

# Heilkraft der Sprache

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,  
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,  
Kreativitätstherapien

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold* und

herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk*

„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie  
und literarische Werkstätten“

an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit  
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der  
„Deutschen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit

Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen  
Heilkraft Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 03/2017

Wie wirkt Integrative Musiktherapie im  
gerontopsychiatrischen Setting (1997a/2017)

*Hilarion G. Petzold*, Amsterdam, *Lotti Müller*, St. Gallen \*

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>). Die Arbeit erschien als: *Petzold, H.G., Müller, L.* (1997a): Wie wirkt Integrative Musiktherapie im gerontopsychiatrischen Kontext? In: *Müller, L., Petzold, H.G.* (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag. S. 248-277.

**Zusammenfassung: Wie wirkt Integrative Musiktherapie im gerontopsychiatrischen Setting?** (Petzold, H. G., Müller, L. 1997a/2017)

**Integrative Musiktherapie (IMT)** ist eine **Methode** im Spektrum kreativtherapeutischer Methoden im Rahmen des **Verfahrens** der Integrativen Therapie. **IMT** ist in vielen Feldern anzuwenden, so auch im gerontologischen Bereich, was fachspezifische Zupassung erfordert. Das will der vorliegende Text zeigen. Er greift spezifische gerontologische Konzepte auf und setzt sie gerontomusiktherapeutisch um, illustriert durch Behandlungsbeispiele mit PatientInnen. In ähnlicher Weise müssten gerontologische Wissensstände auch in der Poesie-, Tanz-, Gartentherapie etc. zugepasst werden. Hier kann dieser Text als Modell dienen.

**Schlüsselwörter:** Musiktherapie, Kreativitätstherapie, Integrative Therapie, Gerontotherapie/Sozialgerontologie, Entwicklungspsychologie der Lebensspanne

**Summary: What is the Effect of Music Therapy in a Gerontopsychiatric Setting?** (Petzold, H. G., Müller, L. 1997a/2017)

**Integrative Music Therapie (IMT)** is a **methode** within the spectrum of methods from creative therapies in the frame of Integrative Therapy as an encompassing **approach**. **IMT** can be applied in many different fields, e.g. in the domain of gerontology, which is requiring the adaptation of specific gerontological concepts. That is done in the text published here by using these concepts in the frame of geronto-music-therapy, illustrated by examples from treatment situations with patients. In similar way concepts from gerontology have also to be implemented in poetry-, dance-, horticultural therapy etc. In this respect the text published here can serve as a model.

**Keywords:** Music Therapy, Creative Therapies, Integrative Therapy, Gerontotherapy/Social Gerontology, Lifespan Developmental Psychology

Musiktherapeutische Arbeit muß in der Behandlung spezifischer Altersgruppen, spezieller Krankheitsbilder und bei ihrem Einsatz in besonderen Settings auf die jeweiligen Bedürfnisse der Zielgruppen, Erfordernisse des Krankheitsgeschehens und die Bedingungen des institutionellen Rahmens zugerichtet werden in theoretischer wie in methodischer Hinsicht. Differentielle Indikationen und spezifisches Vorgehen in der musiktherapeutischen Praxis macht deshalb eine Auseinandersetzung mit den jeweils relevanten «Referenztheorien» erforderlich mit der Konsequenz problem- und aufgabenorientierter Zupassungen. Andernfalls würde Musiktherapie zu einem unspezifischen «Breitbandverfahren», das nur aufgrund allgemeiner Wirkfaktoren (Garfield 1982,1992) Effekte hat und der besonderen Situation der verschiedenen Patientenpopulationen nicht gerecht würde. Musiktherapie mit Kindern muß sich in besonderer Weise mit entwicklungspsychologischen Erkenntnissen, Konzepten und Forschungsergebnissen auseinandersetzen (Papoušek 1994a,b; Schwarzer 1994; Stern 1985,1990; Petzold 1993e, 1994e), sonst greift sie zu kurz. Musiktherapie mit Suchtkranken, etwa in therapeutischen Wohngemeinschaften, muß sich mit Theorien süchtigen Verhaltens, Methoden der Suchtkrankentherapie und den Bedingungen des Wohngemeinschaftssettings (Petzold, Thomas 1995; Heigl-Evers, Helas, Vollmer 1991; Petzold, Vormann 1980) befassen, sonst bleibt sie im Status einer «adjunctive therapy» (Zwerling 1990). Viele Bereiche wären zu nennen, in denen klinische Musiktherapie bzw. Musikpsychotherapie (Frohne-Hagemann 1989, 1990a,b) spezifisch zugepaßt werden müßte. Die vorliegende Arbeit versucht, diese Aufgabe für den Bereich der musiktherapeutischen Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten und Patientinnen anzugehen und nimmt deshalb explizit Bezug auf gerontologische Theoriebildung, Forschung und gerontotherapeutische Methodik. Sie entstand in der Kooperation einer Musiktherapeutin mit gerontopsychiatrischen Interessen und Erfahrungen und einem im Bereich der Gerontotherapie praktisch arbeitenden und forschenden Psychotherapie- und Bewegungswissenschaftler.

<sup>1</sup> Grundlage dieses Artikels sind der gleichnamige Vortrag von L. Müller auf der Tagung: «Was wirkt in der Musiktherapie», Zürich, 07.-09.10.1994 und das Arbeitspapier «Grundlagen der kreativen Gerontotherapie», FU Amsterdam von H. Petzold, die für diese Veröffentlichung von den AutorInnen zusammengeführt und erweitert wurden.

## 1 Der gerontopsychiatrische Kontext

Die Arbeit mit gerontopsychiatrischen PatientInnen ist als solche äußerst schwierig und – vergleicht man sie mit therapeutischen Maßnahmen bei anderen PatientInnengruppen und institutionellen Rahmenbedingungen – nur von geringen Erfolgen belohnt. Dies ist einerseits dadurch bedingt, daß die Erfolgskriterien an der Arbeit mit anderen Altersgruppen und den dort möglichen Veränderungen gemessen werden, zum anderen aber auch dadurch, daß gerontopsychiatrische Stationen bislang häufig nur sehr schlecht ausgestattet sind, was die personellen Ressourcen – qualitativer und quantitativer Personalschlüssel – und die materielle Ausstattung angeht. Insgesamt herrscht auch eine große Hilflosigkeit im Blick darauf vor, was denn neben der medizinischen und pflegerischen Grundversorgung an therapeutischen Maßnahmen indiziert sei. Zwar beginnt sich – nicht zuletzt als Nebenprodukt der Reformbestrebungen in der Psychiatrie und der Behindertenarbeit – auch in der Gerontopsychiatrie die Auffassung durchzusetzen, daß mit diesen PatientInnen doch «irgend etwas getan werden müsse». Die Frage ist nur, was.

Die Psychotherapie mit alten Menschen, die bis in die jüngste Zeit selbst im europäischen Raum nur eine marginale Position eingenommen hat, und erst seit Ende der 70er Jahre eine bescheidene Entwicklung gemacht hat (Petzold, Bubolz 1979; Petzold 1985a; Radebold et al. 1973; Radebold 1992; Hirsch 1990, 1991), hat sich mit der Behandlung gerontopsychiatrischer PatientInnen praktisch nicht befaßt. Es finden sich nur vereinzelte Studien (Petzold 1979k; ). Häfners (1986) Aussage, daß in der Bundesrepublik (und dies gilt für den gesamten europäischen Bereich mit Ausnahme der Niederlande) die «Psychotherapie alter Menschen wissenschaftlich und praktisch absolut unterentwickelt ist», gilt in weitaus umfassenderer Weise noch für die Psychotherapie im Bereich der Gerontopsychiatrie.

Bei gerontopsychiatrischen PatientInnen handelt es sich zu einem Teil um chronifizierte, alt gewordene PsychiatriepatientInnen, zum Teil um alte geistig Behinderte, zum Teil um Menschen mit Demenzerkrankungen im Senium oder mit psychiatrischen Akuterkrankungen (Müller 1981, 1982; Kraus 1989; Österreich 1975). Bei den chronifizierten PatientInnen kommen durch die langwierigen Institutionskarrieren schwerwiegende Hospitalisierungsschädigungen hinzu. Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit sind in der Regel sehr eingeschränkt, Kommunikationsstereotypen beeinträchtigen Interaktionsprozesse, geringe Gedächtnisleistung und oft sehr mäßige Konzentrationsfähigkeit machen ein auf kontinuierliche Entwicklungsprozesse setzendes therapeutisches Arbeiten nicht oder kaum möglich. Die zumeist vorhandene Multimorbidität und der damit verbundene schwankende Gesundheitszustand machen die Arbeit nicht einfacher. Bei einer solchen Ausgangssituation, was die PatientInnengruppe anbetrifft, wird das Spektrum möglicher Behandlungsverfahren sehr eingeschränkt (Radebold 1979; Kruse 1989). Hinzu kommt, daß sich unter den Berufsgruppen, die in der Gerontopsychiatrie tätig sind, kaum Personen mit einer spezifischen Ausbildung für die Behandlung dieser PatientInnengruppe finden (Kemper 1990; Kipp, Jüngling 1991). Im wesentlichen findet man in der Behandlung gerontopsychiatrischer PatientInnen verschiedene Formen der Beschäftigungstherapie oder Physiotherapie (Suden-Weickmann 1993).

In neuerer Zeit wurden auch vermehrt Ansätze der Bewegungs- und Tanztherapie sowie der Psychomotorik in der Behandlung gerontopsychiatrischer PatientInnen eingesetzt (Dröes 1991; van der May 1993; Petzold 1985f, 1991h; Petzold, Berger 1978). Der Grund für diese Entwicklung ist naheliegend: die physische Mobilisierung bietet eine ausgezeichnete Möglichkeit, diese verbalisationseingeschränkten PatientInnen zu erreichen und ihre Lethargie und Passivität – Ergebnis von Deprivation, Hospitalisierung, Übermedikation, Vernachlässigung, resignativer Selbstaufgabe und unter anderem auch der gerontopsychiatrischen Erkrankung – zu durchbrechen.

### 1.1 Musiktherapie im gerontotherapeutischen Kontext

Wird Musiktherapie lebensalterspezifisch eingesetzt, wie dies bei der Arbeit im gerontotherapeutischen Kontext der Fall ist, ist die «Entwicklungspsychologie des Seniums» (Mayring, Saup 1990) einzubeziehen, weiterhin aber auch (sofern vorhanden) spezifisches Wissen über die Entwicklung musikalischer Fähigkeiten. Ist dieser letztgenannte Bereich für die Frühentwicklung recht gut untersucht (Schwarzer 1993; Papoušek 1994), so liegen für das höhere Lebensalter nur wenige Studien vor (Gembris 1993; 1995). Da neben allgemeinen Entwicklungstendenzen der Persönlichkeit (Flammer 1988) auch bereichsspezifische Entwicklungen vorhanden sind – und Musiktherapie ist ein solcher Bereich (Hargreaves 1986) -, ist es wesentlich, Wissen über musikalische Fähigkeiten und Fertigkeiten aus einer entwicklungszentrierten musikpsychologischen Perspektive (Bruhn et al. 1963) beizuziehen. Für den Bereich des Seniums findet sich in der Literatur bislang wenig an Information, ja man kann sagen, daß musiktherapeutische Erfahrungsberichte aus der Arbeit mit AlterspatientInnen sogar als wichtige Informationsquelle dienen müssen (Clair, Bernstein 1990a,b; Müller-Schwartz 1994; Bright 1988) und weiterhin Erfahrungen aus dem musikgeragogischen Bereich (Harms, Dreischulte 1995; Kemser 1979; Latz 1988; Geck 1991), um fehlende Forschungen halbwegs zu kompensieren, ohne daß damit empirische Untersuchungen je ersetzt werden könnten, weil gerade in Erfahrungsberichten sich auch Vorurteile und Fehlmeinungen fortschreiben.

Was die musikalischen Fähigkeiten bei psychisch und physisch gesunden alten Menschen anbetrifft, so haben verschiedene Untersuchungen festgestellt, daß melodische, harmonische und rhythmische Wahrnehmungsfähigkeit im Alter nicht abnehmen, allenfalls im hohen Senium leichte Einbußen festzustellen sind (Gibbons 1979, 1983a,b). Musikalisches Lernen scheint im höheren Alter nicht beeinträchtigt (Mack 1982; Myers 1986). Die Merkfähigkeit ist beim Lernen zwar verlangsamt, aber das Wiedererkennen von Modulationen und thematischen Variationen ist vollauf gegeben (Funk 1977). Allerdings findet sich eine Bevorzugung mittlerer und langsamerer Tempi gegenüber jeweils schnelleren (Moore et al. 1992).

