischen Geschehens oft bereits zu stark fokussiert, indem er z. B. subjektiv erfolgreich empfundene Interventionen in den Vordergrund stellt bzw. sich von ihnen leiten lässt, wurde ein externer Beobachter hinzugezogen. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, durch eine von der Notwendigkeit therapeutischen Prozederes losgelöste Perspektive, Entwicklungsprozesse der Gruppe und der musiktherapeutischen Handlungsformen erleben und beschreiben zu können.

Eine weitere Außenperspektive wurde durch den Einsatz eines Videofilmers erzeugt, der seinerseits aufgrund seiner persönlichen und beruflichen Ausrichtung (Schauspieler, Produzent von Dokumentarfilmen u. a. in der Psychiatrie) dokumentierte und später aus dem Material selektierte.

Schließlich bot die Vorstellung einiger Sequenzen des Videomaterials in einer Arbeitsgruppe für qualitative Forschung eine weitere Möglichkeit der Reflexion, die besonders auf die dynamischen Aspekte der Therapie fokussierte.

Vorannahmen und Beobachtungsfokus der Untersuchung

Ausgangspunkt waren die aus praktischen Erfahrungen in der Musiktherapie mit Demenz entwickelten Annahmen über mögliche Prozessqualitäten einer Gruppentherapie: Angenommen wurde, dass die Entwicklung der Beziehungen von AD-Patienten in einer ambulanten Gruppenmusiktherapie von chaotisch-unsicheren zu geordneten, Sicherheit vermittelnden Strukturen verlaufen könnten. Anders ausgedrückt: Das Erleben des „Fremdseins“, das bei fortschreitender Krankheit gewissermaßen den „Normalzustand“ eines Demenzerkrankten darstellt, könnte eine Reduktion im zunehmenden Vertrautwerden mit der Gruppe sowie dem musiktherapeutischen Setting und Material erfahren.

Es bestand also die Vermutung, dass die Gruppenteilnehmer angesichts hirndegenerativer Prozesse mit einhergehender Desintegration des sozialen Lebens in prozessorientierter Gruppentherapie Kommunikationsstrukturen und -inhalte, die ihnen Sicherheit und Orientierung bieten, wieder- und neu finden können. Bei voraussichtlicher Abnahme der kognitiven Leistungen könnten somit psychosoziale Kompetenzen, die ein stärkeres subjektives Wohlbefinden ermöglichen, erhalten bleiben oder sich sogar verbessern.

Der Beobachtungsfokus wurde auf die Entwicklung von musiktherapeutischen Handlungsformen gelenkt, da sich hier beziehungs- und vertrauensstiftende Verhaltensmuster zeigen, in denen gleichzeitig die Persönlichkeiten der Teilnehmenden im Sinne einer Ressourcenaktivierung in der Musiktherapie Kontur gewinnen könnten.

Untersuchtes Material

Der Beobachter nahm regelmäßig einmal im Monat hinter einer Einwegscheibe an der Therapiegruppe teil. Die daraufhin angefertigten Protokollnotizen sowie Aufzeichnungen der anschließenden Besprechungen mit der durchführenden Mu-

siktherapeutin und einer Psychologie-Praktikantin dienen neben den Beobachtungen selbst als Materialgrundlage. Weiteres Material erschließt sich über die Videomitschnitte, ebenfalls in einmonatigen Abständen. Es standen insgesamt Material aus 7 Beobachtungssitzungen sowie 8 Videodokumente in ungefähr gleichmäßiger Verteilung über den gesamten Therapiezeitraum zur Verfügung.

Ergebnisse

Im nun folgenden Ergebnisteil werden die für die Therapie wesentlichen Formen musiktherapeutischen Handelns untersucht. Selektion und Interpretation des Materials geschahen in Zusammenarbeit der Therapeutin, des Beobachters sowie des Projektleiters. Die Darstellung erfolgt mit deskriptivem Schwerpunkt, um möglichst nah an den beobachteten Phänomenen zu bleiben. Beachtung finden vor allem Prozesse und Qualitäten, die i. S. der Vorannahmen über die Etablierung von haltgebenden Strukturen auffallen.

Die Patientengruppe wurde im Sinne einer prozessorientierten Gruppenmusiktherapie verlaufsoffen geführt. Charakteristika der entstehenden Beziehungen, Inhalte und Themen waren ausschlaggebend für die Wahl des therapeutischen Materials und der Methoden. Die durchführende Musiktherapeutin war nicht auf eine bestimmte Methodik festgelegt. Die *Handlungsformen* entwickelten sich aus einem Wechselspiel von Angeboten seitens der Therapeutin und Wünschen oder Vorschlägen der Teilnehmer. Auf vier Handlungsformen soll näher eingegangen werden. Sie spielten in der Therapie quantitativ und /oder qualitativ eine wesentliche Rolle:

Begrüßungsritual
Singen von Liedern
Freie Improvisation
Gespräche

In der Darstellung findet sich jeweils ein allgemeiner, die Gesamtgruppe betreffender Teil, der durch die Charakterisierung der einzelnen Patienten in Form von kurzen „Steckbriefen“ ergänzt wird. So sollen die individuellen Umgangs- und Erlebensformen im Bezug auf die jeweilige Handlungsform verdeutlicht werden.

