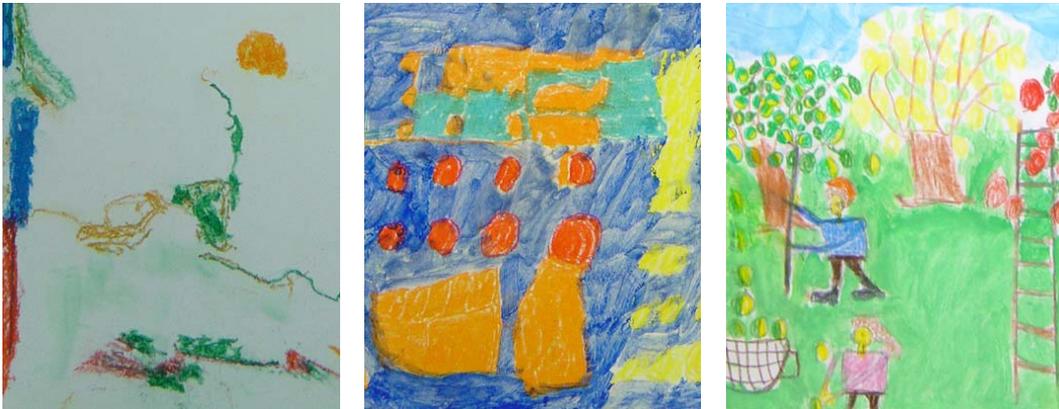


Traude Dieterle

## **Künstlerisch-gestalterische Arbeit mit älteren Menschen - Zwischen pädagogischer und therapeutischer Absicht -**

Ein Beitrag zur Förderung der Lebensqualität alterskranker  
und altersverwirrter Menschen



Abschlussarbeit an der Internationalen Hochschule für  
Künstlerische Therapien und Kreativ-Pädagogik, Calw

Betreuende Dozenten:

Univ.-Prof. Dr. phil.habil. Karl-Heinz Menzen

Prof. Sibylle Schlich-Dannenberg, Analytische Kinder - und  
Jugendlichenpsychotherapeutin, Dipl. Kunsttherapeutin

Hohenstein, im September 2006

**Inhalt**

<b>Einleitung</b>	4
<b>I Rahmen der Arbeit</b>	6
1.1 Beschreibung der Institution	6
1.1.1 Tagespflege	7
1.1.2 Langzeit- und Kurzzeitpflege	8
1.2 Künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit	8
1.3 Erlebnispädagogik	9
<b>II Beschreibung des Klientels</b>	10
2.1 Alte kompetenzschwache, pflegebedürftige Menschen	10
2.2 Altersverwirrte, dementiell erkrankte, pflegebedürftige Menschen	13
<b>III Zur dementiellen Erkrankung</b>	16
3.1 Definition von Demenz	16
3.2 Spektrum von Demenz	17
3.3 Erscheinungsweisen von Demenz	18
3.4 Neurologische Hintergründe von Demenz	20
3.4.1 Strukturen und Funktionen des Gehirns	21
3.4.2 Gedächtnis- und Gefühlssysteme	29
3.4.3 Informationsübertragung im Gehirn	32
3.5 Fragen und Hypothesen	37
<b>IV Unterschiedliche Fördermaßnahmen bei Demenz</b>	39
4.1 Validation	39
4.2 Mäeutik	40
4.3 Erinnerungsarbeit/Biografiearbeit	41
4.4 Realitätsorientierungstraining ROT	42
4.5 Selbsterhaltungstraining SET	43
4.6 Basale Stimulation	44
4.7 Katathym-imaginative Psychotherapie	45
4.8 Kunsttherapie	46

Bild 95 Ölkreide, Bild 96 Ölkreide und Tempera, Bild 97 Farbstifte und Tempera

<b>V</b>	<b>Rahmenbedingung künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit</b>	48
5.1	Malgruppe Tagespflege	48
5.1.1	GruppenteilnehmerInnen Tagespflege	49
5.1.2	Setting	50
5.1.3	Materialien	51
5.2	Malgruppe Langzeitpflege	51
5.2.1	GruppenteilnehmerInnen Langzeitpflege	52
5.2.2	Setting	52
5.2.3	Materialien	53
<b>VI</b>	<b>Kunsttherapeutische Fördermaßnahmen bei altersverwirrten Menschen</b>	54
6.1	Orientierung, Zentrierung durch Mandala malen	54
6.2	Gestalterkennung/Formwahrnehmung durch Plastizieren	58
6.3	Raum-Zeiterleben über verschiedene Sinnesmodalitäten	63
6.3	Selbständigkeit, verbaler und nonverbaler Ausdruck durch freies Gestalten und Märchen	65
6.4	Formenzeichnen als Lebens- und Lernprozess des künstlerischen Gestaltens	69
<b>VII</b>	<b>Pädagogische und psychotherapeutische Aspekte der der Fördermaßnahmen</b>	73
7.1	Therapeutische Aspekte der Betreuung	73
7.2	Aspekte der Traumatisierung und die Grenzen der kunsttherapeutischen Arbeit	74
7.3	Erlebnispädagogische Aspekte der Betreuung und deren ich-stabilisierend wie sozial vernetzende Wirkung	79
<b>VIII</b>	<b>Falldarstellung über einen längeren Zeitraum</b>	85
8.1	Verlaufsdarstellungen	85
8.2	Verlaufstabelle	94
8.3	Fragebogen	99
8.4	Gespräche mit Pflegedienstleitenden, Angehörigen und TeilnehmerInnen	100

<b>IX</b>	<b>Ergebnisse der Fördermaßnahmen und Untersuchungsverfahren</b>	<b>103</b>
9.1	Ergebnisse der Unterpunkte 6.1 – 6.4	103
9.2	Ergebnisse der Unterpunkte 7.1 – 7.3	105
9.3	Ergebnisse der Unterpunkte 8.1 – 8.3	106
9.4	Ergebnisse der Fragen und Hypothesen	107
<b>X</b>	<b>Zusammenfassende Bemerkungen und Ausblick</b>	<b>112</b>
	<b>Literatur</b>	<b>114</b>
	<b>Anhang</b>	<b>116</b>
	Bildmaterial	

## Einleitung

Stufen

Wie jede Blüte welkt und jede Jugend  
dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,  
blüht jede Weisheit auch und jede Tugend  
zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.  
Es muss das Herz bei jedem Lebensrufe  
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,  
um sich in Tapferkeit und ohne Trauern  
in neue, andre Bindungen zu geben.  
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,  
der uns beschützt und der uns hilft zu leben.

Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,  
an keinem wie an einer Heimat hängen,  
der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,  
er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten.  
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise  
und traulich eingewohnt, so droht erschlaffen;  
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,  
mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.

Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde  
uns zu neuen Räumen jung entgegenschenden,  
des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...  
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!

Hermann Hesse

Hermann Hesse spricht vom Wandel, von neuen Beziehungen und Herausforderungen der verschiedenen Lebensstufen. So wie für jeden Menschen selbst jeder Lebensabschnitt eine neue Bedeutung hat und Aufgaben mit sich bringt, so ist die Zunahme älterer Menschen in unserer Gesellschaft und die damit verbundene Hilfe für alterskranke und altersverwirrte Pflegebedürftige eine neue Herausforderung für die Generationen von Jung und Alt in der Gegenwart und Zukunft. Abnehmende Geburtenzahlen und eine verringerte Sterblichkeit führen zu einer weiter steigenden Anzahl alter und sehr alter Menschen. Die Aussicht auf ein längeres Leben und das Erreichen eines hohen Alters ist

einerseits positiv zu bewerten. Andererseits beinhaltet die erhöhte Lebenserwartung auch negative Aspekte, wie Abbau geistiger Fähigkeiten und körperlicher Gesundheit, soziale Vereinsamung und Inaktivität sowie ökonomische Unsicherheit und soziale Abhängigkeit.

Angesichts der zunehmenden Zahl von Menschen mit psychischen, dementiellen (chronisch verwirrten) Erkrankungen gewinnt der kollektive Umgang mit dem Alter an Bedeutung. Die erhöhte Anforderung an soziale Betreuung, medizinische Versorgung, Hilfe und Pflege bei Krankheit sowie zusätzliche Belastung der Einkommenssicherung fragt nach Möglichkeiten der Aufrechterhaltung eines aktiven, selbstbestimmten und sinnerfüllten Lebens im Alter. Bezugspersonen, das Zusammenleben mit und gepflegt werden von Angehörigen und Freunden sind dann ein entscheidender Faktor für die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. Ebenso die eigene lebenswerte Gestaltung eines Lebensabschnittes mit seinen Defiziten und Abbauprozessen entsprechend eines „erfolgreichen Alterns“.

Für Entwicklungspsychologe Paul Baltes ist erfolgreiches Altern ein Lernen mit den biologischen Verlusten des Alterns umzugehen. Die Kunst ist mit den eigenen Grenzen zu leben und zu zeigen, wie Kultur und Geist den Körper überlisten können. Das heißt seine Möglichkeiten den unausweichlichen körperlichen Veränderungsprozessen anzupassen. Erfolgreiches Altern ist die Fähigkeit, auch im späten Leben ein möglichst positive Gewinn-Verlust-Bilanz zu erreichen. (Baltes, 2002, S. 60).

Mit dieser schriftlichen Arbeit möchte ich zeigen, dass künstlerisch-gestalterische Arbeit einen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität alterskranker und altersverwirrter Menschen leisten kann.

Meine Auseinandersetzung mit pädagogisch-therapeutischen Fördermaßnahmen für den gestalterischen Ausdruck, ästhetischem Erleben sowie den Aspekten der Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen versucht Möglichkeiten eines Lebensgewinns trotz Defiziten aufzuzeigen.

Die Erfahrungen in der Malgruppentätigkeit mit Bewohnern und Tagesgästen mit unterschiedlichsten Erkrankungen in einem Pflegeheim für ältere Menschen über einen längeren Zeitraum sind neben den Erläuterungen zum Krankheitsbild Gegenstand dieser Arbeit.

## I Rahmen der Arbeit

Vor der Arbeit mit alterskranken und altersverwirrten Menschen, die im Rahmen meines Praktikums stattfindet, komme ich in meinem persönlichen Umfeld immer wieder mit Personen unterschiedlichen Alters, die depressiv erkrankt sind, in Krisen stecken oder ihre Trauer verarbeiten, in Berührung. Dies und die Auseinandersetzung mit meiner eigenen Lebensweise, meinem Umfeld und alternativen Heilmethoden, führen mich zu einem Pflegeheim, einem Servicezentrum für ältere und kranke Menschen.

Das ganzheitlich ausgerichtete, in stetiger Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung angesetzte Konzept, bietet für mich einen Platz für meine kunsttherapeutische Arbeit. Hier begegne ich Menschen mit unterschiedlichsten Erkrankungen und unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit.

### 1.1 Beschreibung der Institution

Das Servicehaus Sonnenhalde ist ein Servicezentrum zur Unterstützung von Gesundheit, Alter und Familien. Es besteht aus einem Pflege- und Kurzzeitpflegeheim, der Tagespflegeeinrichtung, der häuslichen Kranken- und Altenpflege (ambulanter Pflegedienst) sowie hauswirtschaftlichen Versorgung, einem mobilen Menü-Dienst, der Beratung und Vermittlung. Neben den Hauptthemen der Versorgung gibt es Ergänzungsthemen, wie z.B. Versorgung nach Krankenhausaufenthalt, Unterstützung pflegender Angehöriger und Wohnraumberatung. Ein weiteres Angebot des Hauses sind die Beratungs- und Entwicklungsthemen, wie z.B. Angehörigengruppen, Veranstaltungen, Ausflüge, Reisen, Aufbau und Förderung bürgerschaftlichen Engagement. Durch die Aufgabenbündelung (Synergieeffekt) wird eine Verbesserung der Qualität erzielt und Kundeninteressen können ständig in Veränderungen des Heimkonzeptes einfließen. Das Unternehmensleitbild „Wir bleiben in Bewegung“ des Servicehauses unterstreicht die Flexibilität auch in der Personalorganisation, die auf Veränderungen und neue Lösungsentwicklungen mit immer steigender Anbieterqualität reagiert (Wolfframm, 2004, S. 1-16) .

### 1.1.1 Tagespflege

Die Tagespflege mit ca. 50 Plätzen ist ein teilstationäres Betreuungsangebot für Senioren. Sie dient der Aufrechterhaltung einer möglichst selbständigen Lebensführung und sie bricht die psycho-soziale Isolation auf, in der viele erkrankte und alte Menschen leben. Die Tagespflegeeinrichtung hat einen rehabilitativen Charakter. Sie möchte einen Beitrag zur Entlastung pflegender Familienangehöriger schaffen und damit besonders zur Stärkung des familiären Zusammenhaltes beitragen. Weiter möchte sie durch medizinisch-therapeutische Versorgung, Pflege und Behandlung einen Krankenhausaufenthalt vermeiden. Sie möchte für die Betreuten durch die Annahme ihres Wesenskerns eine Atmosphäre der Geborgenheit schaffen und durch aktivierende Betreuung die noch vorhandenen Fähigkeiten erhalten und verschüttete freilegen; ebenso das Bewusstsein soweit als möglich erhalten bzw. wecken. Sie hat das Ziel der Rehabilitation im Verbund mit Ärzten, Krankengymnast, Ergo- und Logopädie. Je nach individuellem Bedarf besuchen manche Gäste sieben mal in der Woche die Tagespflege, während andere nur an bestimmten Tagen, manchmal auch nur für Stunden die variable Entlastungsleistung in Anspruch nehmen (Wofframm, 2004, S. 17).

Das wichtigste Element für die therapeutische Arbeit und den Aufbau jeder Aktivierung und Behandlung ist der Rhythmus. Tages- und Jahresrhythmen spielen eine zentrale Rolle in der Betreuung und Pflege der Tagespflegegäste. Der Morgen setzt sich aus gemeinsamem Frühstück mit nachfolgenden musikalischen, sprachlichen und spielerischen Elementen sowie Bewegungsübungen zusammen. Die Senioren nehmen aktiv an der Gestaltung teil, dabei erzählen sie von ihren Erlebnissen. Nach dem Mittagessen und Ruhepause wird der Nachmittag gemeinsam mit Malen, Basteln oder anderen Aktivitäten verbracht. Das gemeinsame Tun in der Gruppe fördert die Gemeinschaftsbildung und die sozialen Kontakte untereinander. Der Schlusskreis endet nach dem Abendessen mit einem gemeinsamen Lied.

Der gemeinsame Erlebnisweg, der sich durch die Jahreszeiten- und feste bewegt, beinhaltet wöchentlich weitere Angebote für die Senioren, wie z.B. Themen und Veranstaltungen zu den Jahreszeiten, Ausflüge, Kutschfahrten, Gaststätten- und Cafebesuche. Hinweisschilder, Fotos, Collagen und Kalender sind dabei Orientierungshilfen.

Therapeutische Bausteine bzw. Angebote im soziopflegerischen Bereich sind das Ordnungstraining (feste Strukturen); Orientierungstraining (Spiegel, Bilder,

Symboltafeln); Realitätstraining (Zeitung lesen, Diskussionen über Tagesereignisse); Gehirnfunktionstraining (Gedächtnistraining durch Denkaufgaben); Psychosoziales Training; Zeitreise (Erinnerungs-Reisen); Malgruppe, Erlebnispädagogik; Basteln, Hand- und Werkarbeiten; Kochen und Backen; Beschäftigungstherapie (Singen, Spielen, Sitztanz, Gymnastik).

### 1.1.2 Langzeit- und Kurzzeitpflege

Wie in der Tagespflege sind in der Langzeitpflege mit ca. 45 Plätzen neben der Pflege und Betreuung die Tages- und Jahresstrukturen wichtige Elemente. Auch hier gibt es Angebote zur aktivierenden und rehabilitativen Pflege des Heimbewohners, die seine Möglichkeiten zur Kommunikation und Begegnung aufrechterhalten bzw. aufbauen. Die angestiegene Zahl der psychisch verwirrten (dementen) Heimbewohner verlangt in der Langzeitpflege besonderer Bemühungen, um dem Verlust an Umweltkompetenz entgegenzuwirken. Bauliche Gestaltung und ein strukturierter Tagesablauf helfen dabei (Wolfframm, 2004, S. 25 u.26). Die Förderung und Erhaltung der Fähigkeiten des Einzelnen, die Stärkung des Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls sowie soziale Eingebundenheit ist auch hier das Ziel der Arbeit mit den Heimbewohnern.

Kulturelle Angebote, wie Ausstellungen im Servicehaus Sonnenhalde, Veranstaltungen im öffentlichen Cafe im Gebäude der Tagespflege oder die hauseigene Zeitung „Sprachrohr“ sind weitere Bausteine für eine kommunikative Begegnung der alten Menschen mit dem öffentlichen Leben.

### 1.2 Künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit

Die wöchentlich stattfindende künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit in der Tagespflege und in der Langzeitpflege ist schon seit einigen Jahren fester Bestandteil der Einrichtung. Als therapeutischer Baustein neben weiteren Angeboten im soziopflegerischen Bereich wird sie als wöchentliche „Malgruppe“ angeboten, ohne den Aspekt einer „Malthherapie“ vor den TeilnehmerInnen hervorzuheben. Sie soll für die TeilnehmerInnen ein



Aktivierungsangebot mit pädagogisch-therapeutischem Hintergrund sein, einfach in der Begrifflichkeit. Ich spreche hier von Teilnehmer und TeilnehmerInnen als TeilnehmerInnen in einem, da die Malgruppe neben einigen Männern überwiegend von Frauen besucht wird. Je nach gesundheitlicher Einschränkung und Befindlichkeit versuche ich die TeilnehmerInnen durch verschiedene künstlerische, kreative und therapeutische Angebote, wie Malen, Plastizieren mit Ton, Filzen und weiteren ästhetischen Materialien zum Gestalten anzuregen.

### 1.3 Erlebnispädagogik

Die Erlebnispädagogik für Senioren setzt sich aus verschiedenen Aktivitäten und Projekten zusammen. Beim Waldprojekt „Natur & Sinne – kreativ & bewegt“ verbringen TeilnehmerInnen der Tages- und Langzeitpflege drei Vormittage mit Sinneserfahrungen im Wald und die Nachmittage mit kreativem Gestalten in der Tagespflegestätte.

Beim integrativen Wandbildprojekt „Miteinander gestalten – voneinander lernen“ treffen sich Grundschüler einer 3. Klasse und Bewohner der Langzeitpflege zum gemeinsamen Gestalten eines Wandbildes in der Langzeitpflegeeinrichtung.

Das generationsübergreifende Jahresprojekt „Jung und Alt“ beinhaltet einmal monatliche Aktivitäten mit Grundschulern einer Grundschule und den Bewohnern der Langzeitpflege und Tagesgästen der Tagespflege in der Schule oder Langzeitpflegeeinrichtung.

Angeregt durch ästhetische Materialien, Phantasie, Neugierde, Kreativität und Umgang mit Menschen außerhalb und innerhalb der Pflegeeinrichtung sollen bei den alten Menschen Erinnerungen geweckt, die Wahrnehmung erweitert, die Fähigkeiten und



Aktivitäten sowie die sozialen Kontakte der alten Menschen gefördert bzw. erhalten werden. Entsprechend dem Leitgedanken zum Kompetenzerwerb für Mensch, Natur und Kultur des Schulbildungsplanes (2004) von Baden-Württemberg sollen in diesen Projekten die jungen Menschen in ihrer Entwicklung zu einer eigenständigen, eigenverantwortlichen, vielseitig interessierten und gesellschaftsfähigen Persönlichkeit unterstützt werden. Das wird erreicht durch ästhetisch künstlerisches Gestalten, Musik, Gedichte, Naturerfahrungen und -betrachtungen, kulturellem und sozialem Miteinander von Alt und Jung.

## II Beschreibung des Klientels (Profile)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO,1947) definiert Gesundheit wie folgt: „Gesundheit ist ein Zustand von vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche“ („Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“).

Gesundheit kann auch als eine Fähigkeit verstanden werden, mit Krankheiten und Behinderungen zu leben und letztlich auch den Tod ins Leben zu integrieren. In der Annahme von Schmerz und Leid liegen oft mehr Wert und Würde des Menschen als in ihrer Überwindung oder Vermeidung (Engelhardt, 1999, S. 88). Gerade bei älteren Menschen ist die Auseinandersetzung mit den Folgen der Veränderungen des Körpers und seiner Leistungen nicht nur auf physiologische oder psychische Faktoren zu reduzieren, sondern die Wechselwirkung zwischen körperlicher Verfassung und psychosozialer Befindlichkeit des Menschen sowie die Faktoren, die die Entstehung und den Verlauf der Krankheit beeinflussen, sind zu berücksichtigen. Das Zusammenspiel von Umwelt und Genen (als Steuerungsprogramm für das Leben) oder anders ausgedrückt der zwischenmenschlicher Beziehungen und körperlicher Strukturen, insbesondere der Gehirnstrukturen (s. Kapitel 3.4) zeigt im Prozess des Altwerdens eine Art Widerspiegelung aller Umstände, die wir in unserem Leben erfahren und wie wir auf diese reagiert haben (Menzen, 2004, S. 20 u.21).

### 2.1 Alte kompetenzschwache, pflegebedürftige Menschen

Bei den meisten der TeilnehmerInnen der Malgruppen liegt eine Multimorbidität, d.h. eine Mehrfacherkrankung, vor. Stoffwechselstörungen, wie Diabetes Mellitus und erhöhte Cholesterinwerte; Herz-Kreislaufprobleme, wie Bluthochdruck, Herzmuskelschwäche, Herzenge und Herzschrittmacher; Karzinome sowie Gelenkerkrankungen, Gelenkentzündungen und Erkrankungen des Skelettbaus sind in der Krankenakte zu finden. Weiter sind kognitive Störungen, wie ungenügende Leistung des Gehirns; geistige Behinderung; psychische Störungen, wie Persönlichkeitsstörung und Depressionen/depressive Verstimmungen angezeigt (siehe Tabelle 3 u. 4, S. 97). Kontinenzprobleme sind

außerdem vorhanden. Die körperliche Bewegungs- und Verhaltensaktivität ist aufgrund dieser Erkrankungen eingeschränkt.

Die Zunahme an Fett und Abnahme von Muskelgewebe oder die Abnahme der Beweglichkeit der Gelenke hat zur Folge, dass die Nervenleitgeschwindigkeit verlangsamt ist, das Gehen verunsichert und das Gleichgewicht beeinträchtigt ist. Es kommt so zu einer veränderten Gangart und veränderten Körperwahrnehmung, was wiederum zu Stürzen führt.

Frau A., 87 Jahre, mit einigen der obengenannten Erkrankungen besucht von Montag bis Freitag die Tagespflege. Mit langsamen und unsicheren Schritten geht sie an ihrem Rollator. Beim Aufstehen benötigt sie Hilfe. Sie hat immer wieder Schwindelgefühle, ist öfters weinerlich, melancholisch bzw. depressiv verstimmt, sie möchte gerne sterben. Der Bewegungsradius der Arme und Hände ist beim Malen und Gestalten eingeschränkt. Innerhalb eines Jahres ist sie mehrmals gestürzt.

Alle TeilnehmerInnen aus der Tagespflege benötigen zum Gehen einen Rollator, Gehstock oder die Unterstützung der MitarbeiterInnen. In der Langzeitpflege finden sich u. a. auch Personen nach Schlaganfall, die in einem Rollstuhl sitzen. Sie können teilweise selbst fahren bzw. werden von den MitarbeiterInnen gefahren. Ursache des Schlaganfalls (Apoplex) ist Gefäßverschluss oder die Überflutung von Hirnarterien. Neben auslösenden Faktoren, wie Arterienverkalkung, Gefäßverengung und Bluthochdruck kann ein Schlaganfall als Folge von psychisch-körperlicher Belastung, wie negativ getönter Stress, Nikotin- und/oder Alkoholsucht entstehen.

Je nach Schädigung des Gehirns treten verschiedene Sprachstörungen (Aphasien), Doppelsehen (Neglect), die Unfähigkeit Gegenstände wiederzuerkennen (Agnosie), Gedächtnis-, Koordinationsstörungen und Kontrollverluste, Störungen motorischer Werk-Fähigkeiten (Apraxien) und Halbseitenschwächung oder -lähmung (Hemiparese oder Hemiplegie) auf (vgl. Menzen, 2001, S. 52 u. 53).

Veränderte Sinneswahrnehmungen, Altersschwerhörigkeit, Veränderungen der Sehleistung und Farbenerkennung durch altersbedingte Stoffwechselstörungen bzw. Augenerkrankungen sind weitere Einschränkungen, die die Personen mitbringen.

Frau U., 80 Jahre, sitzt wegen ihrer Erkrankung des Skelettbaus im Rollstuhl. Sie lebt im Pflegeheim und teilt ihr Zimmer mit einer altersverwirrten Frau, mit der sie sich eine zeitlang öfters streitet. Während dieser Streitigkeiten mit ihrer Zimmernachbarin erleidet sie einen kleinen Schlaganfall. Sie kann vorübergehend schlechter reden und ihr linker Arm ist

unbeweglicher. Durch ihre Altersschwerhörigkeit ist eine Kommunikation nur durch lautes Reden möglich.

Die Parkinsonsche Erkrankung (Schüttellähmung), die sich ebenfalls bei den TeilnehmerInnen finden, ist eine neurologische Erkrankung. Ihr liegt eine zumindest teilweise erbliche, im vorzeitigen Alter einsetzende Rückbildung des Gehirns (Hirnatrophie) zugrunde. Die Ursache des Parkinson-Syndroms ist eine Degeneration von Zellen im Gehirn, vorrangig erblich bedingt. Die Krankheit kann auch als Folge einer jahrelang zurückliegenden Entzündung des Gehirns, bei Arteriosklerose des Gehirns, Vergiftungen oder bei Behandlungen psychotischer Patienten mit Neuroleptika auftreten. Biochemisch wird ein Dopaminmangel-Syndrom angenommen.

Frau E., 78 Jahre, wird von ihrem Mann betreut und gepflegt. Damit ihr Mann etwas Freizeit hat, kommt sie zweimal in der Woche in die Tagespflege. Mit ihren körperlichen Erkrankungen und der neurologischen Erkrankung ist sie sehr eingeschränkt in ihrer Beweglichkeit. Sie kann nicht alleine stehen und für das Gehen am Rollator braucht sie Hilfe. Die Schritte sind sehr klein. Die Beine und Füße folgen keinem gezielten Bewegungsablauf. Ihr Rücken schmerzt von ihren Knochenbrüchen. Sie ist sehr schwach und wird sehr schnell müde.

