

Jan Sonntag

## Atmosphärensensibilität bei Menschen mit Demenz

### Leibliche Ergriffenheit im Kontext der Musiktherapie

#### *Abstract*

Das ästhetische Konzept ›Atmosphäre‹ wird in Beziehung zu musiktherapeutischer Praxis und Forschung im Bereich stationärer Pflege von Menschen mit Demenz dargestellt. Es wird die These vertreten, dass Menschen mit Demenz und andere kognitiv eingeschränkte Personen in erhöhtem Maße sensibel für Atmosphärisches sind. Mangels Orientierung an Faktischem versuchen sie unwillkürlich ihre Orientierung anhand von leibvermittelten Qualitäten zu erlangen. Das liegt in den schwindenden Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Umweltgestaltung ebenso begründet wie in dem nachlassenden Vermögen, sich kognitiv oder medial von atmosphärischen Wirkungen zu distanzieren. Dadurch werden viele Betroffene besonders vulnerabel in Bezug auf schädliche, maligne Atmosphären, jedoch gleichzeitig empfänglich für wohltuende, benigne Atmosphären. An dieser Stelle werden atmosphärenbezogene Therapieansätze relevant, die ästhetische und leibliche Erlebnisformen unterstützen. Das musiktherapeutische Atmosphärenkonzept wird vorgestellt, das sowohl die Gestaltung zwischenmenschlicher Begegnungen als auch Maßnahmen zur Verbesserung auditiver Milieus in stationärer Pflege und Betreuung thematisiert. Im Medium der Musik treten Wirkungszusammenhänge von Atmosphären besonders deutlich hervor. Spezifische Merkmale und Funktionen therapeutisch gestalteter Atmosphären werden dargestellt und in die Systematik ›Therapeutischer Atmosphären‹ eingeführt. Vignetten aus der Praxis stellen durch den gesamten Beitrag hindurch den Bezug zur Erfahrungswelt von Menschen mit Demenz her und machen den Lesenden musiktherapeutische Begegnungen erlebbar.

## 1. Intro

Niemandem ist gleichgültig, wie er sich befindet, dort wo er sich befindet. In seiner leiblichen Existenz ist jeder Mensch subtil von atmosphärischen Qualitäten seiner Umgebung beeinflusst. Die plötzliche Verdunkelung des Himmels durch eine Wolke, die Ungastlichkeit eines schlecht besuchten Restaurants, die aufkommende Gemütlichkeit desselben, sobald es sich füllt, die Ausstrahlung einer einzelnen Blume in der Nische eines Zimmers oder die Anwesenheit von Hintergrundmusik in einem Café: Unzählige Beispiele belegen die atmosphärische Wirkung alltäglicher Umgebungen. Atmosphären können spannend, drückend, aufregend oder intensiv sein. Sie bedrängen, begeistern, nerven, berauschen, irritieren oder überwältigen uns. Als quasi-objektive Gefühlsmächte sind sie dabei ebenso allgegenwärtig wie schwer zu fassen. Sie entziehen sich bewusster Reflexion und entfalten aber gerade prä- und postreflexiv ihre besondere Kraft. Hier möchte ich ansetzen.

Seit mehr als 20 Jahren untersuche ich das ästhetische Phänomen Atmosphäre in unterschiedlichen Zusammenhängen, dabei am intensivsten in Bezug auf Demenz und Musik. Durch die musiktherapeutische Arbeit mit Menschen mit Demenz in Verbindung mit dem Studium phänomenologischer Schriften habe ich gelernt, Atmosphäre als Kategorie leiblichen Erlebens zu verstehen und ihre Bedeutung für den Menschen mit und ohne Demenz zu beschreiben. Auf diesem Wege habe ich einen spezifischen Ansatz in der Musiktherapie entwickeln können: Das >Atmosphärenkonzept< (vgl. Sonntag 2013/16), welches sich in der Begleitung von Menschen mit Demenz etablieren konnte und mittlerweile auch in Bezug auf andere Praxisfelder untersucht wird (vgl. Sonntag 2021). Gleichzeitig stehe ich mit den gewonnenen Erkenntnissen nicht allein, sondern bewege mich in einem weit verzweigten interdisziplinären Kontext zwischen künstlerischen, philosophischen und therapeutischen Konzepten. Verbindungen in den Kreis der Lesenden und Schreibenden des vorliegenden Bandes bestehen unter anderem in Bezug auf phänomenologische Theoreme, die ausgehend vom Werk Husserls über die Schriften Merleau-Pontys bis zu Böhme, Schmitz und Fuchs in die heutige Zeit weiterentwickelt werden und besonders durch den Aspekt der Leiblichkeit das hier vertretene Verständnis von Atmosphäre fundieren.

Vorliegende Arbeit kann als ›Remix‹ aufgefasst werden. Elemente einer größeren Forschungsarbeit (Sonntag 2013/16) werden aufgegriffen, behutsam variiert, aktualisiert und unter dem Aspekt der Atmosphärensensibilität neu geordnet. Das Ziel des Beitrags besteht darin, Erkenntnisse aus dem kleinen, hoch spezialisierten Feld der Musiktherapie einem erweiterten Kreis von Lesenden aus angrenzenden Disziplinen zugänglich zu machen.

## 1.1. Musiktherapeutische Empirie als Ausgangspunkt

Zu Beginn meiner Tätigkeit als Musiktherapeut in einem Hamburger Pflegeheim für Menschen mit Demenz war ich unsicher und gespannt. Das hatte unter anderem damit zu tun, dass ich nicht wie gewohnt in einem Behandlungsraum, sondern im offenen Gemeinschaftsraum unter den Augen erfahrener Altenpflegekräfte tätig werden sollte. Jedenfalls spielte ich viel Musik, weil ich glaubte, damit zeigen zu können, dass ich gute Arbeit leiste. Einen Notenständer vor mir sang ich bekannte Volkslieder zu Gitarrenbegleitung in dem Glauben, allein dadurch müssten die mittel- bis hochgradig demenzbetroffenen Heimbewohner.innen<sup>1</sup> erreichbar sein, und wunderte mich darüber, dass kaum jemand auf die Musik reagierte. Meine ganze Präsenz muss Anstrengung und Stress vermittelt haben, vor allem vermutlich meine Stimme.

*Eines Tages saß neben mir Frau L., reglos und apathisch, so dass ich zunächst kaum Notiz von ihr nahm. Auf einmal neigte sie sich umständlich zu mir herüber, legte mir ihre Hand auf die Schulter und sagte: »Junge, du brauchst dich doch nicht so anstrengen.« Mehr sagte sie nicht, aber diese Geste und dieser Satz allein ließen mich innehalten in meinem rastlosen Singen. Geradezu erleichtert lehnte ich mich zurück und begann überhaupt erst jetzt wahrzunehmen, was um mich herum passierte. Ich sah die leise Geschäftigkeit einiger Anwesender, hörte das gedämpfte Schnarchen einer Schlafenden, spürte die ruhige Atmosphäre des Raumes, entspannte mich. Nach einer ganzen Weile begann meine Hand, in die relative Stille hinein die Saiten der Gitarre zu zupfen. Vereinzelte Töne zunächst, wie eine Untermalung der ruhigen*

---

<sup>1</sup> Den ›Genderpunkt‹ verwende ich, um einen möglichst gendersensiblen schriftlichen Ausdruck dort zu erreichen, wo sich mir keine stilistisch oder grammatisch annehmbaren Alternativen bieten.

*Szene. Spielend konnte ich beobachten, wie subtil Bezug genommen wurde auf die Musik. Das hätte ich in meinem Stress vorher gar nicht bemerkt. Aus der Beschallung wurde ein Resonanzgeschehen, in dem die Anwesenden in Erscheinung und in Interaktion treten konnten. Das Wiegen eines Kopfes, das Klopfen auf einen Tisch. Die Gesten wurden rhythmischer, die Klänge wieder präsenter. Schließlich setzte auch der Gitarrenrhythmus wieder ein und es drängte sich mir ein Lied auf: ›Wenn alle Brünnlein fließen‹, ein Lied, das rhythmisch beschwingt und textlich reich an Kontakt- und Sinnesthemen nun restlos passend die verwandelte Situation sowohl spiegelte als auch unterstützte.*

Die situative Feinfühligkeit und das gefühlssichere Handeln der Heimbewohnerin und die daraus resultierende Szene beeindruckten mich tief und sensibilisierten meine Wahrnehmung für derartige Situationen, von denen ich in den folgenden Jahren noch unzählige erleben durfte. Besonders im Zusammenhang mit Klang und Musik erfuhr ich, wie unmittelbar ansprechbar und wie empfänglich selbst schwer Demenzbetroffene für Raumstimmungen und sinnlich-affektive Resonanzen sind.

Später, im Rahmen meiner Forschungstätigkeit, konnte ich die Empfänglichkeit von Menschen mit Demenz für leibvermittelte Stimmungen, Spannungen und Gefühlstönungen als ›Atmosphärensensibilität‹ verstehen und begab mich damit noch intensiver auf die Suche nach dem Wesen dieser merkwürdig ephemeren Gefühlsmacht, die wir sowohl umgangs- als auch fachsprachlich ›Atmosphäre‹ nennen.

## 2. Dreifache Rahmung

In der Annahme, dass nicht alle Lesenden dieses Buches mit dem Berufsbild Musiktherapie vertraut sind, werde ich einige allgemeine und auf Demenz bezogene Informationen kurz zusammenfassen. Anschließend führe ich in den Praxiskontext stationärer Altenpflege ein, der initial stark in die Entwicklung des musiktherapeutischen Atmosphärenkonzepts hineinspielte. Den theoretischen Rahmen atmosphärenbezogener Praxis spanne ich schließlich, indem ich zentrale Aspekte ästhetischer Atmosphärenkunde darstelle.

## 2.1. Fachlicher Rahmen: Musiktherapie

Der Begriff Musiktherapie bündelt eine Vielzahl von Interventions- und Behandlungskonzepten, bei denen Musik – neben Gesprächen und anderem – eine zentrale Rolle spielt. Je nach Konzeption, Klientel und Menschenbild ist der Musikbegriff so unterschiedlich wie das Vorgehen und die Zielsetzungen. Im Unterschied zu manchen anderen Verwendungsformen von Musik findet Musiktherapie immer im Rahmen einer therapeutischen Beziehung statt und zählt zu denjenigen Interventionsformen, »die ihrem Wesen nach als psychotherapeutisch zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie« (BAG 1998, 233). Mehrere in Deutschland seit etwa 40 Jahren etablierte Hochschulstudiengänge bieten akademische Abschlüsse auf Bachelor- und Master-Niveau. Es existiert eine Infrastruktur von Berufsorganisationen sowie eine umfangreiche Fachliteratur. Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft definiert Musiktherapie wie folgt:

Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselwirkung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik. (DMtG o.J.)