Begrüßungsritual

Bereits in den ersten Sitzungen etablierte sich, angeregt durch die Therapeutin, ein Begrüßungsritual. Im Laufe der Therapie war dies die einzige Sequenz, die vorgeplant und festgelegt war. Die weitere Gestaltung der Stunden entstand aus den aufkommenden Themen, wobei Inhalte und methodische Bausteine aus vorangegangenen Sitzungen zum Tragen kamen. Mit dem Begrüßungsritual leitete die Therapeutin eine Befindlichkeitsrunde ein. Die große Klangschale wurde von einem Teilnehmer angeschlagen oder kurz gespielt. Anschließend fragte die The-

rapeutin nach dem Befinden des Teilnehmers. Dann wurde die Klangschale an den nächsten Teilnehmer weitergereicht.

Mit diesem Begrüßungsritual verschaffte sich die Gruppe einen gemeinsamen „Einstieg“, durch den jeder einzelne in seiner Individualität wahrnehmbar werden konnte. Die Patienten konnten sich untereinander wiedererkennen (sowohl im psychologischen als auch im Sinne einer konkreten Gedächtnisleistung), was sich z. B. in Bemerkungen wie „Machen Sie’s doch so, wie sie immer machen“ (Frau D.) widerspiegelt. Gegenüber anderen Instrumenten (zu Beginn der Therapie wurde auch die Kalimba für das Ritual ausprobiert) schien die Klangschale übrigens kaum mit der Vorstellung musikalischer Leistung assoziiert zu sein, was den geriatrischen Patienten den Zugang deutlich erleichterte. Der individuelle Umgang mit dem Ritual wird in den folgenden „Steckbriefen“ deutlich, die jeweils mit einem charakteristischen Satz (oft ein Zitat des Patienten) überschrieben sind, und in die einerseits Aussagen der Patienten, andererseits Wahrnehmungen und Interpretationen der Beobachter einfließen:

Frau D. I do it my way

Während sich die anderen Patienten mehr oder weniger ausgeprägt der Spielweise Herrn Ns. angepasst haben (ein einziger Schlag mit langer Nachklingzeit), entwickelt Frau D. im Laufe der Therapiesitzungen eine eigene Spielweise: Mit dem Holzgriff des Schlegels schlägt sie ein rhythmisches Motiv auf den Rand der Schale, oftmals dem Rhythmus eines innerlich gehörten Liedes folgend. Kokett weist sie darauf hin: „Darf ich wieder ein bisschen rumpuzzeln?!“. Damit signalisiert sie Identifikation mit einer unangepassten Seite: „Ich mache gern so ...“, oder (ironisch): „Ich mach das doch immer falsch.“ Diese Haltung findet ihre Analogie in den humorvoll abwehrenden Äußerungen zur Krankheit, die wohl eher ihrem Ehemann als ihr selbst Schwierigkeiten bereite.

Herr N. ... macht Lust auf Macht.

Mit einem kräftigen, plötzlichen, aber auch ein wenig unkontrollierten Schlag, bringt Herr N. die große Schale laut zum Klingen: „Herrlich!“ Wie ein Insignium der Macht hält er sie in die Höhe. „Wenn ich die fallen lasse ...“ – ein Ausdruck von Potenz, eingebettet in joviales Lachen. Auf der anderen Seite lauscht er manchmal hingeeben dem Ton nach, äußert seine Faszination über den langen Nachklang. Manchmal wendet er sich dabei auch an die anderen Teilnehmer: „Wer hört noch was?“ Die Klangschale ist das einzige Instrument, an dem Herr N. während der Therapie wirklich Gefallen gefunden hat. Auch bei Improvisationen bevorzugt er dieses Instrument.

Frau K. „Das ist mein Misston – innerlich.“

Fr. K. nutzt das Begrüßungsritual häufig, um sich offen über ihr Befinden zu äußern. Häufig erzählt sie von ihrer Niedergeschlagenheit, von unzufriedenstellenden Erlebnissen: „Letztes Wochenende hab’ ich mir versalzen lassen, das soll mir nicht wieder passieren.“ Die Musik bezieht sie unmittelbar auf ihre Stimmung; sie

repräsentiere „meine Dunkelheit, düstere Gedanken, Gehetztheit.“ Dabei kommt es auch vor, dass sie zu weinen beginnt. Auf der anderen Seite berichtet sie auch, wenn es ihr gut geht.

Frau H. Hier kann ich meine Not mitteilen.

Bereits während des Begrüßungsrituals äußert Frau H. ihr Anliegen an die Gruppe und die Musiktherapie. Sie thematisiert die Krankheit und äußert, ermutigt durch den Gesichtsausdruck der Therapeutin, Niedergeschlagenheit: „Es gibt Zeiten, wo ich nicht mehr mag.“ Immer wieder käme sie in schwierige Situationen: „... dass ich plötzlich nicht mehr zu meinem Arzt finden kann.“ Gleichzeitig fände sie in ihrer Familie, besonders bei ihrem Ehemann, großen Halt. Sie verspüre das Bedürfnis, problematische Situation vor ihm aus Rücksichtnahme zu verschweigen und wisse, dass sie die Musiktherapie vertraulich zur Aussprache über diese Themen nutzen könne: „Das erzähle ich nicht meinem Mann, aber hier kann ich es ja sagen“.