Die Kernsymptomatik der Parkinsonkrankheit besteht in motorischen, vegetativen und psychischen Störungen. Bei der motorischen Störung kommt es zu einer Einschränkung der gesamten Beweglichkeit: Mimik und Gestik sind eingeschränkt, der Gang ist kleinschrittig und schlurfig, die Mitbewegung der Arme fehlt, der Kopf ist zwischen die Schultern eingezogen und die Sprache leise und monoton. Es lassen sich alle Grade von leichtester Hypokinese (geminderte Willkür- und Reaktivbewegungen) bis zu völligen Erstarrung (Akinese) finden. Als vegetative Störung treten vermehrter Speichelfluss, verstärkte Talgsekretion (Salbengesicht) und eine Neigung zu stärkerem Schwitzen auf. Psychische Auffälligkeiten sind depressive Verstimmungen, Reizbarkeit oder egozentrisches Verhalten und auch Antriebsschwäche, die als Reaktion auf die schleichend fortschreitende Erkrankung aufzufassen sind (Vetter, 1998, S. 296 u. 297).

Im Spiegel (Spiegel, 2006) finde ich einen Bericht über die Heilkraft der Bewegung: „Körperliche Aktivität normalisiert nicht nur biochemische Kreisläufe, sondern lässt in Organen und Geweben neue Zellen heranwachsen“. Verschiedene Forschungsergebnisse bestätigen, dass durch körperliche Betätigung schon bestehende Krankheiten gelindert bzw. ihrer Entstehung

entgegengewirkt werden kann und dass sich bei körperlich fitten Menschen der biologische Alterungsprozess verzögert:

- So führt die Kräftigung der Muskeln und damit verbunden die Erhöhung der Knochendichte zu mehr Trittsicherheit und zu weniger Stürzen (Erhöhung des Gleichgewichtsinns).
- Eine Vermehrung von Enzymen im inneren der Gefäße sorgt z. B. für die Bildung des Botenstoffes Stickstoffmonoxid, das die Dehnbarkeit der Blutgefäße sicherstellt (Forscher der Leipziger Universität).
- Jeden Tag gehen Tausende Nervenzellen zugrunde, so der bisherige Stand. Das bedeutet, dass die Gehirnmasse, vorrangig mit den Arealen fürs Lernen und Erinnern, mit den Jahren immer kleiner wird. (15 bis 25 Prozent Verlust der grauen Zellen zwischen dem 30. und 90. Geburtstag). Hier berichtet der Spiegel von den Experimenten des Psychologen A. Kramer (University of Illinois in Urbana-Champaign), der durch Kernspintomografie nachweisen konnte, dass bei einer körperlichen Aktivität, körperlichen Bewegung oder Denkaufgabe, neben der Absterbung von Zellen auch eine erhöhte Neubildung von Neuronen zu vermerken ist. Bewegung verbessert den Austausch von Botenstoffen im Gehirn und kann dadurch Schwermut (Depressionen) und Gehirnverkalkung entgegenwirken.

## 2.2 Altersverwirrte, dementiell erkrankte, pflegebedürftige Menschen

Ein großer Teil der TeilnehmerInnen der Malgruppen leidet zusätzlich zu den anderen Erkrankungen an Verwirrtheitszuständen und Demenz. Nicht näher bezeichnete Demenzen, Gehirnleistungsstörungen und Morbus Alzheimer sind bei einigen Personen diagnostiziert (siehe Tabelle 3 u. 4, S. 97).

Die Reutlinger Regionalzeitung (GEA, 2006) berichtet: „Regelmäßige Bewegung im Alter senkt das Risiko für eine Erkrankung an Demenz und Alzheimer beträchtlich“. Laut einer amerikanischen Untersuchung der Forscher der US-Organisation >>Group Health Cooperative<<, wird die Erkrankungswahrscheinlichkeit durch dreimal wöchentliches Schwimmen, Spazieren gehen, Gymnastik oder Walking um 30 bis 40 Prozent reduziert. 1750 Senioren (davon erkrankten 158 an Demenz, 107 davon an Alzheimer) wurden über einen Zeitraum von sechs Jahren beobachtet. Dabei hatte die Gruppe, die wöchentlich Spaziergänge oder sonstige sportliche Übungen unternahm, im Gegensatz zur weniger aktiven Gruppe eine niedrigere Demenz-Rate. Auch profitierten diejenigen Teilnehmer

von den Aktivitäten, die zu Beginn der Studie die stärksten altersbedingten kognitiven Probleme hatten. Laut Spiegel (Spiegel, 2006) kann „anstelle von Arznei Bewegung wie eine gute Medizin wirken“ so der Forscher Carl Cotman von der University of California. Bei Labormäusen, die über Monate regelmäßig auf Laufrädern rannten, verringerten sich jene Ablagerungen (Amyloidplaques), die mit der Alzheimerschen Krankheit (siehe Kapitel 3.4). einhergehen

Neuste Meldungen in der Hirnforschung sehen eine traumatische Erfahrung in der Jugend als Verursacher für Gedächtnisstörungen im Alter. Eine amerikanische Forschergruppe (Rachel Yehuda mit Team vom Mount-Sinai-Krankenhaus in New-York) hat die Gedächtnisleistungen von Überlebenden des Holocaust, die als Folge des Traumas heute noch an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) leiden (siehe auch Kapitel 3.4.3 u. 7.2) fünf Jahre lang beobachtet. Die Auswertung der Studie mit drei Gruppen von Freiwilligen: Überlebende des Holocaust mit bestehender PTSD, Überlebende mit überwundener PTSD und eine Kontrollgruppe ohne traumatische Vergangenheit zeigt bei allen Holocaustüberlebenden mit 67 Jahren Gedächtniseinschränkungen, die sich steigerten und mit 72 Jahren dem Erinnerungsvermögen über achtzigjährigen Menschen entspricht. Wie die Spätfolgen der PTSD ausgelöst werden, kann Yehuda noch nicht sagen. Andere Ursachen, wie eine Mangelernährung der Holocaustüberlebenden hält sie für eher unwahrscheinlich, hier müssten alle kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sein. In der Studiengruppe war jedoch nur die Fähigkeit betroffen, sich Assoziationen zu merken, für die der Hippocampus des Gehirns verantwortlich ist. (Internet, Wissenschaft, 2006).

Frau T., 74 Jahre, wohnt mit ihrem Mann im Pflegeheim. Frau T. geht in kleinen, etwas unsicheren Schritten. Sie weiß nicht in welchem Zimmer sie wohnt, gerne möchte sie nach Hause. Beim Abholen in die Malgruppe kann sie sich an das letzte Mal bzw. an ihr gemaltes Bild nicht mehr erinnern. In der Malgruppe fragt sie mich oder ihren Mann, was sie malen oder was sie für einen Stift nehmen soll. Sie braucht immer wieder Anstoß. Sie ist sehr freundlich, redet von sich aus wenig, wartet auf Impulse von Außen und wiederholt beim Ansprechen oft die gleichen Wörter und Sätze. Alzheimer-Demenz und weitere Erkrankungen sind bei ihr in der Krankenakte zu finden.

Wenn wir die Biografie, die Krankheitsgeschichte, den Lebensstil und die zwischenmenschlichen Beziehungen eines an Demenz erkrankten Menschen anschauen, erfahren wir etwas über das Verhaltens- und Beziehungsmuster des Menschen. Die Ergebnisse der Beobachtungen verschiedener Arbeitsgruppen von Freiburger Psychologen und Ärzten für Psychosomatik bei Patienten zeigen

eine schwache Entwicklung des Selbst. Aufgrund einer vorhandenen Traumatisierung der seelischen Entwicklung kommt es zu einer Überanpassung und zum fehlendem eigenen Identitätsgefühl. Durch eine Mangelversorgung in der Phase des frühen emotionalen (ikonischen, bildhaften, anschaulichen) Erlebens und einer Überforderung und erzwungener Anpassung (in der indexikalischen, zeichenhaften Phase) gelingt auf der symbolischen Stufe keine Integration der drei Zeichen-Ebenen der Beziehungsgestaltung. Dies bedeutet eine auf der symbolischen Ebene schwache Alltagskompetenz und Wirklichkeitskonstruktion, was neurobiologisch mit einer Schwächung der synaptischen Vernetzung im Kortex und dem Eintritt in die Krankheit einherzugehen scheint. Konfliktvermeidung und psychosoziale Passivität, die eine Abhängigkeit zum Partner bzw. anderen Personen und eine verminderte Teilnahme an der gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion zur Folge hat, findet demnach in der Demenz ihren Höhepunkt (Bauer in Uexküll, 2002, S. 175).

### III Zur dementiellen Erkrankung

Laut des statistischen Bundesamtes (Robert-Koch-Institut, 2005, Heft 28, S.7 und S. 24, Tabelle 6) sind derzeit eine Million Menschen (65 Jahre und älter) von einer Demenzerkrankung betroffen. Die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt im Laufe eines Jahres annähernd 200.000, so ist bis zum Jahr 2020 mit ca. 1,4 Millionen und bis zum Jahr 2050 mit ca. 2,3 Millionen Demenzkranken zu rechnen. Die Häufigkeit der dementiellen Erkrankung steigt mit zunehmendem Alter, von weniger als 2% der 65- bis 69-Jährigen bis auf über 30% der 90-jährigen und Älteren. Fast zwei Drittel der erkrankten Menschen werden in ihren Familien, etwas mehr als ein Drittel (ca. 400.000) werden in Alten- und Pflegeheimen versorgt.

Durch die verstärkte Pflegebedürftigkeit der Erkrankten ist die Demenz der wichtigste Grund für eine Heimaufnahme, die in den letzten Jahrzehnten gleichbleibend zugenommen hat. Über 60% der Heimbewohner sind davon betroffen. Durch ein höheres Erkrankungsrisiko und längere Lebenserwartung gegenüber Männern sind über zwei Drittel der Erkrankten Frauen.

Aufgrund des Anstiegs der Anzahl der Demenzkranken in den nächsten Jahren und der damit verbundenen hohen Kosten für die Betreuung sind neben medikamentöser Behandlung, therapeutisch wirksame Maßnahmen, die ein zeitliches Hinauszögern bzw. Stoppen des Erkrankungsverlaufs bewirken, zu entwickeln. Forschungen auf dem Gebiet der dementiellen Erkrankungen könnten somit zu verbesserten medizinischen und therapeutischen Kompetenzen und zur Kostenreduzierung beitragen. (Robert-Koch-Institut, 2005, Heft 28, S. 23/24).

#### 3.1 Definition von Demenz

Die „Demenz“, auch Dementia vom lateinischen *mens* (Verstand) und der Vorsilbe *dis* (weg von) abgeleitet, bedeutet soviel wie „weg vom Geist, Denken, von geistigen Fähigkeiten“. Sie wird im Gegensatz zum angeborenen Intelligenzmangel und zu vorübergehenden Intelligenzstörungen als eine erworbene, dauernde Intelligenzminderung beschrieben (Dorsch, 1998).

Das Nachlassen von Gedächtnis, Denkvermögen und Verständigungsfähigkeit in Verbindung mit der Beeinträchtigung bzw. Verlust der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Alltagstätigkeiten) sowie einer Verhaltensveränderung,

früher als Folge des Alters oder als Ausdruck einer mangelnden Blutversorgung des Gehirns angesehen, wird heute als „Demenzsyndrom“ beschrieben. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Kapitel V (F00-F03) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) 2005 (ICD-10, 5. Auflage, 2005, S.60) definiert, ist Demenz

„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“

Menzen beschreibt Demenz als Sammelbegriff „für Verusterfahrungen, die sich in Verwirrtheits-, in Vergessens-, in Desorientierungszuständen äußern. Was sich als Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Assoziations-, Gedächtnis- und Affektstörungen auf der mentalen Ebene zeigt, äußert sich als Angst, Depression, Zwang oder Ohnmacht auf der psychischen Ebene“. (Menzen, 2004, S. 16)

### 3.2 Spektrum von Demenz

Es gibt eine Reihe von Erkrankungen, die zu einer Demenz führen können. Die Alzheimer-Krankheit (60-70%) ist vor den vaskulären Krankheiten (10-20%) die häufigste Ursache (vgl. Alzheimer Europe, 2005, 2. Auflage, S.1). Während bei den Blutgefäßkrankheiten eine Demenz aufgrund von Durchblutungsstörungen entsteht - hier kann es zu plötzlichen Verschlechterungen der Hirnleistung und zur schlaganfallartigen Symptomatik (Hirnfarkt) kommen - ist die Alzheimer-Krankheit eine degenerative Erkrankung des Gehirns, in deren Verlauf es zu einer dementiellen Störung kommt. Beide Formen treten im Alter oftmals in Verbindung auf. Neben den primären Formen (Alzheimer-Demenz, Vaskuläre Demenz) gibt es weitere sekundäre Ursachen, die seltener sind.

Hierzu gehören: die Pick-Krankheit, die durch Atropien der Frontal- und Temporallappen sowie durch Neuronenverlust und deformierte Neuronen (Pick-Zellen) charakterisiert ist; die durch Transmitter-Unterversorgung erzeugte Parkinson-Krankheit und Lewy-Körper-Krankheit mit visuellen Halluzinationen,

die Huntington-Krankheit (Neuronenverlust in den Basalganglien und Cortex) und Creutzfeldt-Jakob-Krankheit; oder als Folge von Infektionskrankheiten (HIV-Virus, Syphilis, Hirnhautentzündung) und Stoffwechselkrankheiten. (vgl. Alzheimer Europe, 2005, 2. Auflage, S.1 und Freyberger, 1996, 10. Auflage, S.76-78).

Weitere Ursachen für eine Demenz können ein durch einen Unfall erzeugtes Schädel-Hirn-Trauma (S-H-T), ein Schlaganfall (Apoplex), Stoffwechselstörungen, Schilddrüsenerkrankungen oder ein Mangel an Vitamin B12, Alkoholismus (Korsakow-Syndrom) oder anderen chronische Vergiftungen sein. Ebenso die Multiple Sklerose, eine degenerative Rückenmarks-Erkrankung.

Laut Alzheimer Europe kann bei rechtzeitiger Erkennung ein sehr kleiner Teil der dementiellen Erkrankungen, die infolge von Depressionen, Schilddrüsenunterfunktion, Abflussstörungen der Hirnrückenmarksflüssigkeit oder chronischer Medikamentenüberdosierung auftreten, geheilt werden. Etwa 90% der Hirnleistungsstörungen sind nicht heilbar. Bei richtiger Diagnostik können die Unruhezustände und Symptome der Erkrankung für den Patienten durch medikamentöse und therapeutische Unterstützung gelindert werden. (Robert Koch Institut, 2005, Heft 28, S.11)

Die dementiellen Funktionsstörungen können genetisch, traumatisch, infektiös, vaskulär, endokrinal oder degenerativ bedingt sein.

### 3.3 Erscheinungsweise von Demenz

Der Anfang der Krankheit ist schleichend. Beginnende Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und Wortfindungsprobleme sind in der Regel die ersten Anzeichen. Hier können als Reaktion auf kognitive Beeinträchtigungen auch seelische Veränderungen, wie depressive Symptome, Angstgefühle oder Verhaltensstörungen das Krankheitsbild beherrschen. In der Anfangsphase versuchen Demenzkranke ihre Defizite vor der Umgebung zu verbergen und entwickeln Kompetenzmechanismen. Im weiteren Stadium nimmt die Unfähigkeit zu, neue Informationen zu lernen und sich an früher gewusste Informationen zu erinnern. Abstraktes Denken sowie Urteilsvermögen sind ebenso beeinträchtigt. Störungen kortikaler Funktionen, die sich in der Verschlechterung der Sprach-, Rechen- oder Lesefähigkeit zeigen sowie die Einschränkung, Handlungsabläufe zu planen und konstruktive Aufgaben richtig auszuführen sind weitere auftretende Symptome. Die Demenzkranken nehmen ihre Störungen immer weniger wahr oder leugnen sie. Entsprechend der sekundären Ursachen

kommen neurologische Auffälligkeiten, z.B. Verlust von Kontinenz und motorischer Willkürbewegung sowie psychiatrische Begleitsymptome, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder motorische Unruhe, dazu. (vgl. Müller-Thomsen in Hampe, 2002. S.197 und Förstl in F. von Spreti, 2005, S. 33). Trotz stark abnehmender verbaler Kommunikationsmöglichkeiten und erloschener kognitiver Fähigkeiten im letzten Krankheitsstadium verbleibt den schwer Demenzkranken die emotionale Kontaktfähigkeit, die Fähigkeit auf Außenreize zu reagieren.

Der Krankheitsverlauf kann in drei Stadien unterteilt werden (Menzen, 2004, S.17). Sie basieren auf den Kriterien der DSM-III-R bzw. DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen).

#### **1. Leichte Demenz - Stadium der Vergesslichkeit**

Zerstreuung, Konzentrationsstörungen, Erinnerungsprobleme, Wortfindungsprobleme, zeitliche Orientierungsprobleme, ängstliche, verzweifelte, depressive Reaktionen, die oft überspielt, verdrängt, verleugnet werden, sozialer Rückzug

#### **2. Mittelschwere Demenz - Stadium der Verwirrtheit**

Zeitliche, örtliche und situationsbezogene Orientierungsprobleme, häufige zunehmende Erinnerungslücken, amnestische Aphasien (sprich: Wortfindungsstörungen), Sprachverstehensstörungen, Störungen der Urteilsfähigkeit, leichte bis schwere Gefühlsverunsicherungen bis zu Ausbrüchen und Panikattacken, gereizte, misstrauisch-aggressive Reaktionen, zuweilen unverbundlich erscheinende Freundlichkeit.

#### **3. Schwere Demenz - Stadium der schweren Demenz**

Langzeitgedächtnis-Störungen, Wahrnehmungs-, Denk- und Sprach-Zerfall, paranoide Wahnideen, Störungen der Motorik, leicht entfachbare Erregungszustände, Verschwinden früherer Freundlichkeitsbekundungen.

Die Übersicht über der drei Stadien zeigt, dass bei Demenz ein fortschreitender Wahrnehmungszerfall stattfindet. Anfängliche Orientierungsprobleme erweitern sich zu immer schwerwiegenderen zeitlichen und räumlichen Verstörungen.

Die unterschiedlichen Schweregrade entsprechen einer Umkehrung des Stufenplans der kindlichen Intelligenz-Entwicklung nach Piaget. So zeigt sich bei Alzheimer-Erkrankten mit beginnender Demenz ein Verlust der formalen Denkopoperationen (Stufe ab dem Jugendalter). Es kommt zu einem Rückfall auf das Niveau der konkreten Denkopoperationen, die der Entwicklungsphase des Grundschulalters (zwischen 7. und 12. Lebensjahr) entspricht. Im mittleren Stadium befinden sich die Erkrankten auf der so genannten präoperationalen oder intuitiv-anschaulichen Phase des Denkens des Kindergarten- und

Vorschulalters (zwischen dem 2. und 7. Lebensjahr). Im 3. Stadium, der schweren Demenz, haben sie das „so genannte sensomotorische Anpassungsniveau des Säuglingsalters (1. bis 2. Lebensjahr) erreicht. (Bauer in Uexküll, 2002, S. 169).

### 3.4 Neurologische Hintergründe von Demenz

Bei Morbus Alzheimer gehen in bestimmten Bereichen des Gehirns durch Störungen des Gleichgewichts verschiedener Botenstoffe (Neurotransmitter: Glutamat, Acetylcholin, Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, GABA, Opioide) Nervenzellen zugrunde. Man spricht auch von einer neurodegenerativen Demenz. Amyloide Plaques, verklumpte körpereigene Eiweiß-Ansammlungen, lagern sich auf den Nervenzellen, besonders denen des Hippocampus und des Neocortex ab und ersticken die Nervenzellen. Sogenannte neurofibrilläre Bündel von Proteinfasern machen sich in den Nervenzellen breit, behindern den Stofftransport und lassen Nervenzellen absterben.

Erstmals ab 1906 wurden von dem Neurologen Alois Alzheimer (1864-1915) auffällige Veränderungen in den Nervenfasern (neurofibrilläre Verfilzungen) und Ablagerungen in der Hirnrinde (senile Plaques) bei der Untersuchung erkrankter Gehirne, festgestellt. Neuropathologisch wurde der Gehirnschwund durch Nervenzelluntergänge erklärt.

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch Institut, 2005, Heft 28, S. 10) spielen für die Erkrankung mehrere Faktoren eine Rolle. Hier wird vorrangig das Alter als wichtigster Risikofaktor genannt. Weiter bilden Personen mit leichten kognitiven Störungen gegenüber unbeeinträchtigten Personen eine weitere Risikogruppe. Ebenso wird eine niedrige Schulbildung (durch frühe Störungen der Hirnreifung) und ein sehr geringer Anteil an genetischen Formen für eine dementielle Erkrankung erwähnt.

Hier wären die neuesten Meldungen der Hirnforschung (S. 14), dass in der Jugend ausgelöste Traumatisierungen mit folgenden posttraumatischen Belastungsstörungen Verursacher von Gedächtnisstörungen sind, zu beachten. Ebenso die Annahme, dass eine frühere Mangelversorgung in der Kindheit einen Rückzug aus der Beziehungs- und Wirklichkeitskonstruktion zur Folge hat, die schließlich in der dementiellen Erkrankung ihren Höhepunkt findet (S. 15).

Um ein grundlegendes Verständnis für die komplexen Vorgänge im Gehirn und deren Zusammenhänge des Körpererlebens, Verhaltens und der Erinnerung zu bekommen widme ich mich in den nächsten Unterkapiteln den Strukturen und Funktionen des Gehirns, den Gedächtnis- und Gefühlssystemen sowie der Informationsübertragung im Gehirn (Biochemie der Gedächtnisfunktionen).

### 3.4.1 Strukturen und Funktionen des Gehirns

Das Gehirn (Abb. 1) verarbeitet zentralisiert Sinneseindrücke und koordiniert komplexe Verhaltensweisen. Es ist der Hauptintegrationsort für alle überlebenswichtigen Informationen, die in einem Organismus verarbeitet werden. Die Funktionsweise des Gehirns basiert hauptsächlich auf der Interaktion von stark vernetzten Neuronen über elektrische Impulse (neuronales Netz).

Das Gehirn befähigt den Menschen zu fühlen, zu denken und sich zu bewegen; es steuert jedoch auch die meisten Vorgänge im Körper automatisch.

Das menschliche Gehirn besteht aus drei miteinander zusammenhängenden Hirnkomplexen.

Im **Hirnstamm**, der tiefsten Schicht, an die das Kleinhirn (Cerebellum) angeschlossen ist, befinden sich Strukturen, die lebenswichtige Körperfunktionen (Atmen, Schlucken, Verdauen, Herzschlag) steuern. Der Hirnstamm dient dem Informationsaustausch zwischen dem Gehirn und dem Rückenmark.

Darüber liegt das **limbische System**, das an der Steuerung von Körpertemperatur, Blutdruck, Pulsfrequenz, Blutzuckerspiegel, Essen, Trinken, Schlafen, Wachen sowie an psychologischen Vorgängen und emotionalen Prozessen Anteil hat. Es sendet Impulse an die Großhirnrinde und ist teilweise für die Erinnerung zuständig.

Die dritte Region, das **Großhirn (Cerebrum)** überlagert den Hirnstamm und das limbische System. Hier bildet sich die neuronale Grundlage des menschlichen Verstandes (Wahrnehmung und bewusstes Verhalten).

Die verschiedenen Hirnstrukturen regulieren die elementaren Körperprozesse (Überleben, Zeugung und Pflege des Nachwuchses), verarbeiten sensorische Informationen (Kontakt zur äußeren Welt) und kümmern sich um innere Empfindungen (Gleichgewicht, Schwerkraft, Bewegung und Orientierung). Die Stimulierung innerer Organe durch das Gehirn setzt Muskeln in Bewegung, die

uns zu einem Standortwechsel in der Welt, einer Anpassung an die Umgebung führen können (Zimbardo/Gerrig, S. 69 u. 70)

Das **limbische System** besteht aus einer Gruppe von Zellstrukturen, dem **Hypothalamus**, **Hippocampus** und der **Amygdala**. Sie regulieren die Emotionen und das motivierte Verhalten. Das limbische System ist das „emotionale Gehirn“; es verarbeitet Grundgefühle, wie Furcht, Schmerz, Freude, Wut, Sorge, sexuelle Erregung und Zuneigung. In enger Zusammenarbeit mit der Großhirnrinde verknüpft es Gefühle und Gedanken; dadurch werden wir uns unserer Gefühle bewusst und in die Lage versetzt, die Wirkungen spontaner und instinktiver Gefühlsreaktionen zu beherrschen und einzugrenzen bzw. sie zu unterdrücken, wenn sie fehl am Platz sind. Es ist bei der Bildung des Gedächtnisses von Bedeutung.

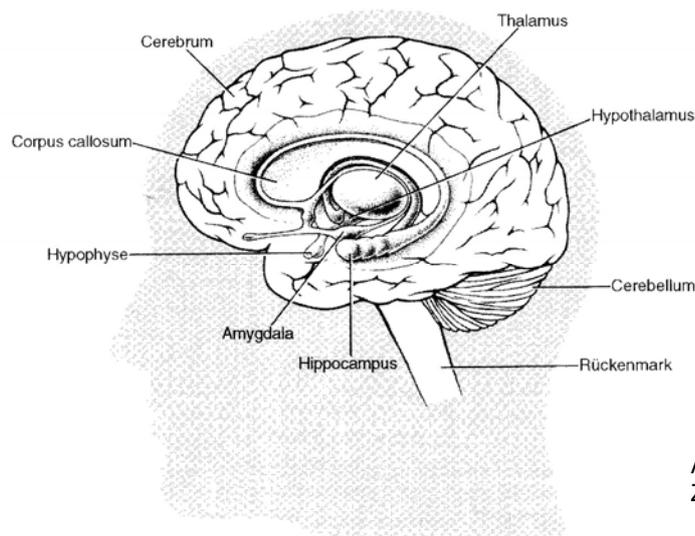


Abb. 1 Gehirnstrukturen  
Zimbardo/Gerrig, 2003

Der **Hypothalamus** steuert zahlreiche körperliche und psychische Lebensvorgänge (Appetit, Schlaf-Wach-Rhythmus, Körperregulation; sexuelle Erregung). Er wird selbst teils neural über das vegetative Nervensystem und teils hormonell über den Blutweg gesteuert. Er ist Mittler zwischen Körper und Gehirn und ein Verbindungsglied zur Hypophyse, die er elektrisch und biochemisch mittels Neurotransmitter steuert.