Diese generellen Aussagen haben ihren Wert für die Arbeit mit cerebral validen AlterspatientInnen – Altersneurosen (Fuhrmann 1979; Petzold, Bubolz 1979). Für die Population von gerontopsychiatrischen und hirnanorganisch erkrankten Alterspatienten

Innen und für das hohe Senium lassen sich derartige Ergebnisse nicht verallgemeinern, da durch spezifische Selektionsprozesse in der Auswahl von Untersuchungspersonen die Datenlage verfälscht werden kann (Gembris 1995). Die klinische Praxis zeigt auf jeden Fall eine sehr große Spannweite, was die aktive Memorationsfähigkeit beim musikalischen Gedächtnis anbelangt oder das Fungieren des Retrieval-Gedächtnisses, d.h. des Memorierens aufgrund des Angebots von Schlüsselreizen, das offenbar wesentlich länger erhalten bleibt als die aktiven Erinnerungsmöglichkeiten (Bartlett, Snelus 1980; Smith 1991). Für die musiktherapeutische Arbeit gilt es deshalb jeweils durch experimentierende Explorationen festzustellen, was erinnert wird und in welcher Weise. Prinzipien, die in der geragogischen Arbeit mit alten Menschen im Hinblick auf die Akzeptanz von Musikprogrammen erarbeitet wurden (Darrough, Boswell 1992, 30f), können auch für die Musiktherapie Bedeutung gewinnen. Ein gleiches gilt für musikalische Präferenzen (Gibbons 1977; Smith 1988; Moore et al. 1992; Gilbert, Beal 1982). Da musikalisches Tun sensorische bzw. sensumotorische Fähigkeiten voraussetzt, müssen diese auch in musiktherapeutischer Arbeit berücksichtigt werden, etwa die auditorische Diskriminationsfähigkeit (Borod, Goodglass 1980) oder die Beeinträchtigung der Feinmotorik (Mack 1982), insbesondere aber – das ist für phonodische Arbeit wesentlich – sinkt der Stimmumfang mit dem Alter erheblich (von durchschnittlich 20 Halbtönen bei 60jährigen bis durchschnittlich 15 Halbtönen mit 90 Jahren). Für die musiktherapeutische Arbeit mit alten Menschen, bei der die Singtherapie sich großer Beliebtheit erfreut (Bright 1981, 1984, 1988; Muthesius 1990a,b, 1993a,b), sind derartige Ergebnisse, die Stimmumfang, die Kraft der Stimme und die Fähigkeiten der Stimmführung betreffen (Greenwald 1979; Sataloff 1992), von Bedeutung. Auch das Wissen um die Möglichkeiten des Retrieval-Gedächtnisses, das Aufrufen durch Wiedererkennen und die damit oftmals einhergehende Aktivierung umliegender Gedächtnisinhalte, wie sie aus den Forschungen zum «autobiographischen Memorieren» (Conway 1990) bekannt sind, könnte zu einer gezielteren Arbeit mit Liedern führen als die in der Literatur vorfindlichen, eher okkasionellen Empfehlungen nach dem Motto «Singen ist gesund und kommunikationsfördernd» (von Blanckenburg 1988; Bright 1988; Depping 1991; Harms, Dreischulte 1995; Jochims 1992; Lohse-Blohm 1990; Muthesius 1990a; Scheu 1990; Schwabe 1991). Es soll diese Auffassung nicht in Abrede gestellt werden, zumal mit besonderen Formen des Singens (Wechsel- und Responsorialgesang) Kommunikation geübt werden kann und durch die Verbindung von Singen und Atemarbeit auch ein cardio-pulmonäres Training möglich ist. Dennoch wird es wichtig werden, in der Musiktherapie das Singen, Lieder und Texte noch spezifischer einzusetzen im Sinne eines gezielten Gedächtnistrainings oder im Sinne einer spezifischen biographieorientierten Psychotherapie.

Der Einsatz musiktherapeutischer Arbeit im sozialgerontologischen Bereich umfaßt das ganze Spektrum von der *übungsorientiert-funktionalen* Modalität über die *erlebnisaktivierend-stimulierende* bis hin zur *konfliktzentriert-aufdeckenden* Vorgehensweise (Petzold 1979g; Frohne 1979; Riegler-Wolfe 1983; Jochims 1993), und entsprechend ist natürlich auch eine Differenziertheit im klinischen Vorgehen erforderlich, abhängig von den Settingbedingungen, dem Grad der Validität, der Spezifität der Erkrank-

kung. Zwischen der Arbeit mit Demenz-PatientInnen (*Fuhrmann 1990*) und aktiven Senioren mit hoher kognitiver Kompetenz (*Jochims 1992*) liegen Welten.

Gab es in den 70er / 80er Jahren nur vereinzelt Publikationen über die Musiktherapie im sozialgerontologischen und gerontotherapeutischen Bereich, so zeigt sich seit Mitte der 80er Jahre eine Zunahme von Publikationen von praxeologischer (*Latz 1991; Blanckenburg 1988; Maler 1979; Muthesius 1993b; Schnauffer-Kraak 1994; Junge 1993*) Ausrichtung. Arbeiten mit klinischer Ausrichtung (*Beyer 1986; Summers 1993; Schwabe 1981; Müller-Schwartz 1994; Jochims 1993*) sind noch selten, und Forschung findet sich noch kaum, wenngleich im Rahmen der intensivierten Aktivitäten in der Demenz-Forschung auch vermehrt Publikationen über Arbeit mit Alzheimer-PatientInnen oder anderen Formen der Demenz zu finden sind (*Clair, Bernstein 1990a,b; Groene 1993; Fitzgerald-Cloutier 1993; Prickett, Moore 1991*). Die Zunahme der Publikationen dürfte auch im Zusammenhang damit zu sehen sein, daß mehr und mehr MusiktherapeutInnen im sozialgerontologischen und gerontopsychiatrischen Bereich tätig werden. Die Literaturübersicht von *Smith (1990)* gab einen guten Überblick über die Behandlungsmodalitäten, Formen der Dokumentation und über Evaluation. Dabei zeigte sich ein Vorherrschen behavioral-orientierter Studien, was für den anglo-amerikanischen Bereich als typisch anzusehen ist und durch eine Befragung von einer repräsentativen Stichprobe von 176 MusiktherapeutInnen unterstrichen wird. Allerdings wird auch die große Breite und Variabilität im musiktherapeutischen Vorgehen mit AlterspatientInnen deutlich (*Smith 1991*).

Vereinzelt finden sich Arbeiten, die spezifischen Fragestellungen nachgehen, wie etwa der Artikel von *Hanser und Thompson (1994)*, der die Effekte der Musiktherapie mit depressiven AlterspatientInnen untersucht. Gegenüber einer Kontrollgruppe konnte für zwei experimentelle Gruppen mit rezeptiver Musiktherapie gezeigt werden, daß diese durch die Behandlung im Bezug auf Depression, Selbstwertgefühl und Stimmungslagen signifikant besser dastanden. *Gerdner und Swanson (1993)* konnten zeigen, daß Musikeinzeltherapie bei verwirrten und agitierten Demenz-PatientInnen vorübergehende Beruhigungen bewirken konnte, also für die Handhabung solcher schweren Zustände einen unterstützenden Effekt hatte.

Auch im gerontopsychiatrischen Bereich wird Musiktherapie in der Regel neben anderen Kreativtherapien oder psychotherapeutischen Maßnahmen eingesetzt, wobei bislang noch wenig über differentielle Indikationen bekannt ist. Vergleichende Untersuchungen wie z.B. die von *Heaney (1992)*, der Musiktherapie mit Kunsttherapie und rekreativen Therapieformen verglichen hat, zeigten, daß Musiktherapie in einem semantischen Differential im Verhältnis «pleasurable/painful» höher rangierte als die übrigen Therapien. Ansonsten wurden aber keine signifikanten Unterschiede gefunden. Häufig kommt es ja auch zum kombinierten Einsatz kreativer Therapieverfahren etwa von Musiktherapie und Entspannungsverfahren, Musiktherapie und Bewegungsarbeit, Musik- und Malthherapie (*Rosling, Kitchen 1992*). Dabei wird immer wieder die stimulierende Qualität solcher Kombinationen, ihre Fähigkeit, Gefühle und Erinnerungen anzuregen und Stimmungen zu verändern, hervorgehoben. Langzeitig hospitalisierte depressive PatientInnen, die sehr zurückgezogen sind, oder unter Angstzuständen leiden, sprechen ebenfalls, wie *Rosling*

und *Kitchen* zeigten, auf derartige kombinierte therapeutische Interventionen gut an. Angebote dieser Art sind nicht nur oder gar überwiegend unter kurativer Perspektive zu sehen. Sie sind wesentlich auch darauf gerichtet, die «Lebensqualität» von AlterspatientInnen zu verbessern (Lipe 1991; Smith, Lipe 1991), oder sie haben die Zielsetzung, bestimmte körperliche und soziale Kompetenzen und Performanzen zu erhalten, etwa in der Kombination mit Bewegung, sensory awareness und anderen kreativen Ausdrucksmöglichkeiten (Bryant 1991; Segal 1990). Schließlich ist auch noch auf das rekreative Moment zu verweisen, das gerade im institutionellen Zusammenhang nicht unterschätzt werden darf (Kartman 1990).

Um die Qualität musiktherapeutischer und kreativtherapeutischer Arbeit im geriatrischen und sozialgerontologischen Settings zu gewährleisten, sind nicht nur spezifische geragogische (Petzold, Bubolz 1976; Bubolz 1883), gerontologische (Lehr 1987; Thomae 1983) und gerontopsychiatrische (Österreich 1975; Müller 1982) Kenntnisse erforderlich, die durch spezialisierte Weiterbildungen (Petzold, Petzold 1993) vermittelt werden müssen. Es wird auch Supervision notwendig, die einerseits auf die Förderung musiktherapeutischer Kompetenz und Performanz ausgerichtet sein muss (Rüegg, dieses Buch), andererseits aber auch von seiten des Supervisors einige gerontologische *Feldkompetenz* verlangt, um MusiktherapeutInnen Hilfen in der Arbeit mit dieser besonderen Zielgruppe zu bieten. Dabei kommen immer wieder auch Fragen der Wertorientierung und der Ethik im Umgang mit AlterspatientInnen auf, die thematisiert und bearbeitet werden müssen, weil sie auch zwischen TherapeutIn und PatientIn selbst Gegenstand des Gesprächs sind (Clair 1990, 1994).

Für die hier kurz im Überblick referierten Untersuchungen und Erfahrungsberichte kann gesagt werden, daß sie dokumentieren, daß Musiktherapie als Methode eingesetzt wurde, von der man sich Erfolge versprach, und daß diese Erwartungen aufgrund der klinischen Erfahrung und aufgrund einiger empirischer Untersuchungen sich auch bestätigten.

## 1.2 Alternswissenschaftliche Fundierung musiktherapeutischer Praxis

Der Einsatz von Musiktherapie in gerontopsychiatrischen Einrichtungen, Alten- und Pflegeheimen etc. war vielfach von der praktischen Überlegung bestimmt, aktivierende und motivierende Angebote für die HeimbewohnerInnen oder PatientInnen zu machen, die im Rahmen allgemeiner Bemühungen zur Verbesserung der Situation der «institutionalized elderly patients» unternommen wurden. Es war nicht die Rezeption der gerontologischen Forschung, die seit Ende der 60er Jahre enorme Fortschritte gemacht hatte, die im klinischen Bereich und im Heimwesen zum Beschreiten neuer Wege der Behandlung führte, sondern der allgemeine Trend zur Humanisierung (Petzold 1979) der Situation von PatientInnen und HeimbewohnerInnen, wie sie im Rahmen der Reformen in der Psychiatrie sowohl in den angelsächsischen wie auch in den deutschsprachigen Ländern erfolgten. So wurden häufig Erfahrungen, die man mit kreativen Therapiemethoden im Bereich der Psychiatrie gemacht hatte, in den gerontopsychiatrischen bzw. sozialgerontologischen Bereich übertragen. Auch in der Musiktherapie ging man in der Regel von dem Fun-



aus, der über viele Jahre mit der musiktherapeutischen Behandlung psychiatrischer PatientInnen gewonnen worden war (Strobel, Huppmann 1978, 115ff; Smeijsters 1991). Dieses Herkommen zeigt sich denn auch in den Fachartikeln, die wir durchgesehen und zum Teil in dieser Arbeit vorgestellt haben, wie auch in den Buchveröffentlichungen zur musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen (Bright 1984) und zum Teil auch mit Hochbetagten und dementen PatientInnen (von Blanckenburg 1988), denn durchgängig ist auffällig, daß kaum eine vertiefte Auseinandersetzung mit allgemeinerontologischer, gerontopsychologischer, sozialgerontologischer Fachliteratur erfolgt. Referenzen sind okkasionell, ohne Überblick über das Feld, die Konzeptrezeption ist zuweilen fehlerhaft, ganz zu schweigen von einer reflektierten, systematischen Umsetzung gerontologischer Erkenntnisse und Forschungsergebnisse für die musiktherapeutische Praxis mit AlterspatientInnen, wie wir es im bewegungstherapeutischen Bereich etwa beispielhaft in den fundierten Büchern von Dröes (1991) oder van Dasler (1994) finden, die hier Maßstäbe gesetzt haben. Auch wird deutlich, daß eine differenzierte Diagnostik häufig fehlt.

Wenn man musiktherapeutische Arbeit im Rahmen gerontopsychiatrischer Settings nicht auf unspezifische Therapie-Effekte und Zufallswirkungen beschränken will, so ist es notwendig, über die geriatrische und gerontopsychiatrische Diagnose hinausgehend, ein sehr individualisiertes «assessment» des Patienten und seiner Situation vorzunehmen, d. h. eine detaillierte Bestandsaufnahme seiner Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Symptomatiken aber auch seiner noch vorliegenden Kompetenzen und Performanzen, Ressourcen und Potentiale unter Beiziehung sozialgerontologischer und sozialpsychologischer Referenztheorien. Gerade bei gerontopsychiatrischen PatientInnen, denen häufig von seiten des Personals keine Möglichkeiten der Verhaltensänderung oder gar der Verbesserung ihres Zustands attribuiert werden, ist eine solche Zentrierung auf Bereiche gesunden Funktionierens besonders wesentlich, weil diese oftmals die Grundlage für therapeutische Ansatzpunkte bieten. Weil Erwartungsstrukturen des sozialen Kontextes in der Institution für Verhalten, Gesundheit, Wohlbefinden, Symptomatik, Dysphorien und Depressionen der PatientInnen herausragende Bedeutung haben, muß das «assessment» immer auch den sozialen und mikroökologischen Kontext (Saup 1993) miteinbeziehen. Die ökologische Wahrnehmungs- und Entwicklungstheorie von Gibson (1979, 1988) wird hier als Referenztheorie besonders wichtig, weil sie die Aufforderungsqualität und die Begrenzungen des Kontextes hervorhebt, die *affordances and constraints* (Warren 1990), die Aktivitäten fördern oder behindern und die die unlösbare Verschränkung von Wahrnehmen und Handeln in «environments» aufgezeigt hat (Salvesbergh, Pijpers 1992; Thelen 1990), woraus sich für die Ebene der Intervention in der Gerontopsychiatrie (Petzold 1990g, et al. 1994) wichtige Konsequenzen ergeben, etwa die eines «environmental modelling», das einen stimulierungsreichen Kontext bereitstellt, in dem vielfältige *affordances* geboten werden, Wahrnehmungsangebote, die mit Handlungsmöglichkeiten der PatientInnen (*effectivities*) verbunden werden. Weiterhin kommen bei diesen PatientInnen und in diesem institutionellen Rahmen auch *stigmatheoretischen* (Goffman 1967; Hohmeier, Pohl 1978), *attributionstheoretischen* (Krampen 1989) *kontrolltheoretischen* (Flammer 1990) und *netzwerktheoretischen* (Röhrle 1994; Petzold 1994c) Überlegungen besondere Bedeutung zu. Erhalten nämlich diese

PatientInnen keine «soziale Unterstützung» (*Sarason, Sarason 1985*), sind therapeutische Maßnahmen, ganz gleich welcher Art, von vornherein in ihren Wirkungsmöglichkeiten eingeschränkt oder ganz zum Scheitern verurteilt. Es muß deshalb mit aller Deutlichkeit unterstrichen werden, daß die Behandlung gerontopsychiatrischer PatientInnen – ganz gleich mit welcher Diagnose – immer als Gesamtmaßnahme im Rahmen einer institutionellen Behandlungskonzeption vor dem Hintergrund gerontologischen bzw. sozialgerontologischen Wissens gesehen werden muß. Musiktherapeutische Einzel- oder Gruppenstunden sind in einer solchen institutionsbezogenen und alternswissenschaftlich fundierten Konzeption anzusiedeln. Die «Interventionsbreite» der Musiktherapie wird dabei davon abhängen, was sonst noch an therapeutischen Maßnahmen etwa auf einer gerontopsychiatrischen Station angeboten wird. Ist dies, wie häufig der Fall, nicht sonderlich viel, steht die Musiktherapeutin in der Situation, ihr therapeutisches Angebot entsprechend breit anlegen zu müssen, um ein Optimum an gerontotherapeutischer Qualität zu gewährleisten.