Musiktherapie leistet einen wertvollen Beitrag in der Begleitung von Menschen mit Demenz. Der Neurologe und Bestsellerautor Oliver Sacks behauptet, für die Betroffenen »ist Musik kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit und besitzt die einzigartige Macht, ihr Selbst für sie und für andere wiederherzustellen – zumindest eine Zeitlang.« (Sacks 2008, 377) Musiktherapie wird in Bezug auf Demenz seit den 1980er Jahren theoretisch und praktisch entwickelt. Demenz ist vermutlich das weltweit am schnellsten wachsende und am intensivsten beforschte musiktherapeutische Anwendungsfeld. Es existieren zahlreiche Monographien, Sammelände, Konzept- und Wirksamkeitsstudien, spezifische berufliche Netzwerke und Arbeitsgruppen. Mit der Aufnahme in die S3-Leitlinien für Demenz hat die Musiktherapie eine robuste gesundheitspolitische Verankerung erhalten, wenngleich berufsrechtliche Regelungen und die Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen noch ausstehen. Als nachgewiesene Effekte der Musiktherapie bei Demenzen gelten vor allem die Reduk-

tion begleitender Symptome wie Apathie und Agitiertheit. (Vgl. van der Steen et al. 2018)

Es ist gewiss kein Zufall, dass die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse zu Leiblichkeit und Atmosphäre im Bereich der Musiktherapie gewonnen wurden. Mit dem gefühlsintensiven und räumlich dynamischen Medium Musik verfügt die Musiktherapie über ein Agens, das wie kaum ein anderes atmosphärische Qualitäten aufweist – mit den Worten des Musiktherapeuten Martin Deuter: »Das Umhülltsein, das Drinnen-Sein im umgebenden Raum der Wahrnehmung kennzeichnet das Erleben von Atmosphären, und es bestimmt auf vergleichbare Weise auch das musikalische Erleben.« (Deuter 2005, 223) In dem hier behandelten Kontext wird Musiktherapie als eine Möglichkeit bewusster und gekonnter Mitgestaltung von Atmosphären verstanden, mittels derer kognitiv schwer beeinträchtigten Menschen eine ebenso haltgebende wie belebende Umgebung geschaffen wird.

## 2.2. Institutioneller Rahmen: Pflegeheim

In den Pionierjahren spezialisierter Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz setzte die Stadt Hamburg ein Programm auf, das für die stationäre Versorgung Demenzbetroffener deutschlandweit Maßstäbe setzte. Die ›Besondere Stationäre Dementenbetreuung‹ richtet sich an mittel- bis hochgradig demenzbetroffene Pflegeheimbewohner.innen, die mobil sind und ihre Umgebung durch bestimmte Verhaltensweisen herausfordern. (Vgl. BSGFV 2009) Eine Besonderheit des Modells ist die verpflichtende Einbettung therapeutischer Angebote in multiprofessionelle Teamarbeit mit der Maßgabe, die Heimbewohner.innen in ihrem Alltag zu begleiten. Die Angebote sollen den Betroffenen möglichst normale und stressfreie Lebensbedingungen schaffen und rücken seelisch-emotionale Aspekte in den Mittelpunkt. Als einer der Ärzte, die das Programm entwickelten, spricht Jens Bruder von einem »Betreuungsklima, in dem aufmerksamer, phantasievoller und geduldiger, freier und unängstlicher, zugewandter, weniger schnell erschöpfbar und schließlich auch selbstbewusster und wärmer mit den betroffenen Kranken umgegangen wird.« (Bruder 2001, 18)

Charakteristisch für die Musiktherapie in diesem Praxiskontext ist die Arbeit im *offenen Setting* (Sonntag 2013/16; Muthesius et al.

2019), oder: mitten im Leben dementer Menschen. Damit geht eine Ausweitung musiktherapeutischer Denk- und Handlungsweisen über die Grenzen des Therapieraums einher, wobei auch hier Kriterien der Besonderen Stationären Dementenbetreuung bindend sind: »Wichtig ist, dass die Musik beiläufig und unaufdringlich eingebracht wird; die Kranken behalten ein feines Gespür für die Normalität und Ungezwungenheit, mit der solche Maßnahmen erfolgen.« (Bruder 2001, 26) Es handelt sich folglich um eine alltagsnahe Verortung einer Musiktherapie, die der Komplexität und Kontingenz ganz normaler Lebenszusammenhänge Rechnung trägt. Sie markiert einen egalitären, auf Partizipation ausgerichteten Standpunkt und spiegelt die subjektiv empfundene Realität von Menschen mit Demenz wider, die sich nicht selten jung und dynamisch – eben mitten im Leben – fühlen.

*Ich befindet mich in einem allen Bewohner.innen des Wohnbereichs zugänglichen Raum und sitze über Patienten-Unterlagen gebeugt, als Herr G. zur Tür hereinkommt. Er scheint mich nicht zu bemerken, wirkt verärgert und beginnt, mit großem körperlichen Einsatz, Tische und Stühle um- und übereinander zu stellen. Dabei schimpft er in unverständlicher Sprache vor sich hin, die doch zumindest eines deutlich vermittelt: seinen Ärger. Von seiner Tochter weiß ich, dass er Tischlermeister war, und habe die Phantasie, dass er sich in seiner Werkstatt wähnt, die er in großer Unordnung vorgefunden hat. Vielleicht haben die Lehrlinge wieder nicht aufgeräumt. Vielleicht denkt er: Muss man denn alles selber machen?!*

*Zunächst sehe ich keine Notwendigkeit, mich einzumischen, scheint Herr G. doch einfach einen ganz normalen Teil seines Lebens zu reinszieren, eine ganz vertraute Rolle auszuleben. Zunehmend jedoch scheint er sich in die Situation zu verbeißen, wirkt verzweifelt: So sehr er sich auch bemüht, eine Ordnung will sich einfach nicht einstellen! Ich möchte ihm meine Begleitung anbieten, um ihm bei der Regulation seines Affekts behilflich zu sein, weiß aber, dass er mich nicht verstehen würde, wenn ich mich mit Worten an ihn wenden würde. Anstatt ihn also anzusprechen, setze ich mich ans Klavier und nehme seine Affektaußerungen in einer Improvisation musikalisch auf. Er stutzt, hält inne und setzt seine Vokalisationen dann zu meinem Klavierspiel fort. Allmählich gleichen wir uns in Dynamik, Tonhöhe und Phrasierungen einander an und es entsteht ein sinnlich-affektiver Dialog, während dessen sich die Stimmung Herrn G.s deutlich aufhellt. Die Improvisation dauert eine gute Viertelstunde und wandert durch unterschiedliche*

*Stimmungslagen, bis Herr G. irgendwann, spürbar ruhiger und fast vergnügt, den Raum durch die offene Tür verlässt und seines Weges geht.*

### 2.3. Theoretischer Rahmen: Atmosphärologie

Atmosphären bestimmen, wie wir uns fühlen, dort wo wir uns befinden, indem sie die dingliche und soziale Umgebung in Bezug zu unserem inneren Erleben setzen. Handelt es sich dabei in erster Linie um eine subjektive Erlebnisqualität, so kann durchaus intersubjektive Übereinstimmung entstehen, da Atmosphären sozial und von äußeren Umgebungen vermittelt werden. In oben beschriebener Situation erreicht der Therapeut durch musikalisches Aufgreifen und Spiegeln der Affektlage des Patienten am Klavier diese Übereinstimmung im Sinne der Interaffektivität.

Als amorphe Gefühlsmächte – nach Schmitz räumlich, aber randlos ergossen – führen Atmosphären in präverbal entwickelte und vorgestaltliche Erlebnisformen hinein, die auf jeden Menschen subtil einwirken. Menschen mit intakter Kognitivität spüren Atmosphären vor allem als Übergangssphänomen, etwa beim Eintritt in den sakralen Raum einer Kirche. Kognitive Vorgänge jedoch schwächen den atmosphärischen Ersteindruck ab und überlagern ihn. Menschen mit eingeschränkter Kognitivität sowie Menschen, die sich bewusst für die Wahrnehmung von Atmosphärischem entscheiden, erleben die Wirkungen von Atmosphären deshalb vermutlich stärker und anhaltender.

Mit Gernot Böhme betrachte ich Atmosphäre als zentralen Begriff in einer Ästhetik, die als allgemeine Wahrnehmungslehre verstandenen wird und auf leiblicher Teilhabe an den Dingen gründet. (Vgl. Böhme 1995) Auf Baumgartens Theorie der sinnlichen Erkenntnis rekurrierend fordert der Philosoph die Rückbesinnung auf die sinnliche Erfahrung, so wie es der Ausdruck ›Ästhetik‹ durch seine Herkunft aus der Griechischen *aisthesis* nahelegt (vgl. ebd., 23). Böhme geht von einem Grundbedürfnis nach sinnlichem Erleben aus, das den Menschen in einen intensiven Dialog mit seiner Umwelt bringt: Sich in einer Umgebung zu befinden und darin die eigene Befindlichkeit zu spüren, ist Merkmal der Atmosphäre. Der unmittelbare Bezug auf sinnliche Erfahrung stellt das Subjekt mit seiner Leiblichkeit in den Mittelpunkt atmosphärenbezogener Forschung und Praxis. Wichtige Anregungen erhält Böhme deshalb aus dem

umfangreichen Werk des Neophänomenologen Hermann Schmitz, dem seine Theorie vor allem die Berücksichtigung des Leibes als Zentrum menschlichen Erlebens verdankt (Schmitz 1965/2019). Als Leib wird hier ein subjektiv gespürtes Gebilde bezeichnet, das sich vom Körper als ortsräumlich begrenzter Einheit unterscheidet. Die atmosphärische Erfahrung ist folglich die Erfahrung der eigenen leiblichen Anwesenheit im gespürten Raum. Der Raum ist somit nicht als etwas gedacht, das den Menschen lediglich umgibt, so als wären Mensch und Umwelt von einer unsichtbaren, abstrakten Grenze voneinander getrennt. Es handelt sich vielmehr um eine interaktive, beziehungsreiche Welt, an der der erlebende Menschen atmosphärisch teilhat. Das Subjekt in seiner Leiblichkeit – und nicht gemessen an seinem kognitiven Vermögen – zu verstehen, kommt der Arbeit mit demenzbetroffenen Menschen insofern entgegen, als diese ihre verstandesmäßigen Befähigungen zunehmend einbüßen.

Atmosphären verstehe ich folglich als spürgewisse Momente des Nichtwissens, in denen ontogenetisch früh entwickelte Wahrnehmungskompetenzen zum Tragen kommen, die mit leiblichen Spannungen, Unruhen, Müdigkeit, Hunger sowie anklingenden und abebbenden affektiven Intensitäten einhergehen. Es handelt sich bei der Atmosphärenwahrnehmung um ein alle Sinneseindrücke verschmelzendes gesamtsinnliches Gespür, das die Beziehung zur Umwelt begriffsfern, aber leiblich eindrücklich vermittelt. Mit dieser Spürgewissheit äußert sich eine schwer demenzbetroffene Frau, indem sie während des intensiven Musikhörens sagt: »Es ist da, es ist da, es ist da!«, ohne benennen zu können, was »Es« ist. In solcherart Erlebnissen sehe ich Hinweise darauf, dass Atmosphären in ihrer Bedeutung für das Erleben des Subjekts zunehmen, wenn kognitives Vermögen entweder noch nicht (beim kleinen Kind), nicht mehr (z.B. bei Demenzen) oder temporär nicht (z.B. bei reversiblen Hirnschädigungen) voll intakt ist. Orientierung, Wahrnehmung und Kommunikation finden in diesen Daseinsformen verstärkt auf Atmosphäre bezogen statt. Hier setzt die Musiktherapie an, die ihre Wirksamkeit unter anderem mit der Ansprache dieser früh entwickelten Erlebensformen begründet.