Die **Hypophyse** (Hirnanhangsdrüse) ist eine wichtige Hormondrüse und zuständig für die Ausschüttung von Neurotransmittern. Sie ist eine entscheidende Schaltstelle zwischen neuronalen und hormonellen Regelprozessen.

Die **Amygdala** (Mandelkern) ist zusammen mit weiteren Zellstrukturen für die Bewertung von Emotionen und beim emotionalen Gedächtnis verantwortlich. Die Amygdala ist eher für negative Gefühle (Angst), die anderen eher für positive Gefühle (Freude) zuständig. Die Amygdala ist mit dem Neocortex (präfrontaler Cortex) und dem Hypothalamus verbunden. Fehlfunktionen der Amygdala können beim Menschen zu einer Vielzahl von Erscheinungen führen wie Gedächtnisstörungen, die Unfähigkeit der emotionalen Einschätzung von Situationen (vgl. Markowitsch/Welzer, 2005, S. 70), Autismus, Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Phobien. Diese Störungen können durch Beschädigung, Entwicklungsprobleme oder ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter hervorgerufen werden.

Der **Hippocampus**, zentrale Schaltstation des limbischen Systems, ist ein Zwischenspeicher von emotionalen Gedächtnisinhalten, die nach einiger Zeit in die Langzeitspeicherung der verschiedenen Areale des Neocortex übergehen. Die expliziten Erinnerungen, in episodischer Reihenfolge (was-wann-wo-wie geschah) bewusst, können bei Bedarf wieder abgerufen werden und man kann sich somit orientieren. Sensorische Informationen werden nach deren Verarbeitung im Hippocampus gleich an den Neocortex weitergeleitet. Bei Verletzungen des Hippocampus können wir uns an Ereignisse nach der Zerstörung nicht mehr erinnern (vgl. Markowitsch/Welzer, 2005, S. 71/72). Abbauprozesse bei Demenzerkrankungen können diese Hirnstruktur schädigen. Es wurde nachgewiesen, dass sich im Hippocampus eines erwachsenen Gehirns mit dem Erwerb neuer Gedächtnisinhalte neue Verbindungen zwischen bestehenden Nervenzellen bilden können bzw. eine Neuentstehung von Nervenzellen. Durch Orientierungstraining kann die Zellbildung im Hippocampus gefördert werden.

Der **Thalamus** (Abb. 2) ist die Schaltzentrale für sensorische (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken) und sensible (Tasten, Vibration, Schmerz) Informationen aus dem Körper und der Peripherie (Sinnesorgane), die durch die Verbindung zum Cortex (Ort des Bewusstseins) von dort in die verarbeitenden Regionen gesandt werden. Der Thalamus wird oft als „Tor des Bewusstseins“ bezeichnet. Zuführende Nervenzellen mit o.g. Informationen werden in „spezifischen Thalamuskernen“ auf eine nachfolgende Nervenzelle umgeschaltet. Hier fungiert der Thalamus als Filter und entscheidet, welche Informationen für den Organismus im Moment wichtig sind, um an die Großhirnrinde weitergeleitet und damit bewusst zu werden.

Das **Cerebellum** (Kleinhirn, Abb. 2) erfüllt wichtige Aufgaben bei der Steuerung der Motorik: es ist zuständig für Koordination, Feinabstimmung, unbewusste Planung und Erlernen von Bewegungsabläufen. Sensorische Informationen übernehmen dabei die Führung. Für die Bewegungskoordination und -durchführung nötige Informationen kommen aus Rückenmark und Hirnstamm. Das Kleinhirn hat Verbindungen zu allen Bereichen des

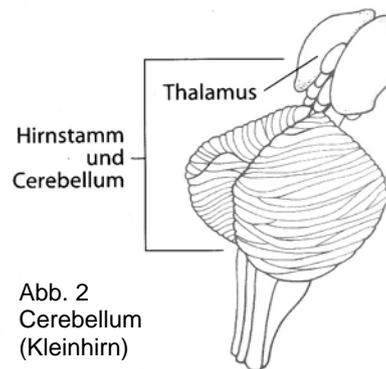


Abb. 2  
Cerebellum  
(Kleinhirn)

Neocortex, besonders des Präfrontalen Cortex. Im Thalamus werden die motorischen Impulse aus dem Kleinhirn sowie anderer motorischer Zentren integriert und an das motorische Cortexareal weitergeleitet. Das Kleinhirn besteht wie das Großhirn aus zwei Hemisphären, einer nervenzellartigen Rindenschicht und eines Hirnmarks. Die beiden Hemisphären sind kreuzweise mit zuführenden Fasern für die Planung der Bewegung sowie für die Durchführung zahlreicher weiterer kognitiver Prozesse aus dem Cortex verbunden. Das Kleinhirn ist für prozedurale Gedächtnisinhalte zuständig. Das bedeutet, dass gut trainierte, automatisierte Bewegungsabläufe im Kleinhirn gespeichert werden.

Die **Basalganglien**, eine Ansammlung von Zellkernen, liegen in der Tiefe der Großhirnhemisphären. Sie sind für die Modulation der Bewegungen, hauptsächlich der Grobmotorik, von Bedeutung. Im Zusammenspiel mit dem Kleinhirn sind sie an der Planung von Bewegungen beteiligt. Neurologische Krankheiten, die mit einer Funktionsstörung der Basalganglien einhergehen sind u.a. das Parkinson-Syndrom.

Das **Cerebrum** (Großhirn) macht zwei Drittel der gesamten Gehirnmasse aus und ist in zwei Hälften geteilt, die cerebralen Hemisphären. Diese sind durch den Corpus callosum (Balken) und zwei weitere kleinere Querbahnen, ein Netzwerk von Nervenfasern, verbunden. Diese Nervenfasern dienen den beiden Hirnhemisphären als Kommunikationskanal. Das Großhirn gehört zum Zentralnervensystem. Es gilt als Sitz des Bewusstseins (bewusstes Denken), der Wahrnehmung (Erwerb von neuem Wissen und neuen Fähigkeiten in Bezug auf komplexer Zusammenhänge) und des Gedächtnisses. Es ist für die komplexen geistigen und seelischen Prozesse verantwortlich.

Der **Cerebrale Cortex** (Neocortex, Großhirnrinde), die äußere mehrfach gefaltete (Windungen, Spalten und Furchen) Schicht des Großhirns besteht aus Milliarden von Nervenzellen (Abb. 3). Diese sind durch Assoziationsbahnen untereinander, durch Projektionsbahnen mit dem Rückenmark und der Peripherie verbunden. Die Großhirnrinde ist die höchste neurale Integrationsebene. Sie lässt sich in vier Lappen (Frontallappen, Parietallappen oder Scheitellappen, Temporallappen oder Schläfenlappen, Okzipitallappen) einteilen. Die große Furche (sulcus centralis) teilt die vorderen und hinteren Lappen in die eher informationsverarbeitenden (körpergefühlsmäßige Befindlichkeit) hinteren Bereiche und die eher informationsumsetzenden (motorischen Befindlichkeit) vorderen Bereiche.

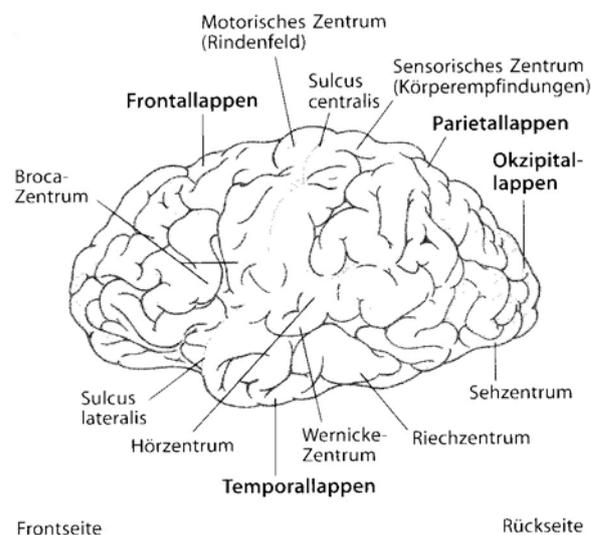


Abb. 3  
Cerebraler Cortex  
(Großhirnrinde)  
Zimbardo/Gerrig, 2003

Der **Frontallappen** mit seinem *primären motorischen Zentrum* (motorisches Rindenfeld), der größte der vier Lappen des Cortex, steht mit dem Hippocampus und mit dem Hypothalamus in Verbindung. Er ist zuständig für Bewegungs- und Handlungsplanungen, die über das **Gyrus Cinguli** (gehört funktionell zum Limbischen System, übernimmt die Verbindung medial liegender Teile der Hemisphären) mit ihren gefühlhaften Bewertungen verknüpft werden. Die Inhalte werden entsprechend zeitlichem oder räumlichem Kontext zugeordnet. Neuere Untersuchungen sehen das Gyrus Cinguli als „Sitz des Selbstgefühls“, des Mitgefühls mit anderen Menschen und Ort der Lebens-Grundstimmung (Bauer, 7. Auflage 2006, S. 53).

Im **Parietallappen** (Scheitellappen) liegen die *primären sensorischen Areale* (sensorisches Rindenfelder), die in Zusammenhang mit Empfindungen von Schmerz, Temperatur, Berührung und Körperlage stehen. Wie die motorischen

Rindenzentren stehen auch die sensorischen Zentren in Kommunikation mit der jeweils entgegengesetzten Körperhälfte. Die *primären Hörzentren* (auditiver Cortex) liegen in den **Temporallappen** (Schläfenlappen). Jedes Hörzentrum des Cortex erhält akustische Informationen aus beiden Ohren. Wahrnehmung, Gedächtnis und Träumen wird diesen Lappen zugeordnet. Der linke Schläfenlappen befasst sich mit dem Sprechen, der rechte enthält Systeme zur Verarbeitung räumlicher Informationen. Visuelle Informationen werden im *primären Sehzentrum* (visueller Cortex), das im **Okzipitallappen** (hinteren Bereich des Gehirns) liegt, verarbeitet. Im linken Temporal- und Frontallappen ist der Sitz des Alltagswissens. Im rechten Temporal- und Frontallappen ist der Sitz der Erinnerung.

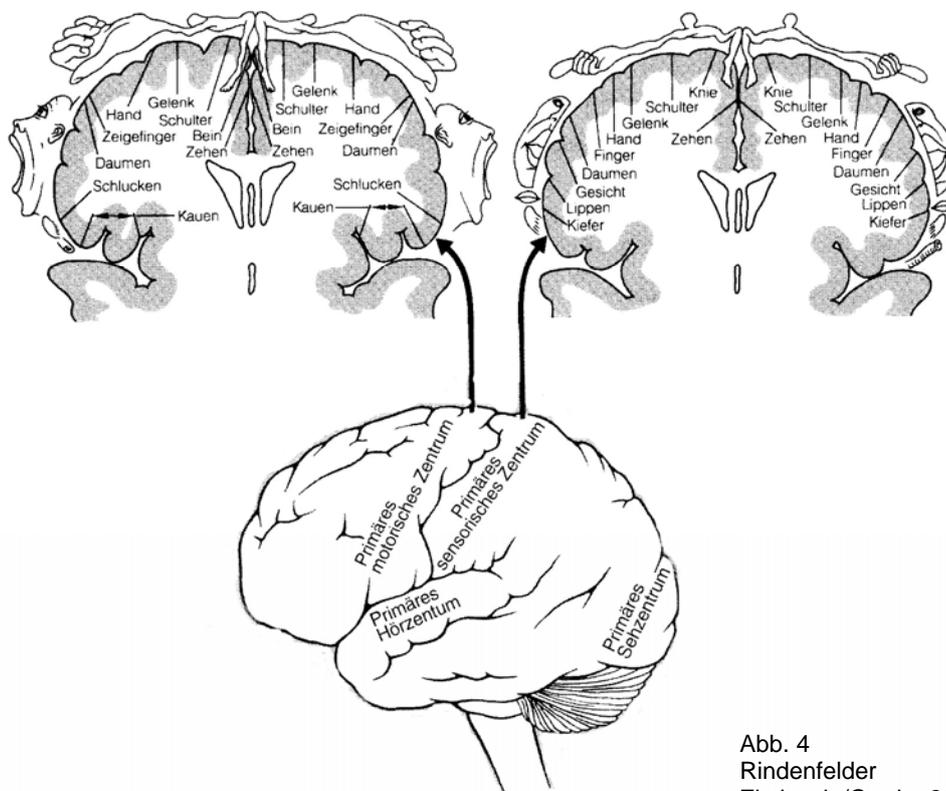


Abb. 4  
Rindenzentren  
Zimbardo/Gerrig, 2003

Assoziationsfelder (*Gyrus angularis*, *Wernicke Zentrum*, *Broca Zentrum*), Bereiche des visuellen, auditorischen und motorischen Cortex, die Informationen aus den primären Rindenzentren erhalten, vergleichen, dekodieren, interpretieren und verknüpfen die neuronalen Informationen.

Das menschliche Großhirn ist in **zwei Gehirnhemisphären** unterteilt. Beide Hemisphären haben unterschiedliche Arbeitsweisen. Aus der Hirnforschung ist bekannt, dass die rechte und linke Hälfte des menschlichen Hirns unterschiedliche Funktionen wahrnimmt.

In der **linken Hemisphäre** wird (bewußt) gedacht, gesprochen, gelesen, geschrieben, analysiert. Sie bevorzugt ein lineares, logisches, analytisches und sequentielles Herangehen an Aufgaben. Mit ihrem informationsaufnehmenden und -verarbeitenden sowie handlungsanleitendem Zentrum, mit ihren motorischen und somato-sensorischen Rindengebieten, ist sie eher auf die Sprachfunktionen spezialisiert. Das bildnachahmende Verhalten der linken Hirnhemisphäre mit den sogenannten Spiegelneuronen (Zellkomplexe, siehe auch S. 35) im vorderen Sprach-Zentrum und in den motorischen Zentren können Handlungen anderer imitieren und sich somit auf das Verhalten des Gegenübers einpendeln. Das heißt, wenn wir Handlungen beobachten, bzw. Bewegungsmuster wahrnehmen, werden diese aktiv.

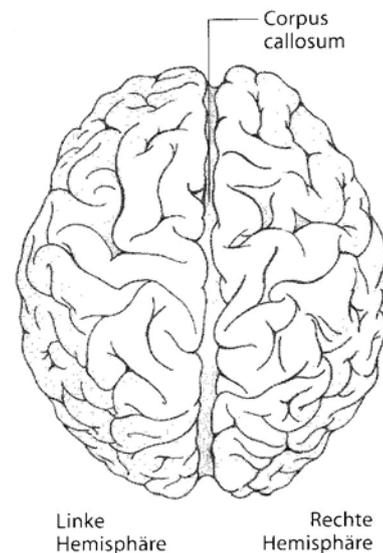


Abb. 5  
Hemisphären

Die **rechte Hemisphäre** arbeitet eher non-linear und ganzheitlich. Sie sieht das große Ganze und bevorzugt eher den Überblick als Details. Diese Gehirnhälfte ist eher sprachlos und mehr an Bildern Metaphern, Farben, Formen und Tagträumen interessiert. Die rechte Hemisphäre übernimmt die struktur- und raumvermittelnden Aufgaben.

**Die linke Hirnhälfte** (Hemisphäre)  
ist zuständig für

- Sprache
- Lesen
- Rechnen
- Vernunft, Verstand
- Logik
- Regeln
- Gesetze
- Analyse
- Details
- Wissenschaft
- Zeitempfinden

**Die rechte Hirnhälfte** (Hemisphäre)  
ist zuständig für

- Körpersprache
- Bildsprache
- Intuition
- Gefühl
- Kreativität
- Spontaneität
- Neugier
- Spielen
- Synthese
- Überblick
- Kunst
- Tanz
- Musik
- Ganzheitlich
- Zusammenhänge
- Raumempfinden

Beide Gehirnhälften sind durch einen dicken Nervenstrang verbunden, den **Corpus callosum** (Balken). Die Hauptfunktion des Corpus callosum besteht darin, die Kommunikation zwischen den beiden Hemisphären zu gewährleisten und im Gedächtnis gespeicherte Erinnerungen und erlerntes Wissen zu übermitteln.

Dies bedeutet, dass bei einem Schlaganfall-Patienten mit Schlaganfall in der linken Hemisphäre das semantische Alltagswissen beeinflusst wird (z.B. wo und wie ich auf dem Frühstückstisch die Kaffeetasse platziere; oder in welcher Reihenfolge ich morgens meine Kleidungsstücke anlege), außerdem kann es zu einer Lähmung der rechten Körperseite und Sprachverlust (motorische oder Broca-Aphasie) kommen. Bei einem Schlaganfall-Patienten mit Schlaganfall in der rechten Hemisphäre wird das episodisch-bildhaft Abgelegte beeinflusst (z.B. wie ich bei meiner Hochzeit gekleidet war) und es kann zu einer Lähmung der linken Seite und Verlust der gefühlhaften Tönung der Sprache (sensorische oder Wernicke-Aphasie) kommen. Die Gedächtnisfunktionen sind also blockiert, es kommt zu Wortfindungsproblemen, Sätze werden abgebrochen, die Merk- und Konzentrationsfähigkeit ist beeinträchtigt (Menzen, 2001, S 50/51).

Durch gezielte rehabilitative Maßnahmen der sensorischen, motorischen und psychosozialen Kompetenzen mittels kunsttherapeutischen Vorgehensweisen, (z.B. Anregung der Sprache und Assoziationsfelder durch praktisch-bildnerische Übungen, Geschichten und Rollenspiele; Stimulierung der Sinne durch verschiedene Materialien) wird versucht, die verbliebenen oder die in dem geschädigten Gebiet benachbarten Hirnzellen zu aktivieren bzw. neue Zellkomplexe zu verschalten. Hier sind die Spiegelneuronen zu beachten, die durch das bloße Betrachten einer Handlung beim Betrachter zu ähnlichen neuronalen Verschaltungen führt wie bei dem Handelnden selbst.

Da die Zellkomplexe im Neocortex (sinnhaft-motorisch), im limbischen System (emotional) und im Zentral- und Zwischenhirn (Thalamus und Hypophyse) miteinander verbunden sind, sind bei einem Ausfall eines Komplexes die anderen mitbetroffen. Im Falle von verwirrten (dementen) Menschen, bei denen oft gedächtnisfunktionale Schläfenlappenbereiche (episodisches und semantisches Gedächtnis) betroffen sind, treten bei einem Zerfall und der damit verbundenen Orientierungslosigkeit Ängste auf. Der Demente empfindet eine starke Erregung mit gleichzeitigem lähmendes Gefühl der Ausführung des Bewegungssinnes (Menzen, 2001, S.40).

Ebenfalls wie beim Schlaganfall geht es beim dementiell Erkrankten in der künstlerisch-gestalterischen Rehabilitation um die Wiederherstellung Kompensierung und Substitution der sensorischen, motorischen und psychosozialen Kompetenzen. Neben der Förderung der Sprache, semantischer Zusammenhänge (Wissensgedächtnis) und bildhaft-emotionaler Erinnerungen (episodisches Gedächtnis) mittels praktischer und bildnerischer Übungen, gestalterischen und thematischen Aufgaben, wird entsprechend der Validation oder Mäeutik (s. Kapitel 4.1 u 4.2) ein emotionaler Zugang zum verwirrten Menschen hergestellt.

### 3.4.2 Gedächtnis- und Gefühlssysteme

Unter Gedächtnis versteht man die Fähigkeit des menschlichen Gehirns, Informationen **aufzunehmen, zu speichern** (aufzubewahren), **zu ordnen** und bei Bedarf wieder **abzurufen**.

Diese geistigen (kognitiven) Prozesse vollziehen sich in einem Gedächtnissystem, das aus mehreren Speichern besteht. Unterschiedliche Typen von Gedächtnis speichern jeweils qualitativ unterschiedliche Arten von Inhalten. Gedächtnisinhalte werden je nach Grad ihrer emotionalen Bedeutung unterschiedlich eingespeichert. Demzufolge werden starke Erlebnisse vom Gedächtnis anders behandelt als persönlich belanglosere. Das Gedächtnis eines Menschen selektiert (wählt aus), d.h. es nimmt einige Informationen aus Geschehnissen aufmerksam wahr, andere nicht, vergleicht diese Informationen mit bereits bestehendem Wissen, bewertet sie, versieht sie mit emotionalem Gehalt und speichert sie in einem Netzwerk unterschiedlicher Gedächtnisstrukturen ab. Es werden vier Gedächtnissysteme voneinander unterschieden: Episodisches, Semantisches, Prozedurales und Geprägtes Gedächtnis (Markowitsch/Welzer, 2005) .

Im **episodisches Gedächtnis** sind u.a. autobiografische Ereignisse und nach Ort und Zeit bestimmte Fakten abgelegt (z.B. Erinnerungen an Erlebnisse bei einem Besuch in Paris, das Gesicht und der Name der eigenen Mutter). Die emotionale Tönung, für die die Amygdala verantwortlich ist, wird vorübergehend im Hippocampus gespeichert. Amygdala und Hippocampus gelten als die wesentlichen Bauteile unseres Arbeitsspeichers, auch als Kurzzeitspeichergedächtnis bezeichnet. Generell sind bei der Verarbeitung episodischer Gedächtnisinhalte eher frontale und temporale Regionen im

Bereich der *rechten* Hirnhälfte wichtig. Eine Aktivierung des episodischen Gedächtnisses eröffnet neue Möglichkeiten des Lernens.

Im **semantischen Gedächtnis** sind u.a. Kenntnisse über die Welt, über generelle Zusammenhänge und das Schulwissen („Paris ist die Hauptstadt von Frankreich“, Man hat eine Mutter und einen Vater“) abgespeichert. Das semantische Gedächtnis verteilt sich über weite Regionen des Gehirns. An den entsprechenden Funktionsstellen werden die Wissensbestände, die mit entsprechenden Gefühlen belegt sind über längere Zeit abgespeichert (Langzeitspeicher). Von dort können sie immer wieder abgerufen und neu bewertet werden. Semantische Gedächtnisinhalte werden durch explizites Lernen erworben. Bei der Verarbeitung semantischer Gedächtnisinhalte sind eher frontale und temporale Regionen im Bereich der *linken* Hemisphäre wichtig. Darüber hinaus ist beim episodischen und semantischen Gedächtnis, abschwächend oder verstärkend, das Kleinhirn beteiligt.

Episodisches und semantisches Gedächtnis werden dem **deklarativen Gedächtnis**, auch Wissensgedächtnis oder expliziten Gedächtnis zugeordnet. Das deklarative Gedächtnis speichert Tatsachen und Ereignisse, die bewusst wiedergegeben werden. Der Ort des deklarativen Gedächtnisses ist der Neokortex.

Zwei weitere Speichersysteme sind das **prozedurale Gedächtnis** (impliziertes Gedächtnis), in dem mechanische und motorische Fertigkeiten und Handlungsabläufe abgespeichert sind (z.B. Gehen, Radfahren, Tanzen, Autofahren, Klavierspielen) und das sogenannte **Priming**, in dem früher wahrgenommene Reizmuster oder ähnlich erlebte Situationen eingelagert sind.

Das prozedurale Gedächtnis, auch Verhaltensgedächtnis ist am wenigsten durch eine dementielle Veränderung gefährdet und bleibt am längsten erhalten. Es speichert Fertigkeiten, Erwartungen, Verhaltensweisen und die Ergebnisse von Konditionsvorgängen und Priming.

Das geprägte Gedächtnis oder sogenannte Priming bezeichnet die Zusammengehörigkeit von Gestalt-Elementen als ein Muster (z.B. Trinken und Glas, Blatt und Baum), das sich im Laufe des Lebens eingepägt hat und schnell wieder abgerufen werden kann. Auf diese geprägten Muster ist der altersverwirrte Mensch, mit Ausfall des Arbeitsgedächtnisses (Kurzzeitgedächtnisses) und zunehmendem Zerfall der Langzeitgedächtnisleistung, besonders angewiesen. Prozedurale Gedächtnisinhalte werden durch implizites Lernen erworben.

Bestimmte Gehirnregionen können heute den Formen des Gedächtnisses zugeordnet werden. Die Zuordnungen können oft durch Gedächtnisstörungen beim Ausfall der entsprechenden Regionen belegt werden.

Das Arbeitsgedächtnis (Kurzzeitgedächtnis) wird im präfrontalen Cortex lokalisiert. Das Langzeitgedächtnis hingegen ist eine Leistung des Cortex und zahlreicher subkortikaler Bereiche.

Sensorische Daten von ikonografischen Gedächtnisinhalten des visuellen Systems und von echoischen Gedächtnisinhalten des auditiven Systems werden enkodiert (neues Einspeichern von Informationen) und in das Arbeitsgedächtnis überführt. Die Speicherung im sensorischen Register erlaubt den im Großhirncortex für jede Modalität spezifischen Gebieten, die Informationen zu interpretieren, eine Mustererkennung durchzuführen, mit bekannten Reizmustern aus dem Langzeitgedächtnis zu vergleichen und schließlich zu filtern und zu bewerten. Es handelt sich hierbei um einen der zentralen Prozesse von Bewusstsein und Aufmerksamkeit.

Das Arbeitsgedächtnis dient der bewussten Informationsverarbeitung. Hier werden die Informationen zeitlich und räumlich mit gefühlsmäßiger Tönung geordnet. Visuelle und verbale Informationen werden mit Informationen aus dem Langzeitgedächtnis verknüpft. Vergessen erfolgt durch Überschreiben und kann durch Wiederholungen vermieden werden. Zur längerfristigen Speicherung werden die Ergebnisse der bearbeiteten Informationen in das Langzeitgedächtnis überführt. Das Langzeitgedächtnis ist das dauerhafte Speichersystem mit den verschiedenen Speicherleistungen für verschiedene Arten von Informationen. Vergessen findet hier durch Interferenzen mit anderen, vorher oder später gelernten Inhalten statt.