## 2 Die musiktherapeutischen Rahmenkonzeptionen

Will man mit Musiktherapie sinnvoll therapeutisch arbeiten, wird man sich nicht allein auf instrumentelles Spiel, Singen oder Angebote rezeptiver Therapie (*Shapiro 1969; Muhl 1994*) beschränken können. In kaum einem anderen Bereich musiktherapeutischer Behandlung wird es so deutlich wie im gerontopsychiatrischen Setting, daß Musiktherapie sich als umfassende Behandlungskonzeption verstehen muß und nicht als «adjunctive therapy», als eine medienzentrierte «anzilliarische» Methode (*Zwerling 1990*) oder als eine Spezialintervention, die, allein auf die «heilende Kraft» der Musik vertrauend, im «Tusculum» des musiktherapeutischen Behandlungsraumes ein elitäres Dasein pflegt.

Diagnose und Bestandsaufnahme im Setting, Problem- und Ressourcenanalysen (*Petzold 1993p; Petzold, Orth 1994a*) bieten die Grundlage, um hier für eine Einzelpatientin oder für eine PatientInnengruppe spezifische Ziele zu entwickeln: Globalziele, Grobziele und Feinziele, die kurzfristig, mittelfristig oder langfristig gesteckt und realisiert werden, indem man angemessene Methoden, Behandlungsstrategien und -techniken auswählt und zum Einsatz bringt. Die Wirkung der in solcher Form geplanten therapeutischen Maßnahmen läßt sich evaluieren, wenn es gelingt, die festgelegten (und operationalisierten) Ziele zu erreichen. Dies kann aufgrund therapeutischer Wirksamkeitsstudien unter kontrollierten Bedingungen geschehen, wie dies im Bereich der Musiktherapie bislang noch selten geschieht (*Grawe et al. 1994, Smeijsters, Rogers 1993*), oder durch sorgfältig dokumentierte Einzelfallstudien – auch diese findet man selten (*Czagalik et al. 1995*). Schließlich ist es möglich, aufgrund systematischer Auswertung theoretisch und methodisch gut konzipierter Behandlungsstrategien die eigene Praxis so zu reflektieren – möglichst unter Begleitung durch Supervision oder Intervision –, daß sich «Heuristiken» (*Grawe 1988a; Ambühl 1987*) therapeutischen Handelns herauskristallisieren, die sich als probat erweisen. Wir sprechen dann von «systematischen Heuristiken» (*Petzold 1988n*,

206f,267f). Gerade in einem Bereich, in dem so wenig an Forschung und Praxiserfahrung für die Musiktherapie (und nicht nur für diese) vorliegt und wo auch bislang wenig Investitionen wissenschaftlicher Forschung festzustellen sind, werden klinische MusiktherapeutInnen darauf verwiesen sein, die zuletzt genannte Strategie systematischer Heuristik aufgrund sorgfältiger Vor- und Nachbereitung ihrer Therapien zu verfolgen.

Als Ausgangspunkt dient uns die Heuristik der «prozessualen Diagnostik», wie sie in der «Integrativen Therapie» entwickelt wurde (idem 1986n, 200ff, 1993p, 326ff; Osten 1995). Folgende Beobachtungsfelder gilt es zu betrachten: Körper/Leiblichkeit, emotionaler Bereich, kognitiver Bereich, sozial-kommunikative Fähigkeiten sowie die Kontextqualitäten (Gibson 1988).

Bei gerontopsychiatrischen PatientInnen finden wir bei der Betrachtung dieser Felder gehäuft bestimmte «Leitsymptomatiken», die gleichzeitig auch Leitlinien und Zielsetzungen für therapeutisches Handeln bieten, aufgrund deren die Methoden, Techniken und Medien der Integrativen Musiktherapie (Frohne-Hagemann 1989) im Rahmen der therapeutischen Heuristiken eingesetzt werden können. Von diesen Heuristiken kommen bei unserer Zielgruppe vor allem zum Einsatz: die *übungszentriert-funktionale Modalität* (Petzold 1979), in der durch musikalisch-rhythmische Übungen Funktionen des Wahrnehmens des Ausdrucks, des Handelns gefördert, geübt, restituiert werden. Weiterhin die *erlebniszentriert-stimulierende Modalität* (ibid.), die durch Angebote mit hohem Aufforderungscharakter anregt, eigenaktiv tätig zu werden (z. B. mit kleinen Improvisationen, dialogischem Musizieren, Gruppen-Zusammenspiel), um alternative Möglichkeiten des Erlebens und Handelns zu erschließen. Neue *affordances* bieten die Chance, neue *effectivities* zu entwickeln (Petzold et al. 1994a). Alte *Fähigkeiten* ( *Kompetenzen* ) werden reaktiviert, neue *Fertigkeiten* ( *Performanzen* ) werden erschlossen, um über diese auch neue *Kompetenzen* zu erarbeiten (Conquergood 1983; Schweinsberg-Reichart 1989; Petzold et al. 1994b). Gerontotherapeutische Interventionen müssen aufgrund des häufig vorfindlichen Abbaus kognitiver Fähigkeiten bei PatientInnen in der Regel über die Ebene der *Performanz*, des erfahrbaren, erlebnisaktivierenden Tuns ansetzen (Petzold 1994c), um auf diese Weise auch die Bereiche des Erinnerns, Wiedererkennens, Denkens und der Kreativität zu stabilisieren oder sogar verlorene Potentiale wiederzugewinnen.

### 3 Die therapeutischen Handlungsbereiche

Von den Kernbereichen des therapeutischen Handelns, die sowohl Gegenstand der diagnostischen wie auch der interventiven Heuristiken bei gerontopsychiatrischen PatientInnen sind, seien folgende vorgestellt:

### 3.1 Bereich: Körper/Leiblichkeit

Bei unseren PatientInnen finden wir häufig: allgemeine Verlangsamung der Motorik, eingeschränkte Gelenkradien, Störungen der Bewegungskoordination, insbesondere der Rechts/links-Differenzierung und -synchronisierung, Minderung feinmotorischer Fähigkeiten, Gleichgewichtsstörungen, Bewegungstereotypien der Mimik (Grimassieren) etc.

Wo immer *motorische* Einschränkungen vorhanden sind, finden sich auch *sensorische* Einbußen, weil Motorik und Sensorik unlösbar miteinander verschränkt sind (Gibson 1988; Kugler, Turvey 1987; Warren 1990; Petzold et al. 1994a; Whiting 1984). Wenig beachtet werden die Funktionsminderungen des vestibulären Systems, des kinästhetischen und des taktilen Sinnesvermögens. Es imponieren in der Regel mehr visuelle und auditive Einschränkungen. Auch Verluste olfaktorischer und gustatorischer Wahrnehmung werden vielfach vernachlässigt. Zunächst muß das «environment» betrachtet werden, die «Mikroökologie» der Klinik, die in der Regel reizarm ist und wenig *affordances* bietet. Es wäre ein «environmental modelling» erforderlich, was leider nur begrenzt möglich ist. Therapeutisch gilt es deshalb bei aufgezeigten Einschränkungen anzusetzen und kombiniert eine umfassende *motorische Mobilisierung* und *multiple sensorische Stimulierung* (Petzold 1988f) zur Grundlage des Behandlungskonzepts zu machen. Es kann dabei auf die Methodologien der Frühförderung (Ayres 1979, 1984) und der Behindertenarbeit (Affolter 1987) zurückgegriffen werden, wobei Adaptierungen an die spezifischen Erfordernisse der Zielgruppe notwendig werden.

Für musiktherapeutische Arbeit, zumal, wenn sie rhythmische und bewegungsorientierte Elemente einbezieht (Frohne 1976, 1979, 1981; Orff 1974; Petzold 1979g), besteht hier eine besondere Indikation. Die Feststellung von Defiziten und Störungen in den erwähnten Bereichen ergibt klare Zielformulierungen für die Behandlung, die methodisch umgesetzt werden müssen. Die eingeschränkte Motorik etwa wird zunächst ganz global in Einzel- und Gruppentherapie durch die Musik angeregt, die zur Bewegung stimuliert im Sinne der unlösbaren Kopplung von Sensorik und Motorik (Salvesbergh, Pijpers 1992; Thelen 1990; Gibson, Spelke 1983). Für die PatientInnen die sich im Raum nicht mehr selbständig bewegen können, geschieht dies durch stützendes Führen oder Bewegung im Sitzen. Langsame, rhythmisch einfache Musikstücke, die auch ein Mitklatschen, Mitstampfen und Mittrommeln erlauben, sind dazu besonders geeignet. Die Musiktherapeutin läßt die Musik vorzugsweise von Wiedergabegeräten abspielen, um die TeilnehmerInnen einzeln unterstützen zu können. Wo dies nicht nötig ist oder eine Co-Therapeutin mitanwesend ist (was leider fast nur in Praktikumssituationen oder bei Einbezug von Pflegepersonal der Fall ist), kann natürlich mit dem Klavier als Begleitinstrument viel flexibler mit Tempi, Dynamik und Formen variiert werden. Wichtig ist, daß alle Körperteile systematisch in den Bewegungssequenzen miteinbezogen werden. Was die Rhythmen betrifft, so ist es meist Anforderung genug, Akzente zu setzen (z. B. den «Einer» zu klatschen) und diese in der Gruppe zu synchronisieren (Schmidt et al. 1990, 1994). Das Erleben von rhythmischem Zusammenspiel als «sozialem Rhythmus» trägt u. U. mehr zu einem Erfolgserlebnis bei als das Nachklopfen eines komplizierten Musters.

Blindes Abtasten von Instrumenten, das Spüren von deren Vibration, das Massieren der eigenen Hände, Arme oder Beine können die rein musiktherapeutischen Übungen ebenso sinnvoll ergänzen wie das Herumreichen duftender Blumen (olfaktorische Stimulierung). Bei all diesen bewegungs- und sinnesstimulierenden Übungen hat die Musik – und das ist eine große Chance – einen hohen *Aufforderungscharakter* (Lewin 1926). Insbesondere wenn die gespielte Musik bekannt ist, ist eine wesentliche Motivationsbasis, nämlich «inneres Bewegtsein» (Emotion) gegeben (Petzold 1992b). Die dynamische Spannung und formale Elemente wie Wiederholungen, Refrains usw. vermögen die Aufmerksamkeit und die aktive Teilnahme weit besser aufrecht zu erhalten als bloße verbale Anleitung. Eine solche kann auch durch Rhythmisierung oder singend vorgetragen «musikalisiert» werden. Oft bedarf es ja außer der sprachlichen auch der visuellen Anleitung, d. h. daß manche PatientInnen vielleicht gewisse Bewegungen leichter oder erst dann ausführen können, wenn sie ihnen vorgemacht werden, wenn Prozesse des modellgestützten Imitationslernens (Bandura 1976, 1986) stattfinden können. Modell- und Spiegeltechniken lassen auch schwerwiegende Störungen in der Wahrnehmung und in der Informationsverarbeitung erkennbar werden, die dann aber durch derartige Übungssequenzen positiv beeinflußt werden können.