Herr P. „Der helle Klang, der inspiriert, ja.“

Der Zugang, den Herr P. zu diesem Ritual hat, kann als vorwiegend ästhetisch bezeichnet werden. Lange lauscht er dem Klang der großen Schale nach und betont mit verhaltenem Stolz die Sensibilität seines Gehörs. Über sein Befinden äußert er sich meist nur positiv.

Das Singen von Liedern

Von Beginn an spielte das Singen von Liedern eine gewichtige Rolle. Obwohl die Therapeutin von sich aus zunächst keine besondere Betonung auf dieses Medium legte, entwickelte es sich zum musikalischen Hauptelement der meisten Sitzungen.

Liedvorschläge kamen sowohl von Seiten der Therapeutin als auch von den Teilnehmern. Eine Kontinuität im Hinblick auf die Entwicklung einer gemeinsamen „Gruppenkultur“ durch ein *Liedrepertoire* wurde durch die Therapeutin insofern unterstützt, als sie Lieder, die in einer Sitzung besondere Bedeutung hatten, zur nächsten Sitzung für alle kopierte. Die Therapeutin übernahm insofern die Funktion einer „externen Gedächtnisträgerin“, welche Einfälle und Eindrücke aus der Therapie sammelt und behält. Im gleichen Maße wurden von denjenigen Gruppenmitgliedern, die über ausreichende Gedächtnisleistung verfügten, Lieder wieder aufgegriffen.

Zusätzlich zu den spontanen Einfällen diente ein *Liederbuch*, welches von den meisten Patienten als Quelle genutzt wurde. Allerdings hatte das Vertiefen ins Liederbuch oftmals ein Abnehmen der Bereitschaft zur Folge, mit der Gruppe zu kommunizieren. Liedvorschläge wurden beliebiger und die Beteiligung einseitiger. Bezüglich der Einbindung fortgeschrittener erkrankter Patienten (Hr. N.) hatten sie jedoch einen deutlichen Nutzen (z. B. durch Ermutigen, einen verantwortungsvollen Beitrag zum Gruppengeschehen zu leisten).

Was *Liedgattungen* anbelangt, waren in der Therapie vorwiegend Jahreszeitenlieder, Lieder aus dem Lebenslauf, Heimatlieder (vor allem in plattdeutscher Mundart) und parodistische Umdichtungen zu hören.

Im Verlauf der Therapie ordneten sich einzelnen Patienten bestimmte Lieder zu, die immer wieder in Verbindung mit ihnen erklangen. Dabei wurden sie entweder vom Patienten selbst, von der Therapeutin oder einem anderen Gruppenmitglied eingebracht. Diese Schlüssellieder wurden zu einer Art „klingender Visitenkarte“; in ihnen verdichteten sich grundlegende Lebensthemen. Die Patienten nutzten das Singen „ihrer“ Lieder in unterschiedlicher Art und Weise, wobei sich mit der Zeit eine oder mehrere charakteristische Bedeutungen als wesentlich manifestierten. Sie sind im folgenden wieder in Form von „Steckbriefen“ zusammengefasst, die diesmal mit Schlüsselliedern überschrieben sind.

Frau D. „In Lauterbach hab ich mein Strumpf verlor’n“
 „Weiße Rosen aus Athen“

Im offenen Gespräch und der freien Improvisation ist Fr. D. zurückhaltend. Häufig wirkt sie mit der Zeit abwesend, mitunter zieht sie sich gezielt zurück und wartet auf ihren „Turn“. Ihre Zeit kommt, wenn Lieder gesungen werden. Manchmal fordert sie diese Handlungsform offensiv ein. Die o. g. Lieder weisen auf ihren Geburtsort sowie den Wohnort ihrer Tochter hin. Mehrmals nutzt die Therapeutin diese Lieder, um Frau D. wieder „reinzuholen“, wenn sie während einer längeren Gesprächsphase „abdriftet“. Das Liedersingen ist ihr „Auftrag“ an die Musiktherapie, ihr Motiv, Woche für Woche zu erscheinen. Es soll ihr Heiterkeit ermöglichen, die ihr sonst fehlt: „Sie wissen doch, was ich am liebsten tue: Singen. Das macht fröhlich.“, „Die Singerei, das macht Spaß.“ Beim Singen wirkt sie vital, engagiert und auch motorisch aktiv. Lieder können für sie wie ein sicherer Hafen, eine Ressource sein, auf die sie sich zurückziehen kann.