Prozesse des Langzeitgedächtnisses sind:

- Lernen/Enkodieren: Neues Einspeichern von Informationen
- Konsolidierung/Behalten: Bewahren von wichtigen Informationen durch regelmäßigen Abruf
- Erinnern/Abruf/Dekodieren: Reproduktion oder Rekonstruktion von Gedächtnisinhalten
- Vergessen: Zerfall von Gedächtnisspuren oder Interferenzen durch konkurrierende Informationen

Für die Überführung von neuen Gedächtnisinhalten in das Langzeitgedächtnis und das Bewahren von Informationen ist Üben unerlässlich, d.h. das bewusste Abrufen und Zirkulieren von Informationen im Arbeitsgedächtnis. Die Verankerung im Gedächtnis nimmt einerseits mit der Relevanz und der Anzahl der Assoziationen zu, andererseits auch mit der emotionalen Bedeutung.

Ereignisse werden vom Menschen individuell aufgenommen, abgeglichen und behalten. Je nach Intelligenz- und Lernleistung (kognitiver Ausstattung) werden

die elementaren Gegebenheiten des Wahrnehmens und Erkennens in eine für ihn sinnvolle, d.h. individuums- und umweltangepasste Ordnung, in Gestalt-Zusammenhänge mit emotionaler Tönung gebracht und gespeichert. Im Laufe des Lebens verändert sich diese kognitive Ausstattung je nach Beanspruchung und damit die Organisation der Aufnahme, Informationsverarbeitung, Abgleichung und Speicherung. Lebensalter, Lebensumstände, Lebenseinstellung, genetische Faktoren, Strategien, Aufnahmefähigkeit usw. sind an diesen Funktionsleistungen des Gehirns beteiligt.

### 3.4.3 Informationsübertragung im Gehirn (Biochemie der Gedächtnisfunktionen)

Alle Informationsverarbeitungen und Speichervorgänge im Gehirn werden durch die Verbindung von Nervenzellen (Neuronen) oder Nervenzellgruppen ermöglicht. Ein Neuron ist eine Zelle, deren spezielle Aufgabe es ist, Informationen zu empfangen, zu verarbeiten und/oder an andere Zellen im Körper weiterzuleiten. Neuronen bilden die Grundbausteine des Nervensystems. Sensorische Nervenimpulse, z.B. verursacht durch einen Schmerzreiz am Finger, gelangen über das Rückenmark ins Gehirn. Interneuronen, die untereinander viele Verknüpfungen eingehen (Netzwerke bilden) sind das Bindeglied zwischen sensorischen Neuronen (afferente Bahnen, vom Sinnesorgan zum Gehirn oder Rückenmark führende Nerven) und motorischen Neuronen (efferente Bahnen, Bewegungsnerven, vom Gehirn oder Rückenmark zu den willkürlichen Skelettmuskeln ziehenden Nerven). Interneuronen antworten auf die sensorischen Impulse (sensorischen Reize), indem sie motorische Neuronen stimulieren und damit die Muskeln der entsprechenden Körperregion aktivieren und in Bewegung bringen, so dass bei Schmerz eine entsprechende Reaktion, wie das Wegziehen des Fingers, erfolgt. Im Anschluss dieser Reiz-Reaktion (sensorischer Reiz, neuronale Aktivität und motorische Handlung) wird das Gehirn informiert, in dem diese Erfahrung bzw. Ereignis im sensorischen Cortex als subjektive Vorstellung wahrgenommen und im Gedächtnis mit emotionaler Tönung des limbischen Systems gespeichert wird. Die Erfahrung und Einspeicherung ermöglicht dem Organismus bei einer wiederholten Situation dem gefährlichen Objekt auszuweichen, bevor eine Verletzung stattfindet (Zimbardo/Gerrig 2003, 7. Auflage, S. 79/80). Der Mandelkern (Amygdala), Teilorgan des limbischen Systems, der Erinnerungsspuren darüber abspeichert,

ob Ereignisse oder Situationen für den eigenen Organismus angenehm oder schädlich beziehungsweise unangenehm waren und diese an weitere Strukturen im Gehirn weitermeldet, beteiligt sich entscheidend an der Bewertung neuer Situationen und Ereignisse.

Die Nervenzellen (Neuronen) sammeln am einen Ende Informationen und übermitteln am anderen Signale. Über eine Reihe von verzweigten Fortsätzen (Dendriten als Empfang, Axone als Übertragung) nehmen die Nervenzellen Kontakt zu anderen Nervenzellen auf. Die Endknöpfe der Axone bilden mit den Dendriten bzw. der Oberfläche anderer Zellen Synapsen. Über den synaptischen Spalt werden elektrische Impulse in chemische Prozesse transformiert. Sogenannte Neurotransmitter (Nervenbotenstoffe z.B. Acetylcholin, GABA, Dopamin, Serotonin, Endorphine) werden dabei freigesetzt und ausgetauscht. (Zimbardo/Gerrig 2003, 7. Auflage, S. 85).

Jede Nervenzelle des Gehirns ist mit bis zu 100.000 solcher Synapsen mit anderen Nervenzellen verschaltet. Nervenzell-Verbände (Neurale Netzwerke) entstehen durch Verbindung von Nervenzellen bei gemeinsamer Verbindung von

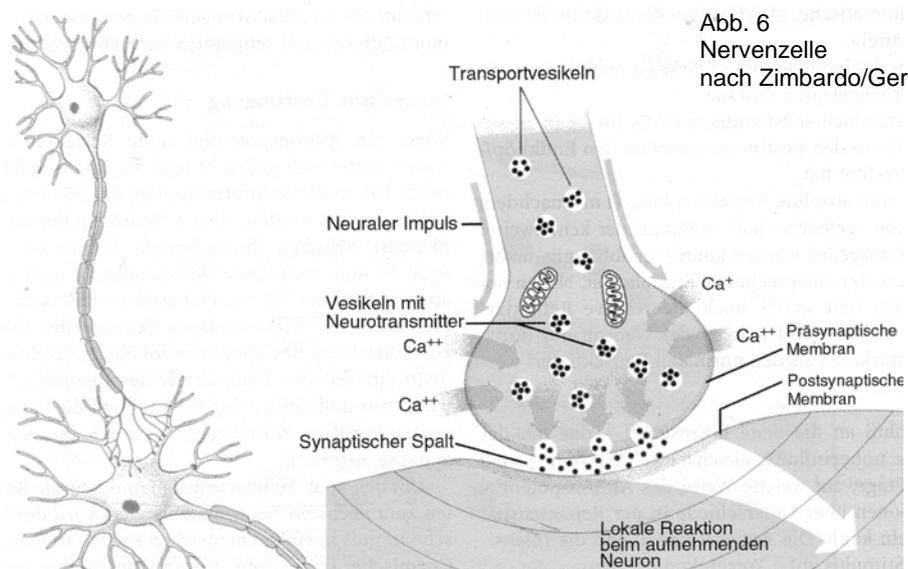


Abb. 6  
Nervenzelle  
nach Zimbardo/Gerrig, 2003

Nervenzellen bei gemeinsamer Aktivierung durch Einzelsignale der fünf Sinne. In den Netzwerken werden Informationen, wie z.B. Erinnerungen bestimmter Erfahrungen aus zwischenmenschlichen Beziehungen gespeichert. Nervenzell-Verbände bringen einfache Wahrnehmungen eines Objekts in die subjektive Vorstellung. Es wird zwischen „Unimodaler Wahrnehmung“ (Wahrnehmung durch Nervenzellverbänden innerhalb einer Sinnesmodalität) und „multimodaler

Vorstellungen“ (Verbindung von Nervenzell-Verbänden aus unterschiedlichen Sinnesmodalitäten zu Nervenzell-Netzwerken) eines Objekts unterschieden. Bei Verschaltung mehrerer Nervenzell-Netzwerke (Wahrnehmung mehrerer Objektrepräsentationen) kann eine Vorstellung einer Situation entstehen. Bei einer weiteren „supramodalen“ Verschaltung von Situations-Nervenzell-Netzwerken werden subjektive Vorstellungen von Prozessen möglich. Und in weiteren Eben können diese zu abstrakten Vorstellungen der Kausalität führen (Bauer, 7. Auflage 2006, S. 53).

Assoziationen (Gedankenverknüpfungen von verschiedenen Wahrnehmungen) beruhen auf der Verbindung von dazugehörigen Nervenzell-Netzwerken. Bauer erläutert drei Dimensionen, wie Vorstellungen über Zusammenhänge (Assoziationen) im Gehirn erzeugt werden. In der ersten Dimension werden Elemente der äußeren Welt untereinander gedanklich in Verbindung gesetzt (assoziiert), die dann ein inneres Bild der äußeren Welt speichern und in die subjektive Vorstellung heben können. In zweiter Dimension werden Wahrnehmungen der eigenen Körperbefindlichkeit zusammengesetzt (assoziiert) und ebenso als inneres Bild im Gehirn abgezeichnet. Die Verknüpfung der Wahrnehmungen beider Repräsentationen (inneres Bild von äußeren Objekten oder Situationen und inneres Bild des körperlichen Selbstbefindens) geschieht in der dritten Dimension, im Gyrus Cinguli (Sitz des Selbstwertgefühls) des limbischen Systems. Die Verknüpfungen des Körpererlebens und den Objekten der äußeren Welt sind psychosomatisch bedeutsam (Bauer, 2006). Im Gyrus Cinguli gespeicherte Assoziationen zwischen äußeren Gegebenheiten und inneren Körperzuständen könnten so erklären, warum bei manchen Menschen bestimmte äußere Situationen eine schlagartige Veränderung des physischen Befindens zur Folge haben können (Bauer, 7. Auflage 2006, S. 54 - 56).

Gleichzeitig „bioelektrisch“ aktivierte Nervenzellen bzw. Nervenzell-Netzwerke verstärken die synaptische Verknüpfung (Verkabelung). Die Ausschüttung von Neurotransmittern in den „synaptischen Spalt“ führt zu einer biochemischen Stimulierung der beiden beteiligten Nervenzellen. Dies bewirkt, dass in beiden Zellen Gene aktiviert werden, die wiederum Proteine produzieren, die die Synapsen strukturell verstärken. Viel benutzte Synapsen (im Rahmen von Wahrnehmungen, Denkvorgängen oder Tätigkeiten) werden demnach strukturell verstärkt, wenig benutzte oder nicht benutzte Synapsen verlieren an Struktur bzw. werden aufgelöst. Auf diese Weise können häufige oder intensive Erfahrungen zur Verstärkung von Nervenzell-Netzwerken führen, in denen diese Erfahrungen

gespeichert sind. Dies kann zur Folge haben, dass freudvolle Erlebnisse sowie traumatische Ereignisse oder Angstreaktionen in den Nervenzell-Netzwerken eingespeichert sind. Synaptische Aktivität, die sich aus anregenden Erfahrungen ergibt, führt in Nervenzellen zur Aktivierung von Nervenwachstums-Genen. Synaptische Aktivität, die sich aus Alarmerfahrungen ergibt, kann zur übermäßigen Freisetzung von nervenschädigenden Botenstoffen (z.B. von Glutamat und Cortisol) führen. (Bauer, 7. Auflage, 2006, S. 56)

Die Bildung von Nervenzell-Netzwerken beginnt mit der Geburt. Etwa in der Hälfte der Schwangerschaft beginnt der Aufbau von Verschaltungen durch Synapsen, so dass zum Zeitpunkt der Geburt eine neurobiologische Grundausstattung (im Bereich der sensorischen und motorischen Areale der Großhirnrinde) an Nervenzellen fast vollständig vorhanden ist. Diese kann verloren gehen, wenn sie nicht durch entsprechende Reizzufuhr stabilisiert wird.

Die nachgeburtlichen zusätzlichen synaptischen Verschaltungen hängen also von einer anregenden Umwelt und von der persönlichen Entwicklung eines Menschen ab. Wird der Säugling nach seiner Geburt mit einer angemessenen Reizzufuhr von der Mutter oder einer anderen liebevollen Person versorgt, ist eine Verstärkung der Funktionsleistung der aktiven Nervenzellen und Synapsen zu erwarten (vgl. Bauer, 7. Auflage, 2006, 62-64). Eine Reizüberflutung kann jedoch zu Stressreaktionen führen und die Nervenzellen und Synapsen zerstören (nervenschädigende Botenstoffe). Deshalb ergibt sich eine anregungsreiche Umwelt für den Säugling zuerst einmal durch die Beziehungsgestaltung der Mutter. Das von Vittorio Gallese und Giacomo Rizzolatti (2001) an der italienischen Universität Parma entdeckte Nervenzellsystem der Spiegelneuronen reagiert auf wahrgenommene Signale bei anderen Menschen. Wie andere Neuronen geraten sie in Erregung, wenn der Körper eine Tätigkeit ausführt. Aber die Spiegelneuronen flackern auch dann auf, wenn dieselbe Tätigkeit bei einem anderen Organismus gesehen wird. Sie sind in der Lage, das Verhalten des anderen zu deuten und zu verstehen. Sympathie und Einfühlung, Lernen durch Nachahmung und alle Formen der menschlichen Kommunikation könnten von solchen Spiegelneuronen ausgehen. Nach Bauer ist dieses wechselseitige, spiegelnde Hin- und Zurückspielen von einfachsten Signalen (Blicken, Gesichtsausdrücken, Lauten, Berührungen) das entscheidende „Geheimnis“ der frühen Mutter-Kind-Kommunikation. (Bauer, 7. Auflage, 2006, 65). Das Kind lernt durch eine anregende, angemessene Reaktion und Handlungsweise der Mutter oder Bezugsperson auf seine eigenen unspezifischen Empfindungen. Beide Signale, die von Innen (vom Körper) und von Außen (von der Mutter/äußerer

Umwelt) werden im Gehirn (im Gyrus cinguli, zentrale emotionale Schaltstelle) miteinander verknüpft und bekommen dadurch eine Bedeutung, was zu einem Verständniszusammenhang. Eine persönliche Zuwendung führt weiterhin zu einer Stabilisierung der Bindung, wobei das Bindungshormon Oxytocin (Aktivierung eines Gens in der Hypophyse bei emotional starker Bindung, z.B. Verliebtsein, das wiederum das Hormon Oxytocin herstellt) freigesetzt wird. Dies wiederum verstärkt die Verhaltensweisen, welche eine Bindung sichern. Zwischenmenschliche Beziehungen und Bindungen (siehe auch Seite 76) haben demnach für die Entwicklung des Kindes und auch des Erwachsenen und seines Gehirns eine entscheidende Bedeutung. Anregende Umweltbedingungen und Aktivität mit sicherer Bindung vermehren die Zahl der Nervenzellen und Synapsen. Durch das Tätigwerden lernt das Gehirn seine synaptischen Verschaltungen zu verändern und seine Feinstruktur umzubauen, was als „synaptischen Plastizität“ bezeichnet wird. Die emotionale, intellektuelle und neurobiologische Entwicklung des Menschen basiert also auf der „erfahrungsabhängigen Plastizität“ in der Schwangerschaft und verstärkt in den ersten Lebensmonaten. (Bauer, 7. Auflage, 2006, S. 66-71)

Wird die Alzheimersche-Erkrankung im Bezug auf die Beziehung der Person und ihrer Umwelt (erfahrungsabhängigen und neuronalen Plastizität mit Veränderung und Anpassung der synaptischen Verschaltungen) gesehen, so wäre neben einer medikamentösen Behandlung auch ein therapeutischer Ansatz möglich. Eine biografische Anamnese und das Wissen über die Beziehungsgeschichte des Klienten könnte ein Zugang zu seiner Erkrankung, deren Entstehung und derzeitigen Beziehungsgestaltung schaffen.

Bauer beschreibt die Alzheimer-Krankheit aus biosemiotischer Sicht (Zeichenprozesse aller Sinnesmodalitäten) mit Passungsverlust und Rückzug von der Konstruktion der Umwelt. Gelingt eine Umwelt-Konstruktion nicht, zieht sich das Individuum aus der Gestaltung seiner Umgebung dauerhaft zurück. Deshalb ist im Falle einer Alzheimer-Erkrankung die frühe geistig-seelische Entwicklung auf der ikonischen Zeichenebene (frühkindlichen Fühlebene) bis etwa Ende des 4. Lebensmonats und der anschließenden indexikalischen Phase (Zweckorientiert) der Entwicklung des Selbstgefühls sowie die Integration beider Ebenen auf die symbolische Zeichenebene ab dem zweiten Lebensjahr von Bedeutung.

Nach der von Bauer und weiteren Ärzten in einer Studie untersuchten Alzheimer-Biographien entstand der Eindruck, dass die später an Alzheimer Erkrankten über eine stark entwickelte ikonische Gefühlswelt, jedoch über wenig

indexikalische strategisch-pragmatische Kompetenz verfügen. In Übereinstimmung mit biografischen Untersuchungen anderer Arbeitsgruppen wurde eine Dominanz des Partners und eine übermäßige Anpassung mit Konfliktvermeidung des Erkrankten festgestellt. Die Thematisierung eines möglichen Konflikts im therapeutischem Setting zeigte vorherrschende Abwehrmechanismen, wie die der Verleugnung und Wendung der Aggression gegen das Selbst, das Verschwinden in eine Art dissoziative Abwesenheit und zuletzt das Vergessen. (Bauer in Uexküll, 2002, S. 173). Weiterhin wurde von der Untersuchungsgruppe festgestellt, dass etwa sechs Monate bis zwei Jahre vor Beginn erster klinischer Zeichen der Demenz ein schweres Belastungsereignis stattfand, das zu einer Resignation und schlagartigen Rückzug aus der bereits unterentwickelten Beteiligung an der kommunikativen Wirklichkeitskonstruktion führte.

### 3.5 Fragen und Hypothesen

Künstlerisch-gestalterische Arbeit mit älteren Menschen  
- zwischen pädagogischer und therapeutischer Absicht -

Ein Beitrag zur Förderung der Lebensqualität alterskranker  
und altersverwirrter Menschen.

Ausgehend von diesem Titel, dem Krankheitsbild der alterskranken und altersverwirrten Menschen, den Rahmenbedingungen, den physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten der TeilnehmerInnen der Malgruppen, stellen sich mir einige Fragen:

1. Ist es möglich durch kunsttherapeutische Fördermaßnahmen die Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, Orientierung sowie das raumzeitliche Erinnerungsvermögen aufzufangen und zu stabilisieren?
2. Können belastende Ereignisse, Konflikte und Gefühle über das gestalterische Tun verarbeitet und integriert werden?
3. Trägt die therapeutische und erlebnispädagogische Betreuung zu einer Ichstabilisierung und Selbstbestimmung bei?

Mein Interesse konzentriert sich darüber hinaus besonders darauf, Menschen zu begleiten und auf ihrem Weg zu unterstützen. Die TeilnehmerInnen werden mir auf diesem Weg ihre Grenzen, ihre Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Fortschritte und Rückschritte werden mir ein in Frage stellen der Fördermöglichkeiten bewusster machen. Gegenseitige Herausforderungen und Erfahrungen werden mich mit so manchem Unerwarteten überraschen und meine eigenen Wünsche und Ziele gilt es immer wieder zu reflektieren.

Trotz des unterschiedlichen Alters, des unterschiedlichen Gesundheitszustandes und der individuellen Lebensgeschichten begeben sich mit den TeilnehmerInnen auf den gemeinsamen Weg der letzten Lebensstufe, der je nach TeilnehmerIn länger oder kürzer ist.

## IV Unterschiedliche Fördermaßnahmen bei Demenz

Nach dem näheren Eingehen auf das Krankheitsbild der Demenz interessiert mich, welche Fördermaßnahmen es für diese Krankheit gibt. Das Qualitätshandbuch „Leben mit Demenz“ des Kuratoriums deutscher Altershilfe (2001) als umfassendes Werk zur Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen gibt mir einen umfassenden Überblick.

Neben medikamentöser Behandlung möchten diese therapeutischen Interventionen helfen, das Selbstwertgefühl zu erhalten, das emotionale Gleichgewicht, eine positive Lebensbilanzierung sowie die sensomotorischen, motorischen und psychosozialen Kompetenzen wieder herzustellen. Mittels verschiedener Stimulationen, Erinnerungen und Aktivierungen sollen neue Verschaltungen im Gehirn angebahnt (die Hirnzellaktivität angeregt) werden, die zu einer Verhaltensänderung und zu einem verlängerten, aktiven, selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben des älteren Menschen führen können.

### 4.1 Validation

Validation (lat.: Begleitung; engl.: Wertschätzung) ist ein Verfahren, das auf die Gefühle des verwirrten, desorientierten Menschen eingeht, ihn in seinen Aussagen ernst nimmt und die Richtigkeit seiner Äußerung bestätigt. Die amerikanische Sozialarbeiterin Naomi Feil entwickelte diesen Ansatz zwischen den 60er und 80er Jahren. Inzwischen gibt es neben der Validation nach Feil, die Integrative Validation (IVA) nach Nicole Richard, die Spezielle Validierende Pflege nach Brigitte Scharb und das Mäeutische Konzept nach Cora van der Kooij, das u. a. die Validation einbezieht (KDA, 2001, S. III/35).

Bei der Methode der Validation wendet der Therapeut Einfühlungsvermögen an, um in die innere Erlebniswelt der alten, desorientierten Person vorzudringen.

So fasst der Patient Vertrauen zum Therapeuten. Auf der Basis des Vertrauens entsteht Sicherheit, die Stärke schafft und das Selbstwertgefühl wieder herstellt. Und das wiederhergestellte Selbstwertgefühl verringert Stress. Validieren heißt, die Signale des Patienten aufzufangen und in Worte zu kleiden und ihm somit seine Würde zurückgeben (Feil, 2002, S.11). Es geht vorrangig um den emotionalen Gehalt („Sie sind sehr aufgeregt“) einer Aussage anstatt um Fakten („Warum haben sie sich vorher mit ihrer Zimmernachbarin gestritten“). Feil

möchte mit der Methode der Validation das Verhalten des alten desorientierten Menschen verstehen und einschätzen.

Feil orientiert sich an den acht Lebensstadien des Psychologen E. Erikson. Jedes Stadium hat eine andere Aufgabe, die der Mensch in seinem Leben bearbeiten muss. Gelingt es nicht, mitgeschleppte, unbewältigte Aufgaben im hohen Alter aufzuarbeiten und zu integrieren, gleitet die Person letztlich in das „Stadium des Vegetierens“ ab. (Feil, 2002, S. 13 u.20).

Die Desorientiertheit vieler hochaltriger Menschen ist nach Feil nicht allein auf organische Gehirnschäden zurückzuführen, sondern auf den unbewussten Rückzug in die Vergangenheit. Feil beschreibt für die Desorientierung des alten Menschen (ca. 80 – 100 Jahre) vier Stadien (mangelhafte, unglückliche Orientierung, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegungen und Vegetieren), die aufgrund physischer und psychischer Charakteristika bestimmt werden. Jedes Stadium entspricht einem weiteren Rückzug aus der Realität, einer langsamen physischen Regression. Für jedes Stadium gibt es verschiedene, angemessene validierende Techniken, deren Grundlage, das Wissen über die Biografie der Menschen und damit auch über unverarbeitete Lebenssituationen ist.

Validationsziele sind die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls, Reduktion von Stress, Rechtfertigung des gelebten Lebens, Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit, Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel, Verbesserung der Kommunikation, Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren und die Verbesserung des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens. (Feil, 2002, S. 11)

Das Kuratorium Deutscher Altenhilfe (KDA) kritisiert die fehlende Transparenz der Zielgruppen sowie den Widerspruch in der Theorie der unbewältigten Lebensaufgaben in Feils Büchern. Ebenfalls lehnt die KDA das Wort „Vegetieren“ ab, da negative Assoziationen geweckt werden und es mit Menschenwürde nicht vereinbar ist (KDA, 2001, III/ 48).

#### 4.2 Mäeutik

Mäeutik (griechisch: geburtshelfend, auch weibliche Intuition) möchte ähnlich der Validation einen emotionalen Zugang zum verwirrten Menschen herstellen. Sokrates verwendete den Begriff „Mäeutik“, wenn im Dialog durch bestimmte Fragetechniken die zugrundeliegenden Gefühle, Antworten und Einsichten des

Gesprächspartners entdecken. Wahrheit, Rechtmäßigkeit und Nutzen waren seine Begriffe. Heute steht Mäeutik für die Begriffe „Nähe“, „Intimität“, „Sicherheit“ und „Geborgenheit“.

Die „Erlebensorientierte Pflege“ oder das „Mäeutische Konzept“ wurde vom niederländischen Institut für „Mäeutische Entwicklung in der Pflegepraxis“ (IMOZ) in Appeldorn (1996) entwickelt. Bei der „Erlebensorientierten Pflege“ geht es um das Erleben der (demenzkranken, chronisch kranken oder auch allgemein pflegebedürftigen) Bewohner und um die Art und Weise, wie die Mitarbeiter sich auf deren Gefühle einlassen. „Intuitives Wissen“ der Pflegekräfte wird im Umgang mit den Pflegebedürftigen oft nur unbewusst (nach dem Gefühl handelnd) eingesetzt. Das mäeutische Pflegekonzept möchte das gefühlsmäßige Pflegewissen mit Worten, Begriffen und theoretischen Ansätzen untermauern. Ziel ist es, die Kreativität der Mitarbeiter zu steigern, in dem sie mit Hilfe einer gemeinsamen Sprache über Erfahrungen und Gefühle kommunizieren können. Mäeutik lehrt die Mitarbeiter auf ihre Gefühle zu achten und sie bewusst zu reflektieren. Das mäeutische Konzept umschließt Intuition, Fachdidaktik und Organisation der Pflege. Ähnlich wie bei der Validation beschreibt Cora van der Kooij (1997) in der erlebnisorientierten Pflege vier Phasen der Demenz: das bedrohte Ich, das verirrte Ich, das verborgene Ich und das versunkene Ich (vgl. KDA, 2001, III/59-64).