### 3.2.1 Fallvignette – Arbeit mit Leiblichkeit

Herr K., ein 64jähriger, chronisch schizophrener Patient, der 30 Jahre seines Lebens in der Klinik verbracht hat, kommt einmal wöchentlich in die Musiktherapie (Einzelstunde). Die vielen Jahre der Krankheit, der Klinik und der medikamentösen Behandlung haben an seinem *Leib* deutliche Spuren hinterlassen: der ganze Körper ist versteift und die Sprechmotorik ist so eingeschränkt, daß man Herrn K. nur schwer versteht. Manchmal ist er sehr unruhig und in Ideosynkrasien gefangen, dann wieder fallen ihm vor Müdigkeit beinahe die Augen zu. In der Musiktherapie (sowie in den anderen Therapien) gibt er sich trotz all dieser Beeinträchtigungen große Mühe, «alles richtig zu machen». Der Therapieraum bietet neue Angebote der Wahrnehmung und des Handelns, *affordances*, die mit Hilfe der Therapeutin genutzt werden können. Wir haben beide eine Conga vor uns stehen. Herr K. spielt nicht zum ersten Mal darauf, aber ich muß ihm jedesmal von neuem zeigen, wie sie zwischen den Knien gehalten wird und daß man dazu möglichst auf der vorderen Kante des Stuhls sitzen muß. Seine ersten Schläge auf der Conga wirken mechanisch steif, und es fällt mir auf, daß nur seine Fingerspitzen das Fell berühren, obwohl er meine Schläge zu kopieren versuchte und ich mit der ganzen flachen Hand auf das Instrument schlage. Das visuelle Wahrnehmungsvermögen und die Umsetzung der wahrgenommenen Bewegungen in eigene sind also sehr eingeschränkt. Ich fordere ihn darum auf, zunächst mit der ganzen Handfläche nur über das Fell zu streichen, Kreise und Vorwärts- und Rückwärtsbewegungen zu machen (taktile Erfahrungen also). Ich lege dabei meine Hände auf seine Handrücken und gebe etwas Druck, damit eine möglichst große Berührungsfläche gegeben ist. Unter solcher Führung erkundet er mit beiden Händen die Oberfläche des Instrumentes und schlägt nach Lockerungsübungen für die Handgelenke beim zweiten Versuch, einen Grund-

schlag zu spielen, prägnanter und kräftiger auf die Conga. Akustische, taktile und kinästhetische Stimulierung wirken auf diese Weise zusammen. Da die meisten Fertigkeiten und Tätigkeiten das Zusammenspiel mehrerer Sinne voraussetzen, ist es angezeigt, derartige «multiple Stimulierungen» gezielt einzusetzen, um die sensu-motorische Verschränkung zu fördern. Um die Grobmotorik zu trainieren, halte ich später in dieser Stunde eine Handtrommel hoch – etwa in Kopfhöhe. Mit zwei Schlegeln soll Herr K. nun zu einem Ländler, den er sich ausgesucht hatte, im Wechsel den Rhythmus schlagen (Rechts/links-Differenzierung). Nach einer kurzen Ruhepause, die in der Arbeit mit alten Menschen nicht vergessen werden darf, wiederholen wir diese Spielsequenz, wobei ich diesmal die Trommel seitlich oder vertikal verschiebe. Das geht im Moment an die Grenzen von Herrn K.s Beweglichkeit und Konzentrationsfähigkeit: der Rhythmus und die Koordination zerfallen, aber ich setze keine Korrekturen, weil Herr K. Freude am Spiel mit mir hat, und diese zwischenmenschliche Qualität ist von großer Bedeutung und muß bei aller Notwendigkeit übungsorientierten Trainings das Zentrum der therapeutischen Interaktion bleiben.

### 3.2 Bereich: Emotionen, Stimmungen

Bei gerontopsychiatrischen PatientInnen finden sich emotionale Störungen, die krankheitsbedingt sind: Monopolare oder bipolare Fixierungen der Affektlage, starke Stimmungsschwankungen, Angstzustände, Unruhe, Dysphorien, Aggressivität oder Feindseligkeit bei Alterspsychosen, chronifizierte Depressionen durch cerebrale Veränderungen (*Izard 1979*), dies sind Probleme gerontopsychiatrischer stationärer Arbeit, die in einer Kombination von pharmakotherapeutischen (*Hirsch, Schneider 1990*) und milieutherapeutischen Maßnahmen (*Saup 1984; Mathes 1986; Schwartz 1975; Petzold 1980e*) und dann auch vermittelt spezifischer psycho- und kreativtherapeutischer Interventionen (*Kruse 1989; Heuft, Marschner 1994; Hirsch 1990; Bubolz 1979, 1983; Petzold 1985a*) angegangen werden müssen. Hier liegt auch ein Aufgabenbereich der Musiktherapie (*Frohne 1979; Muhl 1994*). Es wird allerdings in der pathologieorientierten geronto-therapeutischen Literatur (*Radebold 1993*) oftmals übersehen, daß auch schwer depressive oder paranoide AlterspatientInnen neben der prädominanten Affektlage noch über ein durchaus breites normales emotionales Spektrum im Alltagsleben verfügen (*Malatesta, Izard 1984; Wan 1985; Thoma 1988; Lawton 1982*). Und hier liegt ein wichtiger therapeutischer Ansatzpunkt. Es gilt, Beiträge dazu zu leisten, daß das emotionale Spektrum erhalten bleibt, ja wo möglich verbreitert wird. Musiktherapie verfügt mit der Musik als Medium der Beeinflussung emotionaler bzw. affektiver Zustände (*Strobel, Huppmann 1978, 34f*) über einen hervorragenden Ansatz, Affekte, Gefühle, Stimmungen (*Petzold 1992a, 822ff*) zu Stimulierungen und «Umstimmungen» oder «Feinstimmungen» anzuregen (*ibid. 842*). Bei krankheitsspezifischen Emotionen sind Umstimmungen nur sehr kurzfristig zu erreichen. Insgesamt bewirken sie aber eine Flexibilisierung fixierter emotionaler Lagen. Maßnahmen aktiver und rezeptiver Musiktherapie (*Schroeder 1995*) müssen sich dabei nicht auf die musiktherapeutischen Stunden beschränken, sondern können im Sinne des «environmental modelling» in den Stati-

onsalltag (Singen) und den Wohnbereich (Musikhören) integriert werden (Aldridge 1993a,b) – wir sprechen hier von unspezifischen musiktherapeutischen Milieuinterventionen, die das «emotionale Feld» (Petzold 1992b, 810), das «emotionale Klima» des Settings, die Mikroökologie beeinflussen, was sehr dazu beitragen kann, Unzufriedenheit und Dysphorien zu reduzieren, und die allgemeine Lebenszufriedenheit zu verbessern. Sie sind dann als infrastrukturelle Maßnahmen zur Förderung von Lebensqualität, Glück und Wohlbefinden im Alter zu sehen (Mayring 1987, 1990).

In der spezifischen musiktherapeutischen Gruppen- und Einzelbehandlung hat der personale Faktor natürlich ein großes Gewicht. Die Musiktherapeutin, die mit der Patientin singt, mit ihr zusammen musiziert, wird u. U. zu einer «bedeutsamen Bezugsperson», die als «protektiver Faktor» (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) zur positiven Tönung situativer Stimmungen oder auch von «Grundstimmungen» (Petzold 1992b, 823) beitragen kann. Die musiktherapeutische Arbeit zur Mobilisierung oder Umstimmung von Gefühlslagen hat viele Möglichkeiten zur Verfügung. Bei unserer Zielgruppe geht es oftmals darum, sehr einfach mit der übungszentriert-funktionalen Modalität (ibid. 1240) anzusetzen. Man schlägt z. B. auf dem Klavier einen d-moll Akkord an, läßt ihn ausklingen, fordert die PatientInnen auf, ihn nachklingen zu lassen und die Stimmung oder das Gefühl mitzuteilen, das dabei deutlich geworden ist. Dann wird D-dur angeschlagen und auf die Unterschiedlichkeit in der Klangfarbe zentriert, vielleicht beim Ausklingen das Ohr an den Klavierkörper gelegt. Um fixierte Stimmungen zu verändern, sind durchaus suggestive Einflußnahmen angezeigt (Stratton, Zalanowski 1989) : Moll-Akkord – «ein Schatten fällt über das Land», Dur-Akkord – «die Sonne kommt zwischen den Wolken hervor». Das «Shifting» der Stimmungslagen ist zunächst wichtiger als eine stabile Umstimmung. Auch Rhythmuserfahrungen können einen solchen Effekt haben. Man läßt einen langsamen Rhythmus klopfen, der dem schleppenden depressiven Gang ähnlich ist. Dann wird auf einen leichten, flüssigen Rhythmus, Hüpfen und Springen umgestellt. Als nächster Schritt ist eine Zusammenführung des rhythmischen und des melodischen Moments möglich: ein getragenes Thema wird von einer swingenden Passage abgelöst.

Derartige einfache übungszentrierte Arbeit mit behavioralen Komponenten soll man nicht unterschätzen, bahnt sie doch Wege, die in die *erlebniszentriert-stimulierende Modalität* (ibid. 1235) überleiten können, in der man PatientInnen auffordern kann, Gefühle bzw. Stimmungen auf Instrumenten zu spielen. Mit dem Singen und Musizieren kann auch die Ermutigung einhergehen, Gefühle «ins Gesicht», d.h. in die Mimik kommen zu lassen, emotionstypische Haltungen einzunehmen, wie dies in der thymopraktischen Arbeit aufgrund experimenteller Emotionsforschung geschieht (ibid. 845), wo das sensomotorische Eigenfeedback der Affektmimik therapeutisch genutzt wird (Izard 1990).

### 3.2.1 Fallvignette – Arbeit mit Gefühlen und Stimmungen

Eine 70jährige depressive Patientin, Frau A., kommt häufig unruhig und ziellos in die Einzelmusiktherapie. Im Verlauf der Behandlung hat sie herausgefunden, daß in ihr Beruhigung und Zentrierung aufkommt, wenn sie zunächst einmal auf einer

der fünf Bordunleiern eine Weile vor sich hinspielt. Von hier aus gelingt es ihr mittlerweile ganz gut, ihre aktuelle Gefühlslage differenzierter wahrzunehmen, darzustellen und zu sehen, wie sie ihre Stimmung modulieren, «umstimmen» kann.

In dieser Stunde ruft ihre Grundstimmung nach einer Dialogpartnerin. Deshalb trete ich als Musiktherapeutin über ein zweites Instrument mit ihr in Kontakt, z. B. mit einer zweiten Leier, einem F-dur Akkord zu ihrem d-moll. Eine Zeit lang hören wir uns nur diese Akkorde im Wechselspiel an, ihre Qualitäten, unsere Assoziationen dazu, ihr Verhältnis zueinander. Daraus entwickelt sich bei Frau A. der Wunsch nach ihrem Lieblingsstück, dem Canon von *Pachelbel*, den sie unter viel Aufmunterung und mit einigem Üben auf den fünf Bordunleiern zu begleiten gelernt hat. Die getragene Musik nimmt, im Sinne des ISO-Prinzips, ihre Stimmungslage auf, aber eigentlich wird ihr Aktionsfeld ausgeweitet. Wir üben das Harmonie-Muster wieder kurz ein und spielen das Stück zusammen, sie die Akkorde, ich die Melodie. Dies erfüllt sie immer mit großer Befriedigung und Stolz. Ihre gedrückte emotionale Ausgangslage wurde umgestimmt und doch ernst genommen. Frau A. wird dadurch zu weiteren Aktivitäten und Experimenten ermutigt.

In einer anderen Stunde läßt das Spiel auf der einen Bordunleier sie realisieren, daß «noch etwas fehlt», wie sie sich ausdrückt. Es stellt sich heraus, daß sie mit dem Leierspiel ein negativ bewertetes Gefühl wegschieben wollte, das nun an die Oberfläche drängt. Der Nachhall des stützenden Akkordes gibt ihr Vertrauen genug, das Leierspiel loszulassen und sich einem kontrastierenden Instrument zuzuwenden, der Djembé. Mit der Kraft, die hier allein für die Erzeugung des Basstones erforderlich ist, spürt sie ihre wachsende Lebendigkeit in sich aufsteigen, die «Energie», die sie zuvor für das Zurückhalten unangenehmer Gefühle aufgewendet hat. So wandeln sich die Unzufriedenheit, die Ohnmachtsgefühle in positive Gefühle der Stärke, des Wohlbefindens (*Mayring* 1987) und der *Kompetenz* (*Steen, Vermeer* 1987; *Flammer* 1990), zuweilen Erstaunen über sich selbst, was nichts anderes heißt als das Entdecken eines neuen Aspektes im Sinne einer Selbsterfahrung, die ihr durch die Krankheit beeinträchtigt Gefühl für sich selbst, ihr «Selbstgefühl» (*Petzold* 1992b, 685ff, 823f) bekräftigt. Musiktherapeutische Arbeit sollte – wo immer möglich – *selbstreferentielle Kognitionen und Emotionen* (*ibid.* 827) fördern.

### 3.3 Bereich: Kognitive Kompetenz

Die gerontologische Kognitionsforschung hat eine Abhängigkeit der Intelligenz von den Kontextbedingungen herausgearbeitet (*Sternberg* 1984; *Botwinick* 1977), Disuse-Effekte (*Lehr* 1987) in stimulierungsarmer Umgebung, wie wir sie in gerontopsychiatrischen Einrichtungen häufig finden, sind für therapeutische Maßnahmen in Rechnung zu stellen. Daneben finden sich im hohen Senium und bei krankheitsbedingten himatrophischen Prozessen ein progredierender, aber differentiell zu betrachtender Abbau verschiedener kognitiver Fähigkeiten (*Schaie* 1983; *Fleischmann* 1989), insbesondere bei Abnahme der sozialen Partizipation (*Schaie, Gribbin* 1975).

Leider gibt es für unsere Zielgruppe kaum spezifische Forschungen, so daß man von allgemeingerontologischen Erkenntnissen zur Intelligenzentwicklung unter verschiedenen sozialen Bedingungen (*Rudinger* 1987) extrapolieren muß.



Die Erhaltung und Förderung der «kognitiven Plastizität» (Baltes, Lindenberger 1989), insbesondere der Gedächtnisleistung als Grundlage der Lern- aber auch der Orientierungsfähigkeit (Knopf 1987; Schuster 1990) müssen in allen therapeutischen Maßnahmen einen wichtigen Platz erhalten, so auch in der Musiktherapie. Legt man die Konzeption eines holographischen (Pribram 1979) und zugleich differentiellen, «multimodalen Gedächtnisses» (Engelkamp 1990) zugrunde, so kann die Gedächtnismodalität des «musikalischen Erinnerungsvermögens» (Schwarzer 1994) spezifisch erhalten und gefördert werden. Sie evoziert aber auch aufgrund der multiplen neuronalen Vernetzungen «holographisch» Szenen und Erinnerungsbilder (z. B. an einen Tanz-, Lieder- oder Konzertabend). Ebenso wie gegenüber dem verbal-semantischen Erinnerungsvermögen das Gedächtnis für Szenen und Bilder von Alterungsprozessen weniger betroffen ist (Puglisi 1986; Schuster 1990), ist das musikalische Gedächtnis bei unserer Zielgruppe – auch bei Hochbetagten – oft noch gut funktionsfähig: Melodien, Akkorde, Harmonien, Rhythmen – besonders von bekannten und beliebten Stücken der eigenen Jugendzeit – werden gut erinnert und mit ihnen auch *spezifische Episoden*. Neue, kurze und einfache Melodien mit «Ohrwurmcharakter» werden gut gelernt. Besonders in der Musikeinzeltherapie können «lange verschüttete» musikalische Erinnerungen aufgefunden werden. Allerdings kann bei dementiell erkrankten PatientInnen keineswegs immer von Erinnerungsmöglichkeiten von Melodien und Liedtexten ausgegangen werden (Clair, Bernstein 1990a; Grümm 1995).