Herr N. „An de Eck von de Steenstroot“

Als früherer Bewohner der Steinstraße in Hamburg Altona ist Hr. N. von Kindesbeinen an mit diesem Lied verbunden. Wann immer er es in die Therapie einbringt, lässt er Erzählungen aus seinem Leben folgen. Manchmal präsentiert er mit Effet eine vulgär-parodistische Umdichtung des Liedes: „... stehe ne Olsch mit But. Se knippt de Been tosam, weil sie mal mut.“ Gefühle von Erfolg und Kompetenz, der Stolz, Eindruck auf die Gruppe zu machen, scheinen ihm wichtig zu sein. Sie stehen im Gegensatz zu vollständiger Zurückgezogenheit in Phasen der Therapie, in denen Hr. N. nicht unmittelbar beteiligt ist (z. B. wenn andere von sich erzählen).

Frau K. „Wolgalied“

Frau K. gibt das Singen als Hauptbeweggrund für die Teilnahme an der Musiktherapie an: „Musik befreit die Seele.“ Sie habe in mehreren Chören gesungen, diese Aktivität jedoch aufgrund ihrer Erkrankung aufgeben müssen. Wohl aber beteiligt sie sich aktiv, und es entsteht bisweilen der Eindruck einer Art „Co-Therapeuten-schaft“. Häufig wirkt diese Aktivität wie zum Zwecke der Abwehr depressiver

Anteile. Frau K. animiert die Gruppe mehrmals erfolgreich zum Handeln (Tanz, Musizieren, Klatschen). Manchmal, wenn sie einen Liedtext nicht erinnern kann, wird sie beim Singen an ihre Krankheit erinnert und darüber traurig.

Frau H. „Am Brunnen vor dem Tore“
 „An der Saale hellem Strande“
 „Guter Mond, du gehst so stille“

Durch die Musiktherapie erinnert Frau H. sich wieder, dass sie eine Mundharmonika hat. Diese bringt sie von da an zu fast jeder Sitzung mit. In Verbindung mit dem Instrument sind es vor allem sentimentale Stimmungslagen, die Frau H. durch Lieder ausdrückt oder auch in sich entstehen lässt. In anschließenden Gruppengesprächen, an denen sie häufig einen Hauptanteil hat, schweift sie mit „nach innen gerichtetem Blick“ durch Erinnerungen und teilt diese der Gruppe mit, allerdings häufig, ohne dabei mit den anderen in Dialog zu treten. Musikalisches Handeln der Art des Liedersingens verbindet sie mit der Zeit, als sie an der Wandervogelbewegung teilnahm. Ihren Bruder, der Gitarre spielte, erwähnt sie dabei mit Stolz. Eines Tages teilt sie mit, dass ihre alte Mundharmonika verstimmt sei, nicht mehr richtig klinge. Diese Wahrnehmung wird von Therapeutin und Beobachtern nicht geteilt. Vielleicht schreibt sie ihr eigenes Unvermögen den Eigenschaften des Instruments zu. In der Folgesitzung hat sie sich dann sogar ein neues Instrument gekauft.

Herr P. „Guter Mond, du gehst so stille“

In aufrechter, aufmerksamer und wohlwollender Grundhaltung nimmt Herr P. vorwiegend rezeptiv an dieser Handlungsform teil. Dem Singen schreibt er eine stimmungsaufhellende Wirkung zu: „Das Singen macht doch fröhlich.“ Aus seinen Erzählungen wird eine sehr differenzierte Musikauffassung deutlich; er betont häufig: „Ich komme aus einem musikalischen Elternhaus.“ Sein Vater habe Klavier gespielt, er selbst Akkordeon. Auch ein Opernabonnement erwähnt er. Im Laufe der Therapie wird er deutlich aufgeschlossener.

Auch für die Gruppe als Gesamtes hatten bestimmte Lieder besondere Bedeutung. Meist angeregt durch einzelne Patienten, halfen sie, eine Gruppenidentität herzustellen. Bei aufkommender Unsicherheit erschienen z. B. Hamburger Lieder wie ein „sicherer Hafen“, an dem alle „andocken“ konnten. Wörtlich drückte dieses Frau H. so aus: „Stadt Hamburg an der Elbe Auen“, das ist doch unser Lied!“ Auch Jahreszeitenlieder erschienen häufig in dieser Funktion. Gemeinschaftsstiftende Lieder boten überdies die Chance der Beteiligung auf unterschiedlichen kognitiven und sozial-emotionalen Ebenen; dies ist hinsichtlich der ungleichen Fähigkeiten der Patienten, sich an rein sprachlichen Interaktionen zu beteiligen, eine wichtige Qualität des Mediums Musik.

Weitere Funktionen, die Lieder in den Sitzungen hatten:

- Schaffen von Erfolgserlebnissen
- Animation zum Handeln (Tanz, Musizieren, Klatschen)
- Symbolisieren von Lebens- und Sterbenthemen
- Strukturierung der Therapiesitzung
- Erinnerungsaktivierung, Reminiszieren
- Erzeugen von Kompetenzgefühlen

Freie Improvisation

Unter den vier beschriebenen Handlungsformen ist die freie musiktherapeutische Improvisation zweifellos diejenige, welche am nachdrücklichsten von der Musiktherapeutin und nicht von den Patienten in das Gruppengeschehen eingebracht wurde. Allerdings ging die Initiative für das freie Spiel zunächst von den Patienten aus: Hr. N. und Hr. P. probierten in einer Sitzung recht vorbehaltlos verschiedene Instrumente aus.