Bemerkenswert ist schließlich der existentielle Charakter von Atmosphären, die in Polaritäten wie behütend-bedrohend, angenehm-unangenehm, warm-kalt oder freundlich-feindlich erlebt werden. Mit Blick auf ihr therapeutisches Potenzial spreche ich von malignen, schädlichen und benignen, wohltuenden Atmosphären

und fasse therapeutische Angebote als gekonnte und reflektierte Unterstützung benigner Atmosphären auf.

### **3. Atmosphären im Leben von Menschen mit Demenz**

Wie beschrieben beeinflussen Atmosphären jeden Menschen in seiner leiblichen Existenz – subtil und zumeist abseits bewusster Kenntnisnahme. Wie sich der Einfluss von Atmosphäre im Leben und Erleben von Menschen mit Demenz zeigt, möchte ich im folgenden Kapitel beschreiben. Diese Beschreibung mündet in meine These, dass viele Demenzbetroffene aus noch näher zu bestimmenden Gründen besonders sensibel für Atmosphärisches werden.

Wie sich Menschen mit fortgeschrittener Demenz wirklich fühlen, was sie wirklich empfinden, können wir nur ahnen. Sobald von Menschen die Rede ist, die ihre Sprachfähigkeit eingebüßt haben, geben schriftliche Beschreibungen – das gebietet nicht zuletzt der Respekt vor der Autonomie ihrer Person – allenfalls Vermutungen wieder. Aber gerade die Nachvollziehbarkeit des Erlebens der Demenz aus Sicht der Betroffenen ist eine Voraussetzung für angemessene Betreuung. Der einflussreiche britische Sozialpsychologe Tom Kitwood nennt unterschiedliche Zugangswege, um einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz zu gewinnen:

1. Berichte von Menschen mit Demenz, deren Kognitivität noch relativ intakt ist.
  2. Zuhören, was Demenzbetroffene in vorgegebenen Situationen sagen.
  3. Zuhören, was Menschen mit Demenz im Alltag äußern.
  4. Beobachtung von Verhalten und Handlungsweisen Demenzbetroffener.
  5. Befragung von Menschen, die an demenzähnlichen Symptomen litten.
  6. Einsatz der eigenen poetischen Vorstellungskraft.
  7. Das Rollenspiel als Methode der Einfühlung.
  8. [Ergänzung JS]: Auseinandersetzung mit Werken und Strategien der Künste.
- (Vgl. Kitwood 1998/2008)

Im Zusammenhang mit musiktherapeutischen Untersuchungen, die vorliegender Arbeit zugrunde liegen, vertrete ich ein entpathologisie-

rendes, allgemein menschliches Verständnis dementiellen Verhaltens und Erlebens. Insbesondere beziehe ich mich auf die Auffassungen des Neurologen und Psychiaters Jan Wojnar, der als Mitbegründer der Besonderen Stationären Dementenbetreuung die hier vertretene Perspektive nicht unwesentlich mitgeprägt hat. Wojnars Einsichten vor allem in späte Phasen der Demenz und seine anthropologische Interpretation dementiellen Verhaltens sind zwar nur in wenigen Schriften dokumentiert, prägen jedoch bis heute die Sichtweise vieler Mitarbeitenden der zwölf Hamburger Pflegeheime, die durch ihn psychiatrisch betreut wurden. Nach Auffassung Wojnars zeichnet sich für Demenzbetroffene die Wahrnehmung der Umwelt durch »eine besondere Empfindsamkeit für die gefühlsmäßige Färbung der erlebten Situation und das Angemutet- und Bewegtwerden, unabhängig vom sachlichen Gehalt des Wahrgenommenen [...] aus.« (Wojnar 1994, 142f.)

### 3.1. Wie im Traum

Verschleiertes Bewusstsein, schemenhafte Wahrnehmung und das Aufweichen seelischer Struktur kennzeichnen das Leben und Erleben demenziell veränderter Menschen in zunehmendem Maße. Zeitliche und räumliche Dimensionen geraten durcheinander und man kann sich nicht sicher sein: Kommt das von außen oder aus mir selbst, was ich da erlebe? So fragt sich auch die Hauptfigur in einer Kurzgeschichte Ralf Rothmanns:

Stimmte es also, dass die Erinnerungen im Alter immer weniger mit dem gelebten Leben zu tun haben; dass sie nach Jahren andere Klänge, Farben und Schattierungen annehmen und zu einer eigenen Realität werden, einer schwebenden, wie Märchen oder Träume mit dunklem Sinn? (Rothmann 2020, 204)

Wojnar vermutet, dass der demente Mensch tatsächlich in eine traumähnliche Welt der Erinnerungen eintaucht und die Wirklichkeit fremd und verzerrt erlebt:

Die Wahrnehmung der eigenen Person und des eigenen Verhaltens scheint aufgehoben zu sein, als fänden die Handlungen der Betroffenen auf einer anderen Ebene, in einer anderen Wirklichkeit statt, von der äußeren Realität abgekoppelt. Die Welt der Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz scheint dem zu ähneln, was jeder ›Gesunde‹ in den Traumphasen des Schlafs erlebt. (Wojnar 2007, 70)

Die Ähnlichkeit zum Traum bestätigt sich nicht selten in Äußerungen Betroffener. So murmelt beispielsweise eine Pflegeheimbewohnerin bei der Begrüßung durch den Therapeuten: »Ich träume, und im Traum erscheint eine Stimme.« Eine andere Frau antwortet auf die Frage nach ihrem Befinden mit fern klingender Stimme: »Mir träumt, mir träumt... ein Traum.« Auch der Ausspruch einer weiteren Heimbewohnerin bei der Kontaktaufnahme weist auf traumähnliches Erleben hin: »Sehen Sie, so begegnen wir uns im Nebel.« Dieselbe Bewohnerin äußert, als sie am anderen Ende des Flures eine Besuchergruppe sieht: »Sind das Pferde? Oder was für Tiere sind das? Nein, Pferde sind es nicht, aber komische Tiere sind es schon.«

### 3.2. Grenzen lösen sich auf

Atmosphärische Qualitäten in traumähnlichem Bezug zur Wirklichkeit sind dadurch gekennzeichnet, dass sich Grenzen auflösen und Erscheinungsformen sich verwandeln. Inneres (Gedanken, Gefühle, Erinnerungen) wird als außen und Vergangenes als gegenwärtig erlebt. Diese Diffusion der Grenzen ist aus den Künsten bekannt und wird besonders in den Dichtungen der Romantik thematisiert. So bleibt etwa in Heinrich Heines Loreley-Gedicht der Grund des Gefühls im Unbestimmten, erhält jedoch durch die Schilderung der Abendstimmung eine intensive atmosphärische Rahmung. Seltsam berührt von einem »Märchen aus uralten Zeiten« kann sich der Dichter den Ursprung seiner Melancholie nicht erklären, wohl aber zweifelt er nicht daran, dass sie bedeutsam ist. Die Sprache des Gedichtes erinnert an ein Wiegenlied, was auch Silchers berühmte Vertonung nahelegt. So liegt neben der großen Beunruhigung (»Ich glaube am Ende verschlingen...«) auch etwas Tröstendes in den Versen, ein Gefühl, die Ungewissheit der Bedeutung erdulden zu können, weil sie getragen ist in einer haltvermittelnden Wiegebewegung. (Vgl. Bronfen 2006, 45)

Die Loreley

Ich weiß nicht, was soll es bedeuten,  
Daß ich so traurig bin,  
Ein Märchen aus uralten Zeiten,  
Das kommt mir nicht aus dem Sinn.

Die Luft ist kühl und es dunkelt,  
Und ruhig fließt der Rhein;

Der Gipfel des Berges funkelt,  
Im Abendsonnenschein.

Die schönste Jungfrau sitzt  
Dort oben wunderbar,  
Ihr gold'nes Geschmeide blitzet  
Sie kämmt ihr goldenes Haar.

Sie kämmt es mit goldenem Kamme,  
Und singt ein Lied dabei;  
Das hat eine wundersame,  
Gewalt'ge Melodei.

Den Schiffer im kleinen Schiffe,  
Ergreift es mit wildem Weh;  
Er schaut nicht die Felsenriffe,  
Er schaut nur hinauf in die Höh'.

Ich glaube, die Wellen verschlingen  
Am Ende Schiffer und Kahn,  
Und das hat mit ihrem Singen,  
Die Loreley getan.

(Heine 1824/1975, 206)

Auf personeller Ebene scheinen sich bei vielen Menschen mit Demenz die Grenzen zwischen der mentalen Konstruktion von inneren und äußereren Räumen aufzulösen, was zur Diffusion von Identitäts- und Realitätserleben führt. Und auf interpersoneller Ebene ereignet sich eine Auflösung der Trennung zwischen Personen, eine Entwicklung, die starke Verschmelzungsgefühle, aber auch Ängste zur Folge haben kann. Bezuglich zeitlicher Dimensionen schließlich scheinen sich die Grenzen zwischen Vergangenheit und Gegenwart allmählich aufzulösen, was zu einem ineinanderfließen der zeitlichen Ebenen führt. Das Unterscheidungsvermögen zwischen subjektiv empfundener und intersubjektiv geteilter Realität nimmt ab und übrig bleiben Schemen einer schillernden Welt zwischen subjektivem Erleben und gemeinsamer Wirklichkeit.

*Im Zimmer der desorientierten Heimbewohnerin Frau J. zeigt der Fernseher ein Pferderennen. Frau J. wendet sich hilfesuchend ihrer Pflegerin zu: »Können Sie mir helfen. Ich muss auf Toilette, aber da sind so viele Pferde, die versperren mir den Weg!« Die Pflegerin schaltet den Fernseher ab mit den Worten: »Ich habe alle Pferde verscheucht. Der Weg zur Toilette ist nun frei.«*

Mit zunehmender Demenz spitzt sich die körperlich-existentielle Dimension der Auflösungsphänomene zu, was bis zu einer Aufhebung der gespürten Leibbegrenzung führen kann. Zunächst zeigt sich das vielleicht in demenztypischen Streich- und Wischbewegungen: das Vergewissern des Körpers, dass es ihn noch gibt, dass er noch einen Widerstand bietet; sein Überprüfen, ob es noch einen Unterschied gibt zwischen ihm und den unbelebten Dingen im Raum. Was zu mir, was zum Anderen gehört, wo ein Tisch aufhört und meine Hand beginnt, die den Tisch wischt, dass der Fleck, den ich reibend von meinem Handrücken zu entfernen trachte, in Wahrheit ein Altersfleck meiner Haut ist, all das wird unter demenziellen Einflüssen zunehmend rätselhaft und nebulös. Mitunter werden Menschen mit schwerer Demenz dabei beobachtet, wie sie ihren Finger festhalten in der Annahme, es wäre ein Gegenstand, den sie nicht zu Boden fallen lassen wollen. Oder sie versuchen den Finger ihrem Gegenüber zu reichen.