Bei hochbetagten PatientInnen, die mit sozialer Zuwendung in der Regel nicht gerade reichlich bedacht sind, wird überdies das gemeinsame Erlernen und Singen eines Liedes mit der Musiktherapeutin immer wieder zu einem «persönlich bedeutsamen Ereignis», und eine derartige «self-reference» führt zu besonders guten Gedächtnisleistungen (Perlmutter, Mitchel 1983). In der musiktherapeutischen Arbeit zentrieren wir im Sinne einer allgemeinen kognitiven Förderung nicht nur auf das Lernen von Melodien, Liedern, «Erkennungsmelodien» für bestimmte Ereignisse, sondern wir sprechen auch über Inhalte, ausgelöste Gefühle, fragen aktiv nach Erinnerungen und Assoziationen, vermitteln *vibrotaktile Erfahrungen* (Clair, Bernstein 1990b) an Instrumenten wie Klavier, Trommel, Gong etc., lassen Instrumente betasten, beschreiben, um «multiple Enkodierung» durch Stimulierung auf verschiedenen Sinneskanälen und von verschiedenen Gedächtnissektoren zu erreichen (Litowtschenko et al. 1976). In der Gruppenarbeit beginnen wir oft mit kleinen Gedächtnisspielen, z. B. dem Erinnern von Liedern, Melodien oder Instrumenten aus vorausgegangenen Stunden. Es werden von der Therapeutin Lieder «angesungen», die dann zu Ende gesungen werden oder Melodien auf dem Klavier angespielt, zu denen dann der Text gefunden werden soll oder die weitergesummt oder gespielt werden können. Derartige «forcierte Elaborationen» durch Materialien mit Aufforderungscharakter suchen also «Altersdefizite auszugleichen» (Schuster 1990, 138). Die systematische Umsetzung gerontowissenschaftlicher Erkenntnisse – etwa zu kognitiven Funktionen oder zur Gedächtnisleistung – in der Musiktherapie mit AlterspatientInnen kann deren Effizienz nachhaltig verbessern und praktisches Tun fachlich fundieren.

### 3.3.1 Fallvignette – Förderung kognitiver Kompetenz

Ich bringe ein paar bunte Herbstblätter verschiedener Art in die Gruppensitzung. Wir geben sie im Kreis herum, bestaunen ihre schöne Färbung und versuchen, die Bäume herauszufinden, von denen sie stammen. Mit einem Blatt streichen wir uns nun alle über die Handfläche, erst über die eigene, dann über die einer Nachbarin. Ich beginne, dazu die Melodie eines Herbstliedes zu summen, das wir in der letzten Stunde gesungen hatten – einige kannten es schon. Die meisten erkennen das Lied jetzt wieder (was für manche PatientInnen bereits eine beachtliche Gedächtnisleistung ist), doch niemand kann sich an den Text erinnern. «Das ist das Lied vom letzten Mal, aber mein Gedächtnis ist so schlecht geworden, daß nichts mehr hängenbleibt», jammert Frau B.

Tatsächlich haben Frau Bs. körperliche und geistige Fähigkeiten seit einer organisatorischen Umstellung auf der Station merklich abgenommen. Sie ist verwirrt und ängstlicher geworden. Es ist aber zu berücksichtigen, daß AlterspatientInnen – nicht zuletzt abhängig von ihrer Befindlichkeit und Stimmung – dazu tendieren, ihre Gedächtniseinbußen überzubewerten (Zarit 1982). Dies ist auch bei Frau B. der Fall.

«Wenn gar nichts mehr hängenbleiben würde, hätten sie auch die Melodie nicht wiedererkannt», entgegne ich. «Lassen sie uns doch versuchen, ob wir miteinander den Text herausfinden. Noch einmal summe ich das Lied «Bunt sind schon die Wälder» bis auf die letzten beiden Takte. Die unabgeschlossene Form aktiviert tatsächlich Herrn Fs. Gedächtnis (forcierte Elaboration). «Kühler Wind»; wirft er ein, und prompt doppelt Frau B. nach «Kühler weht der Wind». Diese etwas schwierige Stelle hatten wir letztes Mal besonders geübt und mit wiegenden Armbewegungen begleitet (multiple Enkodierung). Das ganze Lied bringen die PatientInnen zwar in dieser Stunde nicht zusammen, aber es wird doch mehr als sie selber zunächst erwartet hatten. Beim Singen der dritten Strophe (... Junge Winzerinnen ...) – nun mit Hilfe des Liederbuchs – fällt Frau B. plötzlich ihr «Welschlandjahr» ein, das sie als sechzehnjähriges Mädchen auf einem waadtländischen Weingut verbracht hatte. Diese eine Textzeile läßt in ihr eine ganze Reihe von freudvollen, aber auch belastenden Stimmungen (Atmosphären), Szenen und Bildern aufsteigen (holographisches Gedächtnis, Pribram 1979). Sie hatte schwer unter Heimweh zu leiden und fühlte sich von den Eltern abgeschoben. Es kommen ihr auch ein paar Melodien auf, die sie in der Zeit gelernt hatte (differentielles, modales Gedächtnis, Engelkamp 1990). Durch die musikalische Erinnerung wird in dieser Stunde insgesamt eine Aktivierung der Gedächtnisleistung bewirkt und im Austausch der erinnerten Geschichten ein *narratives Klima* (Petzold, Petzold 1991) aufgebaut, das so wichtig für das subjektive Identitätserleben und Wohlbefinden ist.

### 3.4 Bereich: Soziale Kompetenz und Performanz

«Der Mensch wird zum Menschen durch den Mitmenschen» in wechselseitiger sozialer Wahrnehmung, Kommunikation und Interaktion, die über die gesamte Lebensspanne hin zentral sind (Petzold et al. 1994), denn sie gewährleisten ein stabiles Selbsterleben und eine prägnante Identität (idem 1980g, 1991o, 1994e; Ruff 1986;

Chappell, Orbach 1992). Das ist eine Grunderkenntnis gerontologischer Psychologie und Soziologie (Lehr 1987; Saup 1990; Thomae 1983; Mayring, Saup 1990; Tewes 1979). Der Verlust sozialer Interaktion, Kommunikation und Partizipation und die damit verbundenen Einbußen von sozialer Kompetenz und Performanz stellen für den alten Menschen gravierende «Depotenzierungen auf allen Ebenen» (Petzold, Bubolz 1976) dar, die sehr häufig massive psychische und psychosomatische Folgen in Form von Erkrankungen hat (Häfner 1986, 1989; Mathes 1986; Petzold 1994e). In der institutionellen Situation wirken sensorische, motorische, emotionale, kognitive und kommunikative Deprivationen pathogen genau wie Rollenfixierung (Patientenrolle), d. h. Rollenverlust (idem 1979k) und Vereinsamung trotz Personendichte (Saup 1984, 1990), denn «Einsamkeit macht krank» (Eder 1990; Stöckler 1990). Es ist so ein progredierendes Aufkommen und ein Chronifizieren von Negativaffekten (Alteninitiativen 1983; Gössling 1987) zu beobachten. Hinzu kommen schwerwiegende Netzwerkverluste und damit Verlust von «social support» (Röhrle 1994), Einbußen an Selbstbestimmtheit durch Verlust von Kontrollmöglichkeiten und Selbstwirksamkeit (Bandura 1977, 1989; Flammer 1990) – gerade in institutionellen Settings (Saup 1984) – und verhängnisvolle Stigmatisierungen alter Menschen und geriatrischer Institutionen (Lehr 1987; Belardi 1991; Hohmeier, Pohl 1978). Diesen Prozessen gilt es auf allen Ebenen entgegenzuwirken. Der Aufbau sozialer Netzwerke (Röhrle 1994) auf der Station, sozialer Kontakte in der Musiktherapiegruppe, sozialer Intimität in der Musikeinzeltherapie sind hier einige Möglichkeiten, die es zu nutzen gilt. Besonders der Verlust «bedeutsamer Bezugspersonen», z. B. Lebenspartner (Fooker 1990), wiegt schwer, sind sie doch für alte Menschen die wichtigsten «protektiven Faktoren» (Petzold et al. 1993). Derartige «close support figures» (Levitt et al. 1987), mit denen Beziehungen möglich werden, die Identität durch positive Attributionen (Krampen 1989) und damit die Gesundheit der Persönlichkeit gewährleisten und sichern (Deusinger 1990), Sinnerleben (Dittmann, Kohli 1990, 160) und Gefühle des Glücks und des Wohlbefindens (Mayring 1990) ermöglichen, sind an positive soziale Beziehungen gebunden.

Sozialer Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung (Orth, Petzold 1993) wird durch gemeinsames musikalisches Erleben und Tun besonders gefördert. Muster prosodischer Kommunikation, wie sie zwischen Menschen von Säuglingszeiten an (Papoušek, Papoušek, Bornstein 1985; Papoušek 1994) für intime emotionale Relationen über die Lebensspanne hin charakteristisch sind (Petzold et al. 1994) und auch im hohen Senium zum Tragen kommen (ibid. und Petzold 1990g), werden als therapeutische Heil- und Entwicklungsfaktoren (Emde 1995) gezielt in der Musiktherapie eingesetzt. Dabei kommt den mimisch-gestischen Komponenten der Interaktion, insbesondere den Blickdialogen (Petzold 1990e, 1992a, 770ff) besondere Bedeutung zu. Spiel und Gesang im Duo geschieht im Austausch von Blicken. Man sieht sich beim Spielen an, tauscht Blicke, ein Lächeln, man singt sich zu. Selbstversunkene Instrumentenzentrierung ist nicht angesagt. Die genetisch disponierten Muster des «intuitive parenting» (Papoušek, Papoušek 1987) werden gezielt in der musikalischen Interaktion aufgenommen. Wechselseitiges Grüßen, wie man es im «social referencing» findet (Feinmann 1985), wird in kleinen ritualisierten Responsorien eingeführt.

Trommelspiel an einer Trommel oder mit den Bongos (oder Glockenspielen, Bordunleiern usw.) einander gegenüber sitzend macht ein Dialogisieren möglich, in dem der unmittelbare affektive Austausch im Zentrum steht und ein «reciprocal reward system» (Emde 1980) zum Tragen kommt sowie das therapeutische Prinzip der «emotionalen Verfügbarkeit» (idem 1993) wirksam wird, das «dyadische Therapien» (Petzold 1992a, 651, 1993q) kennzeichnet. Die verbale Ermutigung beim Singen und Spielen ist in diesem gesamten Geschehen genauso wichtig wie der Austausch im Gespräch nach musikalischen und vokalen Sequenzen. Von da aus kann wieder ins Spiel übergegangen werden, etwa in den emotionsgetönten Austausch vermittelt Blockakkorden.

Besonders in der Gruppenarbeit wird es Aufgabe der Therapeutin sein, musikalische *und* verbale Kommunikation zwischen den TeilnehmerInnen zu fördern. Auch hier sind Interaktionen zum Typus des «social referencing» einzuführen und zu bestärken. Der Blickkontakt, die mimische und verbale Bestätigung und Bekräftigung (etwa durch Zurufe) – man kann sie in jeder Jam-Session von ProfimusikerInnen beobachten – zwischen den TeilnehmerInnen fördert Kohäsion und den so wichtigen affektiven sozialen Austausch, der durch Instrumentenzentrierung und die Orientierung auf musikalische Kooperation beeinträchtigt werden kann. Deshalb muß die Musiktherapeutin darauf achten, daß diese zumeist sehr eingeschränkte PatientInnengruppe (was Konzentrations- und Kommunikationsfähigkeit anbelangt) nicht zu sehr durch die musikalische Aufgabe absorbiert ist. Vokalarbeit ist deshalb hier besonders angezeigt. Nicht nur das Singen bekannter und beliebter Lieder, sondern auch das «responsoriale» Spiel mit Tönen und Klängen – etwa der Aufbau eines Dreiklanges durch drei PatientInnen oder Untergruppen oder das Singen von kurzen Melodien mit häufigen Refrains erweisen sich als sehr ansprechend und kommunikationsschaffend. Die Kreativität und Improvisationsfreude der Musiktherapeutin sind hier wesentlich, weil gerade bei gerontopsychiatrischen PatientInnen das Prinzip der «emotionalen Ansteckung», des affektiven «attunements», der *Koaffektivität*, das die empirische Säuglingsforschung aber auch die Emotionspsychologie (Stern 1985; Petzold 1992b, 1993b) herausgearbeitet hat, zum Einsatz kommen muß, um das eingefrorene emotionale Repertoire zu mobilisieren. Damit ist auch ein Weg zur Förderung von Rollenflexibilität gebahnt – eine Fähigkeit, die ein Grundmoment sozialer und interaktiver Kompetenz (Peukert 1979) und Performanz (Petzold 1994a) darstellt und bei geriatrischen PatientInnen in der Regel sehr eingeschränkt ist (idem 1979k), ja überhaupt im Alter durch soziale Deprivation abzunehmen droht (Petzold, Bubolz 1976). Platzwechsel bei Wechselgesängen, Instrumententausch zur damit verbundenen Vermittlung unterschiedlicher vibrotaktile Erfahrungen beim Gruppenmusizieren hat einen derartigen flexibilisierenden Effekt, der bei PatientInnen mit noch ausreichender kognitiver Kompetenz durch Rollentausch in thematischen «musikalischen Geschichten» (vom Typ «Peter und der Wolf»), die die Musiktherapeutin vorbereitet und einübt, oder einfachen Singspielen noch intensiviert werden kann.