Sämtlichen Patienten war diese Form des musikalischen Spiels neu und unvertraut, so dass sich die Erfahrungen mit dieser Methode schon allein dadurch von anderen Handlungsformen (wie z. B. dem Singen von Liedern) unterschieden. Auf die Fachdiskussion zur Frage der Indikation oder gar Zulässigkeit dieser Methode bei Patienten mit Demenz, an der sich seit einigen Jahren die musiktherapeutischen Geister scheiden (vgl. Tüpker 2001, 111f), soll hier nicht näher eingegangen werden, da sie eher für den innerdisziplinären Diskurs von Interesse ist. Immerhin jedoch sollte festgehalten werden, dass die Erfahrungen aus dem hier beschriebenen Forschungsprojekt keine eindeutige Positionierung für den einen oder anderen Standpunkt zulassen. Zu ambivalent, unterschiedlich und auch widersprüchlich waren die Haltungen sowohl der Patienten als auch des Projektteams gegenüber freien Spielformen.

Dargestellt werden im folgenden wieder zunächst auf das Individuum bezogene Beobachtungen und Bedeutungsgebungen in Steckbriefform, überschrieben mit einer charakteristischen Aussage des Patienten. Im Anschluss folgen zusammenfassende, die Gesamtgruppe betreffende Beobachtungen und Interpretationen.

Frau D. „Ich kenn mich da nicht aus, man müsste üben können.“

In der freien Improvisation zeigt sich Fr. D. eher verhalten. Oft hört sie nur zu, lässt die anderen spielen. Ein akzeptierendes, wohlwollendes Abwarten, das aber auch von Bedenken geprägt ist: „Ich will (durch das Improvisieren, d. Verf.) niemandem auf die Nerven gehen.“ Manchmal fordert sie gezielt Handlungsformen ein: „Das Ding da, das spielen Sie doch auch noch?“ Gemeint sind damit die Gitarre und das Singen. Irgendwie scheint sie sich dadurch vergewissern zu wollen, ob sie für die „Strapaze“ des Improvisierens noch belohnt wird.

Wenn sie einmal ein Instrument wählt, um mitzuspielen, so meist das Glockenspiel, das sie leise bedient, als ob sie niemanden stören möchte. Häufig meint sie, sie könne das doch gar nicht, da komme nichts richtiges bei raus: „Ein richtiges

Lied habe ich nicht hingekriegt.“ Man müsse es mal mit nach Hause nehmen, um zu üben. Fr. D. glaubt, ein bestimmtes Lied spielen zu müssen, und wenn sie spielt, versucht sie z. B. auch auf Rhythmusinstrumenten Lieder zu reproduzieren.

Herr N. „So aus dem Stehgreif krieg ich das nicht hin.“

Herr N. steht der freien Improvisation kritisch gegenüber: „Ich seh’ das schon kommen, wir müssen Musik machen.“ Mit großem Widerstand probiert er zwar aus, findet jedoch schnell etwas, das er kritisieren oder ablehnen kann. Anders als Fr. D. schreibt er die Defizite den Instrumenten zu: „Das klingt doch gar nicht.“ „Wer hat denn das gebaut?“ „Da fehlen Töne, da kann man gar nicht drauf spielen.“

Einmal lässt er sich durch eine Spielvorgabe einbinden, die ihm die „musikalische Leitung“ zuspricht. „Alle spielen nur, wenn Hr. N. spielt“. Dabei genießt er sichtlich das Gefühl von Einfluss und Kontrolle.

Phantasie entwickelt er in der verbalen Beschreibung der Musik. Häufig verwendet er dabei Bilder aus der Natur: „Was soll ich dann sagen? Einsamkeit lebt in der Natur, ... Vogelschwarm, ... kann man träumen.“ Obwohl er in den Improvisationen die Harmonie vermisst, findet er etwas Verklärtes, Märchenhaftes in ihnen. Dann aber wiederum auch: „Wie ein Radiergummi, irgendwie dumpf.“

Frau K. „Es liegt alles im Moll-Bereich.“

Frau K. steht der Improvisation offen gegenüber. Bei ihr wird eine Entwicklung deutlich: die Patientin „lernt“, das freie Spiel für sich zu nutzen. Besonders versucht sie, in der Musik ein Gespür für ihre innere Gestimmtheit zu bekommen, um diese dann in Klänge zu kleiden. Häufig stößt sie dabei auf Trauer und Niedergeschlagenheit. In den Nachgesprächen der Improvisationen wird deutlich, wie wichtig es ihr ist, sich mit ihren Befindlichkeiten mitzuteilen: „Das befreit doch die Seele, wenn man sich öffnet.“ In ihrem Mitteilungsbedürfnis wird eine starke soziale Not offenkundig, die vermutlich daraus entsteht, dass sie zu Hause keinen Partner hat, mit dem sie ihr Leid teilen kann.

Auf Vorschläge und Input der Therapeutin reagiert sie sensibel und meist zustimmend, als wolle sie es ihr unbedingt recht machen, sie als „Freundin“ / „Partnerin“ gewinnen. Ihr Engagement in den Improvisationsteilen wirkt demzufolge manchmal wie ein Versuch, sich den phantasierten oder realen Erwartungen der Therapeutin anzupassen.