### **3.3. Erinnerung haben oder sein**

Das Auflösen zeitlicher Grenzen bedeutet also, dass vergangene Situationen in die Gegenwart übertragen werden: »Die Beobachtungen des Verhaltens Demenzkranker sprechen auch dafür, dass wahrscheinlich bestimmte Inhalte des Langzeitgedächtnisses für den Betroffenen Realitätscharakter gewinnen und die objektive, äußere Realität verdrängen. Die Kranken leben mit Bildern einer bestimmten Lebensperiode und verhalten sich entsprechend.« (Wojnar 2007, 67) Muthesius und Sonntag (2008) behaupten, Menschen ohne Demenz *haben* Erinnerungen, wohingegen Menschen mit Demenz Erinnerungen *sind*. Eine 80-Jährige erinnert sich nicht daran, eine junge Frau gewesen zu sein, sie nimmt sich tatsächlich als junge Frau wahr und fühlt sich leistungsstark und attraktiv. (Vgl. Wojnar 2000, 19) In dem Versuch, eine fremd erscheinende gegenwärtige Situation einzuordnen, wird dort auf Vergangenes zurückgegriffen, wo es dem gegenwärtig Fremden am ähnlichsten ist. So hält etwa eine demente Heimbewohnerin das Pflegeheim für ein Hotel und den Musiktherapeuten für einen Unterhaltungsmusiker (mit der Folge, dass sie fürchtet, ihn für sein Engagement bezahlen zu müssen). Erinnerungen bekommen Realitätscharakter, weil nicht mehr unterschieden wird, ob es sich bei einem Erlebnisinhalt um das Produkt

des Gedächtnisses oder eine gegenwärtige Wahrnehmung handelt. In folgendem Beispiel spricht eine Heimbewohnerin während der Musiktherapiestunde ihren vor vielen Jahren verstorbenen Mann an:

*»Du, Rolf, kannst du noch mal so 'ne Platte auflegen. Die war schön.«* Während andere Anwesende im Gemeinschaftsraum des Wohnbereichs ein Lied gesungen hatten, war Frau R. sehr geschäftig dabei gewesen, mit ihren Händen einen Küchentreten zu wischen. Offensichtlich wähnte sie sich bei der Hausarbeit, während ihr Mann im Wohnzimmer Schallplatten abspielte.

### 3.4. Das Gedächtnis des Leibes

Seit einigen Jahren mehren sich die Versuche, Demenz aus phänomenologischer Perspektive zu verstehen und aus diesem Verständnis Schlussfolgerungen für die adäquate Betreuung dementer Menschen abzuleiten. (Vgl. Baer 2007; Weidert 2007; Fuchs 2010) In der Perspektive vorliegender Arbeit sind diese Ansätze insofern bemerkenswert, als sie davon ausgehen, dass der Mensch über den Leib als Inbegriff all dessen, was er als zu sich gehörig empfindet, Atmosphären erlebt und Einfluss auf sie nehmen kann. Aus leibphilosophischer Perspektive existiert die Persönlichkeit eines Menschen wesentlich verkörpert. Sie realisiert und reproduziert sich fortwährend in ihren leiblichen Handlungen in Resonanz mit anderen. (Vgl. Fuchs 2010) Dabei wird der Leib nicht als neutrale Schnittstelle zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit verstanden. Er ist vielmehr etwas Geschichtliches, im Leben Gebildetes: ein Vermittlungsorgan, das durch das Vermitteln selbst geschaffen und verändert wurde. Diese ›Plastizität‹ des Leibes, die auf der Verbindung von Leib und Lebenswelt beruht, wird im Gegensatz zum expliziten Gedächtnis abrufbarer Erinnerungen implizites Gedächtnis oder ›Leibgedächtnis‹ genannt. (ebd.) Im Leibgedächtnis sedimentiert sich die Geschichte leiblicher Erfahrungen, die sich im wahrnehmenden, fühlenden und handelnden Umgang mit der Welt in Form von Gewohnheiten niedergeschlagen hat:

Das explizite Gedächtnis enthält einzelne Erinnerungen, die sich gezielt vergegenwärtigen, berichten oder beschreiben lassen; man kann es auch als ›knowing that‹ bezeichnen. Hingegen sind in das implizite oder Leibgedächtnis wiederholt erlebte Situationen oder Handlungen gleichsam eingeschmolzen, ohne dass sie sich noch als einzelne heraus-

heben. Ein leibliches Können, eine Gewohnheit hat sich entwickelt, ein *›knowing how‹*. (Ebd., 233)

In Bezug auf Demenz ist die Unterscheidung zwischen explizitem Gedächtnis als Träger bewusst abrufbarer Erinnerungen und Leibgedächtnis als Verkörperung von Erfahrung insofern wichtig, als sie erlaubt, die Kontinuität der Persönlichkeit in ihrem leiblichen Dasein zu begreifen. Was den in den Anschauungsbeispielen genannten Punkt der durch Erinnerungsversatzstücke überformten Wahrnehmung betrifft, so scheint ein Zusammenhang zwischen dem Leibgedächtnis und dem episodischen Gedächtnis auf. Wenn etwa der ehemalige Tischlermeister in den Gemeinschaftsraum kommt und als erstes die Stühle umräumt, dann mag seine Wahrnehmung des Gemeinschaftsraums einerseits traumhaft durch episodische Erinnerungen an seine Werkstatt überformt oder imprägniert sein. Das aber führt andererseits zu Handlungen (dem Aufräumen), die wiederum als habitualisierte Alltagshandlungen in seinem Leibgedächtnis *›gespeichert‹* sein könnten und durch diese Situation wachgerufen werden.

In Form des Leibgedächtnisses tragen Menschen mit Demenz ihre Vergangenheit in jedem Augenblick mit sich und in die Situationen hinein. Somit vermittelt das Gedächtnis des Leibes die eigentliche *›Gegenwart der Vergangenheit‹* (ebd., 243). Im Gegensatz zum expliziten Gedächtnis scheint das Leibgedächtnis von demenziellen Veränderungen lange unberührt zu bleiben. Obwohl etwa Gabel und Messer nicht mehr benannt werden können, wird gekonnt von ihnen Gebrauch gemacht. Fordert man Demenzbetroffene auf, *›Singen Sie doch mal ›Hänschen klein‹‹*, so ist häufig Ratlosigkeit die Reaktion. Beginnt man jedoch einfach zu singen, stimmen sie in den Gesang ein. Handlungsabläufe haben sich praktisch in den Leib eingeschrieben und können in bestimmten Situationen wiederbelebt werden.

### 3.5. Leben im Augenblick

Was trotz mentaler Auflösungserscheinungen und Veränderungen im Erleben bleibt, ist diesen Betrachtungen zufolge das Gegenwartserleben leiblicher Anwesenheit – mit Böhme ausgedrückt: *›Ich bin jetzt hier dieses Dasein. Es ist vermutlich das Hier, das sich weiterhin als Quell leiblicher Existenz erweist. Denn nur leiblich gibt es ein Hier, nämlich eine absolute Örtlichkeit, die mir in den leiblichen*

Regungen gegeben ist.« (Böhme 2003, 233) Die Konkretisierung vergangener Erfahrungen im Hier und Jetzt und ihre Vermischung mit Gegenwärtigem ist Teil demenzieller Wirklichkeit, die sich folglich im Erleben von »vielen Jetzt« gestaltet:

In einem Gespräch kommen Frau M. und ich darauf zu sprechen, dass alles so unordentlich ist. Ich frage: »War das früher auch so?« Sie wehrt fröhlich ab: »Weiß nicht. Ist mir auch gleich. Ich habe Jetzt und das genügt. Vergangenheit muss nicht mehr sein.«

Das Leben mittel- bis schwerdementer Personen zerfällt somit in viele Augenblicke. (Vgl. Wojnar 2007) Für den Umgang mit Betroffenen sowie für die Konzeption therapeutischer Angebote hat das »Leben im Augenblick« möglicherweise die folgenschwersten Auswirkungen. Ihre besondere Sensibilität für Atmosphären ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass sie nicht mehr in der Lage sind, sich an sie zu gewöhnen oder sich kognitiv von ihnen zu distanzieren. Situationen werden immer wieder neu erlebt und dadurch beherrscht auch der Eindruck der Atmosphäre, der vor allem im Übergang entsteht, immer wieder das Erleben – dazu unten mehr.

### 3.6. Sinn für Sinnliches

Voraussetzung für die Empfänglichkeit von Atmosphären ist der Erhalt ästhetischer Kompetenzen, die zwar an die Sinne geknüpft, aber nicht von einzelsinnlichem Vermögen abhängig sind. Als »sense of aesthetics« bezeichnen Brod und Kolleg.innen (2000) den Sinn dementer Menschen für Schönes. Damit ist allerdings nicht das normativ Schöne gemeint, welches Gegenstand der Urteilstästhetik ist, sondern das Schöne als sinnliches Erleben im Sinne der *aisthesis*. Auch van der Roest und Kolleg.innen (2007) identifizieren das Bedürfnis nach Schönem, nach sinnlichen Erlebnissen, als eines der primären Bedürfnisse dementer Personen. Wojnar spricht von einem »angeborenen Hunger nach ästhetischen Reizen« (Wojnar 2005, 39) und spielt damit auf den bereits von Darwin als evolutionär früh angelegt angenommenen Schönheitssinn (vgl. Darwin 1875, 112) an. Gemessen an der tiefen Zufriedenheit, der strahlenden Freude und dem sinnerfüllten Genuss, die Menschen mit Demenz im ästhetischen Erleben mindestens genauso intensiv zu empfinden in der Lage sind wie Menschen ohne Demenz, ist es allerdings erstaunlich, wie

wenig Beachtung dieses Thema über die genannten Beispiele hinaus in der Demenzforschung findet.