#### 4.3 Erinnerungsarbeit/Biografiearbeit

Biografiearbeit mit alten Menschen, auch Reminiscence (engl. für „Erinnerung“) genannt, möchte anhand der individuellen Lebensgeschichte eines alten Menschen, dessen Identität, Selbstvertrauen, seine vorhandenen Kompetenzen sowie Ressourcen unterstützen. Das nachlassende Gedächtnis bzw. Verwirrung, soziale Isolation oder unverarbeitete Heimeinweisung (mit eventueller Reaktivierung früherer Traumata) des alten Menschen beeinträchtigt sein Identitätsgefühl (wer bin ich, was kann ich). Mittels Bildern, Objekten, Tönen, Liedern, Geschichten, Gedichten, Gerüchen oder einem bestimmten Geschmack können Erinnerungen an frühere Ereignisse und Erlebnisse wachgerufen, nachgespielt, nachempfunden werden. Ebenso können Ausflüge, Besuch im Ausstellungen, Theateraufführungen oder sonstige Aktivitäten die Erinnerung an bestimmte Zeiten wecken. Menzen beschreibt die Erinnerungen als „Ausflüge in die Vergangenheit“, die Halt geben können, einen Rahmen und Orientierung

bieten für die verlorenen gehenden und zerfallenden Lebensbezüge. Dabei trägt eine positive Lebensbilanzierung mit wiedererlebten positiven Gefühlen zur Unterstützung des Identitätserlebens bei. (Menzen, 2004, 113)

Positive Gefühle erregen unsere Frontalhirnregionen (Schläfenlappenbereiche), wobei die rechte Hemisphäre die Aufgabe übernimmt, autobiografische Begebenheiten zu erinnern und die linke Hemisphäre die Aufgabe übernimmt, faktische Kenntnisse (nichtgefühlsbeladenes Wissen) abzurufen. Negative und stresserzeugende Erfahrungen sind dafür verantwortlich, dass die Gedächtnissysteme (Hippocampus), die für die Einspeicherung und das Erinnern zuständig sind, klein bleiben und daher auch weniger verfügbar sind. Dies scheint ein wichtiger Faktor zu sein im Hinblick darauf, wann, was und mit wem wir uns zurückerinnern. Deshalb sind Erinnerungen an freudvolle Erlebnisse „Türöffner“ (KDA, 2001, S. I/32) zu einem alten (dementen) Menschen, zu seiner Herkunft und seiner Lebensgeschichte.

Belastende, traumatisierte Erfahrungen sollten nicht bewusst wachgerufen werden. Dazu benötigt es die Kompetenz des Betreuenden mit den Gefühlen des älteren Menschen umzugehen. Auch sollte die Erinnerungsarbeit freiwillig sein. Das Gespräch mit den Angehörigen gibt daher Auskunft über die Vorlieben, Neigungen und Fähigkeiten sowie Lebensereignisse und Lebensgefüge des älteren Menschen.

#### 4.4 Realitätsorientierungstraining (ROT)

Das Realitätsorientierungstraining (ROT) bietet den dementiell erkrankten Menschen eine Verhaltenshilfe zur Orientierungsfähigkeit für zeitliche und räumliche Alltagsleistungen. Soziale Kompetenzen, Selbstwahrnehmung und Selbstachtung sollen desweiteren gefördert werden.

Das in den 60er Jahren von den amerikanischen Psychiatern Folsom und Taulbee entwickelte ROT wurde in den darauffolgenden Jahrzehnten weiterentwickelt, so dass das anfangs verfestigte Prinzip der monotonen Realitätshinweisung und einigen entwürdigenden Methoden (vgl. Marr, 1995, S. 38) heute mit kritischem Blick gesehen wird und eher eine „natürliche Einbindung dieser Hinweise in den Alltag“ (KDA, 2001, III/96) vorsieht.

Das „24-Stunden-Rot“ bezieht den verwirrten Menschen anhand von kontinuierlicher Kommunikation über aktuelle Informationen und Kommentare der Wirklichkeit und Berücksichtigung der Kommunikationsmöglichkeit des

Klienten, in die Umwelt mit ein. Über Hinweise, wie „Heute ist Dienstag. / „Die Malgruppe beginnt gleich. Das Malen macht ihnen immer Freude“ verbunden mit einem Gegenstand (z.B. Pinsel in der Hand ) werden zeitliche, räumliche und sinnliche Orientierungen angeregt.

Die Gestaltung des Wohnumfeldes durch Hinweisschilder als räumliche Orientierung, eine strukturierter Tagesablauf und gleichbleibende Pflege- und Hygieneabläufe bzw. Aktivitäten als zeitliche Orientierung, namentliche Ansprache des Klienten, usw. sind Bereiche des Trainings. Ein ergänzendes Gruppentraining, täglich oder wöchentlich, soll die Kommunikation untereinander und mit den Mitarbeitern anregen, um einer Isolation vorzubeugen.

ROT möchte durch ständiges Wiederholen und Üben, besonders in den alltäglichen Vorrichtungen, einen Lernzuwachs erreichen. Durch gezielte Interventionen versucht sie die Verschlechterung der intellektuellen Funktionen eines Demenzkranken zu verstärken. Menzen verweist auf die Unterschiede in der Definition und Anwendung der bundesweiten Vertreter des ROT und den Abbruch vieler ROT-Programme, die nach neuesten Erkenntnissen der Neurophysiologie des Nachahmens- bzw. Spiegelungssystem beim Lernen von Verhaltensprogrammen (Spiegelneuronen) modifiziert hätten können. (Menzen, 2004, S. 59)

#### 4.5 Selbsterhaltungstraining SET

Ähnlich des ROT möchte das SET die kognitiven Fähigkeiten Demenzkranker unterstützen. Die Erhaltung des Selbstgefühls und Selbstwissens, die „personale Identität“ fördern, um eine Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichts und Verringerung depressiver Reaktionen zu erlangen. Anfang der 90er Jahre entwickelte die Diplom-Psychologin Dr. Barbara Romero für Alzheimer-Erkrankte die Selbsterhaltungstherapie. Dabei geht sie von drei Grundelementen der psychischen Stabilität eines Menschen aus:

- von dem Gefühl, Lebensläufe verstehen, zuordnen und erklären zu können,
- von der Zuversicht, mit Hilfe der vorhandenen Ressourcen Lebensanforderungen meistern zu können,
- von dem Gefühl, einen Sinn in den Anforderungen der Lebensverläufe sehen zu können.

SET wird in Einzel- und in Familiensitzungen durchgeführt. (KDA, 2001, III/88-90). Dem individuellen Kennenlernen des Patienten folgt ein Fortsetzen des gemeinsam erarbeiteten Beschäftigungsprogramms für Angehörige. Dazu gehört auch ein Übungsprogramm, in dem der Kranke systematisch an für ihn persönlich wichtiges und noch erhaltenes Wissen erinnert wird (Programm zur Erhaltung des Selbst-nahen Wissens). Kunsttherapie, Sport oder erlebnisorientierte Freizeitgestaltung wird in das Selbst-Erhaltungs-Konzept mit einbezogen. In allen Situationen wird erkennend und unterstützend auf das erhaltene Selbst der Patienten eingegangen.

Verschiedene Therapiephasen, wie die Phase der Selbstdiagnose mit wichtigen, wiederholt erzählten Erlebnissen, folgt der „Aufbau eines externen Gedächtnisses“ als weitere Phase. Hier werden die bruchstückhaften Erzählungen durch Zusatzfragen und weiteren Hilfsmitteln, wie Fotos, Gedichte, Lieder, usw. dokumentiert und strukturiert. In der dritten Phase kann mittels wiederholtem Erzählen und Zuhilfenahme des externen Gedächtnisses das erhalten des selbstnahen Gedächtnisses folgen (vgl. KDA III/88-95).

#### 4.6 Basale Stimulation

Die Basale Stimulation ist ein haptisch-taktilen, vestibuläres, kinästhetisch-somatisches, auditives, olfaktorisches, gustatorisches und visuelles Reizverfahren für wahrnehmungsbeeinträchtigte, sinnesgestörte Menschen. Die in den 70er und 80er Jahren (Ayres, Fröhlich, Affolter) entstandene entwicklungsanbahnende Behandlung (angelehnt an die Entwicklungslehre Jean Piagets) für wahrnehmungs- und verhaltensgestörte Kinder wird inzwischen auch in der Erwachsenenpflege eingesetzt. Je nach Lebenserfahrung der Erwachsenen werden ganz bestimmte Reize stimuliert, um Erlebnisse, Erfahrungen und Körpergefühle wieder bewusst zu machen.

Die basale Stimulation kann angewandt werden bei: bewusstlosen, beatmeten, desorientierten, somnolenten Menschen; Menschen mit Schädel-Hirn-Traumata; sterbenden Menschen; Menschen mit Morbus Alzheimer; Menschen mit hemiplegischem, apallischem oder komatösem Syndrom; stark in ihrer Beweglichkeit eingeschränkte Menschen; Menschen mit Behinderung und auch bei zu früh geborenen Kindern. (KDA, 2001, III/191)

Kranke, abhängige und wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen, vor allem die die in Langzeiteinrichtungen leben, leiden vermehrt an ihren Krankheiten und

Schmerzen sowie der Isolation von der Umwelt, so dass Entfremdungen zum eigenen Körper entstehen. Gezielt wiederholt angebotene Reize, wie Bilder, Musik, Geräusche, Gerüche und Farben intensivieren die Körperwahrnehmung. Die Aktivierung von alten Handlungsabläufen (tast-kinästhetische Empfindung) kann mittels haptisch-taktile Stimulation, wie Fingerspiele, mit Handpuppen spielen und Fühlen bzw. Spielen mit Gegenständen und Materialien unterschiedlicher Qualität, unterstützt werden. Adäquat kann das bildnerisch-ästhetisches Arbeiten (auf dem Tisch, am Boden, an der Wand) mit Fingerfarben oder dickflüssiger Farbe mit Kleister, dazu Musikbegleitung, usw. zur haptisch-taktile und teilweisen kinästhetischen Stimulation eingesetzt werden.

Eine haptisch-taktile und teilweise kinästhetische Stimulation soll entspr. Empfindungsbereiche sensibilisieren und verschalten. Dabei ist das Zusammenwirken der verschiedenen Hirnbereiche in der Verarbeitung der einzelnen Sinnesreize zu beachten.

Wie bei den vielen anderen therapeutischen Konzepten sind biografische Informationen, wie Lebensgewohnheiten, Erfahrungen, Vorlieben ect. für den Einsatz von Reizstoffen, zu beachten. Alltagsnahe Reize, wie Spaziergänge, die nicht nur anregend für die Sinne sind, sondern auch die Bewegung und das biografische Gedächtnis trainieren sind von Vorteil. Mitgebrachte Gegenstände (Moos, Tannenzapfen) oder duftende Materialien (Lavendel, Flieder) aus der Natur können einen Spaziergang ersetzen.

#### 4.7 Katathym-imaginative Psychotherapie

Die katathym-imaginative Psychotherapie, entwickelt von Hanscarl Leuner in den 60er Jahren an der Universität Göttingen und als „Katathymes Bilderleben“ (griech. Kata = gemäß; thymos = Seele; den Gefühlen gemäß, Emotionalität) bzw. „Symbol drama“ bekannt, ist ein psychodynamisches Verfahren mit tiefenpsychologischem Grundkonzept. Bei der Anwendung von Imaginationen (innere Vorstellungsbilder), die durch innerpsychische emotionale Prozesse angeregt und gesteuert werden, kommt die bildhafte Symbolik des Tagtraumes zum Vorschein. Leuner benützte dazu zwölf Standardmotive (z.B. Wiese = symbolischer Ausdruck der aktuellen Gestimmtheit; Bach = symbolischer Ausdruck des dynamischen seelischen Geschehen; Berg = symbolischer Ausdruck des Leistungsverhaltens), auf die der Klient seinen inneren Zustand

und seine inneren Konflikte projizieren kann. (vgl. Freyberger/Stieglitz, 10. Auflage, 1996, S. 382)

Nach einer kurzen Entspannungseinheit (z.B. Autogenes Training), die eine psychophysische Umstellung bewirkt und die Aufmerksamkeit auf innerpsychische emotionale Prozesse lenkt, wird vom Therapeuten ein Motiv vorgeschlagen. Durch die vorgeschlagenen bzw. geführten Vorstellungsbilder (Bach, Haus, Baum usw.), die der Klient so umfassend (plastisch) wie möglich wahrnehmen und erleben (was er fühlt, tastet, hört, riecht oder schmeckt) soll, kristallisiert sich seine innere Welt heraus. Der Klient gestaltet malend oder beobachtend und beschreibend die inneren Bilder in einem vertieften Entspannungszustand, der sich von alleine durch die Imagination ergibt.

Es entstehen mit der Zeit Szenen, tauchen Erinnerungen und Gefühle auf. In der Vorstellung bilden sich unbewusste Konflikte, bestehende Probleme, Wünsche und Phantasien symbolhaft ab. Dabei ergeben sich neue Möglichkeiten der Wahrnehmung, des Fühlens oder Handelns. Im psychotherapeutischen Gespräch wird das Erlebte und deren symbolische Bedeutung erarbeitet. Die innere Bilderwelt hilft, bisher unbekannte Zusammenhänge zu verstehen, aus gelernten Beschränkungen herauszuwachsen und innere Potentiale zu erschließen. Verena Kast beschreibt die aktive Imagination als „Raum der Freiheit“, dem „Dialog zwischen Ich und Unbewusstem“ (Kast, 3. Auflage, 1999).

Die katathym-imaginative Psychotherapie hat einen breiten Anwendungsbereich. Sie wird vor allem bei neurotischen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen angewandt. Ebenfalls findet sie bei Krisenintervention, Trauma-Behandlung und Störungen der Persönlichkeit seinen Einsatz. KIP eignet sich für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Weiter wird sie in der Kurz- und Langzeitpsychotherapie, in Einzel-, Paar- und Gruppentherapie durchgeführt. Sie kann auch bei funktionellen Störungen des alternden Menschen auf niederem Niveau zur Erinnerung des episodischen Gedächtnisses eingesetzt werden (vgl. Menzen, 2001, S. 56).

#### 4.8 Kunsttherapie

Kunsttherapie ist eine handlungs- und erlebnisorientierte Therapieform. Ihre Besonderheit begründet sich im Wesen der entstehenden Bilder bzw. des bildnerischen Ausdrucks, denn diese stellen neben der Sprache eine zusätzliche (nonverbale) Ausdrucksmöglichkeit dar. In der Kunsttherapie steht das

persönliche Erleben und die Förderung der eigenen Kreativität im Vordergrund und nicht das Schaffen von Kunstwerken. Im Gestalten können verloren gegangene Fähigkeiten und Kräfte wieder entdeckt, aktiviert und zum Fließen gebracht werden. Diese Potentiale und die Freude an der eigenen Tätigkeit geben den Patienten Selbstwert und Selbstbewusstheit. Kunst ist heilend und unterstützt den gesamten Heilungsprozess

Bei der Betrachtung und Herstellung von gestalterischen Ausdrücken werden innerpsychische Prozesse angeregt. Diese versuchen die Orientierungs- und Gefühlslagen der Patienten wieder herzustellen und Problem- wie Leidenssituationen bildnerisch zu bearbeiten um ihnen eine andere Ausrichtung zu geben. Eine neue Sichtweise kann dadurch entstehen und mit in die Bewältigung des Alltagsleben genommen werden (vgl. Menzen, 2001, S.22).

Wer malt oder gestalterisch tätig ist, ist aktiv handelnd. Er nimmt aktiv teil an der eigenen Entwicklung, da beim Gestalten neue Verhaltensweisen gefunden und erprobt werden können. In der Auseinandersetzung mit dem gegenwärtigen Gestaltungsprozess ist Vergangenes (z.B. Erinnerungen, Erlebnisse und daran geknüpfte Emotionen) und Zukünftiges (z.B. Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten) enthalten.

Kunsttherapie mit bildnerischen Mitteln und ästhetischen Materialien, möchte als Rehabilitationsmaßnahme die Wiedererinnerung der inneren Bilder und Erlebnisse fördern, die sensomotorischen, motorischen und psychosozialen Kompetenzen wiederherstellen, kompensieren bzw. substituieren. Ebenfalls möchten die kunsttherapeutischen Methoden in ihrer Umsetzung durch visuelle, motorische und taktile Stimulationen neue Verschaltungen anbahnen, also die Hirnzellaktivität in bestimmten Regionen des Gehirns anregen.

Nach Gans Erfahrung (Ganß in F. v. Sprei, 2005, S. 37) ist es im fortgeschrittenen Stadium der Demenz nur selten möglich auf die bildhaften verwendeten Techniken in der Kunsttherapie zurückzugreifen. Die älteren Menschen haben eher einen biografischen musikalischen (Tanzen, Singen, Musizieren, Musik hören) als bildnerisch künstlerischen Hintergrund. Im weiteren Verlauf der Krankheit kann jedoch auf die biografischen Erlebnisse aus der Kindheit zurückgegriffen werden. Beim Ansprechen von Kompetenzen aus dieser Zeit gelingt es, dass sich der Mensch gegenwärtig kompetent und selbständig handelnd erlebt.

## **V Rahmenbedingungen künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit**

Wie schon in Kapitel I erwähnt findet die künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit, als „Malgruppe“ benannt, je einmal wöchentlich in der Tagespflege und Langzeitpflege statt. Parallel zur Übernahme der Malgruppen von meinem Vorgänger gab es Veränderungen durch Umstrukturierungen in der Pflegeeinrichtung: Vorher fanden beide Malgruppen (Tagespflege und Langzeitpflege) in einem Haus statt und die TeilnehmerInnen konnten sowohl Dienstags und Donnerstags teilnehmen; jetzt, nach der Fertigstellung der neu errichteten Tagespflegeeinrichtung, gibt es nur noch einmal in der Woche in jedem Haus das Angebot der Malgruppe. So veränderte sich die Gruppenzusammenstellung, das Pflegepersonal und die Raumsituation, was neben der Desorientiertheit vieler neuer TeilnehmerInnen für mich eine längere Neuorientierung bedeutet.

### **5.1 Malgruppe Tagespflege**

Die Malgruppe in der Tagespflege setzt sich aus Tagesgästen von drei verschiedenen Tagesgruppen mit unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit zusammen. Vier bis sechs Frauen und zwei Männer bilden nach und nach einen Grundstamm. Wenn nicht irgend eine andere Veranstaltung, ein Ausflug, Geburtstag oder Aktivität im Hause angeboten wird oder der Krankheits-/Befindlichkeitszustand es nicht zulässt, besuchen diese regelmäßig die Malgruppe einmal wöchentlich am Dienstagnachmittag von 15.00-16.30 Uhr. Durch die Umstrukturierungsmaßnahmen in der Pflegeeinrichtung wird mir nach mehrmaligem Raumwechsel von der Pflegeleitung der Ruheraum, in dem sonst Gespräche, Gymnastik und die Zeitreise stattfinden, für das Malen vorgeschlagen. Ich bin froh über diesen für die nächsten Monate festgelegten und abgeschlossenen Raum, als festen Rahmen für die Malgruppe. Davor wusste ich oft nicht, welcher Tagesraum und welche Tische mir heute von den Mitarbeitern zum Malen zugewiesen werden und welche Aktivitäten sonst noch in diesem Raum geplant sind. Dies gibt mir mehr Ruhe und für die TeilnehmerInnen mehr Sicherheit, Halt und Orientierungshilfe, die sich nun Dienstagnachmittags immer im gleichen Raum beim Malen wiederfinden. Über einen längeren Zeitraum von eineinhalb Jahren begleite ich im Ruhe-/Malraum

einmal in der Woche künstlerisch-gestalterisch ältere pflegebedürftige Menschen mit unterschiedlichen Alterserkrankungen.

### 5.1.1 GruppenteilnehmerInnen Tagespflege

Unter den TeilnehmerInnen der Malgruppe finden sich Personen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Einschränkungen. Morbus Parkinson, Demenz, Schlaganfall, Depression und sonstigen körperlichen Krankheiten zeigen das breite Spektrum der Erkrankungen. (siehe Kapitel II und Tabelle 1, S. 97). Eine mehr oder weniger ausgeprägte Desorientiertheit ist bei den meisten der Personen zu beobachten. Das Alter der TeilnehmerInnen ist zwischen 63 und 93 Jahren. Bedingt durch Raum- und Tischgröße bieten die beiden aufgestellten Tische im Ruheraum Platz für max. acht bis zehn Personen. Wobei sich eine Gruppengröße von etwa vier bis max. sechs Personen für die therapeutische Betreuung, den Bezug zu den TeilnehmerInnen und den GruppenteilnehmerInnen untereinander am angemessensten zeigt. Die Tagesgäste werden von mir vor der Malstunde in den Tagespflegegruppen begrüßt. Meistens trinken sie gerade noch ihren Kaffee und essen Kuchen. Ich wechsele einige Worte mit verschiedenen Personen und erfahre dadurch etwas von ihrer Befindlichkeit. Die Einladung zum Malen ergeht zuerst an die StammtTeilnehmerInnen; ist eine Person nicht da, will oder kann sie wegen einer anderen Veranstaltung oder krankheitsbedingt nicht mit, versuche ich eine andere Person mithilfe der Mitarbeiter zum Mitgehen in die Malgruppe zu motivieren. Manchmal wird mir von den Mitarbeitern auch ein neuer Tagespflegegast oder eine Person, für die eine Abwechslung aufgrund von großer Unruhe oder Depression an diesem Tag gut wäre, zugewiesen. So befinden sich neben der konstanten Gruppe auch Menschen, die immer wieder wechseln, nur einmal oder fünfmal dabei sind. Je nach dem wie sich dann die Gruppe zusammensetzt, mit mehr oder weniger orientierten oder desorientierten Personen, ist es im Malraum, ruhiger, unruhiger (Aufstehen oder Nachhause gehen wollen der dementen Teilnehmer) oder kommunikativer.

Die TeilnehmerInnen werden von mir und den Mitarbeitern aus ihren Tagespflegegruppen in den Mal-/Ruheraum begleitet. Einige haben Rollatoren oder benötigen einen Stock zum Gehen. Wenige können ohne fremde Hilfe gehen.

Es braucht immer wieder viel Motivation meinerseits um die Personen zum Mitgehen zu bewegen. Der immer wiederkehrende Ausspruch einer Teilnehmerin nach meiner Frage des Mitgehens und Abholens in die Malgruppe: „Ich kann doch nicht malen, in der Schule hat der Lehrer für mich gemalt“ sowie der Anderen: „Ich konnte in der Schule gut rechnen“, „Zu mir kommt heute Besuch“ oder „Ich kann nicht mit, der Bus kommt bald“ zeigen Widerstände, Ängste oder die Orientierungslosigkeit der älteren Menschen. Da bin ich dann froh über die noch relativ gut orientierten TeilnehmerInnen, die gerne mitgehen, sich über mein Kommen freuen und sogar andere dazu bewegen auch wieder mitzugehen, weil es beim letzten Mal in der Malgruppe so schön war.

### 5.1.2 Setting

Eine halbe Stunde vor Beginn der Malgruppe stelle ich mit einer Mitarbeiterin die beiden zusammenklappbaren Tische und Stühle im Ruheraum auf. Dazu müssen vorher die Ruhesessel wegen der Tischanordnung in eine Ecke des Raumes geschoben werden. Die beiden Tische stelle ich die ersten Monate an der Längsseite zusammen, so dass eine quadratische Malfläche und Gruppenrunde für max. acht Personen entsteht. Die TeilnehmerInnen müssen sich hier etwas zur Mitte setzen, damit sie mit der über Eck sitzenden Person nicht in Überschneidung kommen. Später stelle ich die Tische der Länge nach nacheinander (Platz für acht bis max. zehn Personen) auf, so dass sich die Personen näher gegenüber sitzen und auch besser in Kontakt zueinander kommen können. Die Tische decke ich mit Folie ab und lege das Malmaterial und mitgebrachte Materialien auf die Tische. Danach oder manchmal auch vor dem Herrichten des Raumes begrüße ich die Tagesgäste und begleite die, die mitgehen, mit Hilfe einer Mitarbeiterin in den Ruhe-/Malraum. Die StammtTeilnehmerInnen sitzen öfters am gleichen Platz oder an einer bevorzugten Seite des Tisches. Bis alle TeilnehmerInnen an ihren Plätzen sitzen und ich mit ihnen besprochen habe, was sie heute machen möchten bzw. was ich ihnen als Aufgabe oder Thema vorschlage, vergeht einige Zeit. Die orientierteren Personen möchten oft an ihrem Bild vom letzten Mal weitermalen. Die weniger orientierten und dementen Personen warten auf den Impuls von außen. Sie brauchen immer wieder Anstoß. Ist eine sehr verwirrte Person dabei, ist meine Aufmerksamkeit vermehrt auf diese Person gerichtet. Oft bleiben diese nur für eine halbe Stunde. Mehrmaliges Aufstehen wegen innerer

Unruhezustände, Toilettengang oder eine Überforderung ihres Handlungs-, Orientierungs- und Gedächtnisvermögen durch die gestellten Aufgaben veranlassen mich, die TeilnehmerIn wieder in die Tagesgruppe zurückzubringen. Das Verabreichen der Insulinspritze an eine zuckerkrankte Teilnehmerin durch eine Mitarbeiterin leitet das Ende der Malstunde ein. Je nach Aufgabenstellung, Thema und Gruppensituation betrachten wir die entstandenen Werke und ich verabschiede mich bis zum nächsten Dienstagnachmittag. Eine Mitarbeiterin hilft mir die Teilnehmer wieder an ihren Platz in ihrer Tagesgruppe zu bringen, wo das Abendessen und das Abschiedslied auf sie warten, bevor sie mit dem Bus nach Hause gebracht werden. In der Zwischenzeit räume ich den Malraum auf, bringe Tische und Stühle an ihren Platz und schreibe in die Pflegeakte der TeilnehmerInnen die Teilnahme an der Malgruppe und evtl. Besonderheiten oder Auffälligkeiten. Hier finde ich auch neben Hinweisen von den MitarbeiterInnen einen Überblick über die Befindlichkeit und Verhaltensweisen der Person in den letzten Tagen. Zuhause schreibe einen kurzen Bericht über den Verlauf der Stunde und meine Beobachtungen in einen tabellarischen Überblick der Gruppe (siehe Tabelle 3, S. 95).

### 5.1.3 Materialien

Farbstifte, Ölkreiden (auch Bienenwachsklötze), Temperafarben in Näpfchen, Gouachefarben in Plastikflaschen, Pinsel und Zeichenpapier (DIN A 4, DIN A 3) in einer Stärke von mind. 150g/qm sind die Grundmaterialien zum Malen. Weiter verwende ich Ton (auch Salzteig, farbige Knete, Bienenwachs) zum Plastizieren, Sand und weitere Naturmaterialien zur Basalen Stimulation. Bunte Papiere für Collagen kommen ebenfalls zum Einsatz. Die Materialien sind in einem kleinen Nebenraum auf einem Regal, zu dem alle MitarbeiterInnen Zugang haben, untergebracht.

## 5.2 Malgruppe Langzeitpflege

Die Malgruppe in der Langzeitpflegeeinrichtung ist ebenfalls einmal wöchentlich, Donnerstagnachmittags von 15.15-16.45 Uhr. Wie in der Tagespflegeeinrichtung fand sich nach der Umstrukturierung und mehrmaligem Wechsel der Räume endlich ein fester Raum im Erdgeschoss für die Malgruppe. Dieser Raum wird

auch für Teamsitzungen, den Gottesdienst und die Seniorengymnastik genutzt. Die Malgruppe besteht in der Langzeitpflege aus einem Grundstamm von vier bis fünf Personen und wechselnden weiteren Personen, die ich auch über einen Zeitraum von etwa eineinhalb Jahren begleite.