Frau H. „Es lockert das Gemüt.“

Frau H. entwickelt eigene Bilder und Erinnerungen im Zusammenhang mit der improvisierten Musik: „Ich bin durch die Sommerwiese gegangen.“ Sie ist in der Lage, die Themenvorgaben der Therapeutin phantasievoll aufzugreifen. Psychodynamisches Geschehen ist bei ihr in den Improvisationen wenig wahrnehmbar. Auch die Nachgespräche im Projektteam ergeben in dieser Hinsicht kaum Resultate.

Herr P. „Ich nehme mein Xylophon wieder.“

Einerseits probiert Herr P. gern neue Instrumente aus. Andererseits hat er das „ordentliche“ Xylophon bereits in den ersten Improvisationen für sich entdeckt und wählt es immer wieder aus. Häufig in Sorge, nicht „richtig“ zu spielen, versucht auch er, sich auf bekannte Strukturen zu besinnen. Auf dem Xylophon sucht und findet er bekannte Melodien, was Freude und auch Stolz in ihm auslöst.

Aspekte, die auf alle Patienten in unterschiedlichem Ausmaß zutrafen:

- Freie Improvisation hatte vorwiegend diagnostischen Wert. Der therapeutische Effekt war fraglich. Es drückten sich deutlich Bewältigungsstrategien in der Suche nach Sinn und Struktur aus.
- Der Aufforderungscharakter von Musikinstrumenten blieb bei allen Patienten erhalten. Er lässt möglicherweise bei fortgeschrittener Erkrankung erst dann nach, wenn die Fähigkeit, Gegenstände zu identifizieren, gestört ist. In fast jedem Fall probierten die Patienten die Instrumente kurz aus.
- Bevorzugt wurden Instrumente mit langer Nachklingzeit, wie z. B. Saiteninstrumente im Gegensatz zu perkussiven Klängen.
- Das Spiel hatte häufig den Charakter eines beziehungsarmen Nebeneinanders.
- Je niedriger das Ergebnis der Mini-Mental Status Examination (MMSE) war, desto weniger schien ein Nutzen freier Improvisation in der Gruppenmusiktherapie zu bestehen.

Gespräche

In einer Therapiegruppe mit anderen Patienten derselben Diagnose zu sein, bedeutete für die Teilnehmenden sowohl eine Konfrontation als auch eine Entlastung. Ein Teil der Patienten nutzte die Gruppe, um sich – allerdings auf recht unterschiedliche Weise – über das gemeinsame Schicksal auszutauschen. Z. B. tauschten sich zwei Patientinnen über ihre Ängste und Depressionen aus und signalisierten damit die Bereitschaft zu konfliktorientiertem Arbeiten. Aufhänger waren zumeist konkrete Alltagserlebnisse wie z. B. das Verlaufen auf dem Weg zum Arzt.

Andere Patienten äußerten explizit, die Krankheit „vor der Tür“ lassen zu wollen, um sich in der Musiktherapie aktiv handelnd ihren Ressourcen zuwenden zu können.

Während das Singen von Liedern hauptsächlich eine gemeinschaftsstiftende Funktion hatte, kamen in den Gesprächen eher individuelle, persönliche Themen zum Tragen. Neben der bereits erwähnten Krankheitsbewältigung dominierten hier Erzählungen aus dem Lebenslauf im Sinne von Reminiszenz und Lebensrückschau. In den Gesprächssequenzen der Musiktherapie wurden häufig die Partner thematisiert, wobei die Gelegenheit, angesichts einer zunehmenden Abhängigkeit einmal etwas ohne den Partner zu tun, sehr positiv erlebt wurde.

Auch für diese Handlungsform finden sich die individuellen Charakterisierungen, überschrieben mit „typischen“ Äußerungen der Patienten, in Steckbriefform:

Frau D. „*Ich komme schon zurecht.*“

Auch in den Gesprächen wird deutlich: Frau D. ist gekommen, um gemeinsam Lieder zu singen. Sie beteiligt sich selten von sich aus, sondern reagiert auf Fragen oder wartet geduldig ab.

Sie beteuerte öfters, dass sie mit der Erkrankung gut zurecht käme: „Es muss ja weitergehen. Es läuft sich alles zurecht.“ Nach einigen Sitzungen räumt sie jedoch ein, dass sich ihr Leben verändert hat: „Ein bisschen vergesslich bin ich geworden durch die Krankheit. Wenn ich noch arbeiten müsste, hätte ich auch Probleme. Das Kuchenbacken klappt nicht mehr.“

Alles in allem habe jedoch eher ihr Mann Probleme mit ihrer Vergesslichkeit als sie: „Der schimpft manchmal mit mir, dass ich nicht mehr alles so schaffe. Aber ich finde, es geht alles noch ganz gut.“ Schwierigkeiten, die im Alltag auftreten, bagatellisiert oder verleugnet sie. Freudigen Themen des gegenwärtigen Lebens wie z. B. einer Reise zu ihrer Tochter nach Athen wendet sie sich hingegen gern zu.