Den ›Sinn für Sinnliches‹ verstehe ich als ein invariante Merkmal des Menschseins im Sinne einer anthropologischen Konstanten und betrachte ihn als zentrale Verbindung zwischen demenziellen Phänomenen und künstlerischer Therapie. Die ehemalige Bundesministerin Ursula von der Leyen bringt diese Erlebensqualität in einer Stellungnahme zum Thema Demenz zum Ausdruck:

Die Demenz verändert die Sicht auf die Dinge. Worte schwinden, die Namen, Orte und Zusammenhänge geraten in Vergessenheit. [...] Den Vogel, der singt, kann der früher so kundige Ornithologe schon lange nicht mehr benennen, aber dass es um ihn herum zwitschert, lässt ihn gleichwohl lächeln. (Leyen 2009, 15)

Solange sie sich noch sprachlich artikulieren können, drücken viele Menschen mit Demenz ästhetische Ergriffenheit schlicht in dem Ausdruck ›schön‹ aus. So zeigt sich beispielsweise in einem Lehrfilm eine Pflegeheimbewohnerin erfreut darüber, dass der Musiktherapeut ihren Gesang aufgreift, und rundet ihre Stegreifdichtung zu einem bekannten Volkslied mit den Worten ab: »Und dann ist alles schön.« (Vincentz Network 2007) Eine Heimbewohnerin, mit der ich einen Frühlingsspaziergang machte, erlebte helle Begeisterung, als sie den Ruf eines Vogels vernahm:

*Frau M. war so entzückt darüber, dass sie ganz aufgeregzt war, und sprach unzusammenhängend Worte wie: »Da! Schön!« Kurz zuvor noch ausgezehrt und in einer Art Dämmerzustand, erschien sie mir nun wie zu neuem Leben erweckt. Sie richtete sich auf, horchte und erschauerte vor Glück, als zum dritten Mal der Vogelruf ertönte.*

Zweifellos betrifft die Empfindsamkeit von Menschen mit Demenz für leiblich ergreifende Atmosphären nicht allein auditive Phänomene, wenngleich diese aufgrund ihrer phänomenalen Ortlosigkeit als prototypisch atmosphärisch eingeschätzt werden (vgl. Böhme 2006) und ihr Einfluss auf Stress und Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz besonders stark zu sein scheint (vgl. Muthesius et. al. 2019).

### 3.7. Gesteigerte Atmosphärensensibilität

Ebenso wie für Menschen ohne Demenz besteht für Menschen mit Demenz die Bedeutung von Atmosphären in leiblichem, sich dem

sprachlichen Zugriff entziehenden Ergriffensein. Doch wo die einen sich von der Wirkungsmacht des Atmosphärischen lediglich unterschwellig beeinflusst fühlen, dabei jedoch am Primat des verstandesgeleiteten Lebens festhalten, wächst für die anderen ihre Bedeutung offenbar proportional zur Abnahme ihrer kognitiven Fähigkeiten zu existentieller Dimension heran. Ich behaupte, dass die Bedeutung von Atmosphären umso deutlicher hervortritt, je niedriger das kognitive Funktionsniveau ist.

*So äußerte beispielsweise eine Heimbewohnerin, die in einer Dienstbesprechung von Pflegenden dabeisaß, unvermittelt: »So, Schluss!« In dem Moment spürten die übrigen Anwesenden den atmosphärischen Spannungsabfall, blickten auf die Uhr und bestätigten: »Ja, wir sind auch am Ende.«*

Die erhöhte Sensibilität für atmosphärische Veränderungen bezieht sich zumeist auf leibliches Erleben im konkreten Raum. Im Wahrnehmen von Atmosphären erhalten Menschen mit Demenz folglich Auskunft über Gefühlsdynamik und Stimmung im Raum. Als Pflegeheimbewohner.innen sind Menschen mit Demenz freilich permanent unfreiwillige Hörende in weitgehend ungestalteten Atmosphären. Jeffrey Kittay bezeichnet Heimbewohner.innen als *»captive audience«* (Kittay 2008, 41) und unterscheidet ihre Situation grundlegend von Situationen, in denen sich Menschen freiwillig in unbeeinflussbare Hörumgebungen begeben, etwa bei einem Konzertbesuch.

Die gesteigerte Atmosphärensensibilität Demenzbetroffener liegt zum einen in den schwindenden Fähigkeiten und Möglichkeiten zur *Umweltgestaltung* begründet. Abnehmende Mitteilungs- und Mitgestaltungsfähigkeit geht einher mit mangelnden Möglichkeiten der Einflussnahme. Menschen mit Demenz sind zunehmend eingeschränkt in der Lage, ihren Lebensraum so zu gestalten, dass er ihren Bedürfnissen entspricht. Als stark kognitiv beeinträchtigte Personen, die in ihrer Urteilsfähigkeit und in ihrem Sprachvermögen eingeschränkt sind, können sie sich außerdem nur bedingt gegen unangenehme Umwelteinflüsse zur Wehr setzen oder ihnen ausweichen.

Ein weiterer Grund für gesteigerte Atmosphärensensibilität ist das nachlassende Vermögen, sich atmosphärischen Wirkungen zu entziehen, etwa durch *kognitive Distanzierung*: Erfasst eine Betroffene etwa eine vorübergehende atmosphärische Kühle, so ist sie unter Umständen nicht in der Lage zu denken: »Das geht vorbei, und danach wird es wieder angenehmer.« Durch kognitive Distanzierung wäre sie

in der Lage, in der Situation trotz leiblich erlebtem Unwohlsein zu verweilen, sie auszuhalten.

Auch die Möglichkeiten *medialer Distanzierung* schwinden. Beschäftige ich mich beispielsweise in einer unangenehmen Wartesituation etwa an einer Bushaltestelle mit meinem Smartphone und erschaffe mir damit eine virtuelle Realität, so bleiben Menschen mit Demenz unmittelbar mit den Atmosphären der Realsituation befasst. Das führt dazu, dass sie sich in solchen Situationen nicht mehr ausreichend emotional regulieren können und folglich mit Stress reagieren.

Die *abnehmende Verbalität* ist als weiterer Grund für gestiegerte Aufmerksamkeit für Atmosphärisches zu nennen. So gründet die Bewohnerin in oben beschriebenem Beispiel ihre Überzeugung, dass die Dienstbesprechung beendet ist, vermutlich auf non-verbale Signale der Pflegenden (unruhiges Zurechtsetzen auf dem Stuhl, Schließen eines Aktenordners oder ähnliches). Kann ich hören, aber nicht mehr verstehen, versuche ich unweigerlich, meine Orientierung aus sinnesbezogenen ›Daten‹ zu gewinnen, welche sich in der Summe atmosphärisch vermitteln.

Schließlich führt die demenzübliche Beeinträchtigung des *Kurzzeitgedächtnisses* dazu, dass Situationen im Takt weniger Minuten immer wieder neu erlebt werden. So wird auch der Einfluss der Atmosphäre immer wieder neu erlebt. Die betroffene Person befindet sich gleichsam in einer andauernden Übergangssituation, die sie beständig in Atmosphärenwirkungen hineintaucht, ohne dass es zu Habitualisierung, also Gewöhnung kommen kann.

Für Menschen mit schwerer Demenz scheint die Bedeutung von Atmosphären geradezu daseinsbestimmende Ausmaße anzunehmen. Unverstellt durch Kognitionen nimmt die Präsenz von Dingen, Menschen und Umgebungen unmittelbaren Einfluss auf ihr Befinden. In folgendem Beispiel hat der Therapeut offensichtlich nicht bemerkt, wie sehr – im konkreten Wortsinne leibhaftig – eine Gruppenteilnehmerin über ihre sinnliche Wahrnehmung mit einem Gegenstand verbunden war. So kam die Entfernung des Gegenstandes einer körperlichen Amputation gleich:

*Am Ende einer musiktherapeutischen Begegnung sammle ich die auf dem Tisch verstreut liegenden Kleininstrumente ein. Als ich ein Glockenband aufnehme, heult Frau M. laut auf, als wären ihr plötzlich Schmerzen zugefügt worden. Ich erschrecke, lege das Glockenband wieder auf den Tisch. Sofort beruhigt sich Frau M. wieder.*

Neben ihrer erhöhten Verletzlichkeit im Zusammenhang mit schädlichen Atmosphären liegt in der Zunahme der Atmosphärensensibilität Demenzbetroffener eine wertvolle Ressource: Indem Menschen mit Demenz häufig stärker in der Lage sind, ihr leibliches Dasein unverstellt von kognitiven Vorgängen zu erleben, haben sie Menschen mit intakter Kognitivität, die mitunter die Beziehung zu ebendieser Dimension von Leiblichkeit vermissen, durchaus etwas voraus. Jedenfalls berichten viele Begleiter.innen Demenzbetroffener, dass sie genau durch diese Unmittelbarkeit des Erlebens besonders beeindruckt sind und in ihr eine Kompetenzzunahme der Betroffenen sehen. Sabine Weidert etwa kommt zu der Überzeugung, »dass es neben einer defizitorientierten Definition der Degeneration von Gehirnmasse und Geist in der Demenzerkrankung auch ein Mehr gibt: das leibliche Erleben.« (Weidert 2007, 79) Wenn das explizite Wissen zunehmend weniger zur Verfügung steht, wird das leibliche Spüren zum Orientierungsanker und zum Garanten der Kontinuität der Persönlichkeit des Betroffenen.

Das leibbezogene Dasein im diffusen Erleben sich auflösender Grenzen lässt also insbesondere Menschen mit schwerer Demenz als besonders atmosphärensensible Personen erscheinen. Sie werden zunehmend rezeptiv für die atmosphärische Wirkung von Dingen, Menschen und Umgebungen und sind ihr schutzloser ausgeliefert als Menschen mit voll ausgebildeten kognitiven Fähigkeiten. Damit geht eine erhöhte Vulnerabilität einher, die das Umfeld zu entschiedener Mitverantwortung für die Gestaltung von Atmosphären bewegen sollte. Andererseits erhalten sie sich die Fähigkeit, angenehme ästhetische Erfahrungen zu genießen, und entwickeln mitunter sogar einen gesteigerten Sinn für Sinnliches. Damit begründet sich der Einbezug ästhetischer Medien und künstlerischer Methoden in die Begleitung von Menschen mit Demenz. Diese Erkenntnisse bringen zu Bewusstsein, dass in behutsam und ästhetisch gestalteter Atmosphäre die Chance liegt, Leid erzeugende Aspekte der Demenz zu mildern. Es ist eines meiner Kernanliegen zu zeigen, wie entsprechende Ansätze beschaffen sein können.

#### 4. Schwellenräume

Ausgehend von den Schilderungen des vermuteten Erlebens Demenzbetroffener, das sich in multipler Weise als grenzauflösend

zeigen mag, werde ich hier das Konzept ›Grenze‹ noch einmal genauer unter die Lupe nehmen und dadurch das Verständnis atmosphärischer Wirkungszusammenhänge erweitern. In der Auseinandersetzung mit Demenz wird offenbar, dass in die Vorstellung von Grenzen im atmosphärischen Wirkungsfeld eine Art Wischbewegung eingreifen muss, die jede scharfgezeichnete Linie sogleich in eine diffuse Zone verwandelt. Die Grenze im Atmosphärischen ist weichgezeichnet.