### 5.2.1 GruppenteilnehmerInnen Langzeitpflege

Wie bei den TeilnehmerInnen in der Tagespflege haben die Personen vielfältige Alterserkrankungen. So sind neben Skelett-/Gelenk- und Stoffwechselerkrankungen auch geistige Behinderung, Morbus Alzheimer und Apoplex mit Hemiparese links oder rechts zu finden. Das Alter der StammtTeilnehmerInnen ist zwischen 74 und 85 Jahren. Diese kommen aus zwei Tagesgruppen (EG und 2.OG), manchmal auch aus der dritten Gruppe (1.OG, Personen mit schwerer Demenz). Für das Abholen benötige ich die Hilfe der MitarbeiterInnen, da einige der TeilnehmerInnen im Rollstuhl sitzen, andere desorientiert oder mit dem Rollator unterwegs sind und die Hälfte der TeilnehmerInnen nur durch die Fahrt im Aufzug in den Malraum kommen können. Auch hier begrüße ich die TeilnehmerInnen vor dem Herrichten des Malraums in ihrer Tagesgruppe meistens noch beim Kaffeetrinken und lade zum Malen ein.

### 5.2.2 Setting Langzeitpflege

Ähnlich des Settings in der Tagespflege, bespreche ich, wenn es geht, mit der Schichtleitung Besonderheiten und richte eine halbe Stunde vor Beginn den Malraum mit Tischen, Stühlen und Malmaterial her. Danach fahre oder begleite ich die TeilnehmerInnen mit einer Mitarbeiterin in den Malraum. Herr R. mit Rollator und leichter geistiger Behinderung hat schon bei meinem Vorgänger gemalt. Er bringt seine eigenen Farbstifte, DIN A 3 Zeichenpapier und manchmal angefangene Motive, die er in seinem Zimmer malt, mit. Häuser und jahreszeitliche Landschaften mit Menschen und Tieren sind seine Hauptmotive. Seine Bilder werden oftmals bestaunt und dienen als Vorbild für die anderen TeilnehmerInnen. Im Gegensatz zur Malgruppe in der Tagespflege wird hier entsprechend der Erkrankungen individueller gearbeitet. Motivation und Anstoß meinerseits ist auch hier immer wieder gefragt. Die Personen, die wenig Ausdauer haben, desorientiert sind oder aus irgend einem Grund früher zurück

wollen, bringe ich vor dem Ende der Malstunde zurück in ihre Tagesgruppe. So gibt es oftmals keinen gemeinsamen Abschluß. Wie in der Tagespflege trage ich nach dem Aufräumen des Malraumes in die Pflegeakte der TeilnehmerInnen die Teilnahme oder Besonderheiten ein. Zuhause schreibe ich den Verlauf und Verhalten der TeilnehmerInnen und Malgruppe auf (siehe Tabelle 4, S. 96).

### 5.2.3 Materialien Langzeitpflege

Hier sind ebenfalls Farbstifte, Ölkreiden (auch Bienenwachsklötze), Temperafarben in Näpfchen, Gouachefarben in Plastikflaschen, Pinsel und Zeichenpapier (DIN A 4, DIN A 3) in einer Stärke von mind. 150g/qm vorhanden. Weiter Ton (farbige Knete, Bienenwachs) zum Plastizieren und Sand und weitere Naturmaterialien zur Basalen Stimulation. In der Langzeitpflege findet auch Wolle zum Filzen ihren Einsatz. Alle Materialien sind in einem Regal in diesem Raum untergebracht. An einer Korkfläche an einer Wand finden so manche gemalten Bilder der TeilnehmerInnen Platz zum Betrachten und Bestaunen, auch für Bewohner, die zu anderen Aktivitäten in diesen Raum kommen.

## VI Kunsttherapeutische Fördermaßnahmen bei altersverwirrten und alterskranken Menschen

In den folgenden Kapiteln möchte ich meine künstlerisch-gestalterische Arbeit mit den alterskranken und altersverwirrten Menschen darstellen und dabei kunsttherapeutische und pädagogische Fördermöglichkeiten untersuchen. Mit verschiedenen Ansätzen und unterschiedlichen ästhetischen Materialien versuche ich einen Zugang zu den Menschen zu finden, sie in ihrem biografisch erinnerten Gedächtnis über Sinnesreize anzusprechen und ihre verschütteten und vorhandenen Fähigkeiten zu fördern.

### 6.1 Orientierung, Zentrierung durch Mandala malen.

Für TeilnehmerInnen, die zum ersten Mal zum Malen kommen, verwende ich als Einstieg oft vorgedruckte Mandalas zum Ausmalen, die die Personen selbst aussuchen können. Die vorgezeichneten Linien (formgebende Umrisse) geben Halt und Sicherheit und die dazu benützten Farbstifte erinnern an das Gelernte in der Schulzeit. So kommen die TeilnehmerInnen nicht gleich in Bedrängnis etwas von ihren zeichnerischen/malerischen Fähigkeiten, die oft verneint werden, zu zeigen. Das Auswählen der Farben ist schon ein Wagnis und meistens wird meine Hilfe benötigt.

Ein Kreis mittels eines Tellers auf ein Papier gezeichnet bildet eine weitere Grundlage für ein selbstgestaltetes Mandala. Hier zeichnen/malen die Teilnehmer ihre eigenen Muster und Motive, auch jahreszeitliche Themen, woraus sich eine Erinnerung und dadurch ein Gespräch innerhalb der Gruppe oder zwischen den Teilnehmern und mir ergibt.





Für die Personen, die nicht malen möchten, bieten sich Naturmaterialien (z.B. Blätter von Bäumen oder Blumenblüten), die ich immer mal wieder dabei habe, zum Gestalten eines Mandalas an. Der direkte Kontakt und Arbeiten mit dem Material weckt Empfindungen und Erinnerungen an frühere Erlebnisse. „In meinem Garten gab es früher viele Blumen, in allen Farben“ oder „Ich hab früher in einem Blumengeschäft ausgeholfen“ sind Aussprüche neben bloßem Legen und Betrachten ohne Kommunikation.

Mein erster Kontakt mit „Mandalas“ entstand während der Kindergartenzeit meiner Kinder. Das Ausmalen vorgedruckter Kreisbilder und Entwerfen eigener Mandalas bei meditativer Musik förderte die Entspannung, Konzentration, Ausgeglichenheit und Kreativität meiner Kinder.

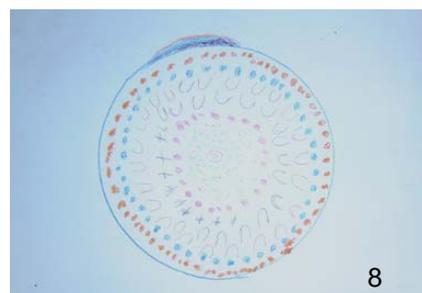
Der Begriff „Mandala“ kommt aus dem Sanskrit (altindische Hochsprache) und bedeutet wörtlich „Kreis“ oder „magischer Kreis“. Mandalas sind Kreisbilder mit verschiedenen Farben, Formen oder mystischen Sinnbildern. Bekannt in der religiösen Kunst Indiens und Tibets als Meditationsbilder, findet man auch bei uns den Kreis als religiöses Symbol im Grundriss von Kirchen, in den Rosetten der Kirchenfenster, in Mosaiken und Ikonen. Mandalas sind „Urmuster des Lebens“ (Dörig/Schmeisser, 1998, S. 11), in denen Mittelpunkt (Zentrum) und Kreis (das Umgebende) ein universelle, göttliche Ordnung darstellen. Die Mitte des Kreises als Ganzheit, göttliches, schöpferisches Zentrum und nach außen hin zum Kreis das Verändernde, sich Entwickelnde.

Auch die Natur zeigt unendlich viele Formen des Kreises und der Kugel. Blumen mit ihrem Blütenkranz, runde Beeren, Jahresringe der Bäume, Schneekristalle, runde Vogelnester und Spinnennetze sowie Muscheln und Schneckenhäuser sind hier zu nennen. Unsere Erde, eine Kugel mit unendlichen Wachstums- und Wandlungsprozessen, die Bewegung der Planeten auf Kreisbahnen um die Sonne oder die Iris im Auge und Zelle mit Zellkern zeigen das Urmuster von Mittelpunkt und Kreis. Gestalten wir Mandalas oder Meditieren darüber, so

schwingen wir uns in das Urmuster des Lebens ein. Wir kommen in Beziehung zu unserer Mitte, zu unserem Selbst, zum Sinn unseres Lebens. Hier können wir Lebensphasen erkennen, die manchmal näher der Mitte sind und sich manchmal näher an der Peripherie bewegen. Dieses Außen und Innen, die Dualität, zeigt die beiden Grundkräfte (Mittelpunkt und Ausdehnung), die im Makrokosmos sowie im Mikrokosmos vorhanden sind. Mandalas bringen Ordnung in äußeres und inneres Chaos. Mit Mandalas erschaffen wir ein persönliches Symbol, das uns sagt, wer wir in diesem Moment sind.

C.G. Jung, der sich mit Mandalas beschäftigte, skizzierte jeden Tag eine Kreiszeichnung, als eine Art Tagebuch und bemerkte nach einiger Zeit, dass sich deren Formen entsprechend seiner inneren Situation veränderten. Sie spiegelten seinen objektivseelischen Zustand (Franz, 2001, S. 136). Das Mandala wurde zum Symbol seines eigenen Selbst, seiner Persönlichkeit. Mit der Zeit verstand er das Mandala als die Ganzheit der natürlichen Ordnung, die sich in den Zeichnungen als mikrokosmische Natur der Seele (menschliche Psyche) in einem größeren Zusammenhang des Makrokosmos (Gottheit) darstellte. Während seiner klinisch-psychiatrischen Tätigkeit zeigten ihm seine psychotischen und desorientierten Patienten, die durch das spontane Gestalten von Kreisbildern eine Orientierung und Struktur herzustellen versuchten, dass sie sich selbst dabei zu ordnen und zu zentrieren begannen.

Frau A. greift immer mal wieder, vor allem wenn sie depressiv ist, auf Mandalavordrucke zurück. Bei ihren ersten Mandalas verwendet sie kein Gelb. Die Farbe Gelb meint sie, ist die Farbe des Neides. Nach einem Jahr gestaltet sie selbständig ein eigenes Mandala in einem vorgezeichneten Kreis. Ich weise sie darauf hin, dass heute etwas ganz Neues und Eigenständiges entstanden ist. Frau F., die sie aus ihrem Wohnort kennt, lobt sie gebührend und Frau A. sagt stolz „Jetzt bin ich ja auch ein ganz schönes Stück gewachsen“.



Herr D., sucht sich als erstes Mandala einen Vordruck mit Hirschmotiv aus. Beim Gestalten bleiben die Farben nicht innerhalb der Grenzlinien und vermischen sich. Er sagt, dass er Sehschwierigkeiten hat. Nach mehreren Stunden des Ausmalens zeichnet er noch zusätzlich Hasen außerhalb des Kreisbildes. Das nächste Bild wird ein Selbstgestaltetes: Ein Baum, Tiere und Sträucher entstehen. Ich lasse ihn noch einen Waldboden bzw. Wiese mit grüner Farbe hinterlegen. Er erinnert sich an die Zeit im Wald.



Schließlich kommen noch Herzen dazu, die Gegenstand in seinen weiteren Bildern werden. Er redet wenig und sehr leise, seine Freude über seine Bilder zeigt er durch ein Lächeln.

Frau B., über 90 Jahre alt, malt mit Ölkreiden konzentrische Kreise entlang des äußeren vorgezeichneten Kreises von außen nach innen. Nach drei bis vier Farben hört sie auf, da ihre Augen nicht mehr mitmachen. In der nächsten Stunde malt sie weitere Kreise. Lustlosigkeit macht sich bei ihr bemerkbar, da sie nicht weiß, wie sie weitermachen soll. Ich schlage ihr vor, das Innere in Segmente aufzuteilen. Mit einem Farbstift als Lineal versucht sie Striche zu ziehen. Ich ermuntere sie, auch ohne Hilfsmittel noch weitere Unterteilungen einzuzichnen. Dies klappte zu ihrer Freude und sie malte mit Begeisterung bis zum Ende der Stunde die entstandenen Segmente mit verschiedenen Farben aus.



Mandalas sind Träger der verschiedensten materiellen und spirituellen Inhalte. Auf geometrischen Figuren aufgebaut sind sie Symbole, die einen strukturierenden und orientierenden Aspekt des Selbst ausdrücken. Dabei sind die verschiedenen Figuren und Zeichen Vermittler von Bedeutungen. Kommen Symbole organischen Lebens - wie Blume, Baum oder der Archetyp des „Göttlichen Kindes“ – dazu, wird auch der dynamische Aspekt, der Prozess der Selbstwerdung angesprochen (Riedel, 2002, S. 152). Die in Formen und Farben ausgedrückten Symbole des „Unbewussten“ (Jung, 1990) werden von „uns“ gesehen, von unserem bewussten Selbst oder Ich. Auf diese Weise werden Informationen aus dem Unbewussten in die bewussten Ebenen der Persönlichkeit gefördert, innere Konflikte nach außen gebracht und Blockaden gelöst.

Die gemalten oder gestalteten Kreisbilder der TeilnehmerInnen zeigen etwas von ihrer Persönlichkeit und ihrem seelischen Befinden. Bei den o.g. Falldarstellungen kommen Bedeutungsinhalte von Farben und Formen (Farb-/Formsymbolik), Erinnerungen (biografisches Erlebnis), nonverbale und verbale Gefühlsausdrücke (Gewachensein, Begeisterung, Lächeln), zum Vorschein. Der Übergang vom Ausmalen von Mandalavordrucken zum selbstgestalteten Mandala mit strukturierenden Formen innerhalb eines Jahres lässt auf eine Veränderung schließen, eine vermehrte Selbstsicherheit, einem Gewachsen-Sein des eigenständigen Malens. Wiederkehrende Formen und Symbole (Hasen, Herzen) in weiteren Bildern sind Anknüpfungspunkte für neue gestalterische biografische Erlebnisse und die damit verbundenen Gefühle. Auch ist die Freude über ein gelungenes Mandala, in dem die erinnerte Handhabung eines Lineals ihren Einsatz findet, oder die Segmente einen Ausgleich zu den Kreisen bilden oder nur die Farbe anspricht, ein Ausdruck der momentanen Befindlichkeit.

So gibt es auch Kreisbilder, z. B. einer langjährigen Malgruppenteilnehmerin, deren fortschreitende Desorientiertheit in den ausgemalten Mandalas zu erkennen ist. Ein Versuch der Farbstrukturierung gelingt immer weniger. Die Teilnehmerin stirbt bald nach dem Malen dieser letzten Bilder an einem Schlaganfall.



## 6.2 Gestalterkennung/Formwahrnehmung durch Plastizieren

Über haptisch-taktile und kinästhetische Stimulationen sollen im Gehirn Empfindungsbereiche sensibilisiert und neu verschaltet werden (siehe auch Kapitel 4.6, S. 45). Anregende (angenehme) Sinnesreize führen zu Assoziation (Gedankenverknüpfungen von verschiedenen Wahrnehmungen), die wiederum die Nervenzellaktivität verstärken. Im Langzeitgedächtnis eingespeicherte Erlebnisse können über Sinneswahrnehmungen zeitlich und räumlich mit emotionaler Tönung abgerufen und erinnert werden. Dabei wird wie in Kap. 3.4.2 beschrieben, im Arbeitsspeicher eine Mustererkennung durchgeführt und mit bekannten Reizmustern im Langzeitgedächtnis verglichen und bewertet. Gelernte und automatisierte Bewegungsabläufe werden ebenfalls über anregende Sinnesreize erinnert, so dass erlernte Fertigkeiten und Verhaltensweisen (Prozedurales oder Geprägtes Gedächtnis) zum Einsatz kommen.

Das Arbeiten mit Ton (auch Salzteig und Bienenwachs) habe ich von meinem Vorgänger übernommen. So entstehen anfangs unter Frauenhänden Schneckenudeln, Brezeln und Kränze, wobei bei manchen von den dementeren Personen, die immer mal wieder dabei sind, nur noch das Rollen eines Stücks Ton oder Salzteig möglich ist. Geformte Quader erinnern dabei an die Berufszeit als Mauer und geformte Buchstaben ergeben den Namen des Mannes oder Bruders. Beim Arbeiten mit Ton kommt auch ein Stück weit die pädagogische Seite zum Einsatz. Ich zeige den TeilnehmerInnen wie eine Schale aus einer Tonkugel entsteht, oder wie ein Gefäß aus Ton aufgebaut werden kann.

Frau I. und J., beide mit leichter-mittelschwerer Demenz, wollen für ihr Namensschild eine Grundplatte aus Salzteig aus. Aus Salzteigschlangen formen sie Buchstaben, die sie zu ihren Namen, die sie vorher auf ein Blatt Papier schreiben, was zu meiner Überraschung ganz gut geht, zusammenstellen. Frau J. fragt jedoch beim Zusammenstellen immer wieder wie sie weitermachen soll. Beim nächsten Mal können sich beide nicht mehr erinnern, diese Namensschilder hergestellt zu haben. Ihre Namen erkennen sie. Wir versuchen weitere Namen zu schreiben und zu formen. Frau I. möchte den Namen ihres Sohnes legen, von dem sie hin und wieder erzählt, dass er sie gleich abholt. Frau J. den ihres Mannes, der ihr zuerst gar nicht einfällt. In der nächsten Stunde kommen mit meiner Hilfe weitere Namen und Wörter (wie Sonne) dazu. Frau I. verziert einen Namen mit restlichem Salzteig.



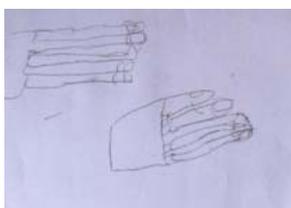
Neben dem Formen und Herstellen von Gebrauchsgegenständen und Ausführung von gelernten Bewegungsabläufen versuche ich die Wahrnehmung und Phantasie der TeilnehmerInnen anzuregen. Nach einer kleinen Körperentspannungsübung (wer möchte mit geschlossenen Augen) formen die TeilnehmerInnen ein Stück Ton in ihren Händen. Dabei entstehen Objekte, die aus einer Erinnerung entstehen oder zu einer Erinnerung führen. Teilweise wird durch das Betrachten der anderen Gestaltenden etwas nachgeahmt (siehe Kapitel 3.4.1, S. 27 u. 3.4.3, S.35). Es entsteht dabei ein kommunikativer Austausch über das wahrgenommene Modellerte und einige der TeilnehmerInnen aktivieren sich gegenseitig, dieses oder jenes noch zusätzlich zu formen. Bei den Personen, die zu keiner Form gelangen, versuche ich die Wahrnehmung auf das Nachspüren der Oberflächenbeschaffenheit und Temperaturgefühl des Tones in den Händen zu lenken.

Bei der Berührung eines künstlerischen Materials kommen wir in körperlichen Kontakt. Durch das Ertasten des Materials wird die Oberflächenbeschaffenheit, Farbe, Form und Temperatur wahrgenommen. Das Wahrgenommene löst dabei

Erinnerungen aus. „Erinnerung bedarf der konkreten Substanz von vorausgegangener sinnlicher Erfahrung. Diese bildet den Ausgangsstoff, dem im Vorgang des mentalen Speichers subjektive Bedeutung zugewiesen wird. Was in der Gegenwart bewusst abrufbar ist als Bild, Phantasie, Vorstellung korreliert mit sinnlich wahrgenommenen Erlebnissen in der Vergangenheit.“ (Danneker, 2006, S. 203). Das heißt, die in der Gegenwart bewusst wahrgenommenen Sinnesinformationen werden auf der Basis früherer im Gedächtnis eingespeicherter Erlebnisse und Handlungen bewertet und mit Bedeutung versehen. (siehe Kapitel 3.4.3, S. 32 u. 33). Dabei genügt ein kleiner Teil von Sinnesreizen um eine ganze Gestalt oder das Erleben einer Situation als ganzes Wahrnehmungsbild in uns zu erzeugen. Um eine neue Situation zu erkennen, brauchen wir einen kleinen Teil an bekanntem sinnlichen Reiz. Ist dieser nicht verfügbar oder kann im Gedächtnis nicht abgerufen werden (im Falle der dementiellen Erkrankung) entstehen Gefühle der Verunsicherung und Orientierungslosigkeit.

Der Tastsinn (wie der Geruchs- und Geschmackssinn), ein elementarer Sinn ab der Geburt, noch vor dem Sehen und Hören, befähigt uns über das Greifen und Betasten zum Begreifen (Erkennen) der körperhaften realen Dinge. Beim Arbeiten mit plastischem Material kommen wir mit Erinnerungen, Gefühlen und Wünschen in Kontakt. Assoziationen werden durch die Berührung geweckt und Bedeutungen werden geschaffen. Beim Formen und Gestalten von Material formen wir uns selbst, wir kommen mit uns selbst in Kontakt. Wir selbst sind der Urheber für unser Geschaffenes. Dies wiederum löst bei uns eine Empfindung über die Wirkkraft des Entstandenen aus. Im Schaffensprozess mit einem Material spüren wir unseren Einfluss und deren Veränderungsmöglichkeit durch uns. Wir erleben uns dabei selbst bestimmt und aktiv handelnd (vgl. Danneker, 2006, S. 205 u. 206).

Frau F., 77 Jahre, an leichter Demenz erkrankt, sehr gesprächig, kommt zum ersten Mal in die Malgruppe und mit Ton in Berührung. Frau A. und Frau C. hatten sie zum Mitkommen animiert. Bei der Entspannungsübung schließt sie die Augen und ist ruhig. Anschließend an das Entstehen von Stadttor mit Fahne, Rennbahn mit Auto, Brezel, Schneckennudel und Herz sprudeln ihre Worte nur so heraus. Sie erzählt, dass sie früher als Sekretärin gearbeitet hat, verwitwet ist und vor zwei Jahren einen Autounfall hatte, bei dem sie sich am Kopf verletzte und seither nicht mehr Auto fahren darf. Gespräche über den Tod und Bestattung sowie Gelächter über die modellierten Verliebten im Strandkorb einer anderen Teilnehmerin folgen. Trotz allem Traurigen habe sie den Humor nicht verloren, betont sie.



Nachdem die TeilnehmerInnen mit dem Ton vertraut sind, setze ich ihn zum Modellieren eines Gesichtes ein. Wahrnehmungsübungen, wie das Abtasten und freie Abzeichnen (Beachtung von Kontur, Einbuchtungen, Überhöhungen, Oberfläche, Falten, Beschaffenheit, usw.) der eigenen Hand, das Blindzeichnen des eigenen Gesichtes (Abtasten mit einer Hand, Zeichnen mit der anderen Hand) und das Zeichnen eines Portraits des Gegenübers, gehen dem voraus. Je nach TeilnehmerIn, Befindlichkeit und Orientiertheit, klappt das Zeichnen mehr oder weniger gut. Die Hände werden bei manchen nicht abgezeichnet, sondern umfahren, andere benötigen einen Radiergummi um nochmals zu korrigieren. Ein Gedicht, das einer Teilnehmerin zu Händen und Fingern einfällt, lasse ich von dieser Person aufschreiben. Das Betasten des eigenen Gesichtes (Augen, Nase, Ohren, Haare und Umriss des Kopfes) ist ungewohnt. Gelächter oder auch Kopfschütteln über die entstandenen Zeichnungen sowie keine Lust mehr zu haben, zeigen die Auseinandersetzung mit dem Gestalteten und die Grenzen des Wahrnehmens und Zeichnen Könnens. Das Modellieren schließlich mit

Ton bereitet allen Freude und die TeilnehmerInnen sind stolz auf das Entstandene, was die Aussprüche, wie „Heute kann ich etwas.“, „Was ich im Alter noch alles lerne!“, „Durch dieses Tun wird das Selbstbewusstsein gestärkt.“ oder „Heut war's wieder schön!“, zeigen.

Herr H., 63 Jahre, mit einer Nervenerkrankung und leichter-mittelschwerer Demenz, kommt mit einer Mitarbeiterin etwas später. Er knetet Tonstücke und drückt mit den Fingern Löcher in den Ton. Er bleibt bei sich und redet nur, wenn er angesprochen wird. Nach einiger Zeit gebe ich ihm die Aufgabe, wie die anderen TeilnehmerInnen ein Gesicht zu modellieren. Eine Gesichtsform entsteht, die er mit einer Gabel, die bei den Modelliermaterialien ist, zerfurcht. Herr H. ist von Beruf Maurer und technischer Lehrer. Vielleicht hat er sich an das Aufziehen des Mörtels mit der Traufel erinnert und einen erlernten Bewegungsablauf (Handlung) ausgeführt. Herr H. weiß es nicht.

Frau C., 82 Jahre, mit veränderter Sinneswahrnehmung (visuell - Farbblindheit grün-blau), hat zu Beginn etwas Schwierigkeiten, doch dann setzt sie Tonstücke an und drückt weniger mit den Fingern ein. Sie hat einen „Ausgegrabenen“ modelliert. Ihr geschaffenes Gesicht ähnelt ihrem gezeichneten Portrait. Es erinnert sie an eine Mumie. Begeistert erzählt sie in der

nächsten Stunde von ihrer Überraschung beim Augenarzt. So etwas sei ihr noch nie vorgekommen. Beim Augenarzt stehe eine alte menschliche Skulptur und deren Gesicht sehe ihrem modellierten Gesicht sehr ähnlich. Das ist unfassbar für sie. Sie hat das Gesicht dieser Skulptur modelliert, obwohl sie dieses vorher noch nie so genau angeschaut hätte, sagt sie.