Herr N. „*Ich lebe so wie ich lebe.*“

Obwohl seine Introspektionsbereitschaft sehr gering ist und er auf Nachfrage eher Widerstand zeigt („Mein Innerstes kenn ich selbst, mehr will ich nicht weitergeben.“), erzählt Herr N. besonders zu Beginn des Therapiejahres mehrmals sehr ausführlich aus seinem Leben. Dabei berührt er wiederholt Konfliktthemen, verleugnet diese aber bei Nachfragen. Dennoch wird deutlich, dass er die Gelegenheit nutzt, um Lebensrückschau in Bereiche zu halten, die er z. B. in seiner Ehe nicht thematisiert: „Wenn meine Frau das hier hören würde ..., sind die Mikrofone aus?“

Wenn andere Teilnehmer verbal aktiv sind, zieht er sich eher zurück und wirkt bald abwesend. Seine kognitiven Beeinträchtigungen betreffen bereits das Sprachvermögen, außerdem ist er schwerhörig. Die Krankheit verleugnet er und stellt die Vergesslichkeit eher als eine Tugend dar. Einer, der nicht vergessen könne, sei arm dran und: „Ich bin alt genug, vergessen zu dürfen.“

Frau K. „*Wir sind doch alle betroffen.*“

Frau K. ist wesentlich jünger als die anderen Teilnehmer und auch anders motiviert in der Musiktherapie. Sie lebt allein und hat sich somit eigenständig für die Teilnahme entschieden. Sie ist bestrebt, bewusst mit ihrer Erkrankung umzugehen, äußert, unter der Diagnose stark zu leiden und hat ein großes Bedürfnis, über die Krankheit zu sprechen. Im Freundeskreis gehe sie nicht so offen mit der Erkrankung um, deshalb sei ihr der Austausch mit anderen Betroffenen wichtig.

Frau H. „*Ja, so war das damals ...*“

In Frau H.s verbalen Beiträgen gibt es enge Bezüge zwischen der Musik und ihren Erinnerungen und Assoziationen. Sie trägt maßgeblich dazu bei, dass sich die

Stundenverläufe meist in einem Wechselspiel zwischen Musik und Gespräch einpendeln (anders als in der Musiktherapie mit anderen Patientengruppen, wo die Musiksequenzen klarer von verbalen abgegrenzt sind). Die Musik, vor allem die Lieder, regen Frau H. zu Reminiszenzaktivität an. Häufig schwelgt sie in langen Monologen in ihren Erinnerungen.

Herr P. „Es geht alles seinen Gang“.

Herr P. schien sich mit Herrn N., der sich freimütig und ungehemmt selbst über leidvolle Abschnitte seines Lebenslaufes äußert, zu identifizieren. Durch häufiges Beipflichten, Bestätigen und Unterstützen bringt er das zum Ausdruck. Darüber hinaus ist er in den verbalen Sequenzen eher zurückhaltend. Wenn, dann erzählt er gerne von seiner Kindheit und Berufszeit. Die Erkrankung erwähnt er nur auf Nachfrage: „Ich kann es überspielen.“

Abschließend sei noch auf einen interessanten Nebeneffekt der Gruppentherapie hingewiesen: Die meisten Patienten wurden von ihren Partnern zur Therapie begleitet, die sich während der Sitzung im Wartebereich aufhielten. Im gegebenen Krankheitsstadium war niemand verlässlich in der Lage, die Klinik ohne Unterstützung aufzusuchen. Frau K., die alleinstehend lebt, verspätete sich häufig, da sie bspw. in den falschen Bus eingestiegen war. Obgleich die Ereignisse im Wartebereich nicht Gegenstand der Untersuchungen waren, wurde deutlich, dass auch die Partner die Möglichkeiten des Austausches rege nutzten. Im Laufe des Jahres etablierte sich dieses Setting zu einer Art „Gesprächsgruppe vor den Toren“ des Therapieraums. Dazu Frau N. im Abschlussgespräch: „Wir haben auch manche Träne vergossen. Für uns war das auch Therapie.“

Die Möglichkeit, sich in Abwesenheit des Partners auszutauschen, schien auch hier ungewöhnlich und eine wichtige Voraussetzung zur offenen Aussprache zu sein.

Schluss

Dargestellt wurden ausgewählte Aspekte einer einjährigen Gruppenmusiktherapie mit Patienten mit leicht- bis mittelgradiger Demenz vom Alzheimerstyp. In die Ergebnisse der Untersuchungen gingen Wahrnehmungen und Interpretationen ein, die aus der Beobachtung (Einwegscheibe, Videodokumentation), aus dem Erleben der Therapeutin und aus Äußerungen der Patienten gewonnen wurden. In Gruppendiskussionen des Projektteams wurde über die Relevanz der gewonnenen Ergebnisse entschieden, wobei stets versucht wurde, das Gruppenspezifische zu sehen und Verallgemeinerungen zu vermeiden, um den Charakter einer qualitativen Pilotstudie zu wahren.