Verschwunden ist die Grenze nicht. Zwar werden aus kategorialen Gefühlen vage Stimmungen, aus klar umgrenzten Privaträumen fremd anmutende, respektive Geborgenheit stiftende Kollektivsphären, aus eindeutigen Selbstkonzepten unsichere und wechselhafte Vorstellungen von Identität. Unterscheidende Zonen jedoch bleiben realitätskonstituierend – bloß nicht länger in Form scharfer Abgrenzung, sondern viel eher als graduelle Verschiebungen, diffuse Kontaktzonen, gleitende Übergänge und vieldeutige Zwischenräume. Diesen Sachverhalt fasse ich mit dem Begriff ›Schwellenraum‹, den ich in Rekurs auf eine Arbeit des Medienwissenschaftlers Volker Demuth verstehe. Aus kulturhistorischer Perspektive bezeichnet Demuth »Schwellen als die eigentlichen Gelenke in der Anatomie des Zusammenlebens« (Demuth 2006, 108). Durch sie entwickeln sich ein Beziehungsfeld von Identität und Differenz, Eigentümlichkeit und Fremdheit. Im Unterschied zur trennenden und ausgrenzenden Natur der Grenze könnte die atmosphärische Zwischenzone des Schwellenraumes geradezu als Ideal egalitärer, Gegensätze integrierender Gemeinschaften angesehen werden. (Vgl. ebd., 110)

Wenn wir davon ausgehen dürfen, dass Atmosphären vor allem in den Übergängen wahrnehmbar werden, thematisiert das genau die diffuse, geografisch indeterminierte Zone des Schwellenraums: »Wenn ich in einen Raum hineintrete, dann werde ich in irgendeiner Weise durch diesen Raum gestimmt. Seine Atmosphäre ist für mein Befinden entscheidend.« (Böhme 1995, 15) Im Eintritt, im Überschreiten von Schwellen wird also die sinnlich-affektive Tönung einer Umgebung erlebbar, wodurch deutlich wird, dass der dynamische Aspekt von Atmosphären sich in der ästhetischen Erfahrung von Schwellenräumen zeigt. Alltäglich ist beispielsweise die Erfahrung, in einen Sitzungsraum einzutreten, um sogleich festzustellen, wie stickig und verbraucht die Luft ist, häufig einhergehend mit der Verwunderung, dass keiner der bereits Anwesenden das klimatische Übel bemerkt hat. In der Bewegung des Eintretens offenbart sich die atmosphärische Qualität, die im Verweilen wieder ins Unterschwell-

lige absinkt, um von dort aus weiter zu wirken. Gleichermassen lassen sich auditive Beispiele finden, etwa im Übergang zwischen unterschiedlichen Klangsphären: beim Durchschreiten des Bereiches einer Fußgängerzone, in der Musik aus einem Café klingt, oder beim Hinaustreten aus der Stille eines Kirchenraums in die Sphäre urbanen Verkehrslärms.

Und schließlich können auch durch Musik selbst Schwellenübergänge zwischen unterschiedlich gestimmten Erlebnisräumen entstehen, beispielsweise wenn auf eine schreitende Andante-Sequenz ein schnelles Presto folgt und die Hörenden leiblich spürbar in Aktivität versetzt. Oder wenn eine melancholische Passage in Moll von einem strahlenden Dur abgelöst wird und sich unweigerlich die Mimik der Hörenden aufhellt. Oder wenn nach einem anschwellenden Aufbau eines EDM-Stücks endlich und heiß ersehnt der Beat *dropt*, und die Tanzenden durch diese musikalische Wandlung in eine völlig neue Dimension befördert werden. Dreh- und Angelpunkt einer atmosphärischen Auffassung musikalischer Phänomene ist wiederum die leibliche Anwesenheit im Raum. Feinsinnig dem Hörerleben nachspürend notiert Böhme, »dass der Mensch durch sein leibliches Spüren in den Raum gewissermaßen auslangt, und der leibliche Raum, der sich durch dieses Außer-sich-Sein, das Draußen-Sein konstituiert, wird durch die Musik modifiziert.« (Böhme 2005, 311)

Die Schwelle wird in dem hier behandelten Kontext also als weich gezeichnete Form der Raumunterscheidung betrachtet, die durch ihren Anmutungscharakter die Raumerfahrung unmittelbar dem erlebenden Subjekt zuteilwerden lässt. Anders als die mathematisch determinierte Grenze existieren Schwellen nicht *per definitiōnem*, sondern entziehen sich objektivierenden Festlegungsversuchen. Mehr noch: Ihre unterschwellige Wirkmacht und ihre Verortung im prä- oder postkognitiv Atmosphärischen lassen Schwellen als Kraftfelder erscheinen, die das Subjekt auf irrationaler Ebene ergrifffen.

Die notwendige Vermittlung zwischen Räumen lässt sich am Beispiel einer schwer demenzbetroffenen Person verdeutlichen, die sich nicht traut, von einem hellen Bodenbelag auf einen dunkleren überzutreten in der Annahme, es könnte ein Abgrund sein. Hier zeigt sich die repressive, zurückstoßende Natur der scharfen Trennungslinie. Grenzen spalten buchstäblich den Raum, verhindern Übergänge und erzeugen Angst – Schwellenangst:

*Frau S. fürchtet sich vor jedem Schwellenübergang. Ohne Hilfe gelingt es ihr nicht, von einem Raum in einen anderen zu gelangen. Wenn*

*sie sich im Flur des Wohnbereichs aufhält, kann sie nicht selbständig an der offenen Musikrunde im Wohnzimmer teilnehmen, selbst wenn sie sich noch so sehr von der Musik angezogen fühlt. Verzweifelt im Dilemma verhaftet steht sie dann am Türrahmen, und es braucht intensives auf sie Eingehen, um ihr ängstlich zitternd über die Schwelle zu helfen.*

Meiner Auffassung nach können in dieser Vermittlung äußerer Räume und innerer Erlebnisräume die künstlerischen Therapien eine zentrale Position einnehmen, da sie bei dienender Ausrichtung auf das Subjekt gleichzeitig immer mit materialen Aspekten künstlerischer Medien umgehen. Das Künstlerische ist gewissermaßen selbst der vermittelnde Raum.

## 5. Atmosphären therapeutisch gestalten

Atmosphären haben als solche weder therapeutischen Wert noch werden sie in therapeutischer Intention erzeugt. Sie entstehen in der Regel unabhängig von gezielter Einflussnahme im Verborgenen der subtil wirkenden Gesamtheit von Lebensäußerungen in Verbindung mit der unbelebten Umgebung. Infolge der hohen Komplexität und Kontingenz ihrer Entstehungszusammenhänge sowie dem hohen Grad an Subjektivität können Atmosphären als *unverfügbar* gelten (vgl. Rosa 2018). Treffender als durch die Äußerung einer 92-jährigen demenzbetroffenen Heimbewohnerin, die sich in einer musiktherapeutischen Begegnung mit folgender Äußerung an mich wandte, kann dieses pragmatische Problem nicht geschildert werden:

*»Ich mag es, wenn Dinge auf Schönheit gegründet sind. Wenn sie zueinander passen und zu den Menschen passen. Das kann man aber nicht heranziehen, das muss man finden. Und manchmal findet es sich, und dann löst es sich wieder auf. Ob das stimmt, was ich sage, weiß ich nicht, aber ich hoffe es.«*

Ihre Unverfügbarkeit ruft zu Vorsicht und Bescheidenheit im Umgang mit Atmosphären auf, wobei freilich nicht von der Hand zu weisen ist, dass ganze Berufsgruppen sich professionell mit der Gestaltung von Atmosphären befassen: Designer.innen, Komponist.innen, Architekt.innen und ja, auch Therapeut.innen. Dem pathischen Grundzug von Atmosphären tritt hier ein aktiv gestaltendes Moment zur Seite, das gleichermaßen handlungsethische wie ästhetische Fragen aufwirft. Wird Atmosphären keine Beachtung geschenkt,

entfalten sie sich gleichsam wildwüchsig. Das kann unter günstigen Bedingungen zu wohltuenden Atmosphären führen. Unter ungünstigen Bedingungen kann die Ignoranz dieser elementaren Erlebnisdimension schädliche, ungesunde und inhumane Auswirkungen haben.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob und wie atmosphärische Bedingungen, die zur Entstehung ästhetischen Erlebens verhelfen, therapeutisch hergestellt oder begünstigt werden können. Hierfür habe ich mit der größeren Forschungsarbeit, die vorliegendem Beitrag zugrunde liegt, den Terminus ›Therapeutische Atmosphäre‹ eingeführt (vgl. Sonntag 2013/16). Damit meine ich benigne Atmosphären, insofern ihr Entstehen durch qualifiziertes therapeutisches Handeln begünstigt wird, und ich definiere Therapeutische Atmosphären als ästhetisch einladenden und haltgebenden Schwellenraum, der ermöglicht, sich ohne Handlungs- und emotionalen Druck in spürbarer Anwesenheit anderer selbst zu erleben. Das Konzept wurde auf einer breiten Datengrundlage in eine handlungsleitende Systematik ausdifferenziert, die therapeutische *Methoden* in Abhängigkeit von Qualitäten des *Settings*, auf der Grundlage ethisch begründeter *Haltungen* und ausgerichtet an spezifischen *Prinzipien* thematisiert. (Vgl. ebd.) Die Relevanz der handlungsleitenden Systematik konnte in einer Untersuchung unter dem Blickwinkel fachspezifischer Kompetenzen bestätigt werden. (Vgl. Kraus 2016) Die Autorin interpretiert die Ergebnisse einer Fragebogenstudie dahingehend, dass das Atmosphärenkonzept von praktizierenden Musiktherapeut.innen als weitgehend zutreffend eingeschätzt wird sowie sinnvoll durch weitere Aspekte ergänzt und in großen Teilen auf andere Anwendungsfelder der Musiktherapie übertragen werden kann.

## 5.1. Funktionen Therapeutischer Atmosphären

In Therapeutischen Atmosphären kommt der amorphe Wesenszug von Atmosphären zum Tragen, der sowohl in Richtung der Gestaltung als auch der Gestaltauflösung weist und die Dialektik von Atmosphären zwischen Erscheinen und Vergehen ausmacht. Dieser Raum ist gewissermaßen nach zwei Seiten offen, »zur Bedeutung und zur Nicht-Bedeutung, zu Zusammenhang und Beliebigkeit, zu Beziehung und Für-sich-Sein« (Deuter 2005, 227). Therapeutische Atmosphären ermöglichen somit ›Momente des Auftauchens‹ aus dementieller Versunkenheit ebenso wie den Rückzug in dementielle

Selbst- und Weltferne. (Vgl. Sonntag et al. 2008) Sie stellen die Bedingungen für Lebensqualität und Bezogenheit auf demenzbedingt postreflexivem Niveau her und dienen der Gestaltung einer dynamischen, haltgebenden und entlasteten Umwelt. Wo das versiegende Vermögen, sich verbal zu artikulieren, häufig Beziehungsabbrüche und sozialen Tod zur Folge hat, spannen Therapeutische Atmosphären einen Raum auf, in dem sich Leben und Zusammenleben weitgehend unabhängig von kognitiven Kompetenzen wie Sprache oder Gedächtnis ereignen kann.

Therapeutische Atmosphären begleiten das allmähliche, aber keinesfalls linear verlaufende Abschiednehmen von der Welt. Sie sind ein Mittel, den Schwellenraum zum Tod wahrzunehmen, zu verstehen und zu gestalten. Ihre Funktionen fasse ich unter den phänomenologischen Begriffen ›Zur-Welt-Kommen‹, ›In-der-Welt-Sein‹ und ›Aus-der-Welt-Gehen‹ zusammen (vgl. Sonntag 2013/2016, 188). In Anlehnung an Böhme basieren diese Begriffe auf der ›Geburtlichkeit‹ als Erfahrung des Menschen, ›immer wieder auf sich selbst zukommen zu können‹ (Böhme 2003, 233).