Meine Beobachtungen beim Modellieren mit den TeilnehmerInnen (bei leichter bis mittelschwerer Demenz) zeigt mir, dass über den haptisch-taktilen Sinnesreiz alle Gedächtnisareale angesprochen werden. Wahrnehmungsinhalte des episodischen Gedächtnisses (Autounfall vor zwei Jahren, Begegnung beim Augenarzt), semantischen Gedächtnisses (geschriebener und aus geformten Buchstaben zusammengesetzter Name) oder nur prozedurale Gedächtnisinhalte (Einritzen mit Gabel in Ton) wurden erinnert. Die Gestaltung und Wiedererkennung von Objekten und gelernten Handlungsabläufen führt bewusst oder unbewusst zur Erinnerung und zum Bezug zur eigenen Geschichte. Die zerfallende Welt kann so in biographischen Puzzleteilen mehr oder weniger zusammengehalten werden. Die hinführenden Wahrnehmungsübungen durch den ersten phantasievollen Kontakt mit Ton, den Kontakt mit dem eigenen Körper über die Berührung des Kopfes, die Umsetzung ins Zeichnerische und schließlich ins Plastische beziehen immer wieder einen vorher bekannten Sinnesreiz mit ein, um eine Verunsicherung zu vermeiden. Der Ausspruch „Ich kann etwas.“ zeigt die Selbsterkenntnis über die eigenen vorhandenen Fähigkeiten.

### 6.3 Raum-Zeiterleben über verschiedene Sinnesmodalitäten

Um eine Verbindung von Nervenzellverbänden und Nervenzell-Netzwerken zu bewirken (siehe Kap. 3.4.3, S. 34) setze ich in der Malgruppe unterschiedliche Sinnesreize ein. Mitgebrachte Naturmaterialien, Früchte, Gegenstände entsprechend der Jahreszeit oder Musik (auch Klangschale) können visuell (Sehen), auditiv (Hören), haptisch-taktil (Fühlen), kinästhetisch (Bewegung), olfaktorisch (Riechen) oder gustatorisch (Schmecken) wahrgenommen und ästhetisch-gestalterisch umgesetzt werden.

Eine über mehrere Sitzungen angelegte sinnesanregende Stimulation mit Sand, Wasser (Elemente Erde und Wasser), Naturmaterialien und Miniaturgegenständen erreicht den Höhepunkt in einer Landschaft, in der sich die einzelnen Personen in ihrem Kindheitsort, Urlaubsort oder sonstigem erinnerten Ort wiederfinden.

In der ersten Stunde wird Kontakt mit dem Sand aufgenommen. Auf einem dickeren Baumwolltuch (Größe ca. DIN A3) bekommt jede TeilnehmerIn etwas Sand. Klassische meditative Musik (Orpheus u. Euderike) unterstützt je nach Hörvermögen und Bewegungsmöglichkeit der TeilnehmerInnen die Tast-, Riesel, Streich- und Formbewegungen der Hände und Finger im Sand. Verschiedene Formen, Tiere, Pflanzen und Burgen entstehen. Entstandenes beim Nachbarn wird versucht nachzuformen oder regt zu neuen Assoziationen und Variationen an. „Jetzt fehlt nur noch das Wasser dazu, um zu matschen“ sagt eine Frau belustigt. Beim Bestreuen eines Kartons mit Sand, auf dem vorher mit Pinsel und Kleister Formen aufgetragen wurden, spüre und sehe ich bei manchen eine Überforderung, da es mit keinem Vorstellungs- oder Erinnerungsbild zusammengebracht werden kann.

In der nächsten Stunde wird mit den Händen Kontakt zum Wasser aufgenommen. Eine mit Wasser gefüllte Schüssel dient dazu, mit den Händen auf der Wasseroberfläche zu Platschen und Wassertropfen auf ein Baumwolltuch fallen zu lassen (Größe ca. DIN A 3). Meditationsmusik (Singing Water) untermalt dieses Platschen und Tropfen. Mit gefärbtem Wasser und Pinsel werden weitere Tropfen auf die Baumwolltücher aufgebracht. Dabei entstehen Pfützen, Teiche, Seen, Flüsse oder Meere. Das Musikstück von Johann Strauss „Die schöne blaue Donau“ wirkt dabei anregend.

Das Gedicht „Regentropfen, Regentropfen, die an meine Scheibe tropfen, bringen .....“ wird von einer TeilnehmerInnen rezitiert, ein „ruhiges oder bewegtes Meer“ entstehen und erinnert an einen Urlaub oder

Kriegsgefangenschaft in Amerika. Seen und Bäche erinnern an Parkanlagen, wo man als Kind Wasser patschen und Schiffchen schwimmen lassen konnte. Wasserscheu zu sein und sich an kein Wassererlebnis zu erinnern, hemmt die Vorstellung und es bleibt bei den Regentropfen. Beim Gehen strahlen alle eine gewisse Zufriedenheit aus.

Einige der TeilnehmerInnen erinnern sich an ihr gefärbtes Baumwolltuch, als ich es das nächste Mal mitbringe und beschreibe, was es darstellt. Bevor wir daran weiterarbeiten, nehmen wir noch einmal Kontakt mit Sand auf. Wie beim ersten

Mal kommt etwas Sand auf ein dickeres Baumwolltuch. Eine Person sitzt am Tisch vor diesem Sand und eine weitere Person sitzt hinter dieser Person. Wir wollen eine Rückenmassage machen, in dem die hintere Person mit den Händen und Fingern den Rücken der vorderen Person streicht



(massiert) oder mit den Fingern und etwas Druck auf dem Rücken Formen aufzeichnet. Die vordere Person überträgt die wahrgenommenen Impulse auf den Sand. Egal ob Formen wahrgenommen und auf den Sand übertragen werden oder ob eigenständige Bewegungen und Formen (Erinnerung an das erste Mal) entstehen, das Massieren gefällt und wird genossen.

Als zweiter Schritt wird wieder mit Kleister und Sand gearbeitet. Auf die freien Flächen des gefärbten Baumwolltuches wird Sand geklebt. Schleswig-Holstein, das Nordkap, die Mecklenburger Seenplatte oder das Meer mit Strand, Teich oder Schwimmbecken sind diesmal die Vorstellungen, was es sein könnte.

Noch eine Stunde weiter bringe ich gefärbten Sand, Ton, Naturmaterialien und Miniaturgegenstände (Häuser, Bäume, Tiere) mit, die die TeilnehmerInnen weiter auf das Baumwolltuch kleben oder stellen. Neben der Seenlandschaft entstehen gelbe Senfelder, grüne Wiesen, rote Erde entsprechend der Insel Helgoland. Muscheln finden im Atlantik ihren Platz. Eine von einer Teilnehmerin vom Ausflug am Vortag erinnerte Parkanlage mit Teich wird „als ob ich beim Gestalten schon gewusst hätte, dass ich so etwas demnächst sehe“ mit modellierten Bänken aus Ton, Büsche und Seerosen aus Naturmaterialien fertig gestellt.

Orte und Ortsteile entstehen. Dorfstraße, Straßennamen, Bach, Häuser und Kirche sowie Dorfverbindungsstraße und Anhöhe in der Nähe des bewohnten Hauses, Felder in verschiedenen Farben, Wald, Büsche und Tiere erzählen (auch ohne viel Worte) von raum-zeitlichen Erinnerungen der TeilnehmerInnen.

### 6.3 Selbständigkeit, verbaler und nonverbaler Ausdruck durch freies Gestalten und Märchen malen

Neben Themen und Aufgabenstellungen können die regelmäßigen TeilnehmerInnen oder dazukommenden Personen je nach Bedürfnis auch eigene Bilder ohne Vorgabe malen. Einige der orientierten TeilnehmerInnen bringen immer wieder Ideen und Motive mit, an denen sie mehrere Sitzungen oder auch nur eine Stunde gestalten. Die anderen TeilnehmerInnen und desorientierteren Personen brauchen jedoch etwas Anstoß, z.B. einen Baum, Haus zu malen oder von den jahreszeitlichen mitgebrachten Materialien oder Gegenständen etwas abzuzeichnen. Einstiegsübungen, wie ein Spaziergang über Wiesen und Felder, Erinnerungen an das Kindheitshaus, Postkarten oder Lockerungsübungen der Hände mit Ölkreide auf einem Blatt, helfen die Hürde des Nichtmalen-könnens und des Nichtwissen-was Gestalten zu überwinden.

Die Blattgröße (DIN A 3) ist vorgegeben. Manchmal wird auch nur die Hälfte des Blattes zum Malen genutzt. Die Malmaterialien können die TeilnehmerInnen selbst auswählen. Hier wird in der Anfangsphase meistens auf Farbstifte zurückgegriffen. Wissen die Personen nicht mehr weiter, versuche ich sie zu weiteren selbständigen Schritten zu animieren oder gebe ihnen kleine Anregungen.

Nachdem Frau C., 82 Jahre, einen Blumenstrauß (Muttertagsstrauß) in einer Vase auf einem Tisch entsprechend einer Vorlage mit Farbstiften gezeichnet hat, bringt sie in den nächsten Stunden selbstangefertigte Skizzen auf Kalender oder Zeitungspapier mit, die sie auf einem größeren Blatt zeichnerisch umsetzt. Mitgebrachte Postkarten mit Tieren und verschiedene Muster vom Teppich, den ihr verstorbener Mann geknüpft hat (die sie ihrer Aussage nach seit sie malt auf einmal vermehrt wahrnimmt) sind weitere Motive. Durch ihr Diabetes hat sie Schwierigkeiten mit der Farberkennung von grün und blau. Wenn sie ein Bild farbgetreu haben möchte, fragt sie mich nach der Stifffarbe. Frau C. kommt auf Anraten ihrer Tochter zweimal in der Woche in die Tagespflege. Sie ist letzten Winter die ganze Zeit zuhause gewesen und freut sich nun besonders auf den



Dienstag, wenn Malgruppe ist, erzählt sie den Mitarbeitern des Hauses. Sie hat auch schon Bilder mit nach Hause genommen und ihre Kinder möchten ihr Farbstifte zum Geburtstag schenken, sagt sie.

Frau I., mit leichter bis mittelschwerer Demenz, weiß nicht, was sie machen soll. Ich ermuntere sie, aus den mitgebrachten Blättern und Blüten einen Kreis und Ornamente zu legen. Nachdem sie dieses sehr sorgfältig und eigenständig gemacht hat, möchte sie das Muster des Pullovers ihrer Nebensitzerin (Blüten) mit Farbstiften abzeichnen. In der nächsten Stunde malt sie an ihrem Motiv, an das sie sich nicht mehr erinnern kann, weiter. Die rote Temperafarbe wäre natürlich die richtigere Farbe, meint sie, möchte jedoch mit dem Farbstift die entstandene Blüte ausmalen. Dann möchte sie aufhören. Ich versuche sie noch einmal zu animieren und meine, sie könnte noch Blätter zu der Blüte dazumalen. Dazu gebe ich ihr ein Blatt von einer mitgebrachten Blume. Während ich mich den restlichen



TeilnehmerInnen widme, bespricht sie mit einer anderen Teilnehmerin, dass sie jetzt genug hat und aufhören möchte. Als ich wieder nach ihr sehe, sagt sie, ein Regenschirm brauche keine Blätter. Mit dieser Eindeutigkeit der Mitteilung weiß ich, dass ich sie nicht weiter animieren kann. Wir schauen uns noch einmal das Entstandene gemeinsam an und ich bringe sie zurück in ihre Gruppe.

Weiter bieten sich Märchen als Einstieg insofern gut an, da sich die alten Menschen an Erlebnisse in ihrer Kindheit oder an das Vorlesen in Schule und Elternhaus erinnern. In der Tagesgruppe ist das Märchen von „Hänsel und Gretel“ nach gemeinsamem Sammeln von Märchen, dasjenige, das die meisten von ihnen kennen. Alle versuchen nach dem Vorlesen der Geschichte (bei manchen mit etwas Hilfe) eine Szene oder einen Gegenstand aus der Geschichte zu malen. Einer Teilnehmerin fällt das Gedicht aus ihrem Schulbuch „Hänsel und Gretel verirrt sich im Wald ....“ wieder ein. Beim Vorlesen des Märchens „Frau Holle“, meint eine Person, dass doch das Gute über das Böse siegt und dass Fleiß belohnt wird. Hier gestaltet sich das Malen schwieriger, da die meisten das Märchen nicht kennen und es keine inneren Vorstellungsbilder dazu gibt.

In den Märchen spiegeln sich tiefe menschliche Erfahrungen und Sehnsüchte. Es geht immer wieder um das Überleben des Bedrohten, den Aufstieg des Verachteten, um die Balance von Männlichem und Weiblichem, um Festhalten und Loslassen. Märchen reden in einer Bildsprache (Symbolsprache). Sie sind Schicksale und Entwicklungen der einzelnen Menschen in Bildern. In der Psychotherapie werden Märchen zur Klärung innerpsychischer

Konfliktsituationen des Klienten genützt. Für Märchen gibt es keine einheitlichen Interpretationen. Je nach Weltbild des Menschen und seiner naturwissenschaftlichen, soziologischen, psychologischen, tiefenpsychologischen Prägung variieren diese. Bruno Bettelheim ging von unbewussten, unbefriedigten Wünschen des Menschen aus. Die Bedeutung des Märchens für das Wachstum des Menschen liegt nicht in der Belehrung über richtige Verhaltensweisen, es beschreibt die Welt nicht, wie sie ist und gibt auch keine Ratschläge. In der Therapie angewandt wirkt es deshalb therapeutisch, weil der Klient zu seinen eigenen Lösungen kommt, wenn er nachdenkt, was die Geschichte über ihn und seine inneren Konflikte zu diesem Zeitpunkt in seinem Leben enthält. (Bettelheim, 1990, 5. Auflage, S. 29). Verena Kast stellt beim Klienten die Kompensation einer einseitigen Lebenseinstellung durch Märchen dar, die zu einem Reifeprozess führen kann (Kast, 1996).

Detlef Marr verweist auf die Symbolsprache im Märchen, auf Themen, die gerade Menschen mit Demenz ansprechen, bei denen seiner Meinung nach eine Bearbeitung im psychotherapeutischen Sinne nicht möglich ist (Marr, 1995, S. 69). Themen, wie z.B. Allein sein, Verlassen werden, Angst oder Familienkonflikte, Mutter/Stiefmutter (Hänsel und Gretel, Sterntaler, Rapunzel), Balance von Gut und Böse/Gerechtigkeit (Frau Holle), Aktivität (s. Marr: Bremer Stadtmusikanten) usw. finden über die kunsttherapeutische Arbeit im Bild ihren Ausdruck.

Frau A., 87 Jahre, fällt das Märchen von den Sterntalern ein und sie beginnt eine Szene aufzuzeichnen. Sie erinnert sich bei den Märchen an ihre Jugendzeit und nachdem eine andere Teilnehmerin den Text des Gedichts „Hänsel und Gretel ...“ aufgeschrieben hat, fällt ihr ein Text zur Geburtsanzeige einer Familie ein, bei der sie einige Zeit als Jugendliche gearbeitet hat, den sie noch auswendig kann. Ich frage sie, ob sie den Text auch aufzuschreiben kann. Dies gelingt zu meinem Erstaunen ganz gut. In der nächsten Stunde, als sie das Märchenbild von Hänsel und Gretel bei der anderen Teilnehmerin wieder sieht, erzählt sie nochmals von dieser Familie, einer Pfarrersfamilie, bei der sie mit fünfzehn Jahren drei Jahre im Dienst war: „Dort war es nicht schön. Die Pfarrersfrau war keine gute Frau, so wie die Stiefmutter bei Hänsel und Gretel“. Sie erinnert sich noch an das Kochen, bei dem sie eine missglückte Mehlsöße essen musste. Als weiteres Märchen fällt ihr „Rapunzel“ ein. Mit Farbstift zeichnet sie selbständig den Turm und die Haare von Rapunzel.



Frau B., 93 Jahre alt, wehrt bei den Märchen ab. „Ich kann nichts, ich weiß nichts, ich komme aus einer Bauernfamilie, die für so was keine Zeit gehabt hat“. Den Titel der Märchen kennt

sie, jedoch den Inhalt nicht. Obwohl sie später im Haushalt einer Arztfamilie war und drei Kinder versorgte, scheint sie sich nicht mehr an Märchen zu erinnern. Wir einigen uns darauf, dass sie einen Lebkuchen des Hexenhäuschens vom Märchen „Hänsel und Gretel“ aufzeichnet. Sie erinnert sich dabei an einen Herzlebkuchen eines Bäckers von früher. Sie versucht ein Herz aufzuzeichnen, was ihr jedoch nicht gelingt. Gemeinsam malen wir mit Ölkreiden ein Herz auf. Ich führe ihre Hand. Sie verbessert, da es nicht ganz ausgeglichen ist. An eine Verzierung kann sie sich nicht erinnern und kommt wieder ins Stocken. Frau B. kommt gerne in die Malgruppe, weiß jedoch nicht, wie sie bei Angaben zeichnerisch und malerisch vorgehen soll. In der nächsten Stunde wehrt sie zuerst wieder ab: „Ich hab keine Idee“. Ich meine, sie könnte noch einmal ein Lebkuchenherz aus ihrer Heimat malen. Dies macht sie dann zaghaft und schreibt zu meiner Überraschung selbständig „Waldburghausener Lebkuchen“ in das Herz. Sie ist in Waldburghausen aufgewachsen, war ein folgsames Kind und hatte eine schöne Kindheit. Wir einigen uns, dass sie das Herz noch so ausmalt, wie die Lebkuchen dieser Lebkuchenfabrik. Eine weitere Stunde später malen wir gemeinsam den Torbogen von der Goldmarie, in den sie weitgehendst selbständig zum ersten mal eine Gestalt (Gesicht in Seitenansicht und Oberkörper) zeichnet.



Es benötigt viel Geduld, Einfühlungsvermögen, Motivation und Einfallreichtum um die Selbständigkeit der älteren Menschen beim Malen zu fördern. Wird die Eigenmotivation über Sinnesreize oder durch das Interesse an Motiven oder Erinnerungen geweckt, entstehen selbständige Schritte beim Gestalten, wenn auch nur innerhalb einer Stunde. Erstaunlich ist, dass zum gestalterischen (nonverbalen) Ausdruck ein sprachlicher und schriftlicher Ausdruck in Form von Gedichten oder Bezeichnungen selbständig dazu assoziiert wird. Hier ermuntere ich die TeilnehmerInnen auch von ihren schriftlichen Ressourcen Gebrauch zu machen.

Die Märchen dienen hier nicht zu einer im psychotherapeutischen Sinne gezielten Aufarbeitung von innerpsychischen Konflikten. Sie sind zuerst einmal Anreiz für einen eigenen gestalterischen Ausdruck, der natürlich an negative sowie positive Erlebnisse anknüpft. Die gestaltende Person kommt ein Stück weit mit sich selbst, ihren biografischen Erfahrungen und Konflikten und aktuellen Situation in Kontakt. Durch das eigenständige Gestalten kann die Person selbst bestimmen, inwieweit sie etwas darstellen und zulassen möchte bzw. überhaupt darstellen will und kann. Bei hochkommenden Gefühlen ist je nach Intensität mein Einfühlungsvermögen gefragt bzw. es genügt die Gruppe, die an den Empfindungen teilnimmt.



Hänsel und Gretel, Farbstifte

Dauerwellenbild,  
Gouache

#### 6.4 Formenzeichnen als Lebens- und Lernprozess des künstlerischen Gestaltens

Das menschliche Leben ist ein fortwährender Entwicklungs- und Lernprozess und somit immer in Bewegung. In der Bewegung des Lebens sein, heißt, dem Fluss des Lebens zu vertrauen und die damit verbundenen äußeren und inneren Lebens- und Formveränderungen wahrzunehmen:

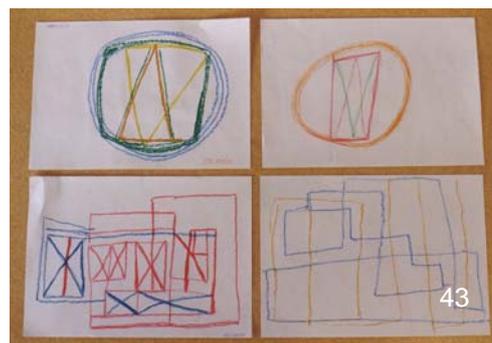
- Vom Chaos des Ursprungs dem Kreis mit seiner geschlossenen, umfangenden Form in unendlich kreisenden Bewegungen zu begegnen und die Zentrierung auf die Mitte bei gleichzeitiger Ausdehnung (Geist, Kosmos) zu erfahren.
- Das Quadrat mit seinen Kanten und Begrenzungen, als Festes, Konkretes und Fundamentales (Selbst, Materie) zu begreifen.
- Das Dreieck mit seiner spannungsgeladenen Dynamik und dessen Balance über die Seitendiagonalen, das mit der Spitze nach oben zeigende männliche Dreieck mit seiner aufsteigenden Energie und das mit der Spitze nach unten zeigende weibliche Dreieck mit seiner absteigenden Energie (Beziehung) einzuverleiben.
- Die Wellenlinie, ihr Auf und Nieder, den Lebensrhythmus (Wandlungsphasen) darin zu erkennen. In der Zickzacklinie, Spitzen setzend, Spannungen und Aggressionen (Seelenzustand) zu erkennen.
- In der unendlichen Acht (Lemniskate), im Kreuzungspunkt von linker Rundung und rechter Rundung eine immerwiederkehrende bewegliche Mitte (Körpermitte, Gleichgewicht) zu finden und in der fortlaufenden Acht, schleifig

angelegt, aufsteigend und absteigend, dehnbare Bewegungen (Belastungen) auszubalancieren (vgl. Manz, 1997, S. 20-22 und Riedel, 2002).

Das Formenzeichnen mit Ölkreide und Tempera-Farbe setze ich mehr pädagogisch als therapeutisch ein, damit die TeilnehmerInnen ein Gefühl für Formen, Bewegungsfluss, flüssige Farben und weitere Möglichkeiten des Bildaufbaus und -ausdrucks bekommen. Lockerungsübungen, wie beidhändiges Malen mit Ölkreiden, das eine Aktivierung der rechten Gehirnhälfte und einen Ausgleich zwischen beiden Gehirnhälften (s. Kap. 3.4.1, S. 27). bewirkt, dient spielerisch als Einstieg.

Mit beiden Händen gleichzeitig zu malen ist für die meisten eine neue Erfahrung. Eine Teilnehmerin, die das schon kennt, ist ungezwungen und nimmt mit beiden Händen und 2 Farben in kreisenden Bewegungen das ganze Blatt ein. Die Anderen sind noch etwas zaghafter dabei. Manche sind kontrolliert und bleiben mit ihren Farben und Händen, bestimmten Formen und offenen Augen auf der Blatthälfte der jeweiligen Körperseite. Frau A. meint nach ersten

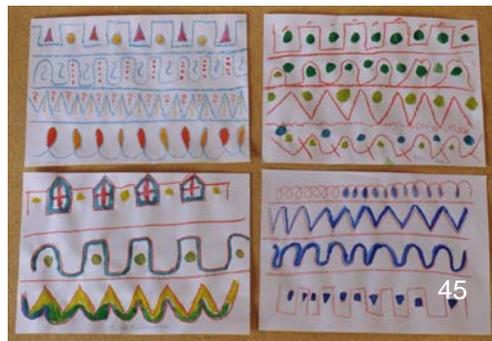
Startschwierigkeiten „Jetzt hab ich`s raus, man muss den ganzen Ellenbogen bewegen“. Einen Kreis mit einer Farbe (Ölkreide) mehrmals umfahren gelingt bei den meisten. Dabei entstehen auch weitere Kreise innerhalb und außerhalb des ersten Kreises. Ein Quadrat innerhalb des Kreises mit einer anderen Farbe und zwei sich überschneidende Dreiecke mit einer weiteren Farbe mehrmals zu umfahren wird ebenfalls gut gemeistert. Wellenlinien entstehen in unterschiedlichster Form. Manche TeilnehmerInnen sind mehr im Fluss als Andere. Diese Übungen sind anstrengend



und es gibt einige Personen, die unzufrieden sind mit dem Gestalteten. Bei einer weiteren Übung zum Ausgleich beider Gehirnhälften beginnt die rechte Hand und zeichnet fortlaufend senkrechte und waagrechte Linien auf das Blatt, die linke Hand macht gleichzeitig oder danach ebenfalls kreuzend senkrechte und waagrechte Linien. Hier und bei der liegenden Acht haben die TeilnehmerInnen etwas Schwierigkeiten. Das Kreuzen bei der liegenden Acht braucht Übung. Immer wieder sind sie versucht, zwei Kreise zu zeichnen, die sich in der Mitte

berühren. Die Schlaufen brauchen ebenfalls Übung bis ein Bewegungsfluss entsteht. Frau B. steht zwischendurch auf und geht. Ich finde sie in ihrer Tagesgruppe wieder. Sie kann ja nicht malen, sagt sie wie immer, wenn sie im gestalterischen Ausdruck an ihre Grenzen kommt. Sie geht noch einmal mit und dann klappt es ganz gut mit den weiteren Übungen und sie ist zufrieden. Der nächste Schritt ist das Kombinieren verschiedener Formen. Dazu zeige ich den

TeilnehmerInnen, wie bei der einzelnen Formgestaltung, eine andeutungsweise vorgezeichnete Formreihe auf einem Blatt. Quadrate und Kreise kommen selbständig dazu sowie das Ausmalen und Nachfahren der Formen mit Temperafarbe. Die TeilnehmerInnen scheinen mir diesmal etwas zufriedener mit ihrem Gestalteten. Ich starte noch einen Versuch und lasse sie das nächste Mal ein eigenes Bild mit Formen gestalten. Dazu bringe ich einige Kalenderbilder von Kandinski mit. Ich gebe ihnen ein paar Formen vor, die sie auf ihrem Blatt platzieren können, wie sie möchten. Weitere Formen können sie wie das Ausmalen mit Temperafarbe selbständig dazu ergänzen.



Während des Formenzeichnens kommt es weniger zu Gesprächen über biografische Erlebnisse. Die Konzentration auf die Formen, die richtige Farbwahl und Anordnung bestimmen die Gruppenstunde. Wer von den TeilnehmerInnen nicht mitmachen möchte, kann ein Mandala oder ein eigenes Bild gestalten.

Mit dem Formenzeichnen beginnt in der Tagesgruppe der Einstieg ins Malen mit Temperafarbe und Gouache-Farbe. Diese wurden anfangs von den TeilnehmerInnen abgelehnt. In weiteren selbständig gestalteten Bildern mit Tempera oder Aquarellfarbe finden sich nun immer mal wieder Formen oder Linien, was mich bestätigt, dass das Lernen im Alter nicht aufhört bzw. dass durch fördernde Anregungen und Übungen neuronale Verschaltungen möglich sind.