Die beschriebenen musiktherapeutischen Handlungsformen sind auf Erlebens- und Verhaltensebene der Rahmen eines Patienten-Therapeuten-Systems, das zu einer relativ großen Stabilität gelangte, die für Menschen mit Demenz wichtig sein kann. Eindeutige Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Effizienz der einzelnen Therapiekomponenten lassen die Ergebnisse in dieser Form nicht zu. In den Abschluss-

sitzungen der Musiktherapie wurden die Patienten selbst nach dem Nutzen des Angebots befragt. Einige ihrer Äußerungen sind an den Schluss gestellt, da sie einen guten Einblick in die Vielschichtigkeit des Therapieprozesses geben:

Frau D.

„Mein Problem, ... wo die einzelnen Städte (Wohn- bzw. Urlaubsorte, d. Verf.) sind.“

„Er (ihr Ehemann, d. Verf.) leidet unter mir.“

„Ich komme immer irgendwie zurecht.“

„Die Freude über die Musik, die Singerei, das macht Spaß.“

Herr N.

„Ich nehme ziemlich wenig mit, weil die Fragen, die hier gestellt werden, ganz was selbstverständliches sind.“

„Ich bin manchmal gelöster, wenn ich hier rausgehe. Wenn ich das sehe, was hier so manches Mal in der Welt herumschwirrt unter den Menschen ...“

„Ich habe mich mitbeteiligt, aber nicht so direkt.“

Wie es ihm gefallen habe: „Anonym amüsiert.“

Frau K.

„Von jedem nehme ich was mit, weil sie mit ihren Gefühlen anders umgehen als ich. (...) Sie ersticken nicht daran.“

„Musik überhaupt ist etwas Befreiendes. Das befreit doch die Seele, wenn man sich öffnet dabei.“

Fr. H.

„... dann sollen wir alle gesund sein?“

„Dann sagen wir alle die Namen von rechts nach links.“

„Ein netter Nachmittag. Ich freue mich immer darauf.“

„Man konnte hier ganz frei sein.“

„Ich habe ein Gedächtnis für die Liedtexte!“

„Ich bin immer für Musik: ein Ausgleich für die Seele.“

„Kummer abgeladen, auch wenn manche Träne geflossen ist.“

„Dass Therapie so lustig werden kann, wie wir das gehabt haben, das habe ich ja nicht gedacht. Aber es liegt ja auch am Zusammenspiel.“

Herr P.

„Ich bin sehr gerne hier.“

„Hat mir sehr gefallen und mich auch immer gut über die Runden gebracht.“

Literatur:

- Aldridge, D. (1996): Auf dem Weg zur Entwicklung einer europäischen Wissenschafts- und Forschungskultur für Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 17, 6–16
- Aldridge, D. (1999): *Musiktherapie in der Medizin – Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen*. Bern
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975): Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12, 189–198
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen
- Gerdner, L. A. (2000): Effects of Individualized Versus Classical „Relaxation“ Music on the Frequency of Agitation in Elderly Persons With Alzheimer’s Disease and Related Disorders. *International Psychogeriatrics* 12,1, 49–65
- Grümme, R. (1997): Eine kommentierte und systematisierte Bibliographie über die deutschsprachigen Publikationen zur Musiktherapie mit alten Menschen und zu angrenzenden Gebieten. *Musiktherapeutische Umschau* 18, 205–223
- Grümme, R. (1998): *Situation und Perspektive der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten*. Regensburg
- Kitwood, T. (2000): *Demenz – Der Personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern
- Koger, S. M. et al. (1999): Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta Analytic Review of Literature. *Journal of Music Therapy* XXXVI,1, 2–15
- McKhann G., Drachman D. M. F., Katzman R., Price D., Stadlan, E. M. (1994): Clinical diagnosis of Alzheimer’s disease. *Neurology* 34, 939–944
- Muthesius, D. (1997): *Musiktherapeutische Beiträge zu einem veränderten psychosozialen Versorgungsbedarf alter, erkrankter Menschen*. *Musiktherapeutische Umschau* 18, 79–93
- Smeijsters, H. (1997): *Musiktherapie bei Alzheimerpatienten. Eine Metaanalyse von Forschungsergebnissen*. *Musiktherapeutische Umschau* 18, 268–83
- Tüpker, R., Wickel, H. H. (Hg.): (2001) *Musik bis ins hohe Alter – Fortführung, Neubeginn, Therapie*. Münster/Hamburg/London
- Wosch, T., Frommer, J. (2002): Eine Methode zur Erfassung von emotionalen Mikroprozessen. *Musiktherapeutische Einzelfallprozessforschung. Psychother Psych Med* 52, 433–435

Jan-Peter Sonntag, Durchschnitt 13, 20146 Hamburg, jansonntag@gmx.de

Anmerkungen:

¹ Z. B. wird in den Rahmenrichtlinien der sog. besonderen stationären Dementenbetreuung der Stadt Hamburg die Musiktherapie ausdrücklich vor allen anderen Therapieverfahren empfohlen.

² Das Bearbeiten der Fragebögen, das vor und nach der Therapiesitzung für diese Messungen notwendig war, kann im Rahmen des Therapieprozesses als Ritual angesehen werden, welches in Einzelfällen einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Gestimmtheit des Patienten in der eigentlichen Sitzung nahm.