### 3.4.1 Fallvignette – Förderung sozialer Kompetenz und Performanz

Zur Illustration eine Sequenz aus einer gerontopsychiatrischen Musiktherapie-Gruppenstunde mit z. Z. vier TeilnehmerInnen. Wir sitzen im Kreis, alle eine Trommel oder ein Tambourin vor sich und einen Schlegel in der Hand. Nach einer einstimmenden musikalisch-rhythmisch zentrierten Übungssequenz fordere ich die TeilnehmerInnen auf, doch ruhig einmal auf die Trommel des Nachbarn oder der Nachbarin zu klopfen. Herr R., ein chronisch schizophrener Patient, der heute einen eher hohen Antrieb hat, nimmt diesen Impuls sofort auf und schlägt zweimal recht heftig auf die Bongos von Frau T., die ganz verduzt erst ihn, dann mich anschaut. Ich realisiere erst jetzt, daß ich wieder einmal vergessen hatte, daß sie sehr schlecht hört und meine Aufforderung wahrscheinlich gar nicht verstanden hatte. (Ich nehme dies als Anstoß, meine Gegenübertragung zu reflektieren). Deshalb wiederhole ich also meine Aufforderung und blicke Frau T. dabei ermunternd an: «Schlagen sie doch auch einmal auf seine Trommel, Frau T.!» Als sie immer noch zögert, blinzele ich ihr nochmals bestätigend zu, worauf sie zu schmunzeln beginnt. Der Blickdialog hat zur Verständigung zwischen uns beigetragen. Überraschend kräftig klopft sie anschließend auf Herrn Rs. Tambourin, der lachend gleich noch einmal auf Frau Ts. Bongos schlägt. Der sonst sehr passiven, zurückgezogenen Frau T. gelingt es auf diese spielerische Weise, in eine andere Rolle zu schüpfen. Es erfolgt also vorübergehend eine Lockerung der Rollenfixierung. Das Hin-und-Her zwischen Herrn R. und Frau T. löst auch bei den anderen beiden Gruppenteilnehmern Heiterkeit aus (Gefühlsansteckung) und sie schauen lachend zu mir herüber. Die Tatsache übrigens, daß viele Äußerungen der PatientInnen (verbale oder mimische) sich zunächst an mich als Gruppenleiterin richten, ist ein Hinweis auf die eingeschränkte Interaktionsfähigkeit der Gruppenmitglieder untereinander. Es gilt deshalb, mit gezielten Interventionen und Spielanleitungen (z. B. Instrumententausch) die Interaktionen zwischen den TeilnehmerInnen in der Gruppe immer wieder zu fördern.

## 4 Schlußbemerkung

Zusammenfassend möchten wir zum Schluß folgendes festhalten: Vielleicht denken manche Leser, es wäre etwas wenig über Musik und etwas zu viel über Bewegung, Sozialverhalten, Kognition u. a. geschrieben worden. Es war uns aber wichtig aufzuzeigen, daß bei geriatrischen PatientInnen verbale und aktionale Ansätze mit vokalen und instrumentalen zusammenspielen müssen, weiterhin daß Musik und Musiktherapie in verschiedenen Bereichen und auf sehr verschiedenen Ebenen ansetzt und wirkt (sie wirkt auffordernd, stukturgebend, verbindend, kommunikativ, anregend usw.), daß dieses vielschichtige Wirken gerade bei dieser PatientInnengruppe und in diesem institutionellen Setting ganz besonders genutzt werden kann und genutzt werden muß, da alte Menschen in der Psychiatrie – und nicht nur dort – auf vielen Ebenen Verluste an Selbstwirksamkeit, Kontrollmöglichkeiten, Partizipation, Stimulierung, Gestaltungsräumen erleiden. Nur ein breit gefaßter, durch

Konzepte der gerontopsychologischen und sozialgerontologischen Theorie und Forschung abgeglichter musiktherapeutischer Ansatz macht in diesem Umfeld Sinn. Alleinige Orientierung an therapeutischen Theorien und musiktherapeutischen Praxeologien greift zu kurz.

Es wurden in dieser Arbeit keine «Rosinenfälle» vorgestellt, nicht nur, weil es solche vielleicht noch seltener gibt als in anderen Arbeitsfeldern, sondern auch um deutlich werden zu lassen, daß Arbeit mit gerontopsychiatrischen PatientInnen (und mit alten Menschen überhaupt) immer auch bedeutet, sich mit Stagnationen, Mißerfolgen oder gar Rückschritten auseinanderzusetzen. Abbau, Zerfall, Verluste, letztlich Tod sind die Themen, mit denen man beständig konfrontiert ist, die es auszuhalten gilt und für die es auf der zwischenmenschlichen Ebene, in der persönlichen Kommunikation mit den PatientInnen durchaus einen Ausgleich gibt, der diese Arbeit sinnvoll und lohnenswert macht.

## Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund gerontopsychologischer und sozialgerontologischer Konzepte und Forschungsergebnisse wird musiktherapeutische Arbeit in der Gerontopsychiatrie dargestellt und in ihren Wirkungsweisen begründet. Dabei kommt Perspektiven der «ökologischen Psychologie», stimulierungstheoretischen Modellen und Konzepten des «life-span developmental approach» im Rahmen der «Integrativen Therapie» für die Gerontotherapie besondere Bedeutung zu. Musiktherapeutisches Vorgehen wird in der übungszentriert-funktionalen und der erlebniszentriert-stimulierenden Modalität für folgende Bereiche vorgestellt: Mobilisierung von Leiblichkeit, von Emotionalität, von kognitiver Kompetenz sowie von sozialer Kompetenz und Performanz. Jeder Bereich wird durch musiktherapeutische Fallvignetten illustriert.

## Summary

On the basis of concepts and research from psychological and social gerontology the practice of musictherapy in gerontopsychiatry is exposed with its rational for effectivity. Perspectives of « ecological psychology», stimulating theory and the «life-span developmental approach» in the framework of «Integrative Therapy» are emphasized with their particular relevance for gerontotherapy. Musictherapeutic procedures are described in the exercisecentered-functional modality and the experientcentered-stimulating modality for the following areas of intervention: mobilisation of corporality, emotionality, cognitive competence, and social competence and performance. Each domain is illustrated by material from musictherapy sessions.

## Literatur

- Affolter, F., *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*, Neckar-Verlag, Villingen-Schwenningen 1987.
- Aldridge, D., Music therapy research I: A review of the medical research literature within a general context of music therapy research, *The Arts in Psychotherapy* 20 / 1(1993a) 11-35.
- Aldridge, D., Music therapy research II: Research methods suitable for music therapy, *The Arts in Psychotherapy* 20 / 2 (1993b)117-131.
- Allen, D.M., Music therapy with geriatric patients, *British Journal of Music Therapy* 8 (1977) 2-6.
- Alteninitiativen (Hrsg.), *Morgens um sieben ist der Tag schon gelaufen. Der alltägliche Skandal im Pflegeheim*, pädex-Verlag, Frankfurt 1883.
- Ambühl, H.R., *Psychotherapie im Lichte der Verwirklichung therapeutischer Heuristiken. Eine experimentelle Prozeßvergleichsstudie*, unveröff. Dissertation, Psychologisches Institut der Universität Bern 1987.
- Ayres, J., *Lernstörung. Sensorisch-integrative Dysfunktionen*, Springer, Heidelberg 1979.
- Ayres, J., *Bausteine der kindlichen Entwicklung*, Springer, Heidelberg 1984.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U., On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavioral Therapy* 19(1989)283-300.
- Bandura, A., *Lernen am Modell*, Klett, Stuttgart 1976.
- Bandura, A., *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1986.
- Bartlett, J.C., Snelus P., Lifespan memory for popular songs, *American Journal of Psychology* 93 / 3 (1980) 551-560.
- Belardi, N., Die Stigmatisierung der Institution – Stigmatisierung durch die Institution, *Gestalt und Integration* 1 (1991)72-77.
- Beyer, A., *Musiktherapie mit geriatrischen Patienten. Eine Pilotstudie zur quantifizierenden Bewertung des Therapieverlaufs mit Hilfe von Fremdbeurteilungsskalen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde*, Berlin 1986.
- Blanckenburg, A.v., *Musiktherapie mit Senioren*, Schulz-Kirchner, Idstein 1988.
- Bloch, H., Bertenthal, B.I. (eds.), *Sensory-motor organizations and development in infancy and early childhood*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1990.
- Borod, J.C., Goodglass, H., Lateralization of linguistic and melodic processing with age, *Neuropsychologia* 18 (1980) 79-83.
- Botwinick, J., *Cognitive processes in maturity and old age*, Springer, New York 1977.
- Brigh, R., *Practical planning music therapy for the aged*, Alfred Publishing, Australia 1981.
- Bright, R., *Musiktherapie in der Altenhilfe*, G.Fischer, Stuttgart 1984.
- Bright, R., *Musictherapy and the dementias. Improving the quality of life*, MO: MMB Music, St.Louis 1988.
- Bruhn, H., Oerter, R., Rösing, H. (Hrsg), *Musikpsychologie. Ein Handbuch*, Reinbek 1993.
- Bryant, W., Creative group work with confused elderly people: a development of sensory integration therapy 54/5 (1991) 187-192.
- Bubolz, E., Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1979)343-383.
- Bubolz, E., *Bildung im Alter*, Lambertus, Freiburg 1983.
- Chappell, N., Orbach, H.L., Sozialisation im höheren Alter: Eine Meadsche Perspektive, in: *Petzold, Petzold* (1992)20-49.
- Clair, A.A., The need for supervision to manage behavior in the elderly care home resident and the implications for music therapy practice, *Music Therapy Perspectives* 8(1990)72-75.

- Clair, A.A., Ethics and values in music therapy for persons who are elderly, *Activities, Adaption & Aging* 18/3-4 (1994)27-46.
- Clair, A.A., Bernstein, B., A preliminary study of music therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer's -type dementia, *Journal of Applied Gerontology* 9/3 (1990a)299-311.
- Clair, A.A., Bernstein, B., A comparison of singing, vibrotactile and nonvibrotactile instrumental playing responses in severely regressed persons with dementia of the Alzheimer's type, *Journal of Music Therapy* 27/3 (1990)119-125.
- Conquergood, D., Communication as performance: Dramaturgical dimensions of everyday life, in: Sisco, J.L., *The Jensen Lectures: Contemporary communication studies*, University of Florida, Tampa 1983; repr. in: *Schweinsberg-Reichert* (1985)11-28.
- Conway, M.A., *Autobiographical memory. An introduction*, Open University Press, Philadelphia 1990.
- Czogalik, D., Bolay H.V., Boller, R., Otto, H., *Das Integrative Musiktherapie-Dokumentationssystem IMDos: Zum Verbund von Forschung, Lehre und Behandlung im Berufsfeld Musiktherapie*, *Musiktherapeutische Umschau* 16 (1995)108-125.
- Darrrough, G.P., Boswell, J., Older Adult Participants in Music: A Review of Related Literatur, *Bulletin of the Council for Research in Music Education* 111 (1992)25-34.
- Dasler, J.van, *Bewogen door beweging*, Intro, Nijkerk 1994. S4
- Depping, K., Die Musik in der Begleitung altersverwirrter Menschen, *Evangelische Impulse* 1 (1991)34-35.
- Deusinger, I.M., Identität und Persönlichkeit im Alter, in: *Mayring, Saup* 1990, 201-216.
- Dittmann-Kohli, F., Sinnggebung im Alter, in: *Mayring, Saup* 1990, 145-166.
- Dröes, R.M., *In beweging*, Krips Repro, Meppel 1991.
- Eder, A., *Risikofaktor Einsamkeit*, Springer, Wien 1990.
- Emde, R.N., Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychological disorders, in: *Taylor, P.M.* (ed.), *Parent-infant relationships*, Grune & Stratton, New York (1980a)87-116.
- Emde, R.N., Die endliche und die unendliche Entwicklung – Angeborene und motiveationale Faktoren aus der frühen Kindheit, in: *Petzold* 1993b, 277-345.
- Emde, R.N., Die Aktivierung grundlegender Formen der Entwicklung: Emphatische Verfügbarkeit und therapeutisches Handeln, in: *Petzold* 1995, 219-252.
- Engelkamp, J., *Das menschliche Gedächtnis*, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Evans, M.M., Rubio, P.A., Music: a diversionary therapy, *Today's OR Nurse* 16/4(1994)17-22.
- Feinmann, S., Emotional expression, social referencing and preparedness for learning in infancy – Mother knows best, but sometimes I know better, in *Zivin, G.*(ed.), *The development of expressive behavior: Biology-environment interactions*, Academic Press, Orlando 1985.
- Fitzgerald-Cloutier, M.L., The use of music therapy to decrease wandering: an alternative to restraints, *Music Therapy Perspectives* 11/1 (1993) 32-36.
- Flammer, A., *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*, Huber, Bern 1988.
- Flammer, A., *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*, Huber, Bern 1990.
- Fleischmann, U.M., *Gedächtnis und Alter. Multivariate Analysen zum Gedächtnis alter Menschen*, Huber, Bern 1989.
- Fooker, I., *Partnerverlust im Alter*, in: *Mayring, Saup* 1990, 57-74.
- Frohne, I., *Rhythmik als therapeutisches Verfahren innerhalb der Musiktherapie*, *Musik und Medizin* 6 (1976).
- Frohne, I., *Musiktherapie mit alten Menschen*, in *Petzold, H., Bubolz, E.* 1979,383-394.