*Ich betrete den Gemeinschaftsraum. Frau H. sitzt allein mit gebeugtem Rücken an einem Tisch, hält die Augen geschlossen und summt selbstvergessen die Melodie des »Hamburger Veermaster«. Ihr Kopf schaukelt und wippt kaum merklich im Takt des Liedes. Mich zu ihr setzend nehme ich ihre Bewegungen auf und stimme in die Melodie ein. Sie richtet sich auf, wendet mir den Blick zu und ruft überrascht: »Das bin ja ich!«*

## 5.2. Merkmale Therapeutischer Atmosphären

Die Therapeutische Atmosphäre im dementiellen Da- und Miteinandersein zeichnet sich durch große Offenheit und Vieldeutigkeit aus, die aber gleichzeitig nicht beliebig ist, sondern Anknüpfungspunkte bietet. In dieser Doppelfigur zwingt sie nicht in eine Ordnung, sondern gibt Strukturangebote, die Einladungscharakter haben. Verwechslungen dürfen stattfinden, Ungenauigkeiten werden nicht bewertet, schroffe Gegensätze ausgeglichen und Lücken des Unvermittelten gefüllt. Atmosphäre wird gleichermaßen als Umraum und *fluidum* erfahrbar, die flexibel auf die Bedürfnisse und Lebenslagen von Menschen mit Demenz abgestimmt sind. Dadurch wirkt sie inklusiv, vermag Menschen unterschiedlicher kognitiver Niveaus

einzu beziehen und Unterschiede zu integrieren: Irrationales, Unerwartetes, starke Gefühle, seichtes Dahinplätschern, bizarre Verhaltensweisen und ganz unaufgeregtes Miteinander. Insgesamt konnte ich neun Merkmale Therapeutischer Atmosphären definieren. (Vgl. Sonntag 2013/16, 198ff.)

Einen dezent atmosphärisch unterstützten, sorglos geteilten Raum beschreibt folgende Szene aus der stationären Betreuung Demenzbetroffener, in der die Anwesenden ein Miteinander ohne Handlungs- oder Interaktionsdruck erleben. Die Tätigkeit des Musiktherapeuten besteht in diesem Beispiel in atmosphärisch moderierendem Spiel, das Anknüpfung zulässt, jedoch nicht in (Inter-)Aktivität zwingt.

*Vor dem Kaffeetrinken. Frau S. liegt rittlings mit herabbaumelnden Füßen auf dem Wasserbett, das in einem Ruheraum steht, der neben dem Tagesraum für jeden jederzeit zugänglich ist. Frau Balke sitzt an der Bettkante und plaudert in unverständlichen Worten. Ich lehne mich an den Bettaufbau und klimpere auf der Gitarre. Herr R. betritt den Raum, legt sich seitlich aufs Bett, Frau S. zugewandt. Frau S. summt mit, wann immer mein Spiel ein Lied andeutet, das sie kennt. Sie faltet die Hände auf dem Bauch und gähnt: »Ach Kinder, morgen geht der Ernst des Lebens wieder los. Da muss ich wieder arbeiten.«*

### 5.3. Die Gestaltung auditiver Milieus

Im Kontext der Musiktherapie im offenen Setting geraten neben den Erfordernissen zur Gestaltung Therapeutischer Atmosphären auch die Klangumgebungen der Pflegestationen außerhalb therapeutischer Situationen in den Blick. Deshalb beschäftigt mich die Frage, wie Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Hören und Gesundheit, von Atmosphäre und Wohlbefinden, in die Gestaltung von Alltagsumgebungen stationärer Pflege einbezogen werden können. Konzeptionelle Grundlagen für die Gestaltung auditiver Milieus, darunter Ausführungen zur Qualität und Quantität von Geräuschen, zu Fragen der Raumakustik, zu auditiven Aspekten des Personalverhaltens sowie zu Einsatzmöglichkeiten von Musik eröffnen ein neues Feld interdisziplinärer Kooperationen. (Vgl. Sonntag 2013/2016) Ausgehend von musiktherapeutischer Forschung findet das Atmosphärenkonzept dadurch Eingang in Bereiche, in denen nicht Personen Adressaten atmosphärenbezogener Interventionen sind, sondern der

Raum selbst. Welche auditive Gestaltung dürfen Menschen erwarten, die als gesteigert vulnerable *captive audience* beachtliche Summen dafür zahlen, im Pflegeheim versorgt zu werden?

Besonders die schädigende Wirkung lauter Wohnumgebungen ist bereits seit einigen Jahren Gegenstand empirischer Studien. Es wird betont, dass Hintergrundschall und Störgeräusche in Wohnbereichen für Menschen mit Demenz möglichst vermieden werden sollten. (Vgl. van Hoof et al. 2010; Pollock & Fugle 2013; Hayne & Fleming 2014). Bereits 1988 untersuchten Cleary und Kolleg.innen die Auswirkungen einer *reduced stimulation unit* – also die Auswirkungen eines Wohnbereiches, in dem Reize und Anregungen für die Bewohner.innen reduziert wurden. Es gab dort nur kleine Tische für maximal vier Bewohner.innen, es fanden nur Gruppenangebote mit wenigen Teilnehmern statt, es gab nur Bilder in neutralen Farben. Verzichtet wurde außerdem auf Fernseher, Radios und Telefone – es war nur ein Notfalltelefon vorhanden. Bewohner.innen konnten sich in dem Wohnbereich frei bewegen, sich hinsetzen oder essen, wo sie wollten, und Mitarbeitende und Familienangehörige wurden in ihrem Verhalten geschult. (Vgl. Cleary et al. 1988, 511f.) In einem Vorher-Nachher-Vergleich wurden unterschiedliche Faktoren gemessen, unter anderem wurde das Verhalten der Bewohner.innen eingeschätzt, das sich statistisch signifikant verbesserte. Auch bezüglich der Interaktionen der Bewohner.innen wurden Verbesserungen beobachtet. Besonders Familienangehörige waren von dem Wohnbereich sehr angetan und hatten den Eindruck, ihre Angehörigen würden davon profitieren.

In einer neueren Forschungsarbeit wurden Umsetzungsmöglichkeiten der von mir vorgelegten Konzeption zur Verbesserung auditiver Milieus in der Praxis stationärer Altenpflege im Vorher-Nachher-Vergleich untersucht. (Vgl. Nowack 2018) Zwischen zwei Erhebungen wurden die Mitarbeitenden dreier Wohnbereiche für Menschen mit Demenz in Fortbildungen sensibilisiert (z.B. Schulung des Gehörs), und es fanden technische Veränderungen in den Wohnbereichen statt (z.B. Installation von Schallabsorbern). Untersucht wurde unter anderem die Frage, wie sich die veränderten auditiven Milieus auf die Stimmung der Bewohner und Mitarbeiter auswirken. Insgesamt zeigten sich positive Korrelationen zwischen Lautstärke und dem durchschnittlichen Wohlbefinden, wobei betont wird: Eine hohe Lautstärke muss nicht nur negativ erlebt werden, sondern steht auch für Kontakt, Interaktion und Anteilnahme. Das Lautstärkeerle-

ben scheint von der tatsächlichen Lautstärke bzw. dem Verlauf der Lautstärke abzuhängen. Das Lautstärkeerleben scheint auch von der Ausprägung und dem Krankheitsgrad der Demenz abzuhängen. Die Untersuchungen deuten darauf hin, dass Menschen mit beginnender Demenz eher positiv auf Lautstärke reagieren, Menschen mit fortgeschrittener Demenz mit herausforderndem Verhalten eher negativ. Hier scheint die Unruhe durch eine hohe Lautstärke noch verstärkt zu werden. In Zeiten, in denen ausschließlich technische Klänge zu hören waren, war das durchschnittliche Wohlbefinden deutlich niedriger als zu Zeiten, in denen ausschließlich menschliche Klänge zu hören waren. Es ist aufschlussreich, wie differenziert Menschen mit Demenz auf die Lautstärke in ihrem Wohnbereich reagieren.

Die Ergebnisse dieser Studien bekräftigen die Behauptung, dass Menschen mit Demenz besonders sensibel für Atmosphärisches sind. Auffällig ist freilich, dass es in den Forschungen häufig allein um die Reduktion von Lärm geht und die Frage nach positiven Klängen, die es zu erhalten gilt oder die gefördert werden können, kaum eine Rolle zu spielen scheint. Die Einrichtung ästhetisch ansprechender Milieus, die Erzeugung von ›Hörenswürdigkeiten‹ sowie generationengerecht und demenzfreundlich abgestimmter Atmosphären ist – Ausnahmen bestätigen die Regel – Zukunftsmusik. Gleichwohl werden qualitative Empfehlungen zur Gestaltung auditiver Milieus (vgl. Sonntag 2013/2016) in Aus-, Fort- und Weiterbildungen vermittelt, und meiner Beobachtung nach ist das Bewusstsein für Atmosphären in stationärer Pflege und das *Know-how* im Umgang mit ihnen in den vergangenen Jahren gewachsen.

## 6. Outro: Therapeutische Praxis zwischen Abwarten und Eingreifen

Es ist mir ein zentrales Anliegen in Forschung, Praxis und Lehre geworden, zur Entwicklung beruflicher Haltungen und Konzepte beizutragen, die einen sorgenden und gleichzeitig gelassenen Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz über Jahre ermöglichen. Beständig versuche ich deshalb, Praxiserfahrungen zu reflektieren, in Beziehung zu Theorie zu setzen und in Texten wie diesem zum Sprechen zu bringen. Theorie – etwa die hier zurate gezogenen phänomenologischen Konzepte – dient mir dabei als Sehhilfe. Sie sensibilisiert meine Wahrnehmung. In der therapeutischen Ausrichtung auf Atmo-

sphärisches liegt aus meiner Sicht das Potential, ästhetisch erlebbare Schwellenräume zu kultivieren, die den sich wandelnden Bedürfnissen und Erlebniswelten Demenzbetroffener gerecht werden.