- Frohne, I., Die Beziehung zu den Dingen neu entdecken, *Musik und Medizin* 7(1981)43-50.
- Frohne, I., Das rhythmische Prinzip. Grundlagen, Formen und Möglichkeiten in Therapie und Pädagogik, Eres, Lilienthal/ Bremen 1981.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode, in *Frohne-Hagemann* (1990)99-120.
- Frohne-Hagemann, I., Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1990.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie als Form kreativer Therapie und symbolischen Ausdrucks, in: *Petzold, Orth* 1990,807-830.
- Fuhrmann, R., Musik und Altenhilfe, in: *Finkel, K.* (Hrsg.), *Handbuch Musik und Sozialpädagogik*, Gustav Bosse Verlag, Regensburg 1979, 251-255.
- Fuhrmann, R., Das Alzheimer- Schicksal meiner Frau: Lebend begraben im Bett?, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1990.
- Funk, J.D., Some aspects of the development of music perception, Diss. Clark University 1977.
- Garfield, S.L., Eclecticism and integration in psychotherapy, *Behavior Therapy* 5(1982)610-623.
- Garfield, S.L., Eclectic Psychotherapy: A common factors approach, in: *Norcross, Goldfried* 1992,162-195
- Geck, A., Die Bedeutung der Musik im Leben älterer Menschen, in: *Howe, J. et al.* (Hrsg.) *Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaften Bd.3*, Asanger, Heidelberg 1991, 44-60.
- Gembris, H., Fähigkeiten und Aktivitäten im Erwachsenenalter, in: *Bruhn et al.* 1993, 316-329.
- Gembris, H., Entwicklungspsychologie musikalischer Fähigkeiten, in: *Helms, Schneider, Weber* (Hrsg.), *Kompendium der Musikpädagogik*, Kassel (1995) 281-332.
- Gembris, H., Musikalische Entwicklungspsychologie und ihre mögliche Bedeutung für die Musiktherapie, *Musiktherapeutische Umschau* 16/2 (1995) 93-107.
- Gerdner, L.A., Swanson, E.A., Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients, *Archives of Psychiatric Nursing* 7/5 (1993)284-291.
- Gibbons, A.C., Popular music preferences of elderly people, *Journal of Music Therapy* 14/4 (1977) 180-189.
- Gibbons, A.C., Musical Attitude Profil Scores in the elderly and their relationship to morale and selected other variables, Diss. University of Kansas 1979.
- Gibbons, A.C., Primary Measures of Music Audiation scores in an institutionalized elderly population, *Journal of Music Therapy* 20/1 (1979a) 21-29.
- Gibbons, A.C., Musical skill level self-evaluation in non-institutionalized elderly, *Activities, Adaption & Aging* 3/2 (1983b)61-67.
- Gibson, J.J., *The ecological approach to visual perception*, Houghton-Mifflin, Boston 1979.
- Gibson, E. J., Exploratory behavior in the development of perceiving, acting and the acquiring of knowledge, *Annual Review of Psychology* (1988)1-41.
- Gibson, E. J., Spelke, E., The development of perception, in: *Flavell, E., Markman, M.* (eds.), *Handbook of child psychology, Vol III, cognitive development*, Wiley, New York 1983, 1-76.
- Gilbert, J.P., Beal, M.R., Preferences of elderly individuals for selected music education experiences, *Journal of Research in Music Education* 30/4 (1982) 247-253.
- Goffman, E., *Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität*, Suhrkamp, Frankfurt 1967
- Goll, H., Heilpädagogische Musiktherapie, grundlegende Entwicklung eines ganzheitlich angelegten ökologisch-dialogischen Theorie-Entwurfs, ausgehend von Jüendlichen und Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung, Peter Lang, Frankfurt 1993.
- Gössling, S., Mehr Lebensqualität für Heimbewohner. *Evangelische Impulse* 9(1987)11-14.
- Grawe, K., Heuristische Psychotherapie. Eine schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses, *Integrative Therapie* 4(1988a)309-325.

- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P., Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Göttingen 1994.
- Greenwald, M.A., Vocal Range Assessment of Geriatric Clients, *Journal of Music Therapy* 16/4 (1979)172-179.
- Groene, R.W., Effectiveness of music therapy 1:1 with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type, *Journal of Music Therapy* 30/3 (1993) 138-157.
- Grümme, R., Grenzen des therapeutischen Singens mit dementiell Erkrankten, *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 6 (1995) 65-71.
- Haardt, A.M., Klemm, H., Musiktherapie- Selbsterfahrung durch Musik, Heinrichshofen's Verlag, Wilhelmshaven 1982.
- Häfner, H., Psychische Gesundheit im Alter, Fischer, Stuttgart 1986.
- Häfner, H., Psychiatrische Aspekte: Epidemiologie und Klinik, in: Karl, F., Tokarski, W. (Hrsg.) Die «neuen» Alten. *Kasseler Gerontologische Schriften* 6. Kassel, Gesamthochschulbibliothek (1989) 100-125.
- Hanser, S., Thompson, L., Effects of a music therapy strategy on depressed older adults, *Journal of Gerontology* 49/ 6 (1994)265-269.
- Hargreaves, D.J., The developmental psychology of music, Cambridge University Press, Cambridge 1986.
- Harms, H., Dreischulte, G., Musik erleben und gestalten mit alten Menschen, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1995.
- Heaney, Ch. J., Evaluation of music therapy and other treatment modalities in adult psychiatric patients, *Journal of Music Therapy* 29/2 (1992) 70-86.
- Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. (Hrsg.), Suchttherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1991.
- Hirsch, R., Psychotherapie im Alter, Huber, Bern 1990.
- Hirsch, R., «Lernen ist immer möglich»- Verhaltenstherapie mit Älteren, Reinhardt, München 1991.
- Hirsch, R., Schneider, H.K., Psychopharmaka und Psychotherapie im Alter, in: Hirsch, R., (Hrsg.) Psychotherapie im Alter, Huber, Bern 1990.
- Hohmann, C., Mit der Stimme Gefühle wecken. Methoden der Musiktherapie in der Geriatrie, *Heim und Pflege* 24/12 (1993)460-461.
- Hohmeier, J., Pohl, H.-J., Alter als Stigma, Suhrkamp, Frankfurt 1987.
- Izard, C.E.(ed.), Emotion in personality and psychopathology, Plenum Press, New York 1979.
- Izard, C.E., Facial expressions and the regulation of emotions, *Journal of Personality and Social Psychology* 3(1990)487-498.
- Jochims, S., Depression im Alter. Ein Beitrag der Musiktherapie zur Trauerarbeit, *Zeitschrift für Gerontologie* 25/6 (1992)391-396.
- Jochims, S., Stationäre Kurzzeitpsychotherapie am Beispiel der Depression im Alter, *Musiktherapeutische Umschau* 14/2 (1993) 115-125.
- Junge, F., Musiktherapie und Tanzen im Seniorenheim, in: Kosellek, I. & Kosellek, R. et al.(Hrsg.), Tanz als ganzheitliches Therapieangebot. Praxiserfahrungen und Grundlagen, Pflaum Verlag, München 1993, 170-180.
- Kartman, L.L., Fun and entertainment: One aspect of making meaningful music for the elderly, *Activities, Adaptation & Aging* 14/4 (1990)39-44.
- Kemper, J., Alternde und ihre jüngeren Helfer, Reinhardt, München 1990.
- Kemser, J., Musik und Gerontagogik. Empirische Untersuchungen zur musikalischen Kommunikation älterer Menschen in freien Altenheimen, Diss. Univers.Hamburg 1976.
- Kemser, J., Überlegungen zu einer musikbezogenen Gerontagogik, *Musik und Kommunikation* 3(1979)9-14.
- Kipp, J., Jüngling, G., Verstehender Umgang mit alten Menschen, Springer, Berlin 1991.
- Knopf, M., Gedächtnis im Alter, Springer, Heidelberg 1987.

- Krampen, G., Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen, Hogrefe, Göttingen 1989
- Krauss, B., Epidemiologie, in: Kisker, K.P. et al. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart, 3. Aufl., Bd 8 Alterspsychiatrie, Springer, Berlin (1989) 59-84.
- Kruse, A., Psychotherapie bei chronischen Krankheiten im Alter. Überblick über empirische und theoretische Beiträge, in: Speidel, H., Strauß, B. (Hrsg.), Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin, Springer, Berlin 1989, 12-36.
- Kugler, P.N., Turvey, M.T., Information, natural law, and the self-assembly of rhythmic movement, Erlbaum, Hillsdale 1987.
- Latz, I., Musik im Leben älterer Menschen. Singen und Musikzieren – Spielanleitungen – Klangerlebnisse, Dümmler 1992.
- Lawton, M.P., The well-being and mental health of the aged, in: Field, T. (ed.), Review of Human Development, Wiley, New York 1982, 614-628.
- Lehr, U., Altern bis zum Jahr 2000 und danach – Die Herausforderung der Zukunft, in Lehr, U., (Hrsg.) Altern- Tatsachen und Perspektiven, Bouvier, Bonn 1983.
- Lehr, U., Psychologie des Alterns, Quelle & Mayer, Heidelberg 6. Aufl. 1987.
- Lehr, U., Thomae, H., Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA), Enke, Stuttgart 1987.
- Levitt, M.J., Cherie, Clark, M., Rotton, J., Finley, G.E., Social support, perceived control, and well-being: A study of an environmentally stressed population, *International Journal of Aging and Human Development* 25 (1978) 247-258.
- Lewin, K., Vorsatz, Wille und Bedürfnis, *Psychologische Forschung* 7(1926) 330-385.
- Lipe, A.W., Using music therapy to enhance the quality of life in a client with Alzheimer's dementia: A case study, *Music Therapy Perspectives* 9 (1991) 102-105.
- Litowtschenko, S.W., Maschek, J.A., Satschuk, N.N., Rewutskaja, S.G., Möglichkeiten und Bedingungen der Unterrichtung älterer und alter Menschen. Ein Bericht aus der UdSSR, in: Petzold, Bubolz 1976, 145-197.
- Lohse-Blohm, U., Brücke zu Kindheit und Jugend – Lied und Stimme in der Geriatrie, *Musiktherapeutische Umschau* 11(1990) 141-143.
- Mack, L.S., Self-concept and musical achievement in the adult learner, Diss. University of Illinois at Urbana Champaign 1982.
- Malatesta, C.Z., Izard, C.E., Emotion in adult development, Sage, Beverly Hills 1984.
- Maler, T., Altenarbeit mit musikalisch orientierten Medien – sozialtherapeutische Gruppenspiele im Seniorenheim, in: Finkel, K. (Hrsg.), Handbuch Musik und Sozialpädagogik, Gustav Bosse Verlag, Regensburg 1979, 257-263.
- Mathes, K., Krankmachende Lebens- und Arbeitsbedingungen im Altenpflegeheim. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 37(1986) 249-254.
- Mayring, Ph., Subjektives Wohlbefinden im Alter. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung, *Zeitschrift für Gerontologie* 20(1987) 367-376.
- Mayring, Ph., Glück und Wohlbefinden in Alter, in Mayring, Saup 1990, 167-184.
- Mayring, Ph., Saup, W., Entwicklungsprozesse im Alter, Kohlhammer, Stuttgart 1990.
- May, S.H. van der, Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric, Teil 1, *Integrative Bewegungstherapie* 1 (1993) 3-9, Teil 2, *Integrative Bewegungstherapie* 2 (1993) 33-41.
- McCloskey, L.J., The silent heart sings. Special issue: Counseling and therapy for elders, *Generations* 14/1 (1980) 63-65.
- Moore, R.S., Staum, M.J., Brotons, M., Music preferences of the elderly: Repertoire, vocal ranges, tempos and accompaniments for Singing, *Journal of Music Therapy* XXXIX 4 (1992) 236-252.
- Müller, C., Psychische Erkrankungen, ihr Verlauf und ihre Beeinflussung durch das Alter, Huber, Bern 1981.

- Müller, C., Psychotherapie in der Alterspsychiatrie, in: *Helmchen, Linden, Rüdiger* (Hrsg.) Psychotherapie in der Psychiatrie, Springer, Berlin 1982, 298-302.
- Müller-Schwartz, A., Musiktherapie mit Demenzzkranken, in: *Hirsch, R.D.* (Hrsg.), Psychotherapie bei Demenzen, Steinkopf, Darmstadt (1994) 159-166.
- Muhl, C., Ausdruck und Würde – Musiktherapie mit alten Menschen, Graduiierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1994.
- Musiktherapie mit alten Menschen, Erinnerung wecken an eine glückliche Spanne Zeit, VHS-Kassette, Altenpflege: Aus- und Fortbildung durch Video, Vincentz Verlag, Hannover 1993.
- Muthesius, D., «Denkt man doch im Silberhaar gern` vergang`ner Zeiten». Gruppensingtherapie in der Gerontopsychiatrie, *Musiktherapeutische Umschau* 11(1990a)132-140.
- Muthesius, D., Musik ist Träger von Erinnerungen, *Altenpflege* 15/12(1990b)727-730.
- Muthesius, D., Musiktherapeutische Ansätze für die Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen, in: *Berghaus, H.C., Sievert, U.*, Behinderung im Alter – Kommunikation (1993a) 119-122, 2. Fachtagung der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln vom 23.-24. November 1992. Kuratorium deutsche Altershilfe, Köln 1993a.
- Muthesius, D., Ansätze der Musiktherapie mit Altersdementen, *Praxis der Psychomotorik* 18/1 (1993b) 22-28.
- Myers, D.E., An investigation of the relationship between age and music learning in adults, Diss. University of Michigan 1986.
- Norcross, J.C., *Goldfried, M.R.*, Handbook of psychotherapy integration, Basic Books, New York 1992.
- Orff, G., Die Orff-Musiktherapie. Aktive Förderung der Entwicklung des Kindes, Kindler, München 1974.
- Orth, I., *Petzold, H.G.*, Zur «Anthropologie des schöpferischen Menschen», 1993c, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-117.
- Osten, P., Die Anamnese in der Psychotherapie, Ernst Reinhardt Verlag, München 1995.
- Österreich, K., Partnerschaft und Sexualität im Alter, *Psycho* 7 (1981) 331-332.
- Österreich, K., Psychiatrie des Alterns, Quelle & Meyer, Heidelberg 1975.
- Papoušek, H., *Papoušek, M.*, Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infants integrative competence, in: *Osofsky* (1987) 669-720.
- Papoušek, H., *Papoušek, M., Bornstein, M.H.*, The naturalistic vocal environment in young infants: On the significance of homogeneity and variability in parental speech, in: *Field, T., Fox, N.A.* (eds.), Social perception in infants, Ablex Publication, Norwood 1985.
- Papoušek, M., Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vor-sprachlichen Kommunikation, Huber, Bern 1994a.
- Papoušek, M., Melodies in caregivers' speech: a species-specific guidance towards language, *Early Development and Parenting* 1 (1994b) 5-18.
- Perlmutter, M., *Mitchel, D.B.*, The appearance and disappearance of age-related deficits in adult memory, in: *Craik, F., Trehub, S.* (eds.), Aging and cognitive processes, Plenum, New York (1983) 127-144.
- Petzold, H.G., Zur Rolle der Musik in der Integrativen Bewegungstherapie, *Zeitschrift für humanistische Psychologie* 1 (1979g).
- Petzold, H.G., Psychodrama- Therapie. Dissertation. Philosophische Fak. Univers. Frankfurt. Institut für Heil- und Sonderpädagogik 1979k, Junfermann, Paderborn 1985, 2. Aufl.
- Petzold, H.G., Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4(1979i) 54-63.
- Petzold, H.G., Wohnkollektive- eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, Vormann* 1980, 250-282.
- Petzold, H.G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, in: *Petzold, H.G.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980, 223-290.

- Petzold, H.G., *Mit alten Menschen arbeiten*, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., *Bewegung ist Leben – körperliche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude im Alter durch integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Isodynamik*, in: *Petzold 1985a*, 428-466.
- Petzold, H.G., *Über die Bedeutung der Lebesbilanz im Umgang mit alten Menschen und Sterbenden*, *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 5-6(1986f)3-10.
- Petzold, H.G., *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Ausgewählte Werke 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., *Entwicklung in der Lebensspanne und Pathogenese*, Vortragsreihe auf der Tagung «Bewegungstherapie und Psychomotorik» 22.-23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam, 1990e, erw. in *Petzold (1992a)*649-775.
- Petzold, H.G., *Nonverbale Interaktion mit Hochbetagten und Sterbenden*, Vortrag auf dem Studientag von Pro Senectute Österreich, 7.12.1990, Batschuns, Vorarlberg 1990g.
- Petzold, H.G., *Die Behandlung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen*, in: *Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G.*, *Tanztherapie – Theorie und Praxis*. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn 1991h, 413-446.
- Petzold, H.G., *Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosopische Überlegungen (1991o)*, in: *Petzold (1992a)*333-395.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie*. Ausgewählte Werke Bd.II,2 *Klinische Theorie*, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., *Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik (1992b)*, in: *Petzold (1992a)*789-870.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie*. Ausgewählte Werke Bd.II,3: *Klinische Praxeologie*, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., *Die Wiederentdeckung der Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Petzold, H.G., *Frühe Schädigungen – späte Folgen? – Psychotherapie und Babyforschung*, Bd.I, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold, H.G., *Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken (1993q)*, in: *Petzold, Sieper (1993a)*267-340.
- Petzold, H.G., *Integrative lichaams- en bewegingstherapie*, *Bewegen & Hulpverlening* 1 (1993q)60-67.
- Petzold, H.G., *Mehrperspektivität – ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theoriebildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, Gestalt und Integration 2 (1994a)*.
- Petzold, H.G., *Psychotherapie mit alten Menschen – die «social network perspective» als Grundlage integrativer Intervention*, Vortrag auf der Fachtagung «Behinderung im Alter» am 22./23.11. in Köln, in: *Berhaus, H.C., Sievert, U.* (Hrsg.), *Behinderung im Alter*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1994e, 68-117.
- Petzold, H.G., *Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der*, *Grundlagen und Grundmuster «intimer Kommunikation und Interaktion» – «Intuitive Parenting» und «Sensitive Caregiving» von der Säuglingszeit über die Lebensspanne*, 1994a, in: *Petzold 1994j*, 491-645.
- Petzold, H.G., *Berger, A.*, *Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen*. *Integrative Therapie* 3/4(1978b)249-271, erw. in: *Petzold, Bubolz (1979)*.
- Petzold, H.G., *Bubolz, E.* (Hrsg.), *Bildungsarbeit mit alten Menschen*. Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H.G., *Bubolz, E.*, *Psychotherapie mit alten Menschen*, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H.G., *Goffin, J.J.M., Oudhoff, J.*, *Protektive Faktoren und Prozesse – die «positive» Perspektive in der longitudinalen «klinischen Entwicklungspsychologie» und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie*, in: *Petzold, Sieper (1993)*.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Die neuen Kreativitätstherapien*. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990.

- Petzold, H.G., Orth, I., Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch «mediengestützte Techniken» in der Integrativen Therapie und Beratung, *Integrative Therapie* 4(1994a) 340-391.
- Petzold, H.G., Lemke, J., Rodriguez-Petzold, F., Feldentwicklung und supervisorisches Lernen – Überlegungen zur Weiterbildung von Lehrsupervisoren aus Integrativer Perspektive: Kontext, Ziele, Qualitätsprofil, didaktische Konzeption, 1994b, *Gestalt und Integration* 1 (1995) 298-345.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – Geronto-therapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis, in: Petzold, Sieper 1993, 633-646.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991 a.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1993, 1995, 2.Aufl.
- Petzold, H.G., Thomas, G., Integrative Suchttherapie und Supervision, FPI Publikationen, Düsseldorf 1995.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision, Pfeiffer, München 1980.
- Peukert, U., Interaktive Kompetenz und Identität, Pathmos, Düsseldorf 1979.
- Pribram, K.H., Hologramme im Gehirn, *Psychologie Heute* 10(1979)33-42.
- Prickett, C.A., Moore, R.S., The use of music to aid memory of Alzheimer's patients, *Journal of Music Therapy* 28/2 (1991) 101-110.
- Puglisi, J.Th., Age related slowing in memory search for three-dimensional objects, *Journal of Gerontology* 41(1986)72-78.
- Radebold, H., Sozialtherapie mit alten Menschen, in: Petzold, Bubolz 1979.
- Radebold, H., Alterspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, in: Hirsch (1990).
- Radebold, H., Psychodynamik und Psychotherapie Älterer, Springer, Berlin 1992
- Radebold, H., Bechtler, H., Pina, I., Psychosoziale Arbeit mit älteren Menschen, Lambertus, Freiburg 1973
- Riegler, J., Comparison of a reality orientation program for geriatric patients with and without music, *Journal of Music Therapy* 17 (1980) 57-66.
- Riegler-Wolfe, J., The use of music in a group sensory training program for regressed geriatric patients, *Activities, Adaptation & Aging* 4 (1983) 49-62.
- Röhrlé, B., Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Beltz, Weinheim 1994.
- Rosling, L.K., Kitchen, J., Music and drawing with institutionalized elderly. Miniconference in Music and Geriatrics 1990, *Activities, Adaptation & Aging* 17/2 (1992)27-38.
- Rudinger, G., Intelligenzentwicklung unter unterschiedlichen sozialen Bedingungen, in: Lehr, U., Thomae, H. 1987, 57-65.
- Ryff, C.D., The subjective construction of self and society: An agenda for the life-span research, in: Marshall, V.W., Later life. The social psychology of aging, Sage, Beverly Hills 1986, 33-74.
- Salatoff, R.T., Vocal aging: medical considerations in professional voice users, *Medical Problems of Performing Artists* 7/1 (1992).
- Salvesbergh, G.J.P., Pijpers, R., De perceptie-actie koppeling vanuit een ontwikkelingsperspectief: een ecologische benadering, *Tijdschrift voor Ontwikkelingspsychologie* 1 (1992) 31-54.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Social support: Theory, research and applications, Nijhoff, Dordrecht 1985
- Saup, W., Übersiedlung ins Altenheim, Beltz, Weinheim 1984.
- Saup, W., Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim, in: Mayring, Saup (1990)75-104.
- Saup, W., Konstruktives Altern, Hogrefe, Göttingen 1991.
- Saup, W., Alter und Umwelt – Eine Einführung in die ökologische Gerontologie, Kohlhammer, Stuttgart 1993.

- Schaie, K.W., The Seattle Longitudinal Study: A 21-year exploration of psychometric intelligence in adulthood, in: Schaie, K.W. (ed.), *Longitudinal studies of adult psychological development*, Guilford Press, New York (1983)
- Schaie, K.W., Gribbin, K., The impact of environmental complexity upon adult cognitive development, *International Society of Behavioral Development*, Guilford, GB 1975.
- Scheu, F., Das erste und das letzte Instrument – Zur Bedeutung der Stimme im Altenheim, *Musiktherapeutische Umschau* 11 (1990)144-146.
- Schnauffer-Kraak, M., Brücke zum eigenen Wesen. Integrative Musiktherapie mit pflegebedürftigen Menschen, *Altenpflege* 6 (1994)366-372.
- Schmidt, R.C., Carello, C., Turvey, M.T., Phase transitions and critical fluctuations in the visual coordination of rhythmic movements between people, *J. Exper. Psychol. Human Percept. Perform.* 16 (1990)227-247.
- Schmidt, R.C., Christenson, N., Carello, C., Baron, R., Effects of social and physical variables on between-person visual coordination, *Ecol. Psychol.* 6 (1994) 159-184.
- Schroeder, W., Stationäre Musiktherapie in einem integrativen Behandlungskonzept für Patienten einer psychotherapeutischen/ psychosomatischen Abteilung, Vortrag, gehalten auf der Tagung «Was wirkt in der Musiktherapie», 7.-9. 10. 1994 Zürich.
- Schroeder, W., Musik – Spiegel der Seele, Junfermann, Paderborn 1995.
- Schuster.M., Gedächtnisentwicklung im Alter, in: *Mayring, Saup* 1990, 125-145.
- Schwabe, C., Musiktherapie in der geriatrischen Rehabilitation, *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete* 12 (1981) 937-940.
- Schwabe, C., Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten, Georg Thieme Verlag, Leipzig 1991.
- Schwarz, A.N., Planning micro-environments for the aged, in *Woodruff, D.S., Birren, J.,(eds.) Aging. Scientific perspectives and social issues*, van Nostrand, New York 1975,279-294.
- Schwarzer, G., Entwicklung der Melodiewahrnehmung. Analytische und holistische Prozesse, Asanger, Heidelberg 1994.
- Schweinsberg-Reichart, I., Performanz, Scriptor, Frankfurt 1985.
- Segal, R., Helping older mentally retarded persons expand their socialization skills through the use of expressive therapies: Special issue: Activities with developmentally disabled elderly and older adults, *Activities, Adaptation & Aging* 15, 1-2 (1990)99-109.
- Shapiro, A., A pilot program in music therapy with residents of a home for the aged, *Gerontology* 9 (1969)128-133.
- Smeijsters,H., Musiktherapie als Psychotherapie, Fischer, Stuttgart 1994.
- Smeijsters, H., Die therapeutische Wirkung der Ergebnisse der Forschung, Vortrag, gehalten an der Tagung «Was wirkt in der Musiktherapie», Zürich 1994 (dieses Buch S. 23)
- Smeijsters, H., Rogers, P., European music therapy research register, Werkgroep Onderzoek Musiktherapie NVKT, Utrecht 1993.
- Smith, D.S., Therapeutic treatments effectiveness as documented in the gerontology literature: Implications for music therapy, *Music Therapy Perspectives* 8 (1990)36-40.
- Smith, D.S., The effect of enhanced higher frequencies on the musical preferences of older adults, *Journal of Musictherapy* 25/2 (1988) 62-72.
- Smith, D.S., A comparison of group performance and song familiarity on cued recall tasks with older adults, *Journal of Music Therapy* 28/1 (1991)2-13.
- Smith, D.S., Lipe, A.W., Music therapy practices in gerontology, *Journal of Music Therapy* 28/4 (1991)193-210.
- Sohn, W.,Trüstedt, D., Musikarbeit im Altenzentrum Dornstadt und die Musik als Geschenk, in: *Herrlen-Pelzer, S., Sponholz, G., Baitsch, H. (Hrsg.), Musik in Prävention und Therapie. Bericht über ein Projekt an der Universität Ulm*, Armin Vaas Verlag, Langenau-Ulm 1991,169-174.
- Steen, M.P., van der, Vermeer,A., Competentie en bewegingsbeïnvloeding, *Bewegen & Hulpverlening* 2(1987)92-111.

- Stern, D.N., The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985.
- Stern, D.N., Diary of a baby, Basic Books, New York 1990.
- Sternberg, R.J., Toward a triarchic theory of human intelligence. *The Behavioral and Brain Science* 7(1984)269-315.
- Stöckler, M., Einsamkeit macht krank, Grad.-Arbeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1990.
- Stratton, V.N., Zalanowski, A.H., The effects of music and paintings on mood, *Journal of Music Therapy* XXVI 1 (1989) 30-41.
- Strobel, W., Huppmann, G., Musiktherapie. Grundlagen, Formen, Möglichkeiten, Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1978.
- Suden-Weickmann, A. (Hrsg.) Physiotherapie in der Geriatrie. Grundlagen und Praxis, Pflaum, München 1993.
- Summers, S., Musiktherapie: Entwicklung von mehr Lebensqualität, *Geriatric Praxis* 12 (1990) 56-59.
- Summers, S., Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie, *Pflegen ambulant*, 4/3(1993)28-29.
- Tews, H.P., Soziologie des Alterns, Quelle & Mayer, Heidelberg 1979.
- Thelen, E., Coupling perception and action in the development of skill: a dynamic approach, in: Bloch, Bertenthal 1990, 39-56.
- Thomae, H., Alternsstile und Alternsschicksale. Ein Beitrag zur differentiellen Gerontologie, Huber, Bern 1983.
- Thomae, H., Das Individuum und seine Welt, Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1968; 2. neu bearbeitete Aufl. 1988.
- Vogelsänger, S., Musik mit älteren Menschen als sozialpädagogische Aufgabe, *Musik und Bildung* 10(1984)655-664.
- Wan, T. T. H., Well-being for the elderly. Primary preventive strategies, Lexington Books, Mass, Lexington 1985.
- Warren, W.H., The perception-action coupling, in: Bloch, Bertenthal (1990)23-37.
- Whiting, H.T.A., Human motor actions: Bernstein reassessed, North-Holland, Amsterdam 1984.
- Zarit, S.H., Affective correlates of self-reports about memory of older people, *International Journal of Behavioral Geriatrics* 1(1982)25-34.
- Zwerling, I., Die Therapien der «kreativen Künste» als Formen der Psychotherapie, in: Petzlold, Orth 1990, 63-72.