In den hier ausgeführten Haltungen und Ansichten entdecke ich Möglichkeiten des Umgangs mit der mächtigen und gleichzeitig subtilen Bedrohung, die durch die Nähe von Tod und unheilbaren Erkrankungen ausgeht. Menschen mit Demenz stellen professionelle Expertise und therapeutische Anstrengungen infrage und rücken die Grenzen menschlicher Machbarkeit in den Blick. Die Vergeblichkeit kurativen Bemühens sowie das ungewöhnliche Verhalten demenziell betroffener Menschen irritieren und verunsichern. Der Geriater Lawrence Lazarus stellt mit Blick auf Gegenübertragungsphänomene in der Psychotherapie mit alten Menschen fest:

Für einige Therapeuten kann der ältere Patient auf den ersten Blick unattraktiv und unergiebig oder zu nahe am Tod und einer therapeutischen Anstrengung deshalb nicht wert sein. Der Therapeut kann antworten mit: Zurückziehen aus der Behandlung, Übereifrigkeit und Omnipotenz oder einem Gefühl schwindenden Selbstvertrauens und nachlassender Kompetenz. (Lazarus 1992, 140)

Am Ende vorliegender Arbeit tritt mir ein Charakteristikum der Begleitung von Menschen mit Demenz besonders deutlich vor Augen, das ich abschließend im polaren Verhältnis von *Abwarten* und *Eingreifen* fassen will. Fremdes aushalten zu können und Handlungsimpulse, die dem eigenen Ordnungsbedürfnis entspringen, zu suspendieren und gleichzeitig in ausreichendem Maße zu unterstützen, erfordert beständige Selbstreflexion. Die vorschnelle Übernahme der Handlungsinitiative mündet in Bevormundung und Abhängigkeit und verstärkt die sozialpsychologische Dynamik demenzieller Prozesse. Andererseits kann die Unterlassung von Unterstützungsangeboten zu sträflicher Vernachlässigung hilfebedürftiger Personen führen. Therapeutisches Handeln, das feinfühlig mit Atmosphären umgeht, geschieht von der Wahrnehmung her und setzt große Offenheit gegenüber dem Unerwarteten voraus. Das geduldige Abwarten des rechten Augenblicks für therapeutisches Eingreifen gibt Menschen mit Demenz Raum und Rahmen zur Selbstorganisation. In diesem Sinne möchte ich mit einer letzten Schilderung einer Praxissituation schließen, in der der Therapeut lange Zeit in der Rolle des teilnehmenden Beobachters verweilt, bevor er sich schließlich für eine unspektakuläre Intervention (das Singen eines Abendliedes) entscheidet:

*Tagesausklang. 12–13 Menschen sitzen an einem großen Tisch. Das Licht ist gedämpft, in der Mitte des Tisches brennen Kerzen, steht eine Vase mit halbwelken Blumen. Deutlich habe ich das Gefühl: Hier ist etwas im Gleichgewicht, jetzt bloß nicht stören. Minutenlang nur beobachten: Frau K. hat, nachdem sie um ein Haar die Vase vom Tisch gezogen hätte, von der Praktikantin eine Blume geschenkt bekommen, die sie jetzt in kleinste Teile zerfetzt. Neben ihr sitzt Frau P., die sich ihr zuwendet und lobend ihre Handlung kommentiert. Mit Herrn S. unterhält sich Frau M.; ich verstehe nur, dass sie sich amüsieren. Frau G. im Rollstuhl legt ihren bestrumpften Fuß auf den Tisch und verteilt mit ihm eine Saftlache. Frau S. nickt ein. Mittlerweile sind die Bestandteile der Blume wieder auf dem Tisch gelandet und werden von Frau K. zu einer Form zusammengelegt. »Oh, eine Blume!«, kommentiert freudig Frau P.. Frau H. summt mit geschlossenen Augen den Hamburger Veermaster. Frau B. zupft ihr Kleid, stellt ihr Saftglas gefährlich auf die Stuhllehne und nimmt keine Notiz von ihrem Gegenüber Frau U., die ihre Oberkieferprothese aus dem Mund nimmt und ableckt. Bei jedem Ausatmen seufzt leise Frau K. und Frau N. zählt die fünf im Kreis aufgestellten Kerzen: »1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Acht Kerzen.« Ich bin wie gebannt, schaue und höre zu, ergriffen von der Harmonie dieses ungewöhnlichen Beisammenseins. Plötzlich weiß ich: Jetzt ist der richtige Zeitpunkt für eine Intervention, entferne dezent das Glas von der Stuhllehne und stimme dann leise mit der Gitarre ein Abendlied an. Das war wahrscheinlich der Moment kurz bevor Frau U. aufstehen und weggehen würde, andere ihr folgen und suchend auf dem Gang umherirren würden, Frau M. angefangen hätte, sich über den Fuß von Fr. G. aufzuregen, das Glas von der Stuhllehne und mit ihm die ganze Sache irgendwie ›gekippt‹ wäre.*

## Literaturverzeichnis

- Baer, U. (2007). Innenwelten der Demenz. Eine leibphänomenologische Untersuchung des Erlebens demenzkranker Menschen. Neukirchen-Vluyn: Affenköngig.
- BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie) (1998). Kasseler Thesen zur Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, 19 (3), 231–235.
- Böhme, G. (1995). Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Böhme, G. (2003). Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Kusterdingen: SFG-Servicecenter.

- Böhme, G. (2005). Die Musik modifiziert das Gefühl, im Raum zu sein. *Musiktherapeutische Umschau*, 26 (3), 307–313.
- Böhme, G. (2006). Architektur und Atmosphäre. München: Fink.
- Brod, M., Stewart, A., & Sands, L. (2000). Conceptualization of Quality of Life in Dementia. In S. Albert & R. Logsdon (Hrsg.), *Assessing Quality of Life in Alzheimer's Disease* (S. 3–16). New York: Springer.
- Bronfen (2006). Die List der Übertragung. *Die Zeit*, 19, 45.
- Bruder, J. (2001). Grundlagen stationärer Dementenbetreuung. Das Hamburger Modellprogramm und seine Auswirkungen. In P. Dürrmann (Hrsg.), *Besondere stationäre Dementenbetreuung* (S. 16–32). Hannover: Vincentz.
- BSGfV (Behörde für Soziales, Gesundheit, Familie und Verbraucherschutz Hamburg) (2009). Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. <http://www.hamburg.de/contentblob/1587896/data/rv-de/mentenbetreuung.pdf> (Abgerufen am: 22.10.2012).
- Cleary, T. A., Clamon, C., Price, M. & Shullaw, G. (1988). A reduced stimulation unit: Effects on patients with Alzheimer's disease and related disorders. *The Gerontologist*, 28 (4), 511–514.
- Darwin, C. (1875). Die Abstammung des Menschen und die geschlechtliche Zuchtwahl. Digitale Volltextausgabe. <http://www.wikisource.org/wiki/seite:darwinabstammungmensch.djvu/123> (Abgerufen am: 30.12.2021).
- Demuth, V. (2006). Schwellenzauber: Liminalität und Globalität in einer Genealogie geteilter Räume. *Lettre International*, 73, 108–117.
- Deuter, M. (2005). Atmosphären: Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. *Musiktherapeutische Umschau*, 26 (3), 222–235.
- DMTG (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft) (o.J.). Definition Musiktherapie. <https://www.musiktherapie.de/musiktherapie/was-ist-musiktherapie/> (Abgerufen am: 30.12.2021).
- Fuchs, T. (2010). Das Leibgedächtnis der Demenz. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz. Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter* (S. 231–242). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Hayne, M. J. & Fleming, R. (2014). Acoustic design guidelines for dementia care facilities: Proceedings of 43rd International Congress on Noise Control Engineering. Internoise, 1–10.
- Heine, Heinrich (1824/1975). Die Loreley. In M. Windfuhr (Hrsg.), Heinrich Heine. Historisch-kritische Gesamtausgabe, Bd. 1 (2) (S. 206). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- van Hoof, J., Kort, H. S. M., Duijnstee, M. S. H., Rutten, P. G. S. & Hensen, J. L. M. (2010). The indoor environment and the integrated design of homes for older people with dementia. *Building and Environment*, 45, 1244–1261.
- Kittay, J. (2008). The sound Surround: Exploring how one might design the everyday soundscape for the truly captive audience. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17 (1), 41–54.
- Kitwood, T. (1998/2008). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (5. Aufl.). Bern: Huber.

- Kraus, J. (2016). Kompetenzen des Musiktherapeuten in der Arbeit mit Menschen mit Demenz. Unveröffentlichte Masterarbeit. Würzburg-Schweinfurt: Hochschule für angewandte Wissenschaft.
- Lazarus, L. (1992). Grundzüge der Psychogeratrie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Leyen, U. v. d. (2009). Vom Glück, die Vögel zwitschern zu hören. *Die Zeit*, 12, 15.
- Muthesius, D. & Sonntag, J. (2008). Erinnerung haben oder sein? Menschen mit Demenz Menschen mit Musik. In J. Kipp (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter* (S. 63–173). Gießen: Psychosozial.
- Muthesius, D., Sonntag, J., Warme, B. & Falk, M. (2019). Musik – Demenz – Begegnung. *Musiktherapie für Menschen mit Demenz* (2. vollst. überarb. Aufl.). Frankfurt: Mabuse.
- Nowack, K. (2018). Mit offenen Ohren. Wahrnehmung und Gestaltung auditiver Milieus in Einrichtungen für Menschen mit Demenz. Dissertation an der Universität Münster. <http://www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Forschung/AuditivesMilieu/AuditivesMilieu.html> (Abgerufen am: 30.12.2021).
- Pollock, A. & Fuggle, L. (2013). Designing for dementia: creating a therapeutic environment. *Nursing and Residential Care*, 15 (6), 2–6.
- Roest, H. v. d., Meiland, F., Maroccini, R., Comijs, H., Jonker, C. & Dröes, R. (2007). Subjective needs of people with dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19, 559–592.
- Rosa, H. (2018). Unverfügbarkeit. Wien Salzburg: Residenz.
- Rothmann, R. (2020). Hotel der Schlaflosen. Berlin: Suhrkamp.
- Sacks, O. (2008). Der einarmige Pianist. Über Musik und das Gehirn. Reinbek: Rowohlt.
- Schmitz, H. (1965/2019). System der Philosophie. Bonn: Bouvier, Neuauflage: Freiburg München: Alber.
- Sonntag, J., Brixel, M. & Trikojat-Klein, S. (2008). Momente des Auftauchens. *Musiktherapeutische Reflexionen zu Apathie bei Menschen mit Demenz*. *Musiktherapeutische Umschau*, 29 (4), 325–336.
- Sonntag, J. (2013/16). Demenz und Atmosphäre. *Musiktherapie als ästhetische Arbeit* (2. Aufl.). Frankfurt: Mabuse.
- Sonntag, J. (2021). Atmosphäre. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (3. vollst. überarb. Aufl.) (S. 39–44). Göttingen: Hogrefe.
- van der Steen, J. T., Smaling, H. J., van der Wouden, J. C., Bruisma, M. S., Scholten, R. J. & Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003477. doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4.
- Vinzentz Network (Hg.) (2007). Demenzielles Verhalten verstehen, Abschied von den Spielregeln unserer Kultur (DVD). Hannover: Vincentz.
- Weidert, S. (2007). Leiblichkeit in der Pflege von Menschen mit Demenz. Zum Umgang mit anspruchsvollen Pflegesituationen im Klinikalltag. Frankfurt: Mabuse.

- Wojnar, J. (1994). Psychodynamische Aspekte der institutionellen Versorgung von Demenzkranken. In R. Hirsch (Hrsg.), Psychotherapie bei Demenzen (S. 141–148). Darmstadt: Steinkopf.
- Wojnar, J. (2000). Demenz: Vom subjektiven Sinn ›unsinniger‹ Handlungen. *Geriatrie Journal*, 5, 18–20.
- Wojnar, J. (2005). Bedeutung von Musik für die Lebensqualität von Demenzkranken. In Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Balsam für die Seele: Hausmusik. Verbesserung der häuslichen Pflegesituation gerontopsychiatrischer Patienten unter Einsatz der Musiktherapie. Reihe: Vorgestellt, Band 73 (S. 33–40). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Wojnar, J. (2007). Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick. Hannover: Vincentz.