Nachdem alle mit den Grundfarben vertraut sind, versuche ich nun noch das Mischen der Gouachefarben anhand eines freien Farbkreises und eines in Segmenten unterteilten aufgezeichneten Kreises, der mit Primär- und

Sekundärfarben ausgefüllt wird, zu vermitteln. Das freie Malen eines Farbkreises misslingt bei allen TeilnehmerInnen, wogegen der Farbkreis mit vorgezeichneten Unterteilungen zu meiner Überraschung kein Problem ist. Hier spielt wieder wie beim Mandala die haltgebende Form eine Rolle. Mit dem Mischen der Farben auf einer alten Fliese vertraut gebe ich die Aufgabenstellung ein rotes Haus in einem grünen Park zu malen, -Grün als Komplementärfarbe zu Rot. Mit kleinen Hilfestellungen und Anstößen entstehen so in mehreren Stunden Kindheitshäuser, jetzige Wohnhäuser und Schuppen. Obstbäume und Blumen, die im Garten wachsen und natürlich Sonne und Himmel.



Frau B., 93 Jahre alt, mit mangelnder Leistung des Gehirns, sagt fast jedes mal, dass sie nicht malen kann. Innerhalb eines Jahres hat sie immer mal wieder andeutungsweise versucht ihr Kindheitshaus, Räume und Umgebung aufzuzeichnen. Dabei hat sie jedes Mal ihre Grenzen der zeichnerischen Ausdrucksfähigkeit gespürt. Nun malt sie selbständig ein rotes Haus, Bäume und Wiesen, als ob sie es schon immer gekonnt hätte. Sie selbst ist erstaunt, dass sie auf einmal malen kann (großes Bild unten, Haus links oben).



Was ist passiert? Ich nehme an, dass bei Frau B. durch die gestalterische und ästhetische Sinnesstimulation mittels aufbauender Formwahrnehmung und anregender Farbwahrnehmung eine Aktivierung und Verbindung von Nervenzellen stattgefunden hat. Die Auseinandersetzung mit der Formgestaltung, die Widerstände und Grenzen des Gestalterischen immer wieder zu spüren und dennoch weiterzumachen, befähigt sie schließlich selbständig ein für sie befriedigendes inhaltliches Bild zu malen.



## VII Pädagogische und psychotherapeutische Aspekte der Fördermaßnahmen

### 7.1 Therapeutische Aspekte der Betreuung

Neben den pädagogisch-therapeutischen Angeboten des künstlerischen Tuns zur Förderung der Orientierung, Zentrierung, Formwahrnehmung und Zeit-/Raumerleben ist die therapeutische Betreuung der Personen ein weiterer wichtiger Punkt in der Malgruppentätigkeit. Die TeilnehmerInnen möchten in ihrer mentalen, physischen und psychischen Beeinträchtigung angenommen und verstanden werden. Gefühle und Aussagen beachtet werden. Das Einfühlungsvermögen des Therapeuten (Pädagogen) stärkt das Vertrauen und die Beziehung der Teilnehmenden zu ihm/ihr. Auf der Basis des erweiterten Selbstvertrauens, der Annahme und positiven Bindung (siehe Kapitel 3.4.3, S. 36) können Einblicke in Erinnerungen von Erlebnissen, verlorengegangene Fähigkeiten und evtl. unverarbeitete oder derzeitige Konflikte stattfinden.

Schon bei der Ablehnung, Unsicherheit und Angst „nicht malen zu können“ oder „die Ohnmacht gegenüber der Krankheit“ braucht es immer wieder meine aufmunternden Worte. Je nach TeilnehmerIn, Krankheitsbild und Tagesbefindlichkeit geschieht das eher humorvoll oder mit der Ernsthaftigkeit, die die Person fordert.

Frau T., 82 Jahre, mit leichter -mittelschwerer Demenz, erinnert sich in einer Malstunde an ihre Freundin, die früher gut malen konnte. Sie sagt: „Die müsst man jetzt fragen können“, als sie nicht mehr weiter weiß und mit meinem Angebot einer blauen Farbe nicht einverstanden ist. Ich meine, sie könnte ja in Gedanken diese Freundin fragen, wie sie weitermachen würde. Frau T. meint darauf hin, diese sei doch nicht hier und lacht dabei. In der nächsten Stunde malt sie mit roter Farbe weiter.

Frau U., 80 Jahre, im Rollstuhl sitzend und manchmal schwerhörig, ist zu einem Malstundentermin etwas angeschlagen. Sie geht dennoch mit. Sie erzählt mir, dass sie nicht richtig reden kann und der linke Arm unbeweglicher ist. Sie hat sich anscheinend wieder aufgeregt. Der Arzt meint, sie hätte einen kleinen Schlaganfall erlitten. Es ist schwierig mit ihr. Sie lehnt ab mit Herrn R. gemeinsam bzw. nacheinander den Tiger (Wandbild), sie den Kopf, er den Körper, zu malen. Durch meine Hin- und Herüberlegungen, wo ich sie jetzt hinsetze und was ich sie malen lasse, bzw. was sie malen will, und das Herrichten der Farbe für die anderen TeilnehmerInnen, fühlt sie sich übergangen, reagiert verletzt und verärgert. Sie möchte nicht malen und möchte gehen. Ich versuche sie noch umzustimmen, ihr und mein Verhalten zu reflektieren, doch sie lässt sich nicht davon abbringen. Ich hätte sie verzürnt, sie komme nicht mehr wieder in die Malgruppe, ich hätte sie verloren, bei meinem Vorgänger hätte es so was nicht gegeben, sagt sie. Ich lasse sie mit etwas ungutem Gefühl mit ihrem Rollstuhl wegfahren. Eine Mitarbeiterin kommt zwischendurch und fragt, was mit Frau U. los

sei. Ich erzähle und sie meint, dass Frau U. das mit ihnen auch immer wieder mache. Aber hoffentlich lasse sie ihre Verärgerung nicht an ihrer Zimmernachbarin, mit der sie sich nicht verstehe, aus. Als Herr R. nach dem Malen des Tigerkörpers und der Pflanzen den Platz wechselt, suche ich Frau U.. Da der Aufzug vorher nicht benutzt werden konnte, kann sie nur in ihrem Zimmer sein. Dort sitzt sie in ihrem Rollstuhl, nachsinnend. Ich versuche noch einmal einzulenken, in dem ich sie bitte doch jetzt einmal zu schauen wie weit wir sind. Herr R. sitzt jetzt an einer anderen Stelle und sie könne den Kopf alleine malen. Sie verneint immer noch, wenn ich sie gleich das Malen lassen hätte, was sie wollte (Kopf), dann wäre sie jetzt nicht verzürnt. Sie bleibt stur. Sie malt nicht mit einem Mann, (Frau U. ist nicht verheiratet, sie hat anscheinend eine Abneigung gegen Männer). Ich meine, sie soll es sich bis nächstes Mal überlegen, vielleicht könnten wir es doch noch einmal miteinander versuchen. Bevor ich gehe nehme ich sie kurz in den Arm, beuge mich etwas zu ihr herunter und sage: „Frau U, ich mag sie sehr gerne. Sie sagen das, was Sie meinen und stehen dazu, es wäre einfach schade, wenn Sie nicht mehr beim Malen dabei wären. Möchten sie nicht doch vielleicht kurz schauen wie weit wir mit dem Malen gekommen sind.“ Sie beginnt zu lächeln (!!!) und das Eis ist gebrochen. .... Sie meint, dann wolle sie mal nicht so sein und doch noch schauen. In den nächsten beiden Malstunden ist sie wegen ihres Schlaganfalles nicht dabei, danach kommt sie mit kleinen Ausnahmen wieder regelmäßig in die Malgruppe.

Die Gruppengröße, Zusammensetzung, Krankheitsbilder und unterschiedliche künstlerische Fertigkeiten machen es manchmal schwierig auf die TeilnehmerInnen im einzeln so einzugehen, wie sie es bräuchten. Die Gefühle der einzelnen Personen, ihre Neigungen in der künstlerischen Gestaltung und Ausdrucksverhalten, ihre Probleme im Hause und in der Tagesgruppe oder mit Zimmernachbarn, Angehörigen und Mitarbeitern offenbaren sich mir je nach TeilnehmerIn erst nach und nach. Es braucht in der Gruppe eine längere Zeit bis ich die einzelnen Personen kenne und ihre Gefühlslagen und Krankheitsbilder zuordnen kann. So komme ich wie bei Frau U. manchmal an meine Grenzen der therapeutischen Betreuung. Zweifel steigen in mir hoch, ob ich die teilnehmenden Personen mit ihren Gefühlen richtig verstehe und ihnen auch die Beachtung gebe, die sie sich wünschen.

## 7.2 Aspekte der Traumatisierung und die Grenzen der kunsttherapeutischen Gruppenarbeit

Das Trauma ist eine Verletzung der Seele (Psyche), das durch ein gefährliches, bedrohliches Ereignis ausgelöst wird. Auslösende Ereignisse sind zum Beispiel Naturkatastrophen, Unfall, Flucht, Krieg, Folter, Trennung, Vernachlässigung, körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch, Mobbing oder das

Miterleben genannter Ereignisse. Vernachlässigung oder äußere Gewalteinflüsse wirken sich dabei negativ auf die weitere seelisch-psychische Entwicklung (Veränderung neurobiologischer Strukturen und Regulation von Genen; siehe Kapitel 3.4.3, S. 34-36) aus, wobei durch Personen ausgelöste Traumatisierungen gravierender sind als Traumatisierungen ohne menschliche Einwirkung. Maßgeblich für die Folgewirkungen des Traumas ist nicht die äußere Intensität des erlebten Ereignisses, sondern die subjektive Intensität des eigenen Erlebens, die von Mensch zu Mensch verschieden ist und von seiner Verletzlichkeit und der zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) abhängen. Die psychische Beeinträchtigung infolge eines solchen Ereignisses wird verhaltenstherapeutisch als Störung in der Angstbewältigung gesehen. Innerpsychisch kann es als Konflikt auf der Ebene zwischen Lebensbedrohung und damit einhergehender Selbstaufgabe und dem (Über-) Lebenswillen verstanden werden (Reddemann in von Sprei, 2005, S. 135). Ein Traumaerlebnis kann zu einer akuten Belastungsreaktion, posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), Anpassungsstörung oder zur Entwicklung von neurotischen Erkrankungen führen.

Störungen der Affektregulation (Angst, Anspannung, Depressivität) und Wachrufen traumatischer Affekte durch äußere Reize („triggern“), Störung des Selbstwertgefühls und Schuldgefühle und dissoziative Erkrankungen (Sich-Entfernen eines Teils der Seele) sind häufige Symptome eines Traumaerlebnisses. Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Interessenverlust sprechen für eine posttraumatische Belastungsstörung. Selbstverletzendes und bulimisches Verhalten sowie Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen (Schmerzstörungen und Konversionssymptome) schließen auf ein Traumaerlebnis (nach Reddemann in von Sprei, 2005, S. 135 u. 136).

In der Arbeit mit den älteren pflegebedürftigen Menschen komme ich in Berührung mit früheren Kriegs- und Trennungs- Erlebnissen. In wieweit diese verarbeitet sind, bearbeitet werden können, durch den Umzug ins Pflegeheim wieder aufleben oder der Umzug selbst ein traumatisches Ereignis ist, lässt sich schwer sagen.

Bei der Trennung von Angehörigen und vertrauten Orten und einem Heimeintritt reagiert der Mensch mit ersten Anpassungen und beginnenden Stressreaktionen, die zu Ängsten, Depressionen und Selbstmordwünschen führen können. Danach erfolgt eine völlige Anpassung unter psychischen Störungen und abnehmender Persönlichkeit. Je nach Bewältigung früherer (traumatischer) Trennungs-

situationen oder Ereignisse wird der Mensch dabei diese in die Situation des Heimeintritts mitbringen, neu auferlegen und bearbeiten (vgl. Menzen, 2004, S. 92, 93). Hier spielen auch die in der Kindheit und Jugend übermittelten Bindungsverhältnisse, als seelisches „Basislager“ für die Zukunft, eine wichtige Rolle. Nach dem Entwicklungspsychologen John Bowlby werden vier Bindungstypen unterschieden: sichere Bindung (angemessen, autonom); ambivalente Bindung (verstrickt); unsichere Bindung (vermeidend, distanziert); desorientierte Bindung (unentschlossen).

Bei der sicheren Bindung ist die Bezugsperson verlässlich und einfühlsam und das Kind erfährt sich als liebenswert und entwickelt ein positives Selbstbild mit gut verarbeitenden Ambivalenzen. In einer ambivalenten Bindung mit inkonsistenten Verhalten seitens der Eltern wird der Wunsch nach Nähe und Aufmerksamkeit besonders stark und mischt sich mit gelegentlichem Ärger auf die Bindungsperson. Bei einer fehlenden emotionalen Unterstützung und mangelndem Rückhalt (= unsichere Bindung) wird sich ein Kind von der Umwelt distanzieren, Kontakte und Gefühle vermeiden. Bei der desorientierten /desorganisierten Beziehung mit misshandelnder, verängstigender Bezugsperson ist das Kind verängstigt und traumatisiert (vgl. Zimbardo/Gerrig, 2003, S. 487).

War die Bindungsqualität früherer Bindungen eines Menschen negativ, d.h. unsichere oder desorganisierte Bindungsverhältnisse, kann sich das erschwerend bei einem Heimeintritt auswirken. Unbewältigte Trennungs- und Schreckenserlebnisse können möglicherweise bei der Bearbeitung der gegenwärtigen Stresssituation wieder reaktiviert werden. Infolge der früheren Traumatisierung oder jetzigen Trennungssituation können dissoziative Zustände entstehen, wobei der erinnerungsorientierte Hippocampus gehemmt und die negativ-gefühlshafte orientierte Amygdala überstark erregt wird. Dadurch gelingt ein Zusammenspiel mit dem Neocortex nicht mehr und der Zugriff auf die episodisch-erinnernden Gehirnareale mit dem Erlebten wird verweigert. Überfordert von den zu starken emotionalen (überflutenden) Eindrücken (Menzen, 2004, S. 94), der Bedrohung des Lebens und dessen Bewältigungsmöglichkeiten, kommt es zu einer überlebensnotwendigen Abspaltung (Fragmentierung) von Erlebnisinhalten. Anstatt der Verarbeitung der Erfahrung entstehen von der Erfahrung zeit- und raumlosgelöste Bilder. Diese bruchstückartigen Bilder bewirken, dass auf Erfahrungen nicht zurückgegriffen werden und aus diesen auch kein zukünftiges Lernen entstehen kann. Affektstörungen, mit gefühlshafter Hemmung oder übermäßig starke

Reaktionsbereitschaft können auftreten. Eine psychische Erstarrung macht sich bemerkbar und der Mensch wird apathisch oder durchlebt zeitweise panikartige Ausbrüche oder Handlungen, die sich seiner Eigenverantwortung entziehen.

Ein Mensch mit sicherer, fester Bindung, auch in der Partnerschaft, wird einen Heimeintritt anders erleben als jemand mit unsicherer Bindung.

Deshalb ist die Entwicklung einer stabilen und emphatischen therapeutischen Beziehung und Arbeitsatmosphäre von besonderer Bedeutung und eine entscheidende Voraussetzung bei der Bearbeitung von traumatischen Störungen. Reddemann (Reddemann in von Sprei, 2005, S. 139) verweist bei der Traumabearbeitung auf speziell dafür ausgebildete Fachleute um eine Retraumatisierung zu vermeiden.

Frau A., 87Jahre, mit Persönlichkeitsstörung und depressiven Verstimmungen, besucht schon ein Jahr regelmäßig die Malgruppe in der Tagespflege. Hier hat sie schmerzliche Erlebnisse in ihrer Kindheit (Tod ihres Bruders in jungen Jahren) und Erwachsenenzeit, 30 jährig (Tod ihres Mannes im Krieg), nach und nach mit der Freude am Malen in Bildern und Gesprächen zum Ausdruck gebracht. Der anfänglich öfter geäußerte Wunsch, sterben zu dürfen, ging zurück. Während des Urlaubs ihrer Kinder ist sie nun für ein paar Tage in der Kurzzeitpflege in der Langzeiteinrichtung, wo sie stürzt und sich den Arm verletzt. Ich möchte sie auch hier mit in die Malgruppe nehmen. Sie erkennt mich nicht und verneint mitzugehen, sie könne nichts mehr. Ihre Enkelin, die gerade zu Besuch ist, möchte gerne, dass sie ein Bild für sie malt und begleitet sie in die Malgruppe. Das nimmt sie sich zu Herzen und malt dann ein Mandala teilnahmslos aus. Ich frage, wie lange sie hier ist. Sie weiß es nicht genau und sagt: „Es weiß niemand wie schrecklich dieser Aufenthalt für mich ist, von Zuhause weg zu sein“. In den nächsten Malstunden in der Tagespflege ist sie noch sehr benommen, malt sehr wenig und redet kaum etwas.

Herr T , 82 Jahre, mit Krebserkrankung und vollständiger Lähmung der linken Körperhälfte nach einem Schlaganfall, wohnt mit seiner an Alzheimer-Demenz erkrankten Frau in der Langzeitpflegeeinrichtung. Er soll seinen rechten Arm und Hand mehr bewegen. Er und seine Frau werden mir nach zwei Wochen des Heimeinzugs empfohlen. Er redet nur auf Ansprache „ah ja“ und schaut mehr oder weniger vor sich hin. Einmal entsteht eine Landschaft im Sand, die ihn an seinen Geburtsort erinnert. Versuche, seine rechte Hand über das Malen oder Arbeiten mit Sand zu aktivieren sind mühsam. Manchmal bewegt er seine Hand nur minimal oder ich führe sie. Bei der Massage seiner Hände und Bewegung seiner Arme, sagt er, wenn es weh tut oder es zuviel ist. Während mehreren Stunden in der Malgruppe erzählt er von seiner schwierigen Elektrikerlehre und wiederholt vom Krieg, der so schlimm war. Herr T. ist in jungen Jahren in den Krieg gezogen und hat neun Jahre seines Lebens in Krieg und Gefangenschaft verbracht. Nach dem Krieg war er viel krank. Er lernte seine Frau kennen und die darauffolgenden Jahre mit Kindern und Familie war ebenfalls eine schwere Zeit. Auf meine Frage hin, ob es danach auch mal schöne Zeiten gab, verneinte Herr T.. Im Krieg hatte er einmal Glück:. In seinem Zimmer liegt sein Stahlhelm mit Delle, der ihm bei einem Nahkampf das Leben gerettet hatte.

Nach drei Monaten der Malgruppenzeit betrachten wir Herrn T.s Helm und reden über sein Glück, von der Kugel des Feindes nicht getroffen worden zu sein. Er lebt auf und erzählt wieder. Ich frage ihn, ob er ein inneres Bild hat. Er beschreibt mir die Situation und ich male ein Bild von ihm und den befeindeten Soldaten in mehreren Malstunden nach seinen Angaben. Wir besprechen immer wieder, was noch fehlt. Einmal lasse ich ihn mit Kleister, gelber und roter Gouache-Farbe das Feuer des Gewehrscusses selbst auf einem Zeichenpapier malen. Dazu führe ich seine rechte und linke Hand, die rechte bewegt er selbst etwas. Beim Gehen sagt er zu einer Mitarbeiterin: „Ich zeichne gerade ein Bild von meinen Kriegserlebnissen“. Am Tag darauf bin ich kurz im Pflegeheim, dabei komme ich bei Herr T. vorbei und er fragt mich: „Kämpfen wir heute weiter?“ Ich bin erstaunt über seine Worte und dass er mich von sich aus im Vorbeigehen anspricht! Ein weiteres gemeinsames Bild entsteht vom Endkampf in Frankreich. Einmal meint er, dass das Malen der Bilder interessant ist. In einer Stunde sagt er: „Das Bild wird gut“ und auf meine Frage, wie es ihm beim Anschauen der Zeichnung geht und was er für ein Gefühl hat, sagt er, dass alles noch einmal hoch kommt. Wegen der Vorbereitung für das Wandbild kann ich mich Herrn T. für ein paar Wochen nicht mehr so intensiv widmen. Ich massiere seine Hände kurz und gebe ihm immer mal wieder farbigen Knet in die rechte Hand, damit diese ein wenig bewegt wird. Gegen Ende der Stunde besprechen wir, was daraus entstanden ist (z.B. ein Krug, Pferd, Elefant, Glücksschwein). Die Bewegungen bleiben gleich minimal und er schaut den anderen Teilnehmern mehr abwesend zu und redet nur, wenn er angesprochen wird. Herr T. stirbt nach zehn Monaten Heimaufenthalt an seinen Erkrankungen.



Bei Frau A. ist innerhalb des Kurzurlaubes im Langzeitpflegeheim ein verändertes Verhalten festzustellen. Ihre Desorientierung und Benommenheit entsprechen einem traumatischen Erlebnis, das sie durch den Ortswechsel, der Trennung von Zuhause, erfahren hat. Während der nächsten drei Monate meiner Zeit in der Tagespflege kann sie sich noch immer nicht davon erholen. Sie schaut beim Malen meistens nur zu und redet sehr wenig.

Herr T. bekommt durch das gemeinsame Malen und Bewegen seiner Hände sehr viel Zuwendung in der Malstunde. Durch meine Berührung seiner Hände und das Malen des Gewehrfeuers findet ein Erleben auf emotionaler Ebene statt, wogegen die Bilder mit den Szenen des Krieges dagegen auf der rationalen Seite stattfinden. Sein Ausspruch „Kämpfen wir heute weiter“ könnte heißen: „Hilfst du mir heute wieder beim Kampf ums Überleben“. Er scheint in mir eine Bezugsperson gefunden zu haben, zu der er Vertrauen hat, die in ihm anhand der taktilen, motorischen und visuellen Eindrücke ein Stück von seiner Lebensgeschichte aufleben lässt und vielleicht integrieren hilft. Sein Helm dient ihm als Übergangsobjekt (Glückssymbol) der (Über)lebensbewältigung, für die

schrecklichen Ereignisse und Trennungen des Krieges sowie der jetzigen Übersiedlung ins Pflegeheim.

Inwieweit Frau A. und Herr T. ihre früheren traumatischen Erlebnisse oder gegenwärtigen Trennungserlebnisse des Ortswechsels bearbeitet und integriert haben ist durch die kurzzeitige Einweisung von Frau A. in das Pflegeheim und dem schnellen Tod von Herrn T. für mich nicht vollständig nachzuvollziehen.

### 7.3.1 Erlebnispädagogische Aspekte der Betreuung und deren ich-stabilisierend wie sozial vernetzende Wirkung

Neben der Malgruppe mit ihren ästhetischen Elementen des Malens, Plastizierens und weiteren sinnlichen Reizen gibt es immer wieder Projekte, die erlebnispädagogisch ausgerichtet sind. Erlebnispädagogik heißt „Lernen mit allen Sinnen“. Hugo Kükelhaus untersuchte experimentell die vielfältigen Beziehungen zwischen Umwelt und Sinnesorganen, um so eine somatisch fundierte, im Vegetativen begründete Methode der Erweckung, Förderung und Differenzierung von Erlebens-Fähigkeiten zu ermitteln. Mit seinem „Erfahrungsfeld der Sinne“, einem Sinnes-Parcour, das 1967 auf der Expo in Montreal ausgestellt wurde, reiste er durch viele Städte. Die „Stationen“ entsprechen den Entfaltungs- und Bewegungsmöglichkeiten unserer Sinne: des Fühlens, Riechens, Schmeckens, Hörens, Sehens, Tastens und des Gleichgewichtsinns. Beim Gang durch die Stationen werden die Sinne belebt und im gleichen Zuge der ganze Organismus angesprochen. Hugo Kügelhaus spricht von Wahrnehmung als „Wahrnahme und Einsicht in eins“ (Kükelhaus, 1994, S. 42). Durch die Auseinandersetzung mit allen Sinnen sollen Einsichten in universelle Gesetzmäßigkeiten des leiblichen Seins „der eigenen inneren Natur“, des eigenen Bewusstseins, und den äußeren Gegebenheiten der „äußeren Natur“, der Umwelt, erfahren und erkannt werden. Gegensätzliche Elemente sowie das Pendeln sollen als Polarität und „Schwingung des Lebens oder Lebensrhythmus“ verstanden werden. Entsprechend Platons philosophischer Aussage „Alles Lernen ist ein Sich-Erinnern“ sagt er „Alles Erkennen ist ein Wiedererkennen“ (Kükelhaus, 1994, S. 47), wobei räumliche Körperlichkeit und zeitliche Rhythmik miteinander zusammenhängen. Dies bedeutet, dass eine Weiterentwicklung der Lebensprozesse, des Wachstums oder Veränderung nur auf der fortschreitenden Rückbindung zur Entwicklungsgeschichte eines Menschen vonstatten geht.

Die erlebnispädagogischen Aktivitäten in und mit der Natur und mit Menschen außerhalb der Pflegeeinrichtung sind auf die Erhaltung und Förderung der Selbstkompetenz (ich - Stärke) sowie sozialen Kompetenzen der pflegebedürftigen älteren Menschen ausgerichtet. Um einer Isolation und eingeschränkter körperlicher und geistiger Beweglichkeit entgegenzuwirken bieten sinnhaft angelegte Aktivitäten und künstlerisch-kreative Arbeiten mit anderen Menschen, vor allem Kindern, ein Anregen von Gefühlen und Erinnerungen an frühere Erlebnisse und Fertigkeiten.

Auftakt für Aktivitäten mit Sinneserfahrungen und Menschen außerhalb der Pflegeeinrichtung ist ein Waldprojekt. An drei Tagen in drei aufeinanderfolgenden Wochen bin ich mit mehreren pflegebedürftigen älteren Menschen, zwei Mitarbeiterinnen und einer Naturpädagogin vormittags im Wald unterwegs. Fühlen der Rinde von Baumstämmen, Riechen an Naturmaterialien, Schmecken von Säften und Fruchtaufstrichen auf Brot, Sammeln von Naturmaterialien, Barfuss gehen auf einem Barfussparcour und Singen und Musizieren mit Musikinstrumenten aus Naturmaterialien zeigen so manche Empfindung der Menschen und fördern so manche Erinnerungen und Ressourcen zutage. Die Unebenheit des Bodens und das Sammeln der Naturmaterialien fordert von den älteren Menschen (mithilfe von MitarbeiterInnen) das Gleichgewicht zu halten, eine erhöhte Achtsamkeit und Beweglichkeit. Nachmittags wird mit den mitgebrachten Materialien kreativ gearbeitet. Ein Baum entsteht aus Naturmaterialien und durchfrottierten Rinden und Blättern in einer Kleingruppe von Frauen. In einer weiteren Gruppe entsteht eine Miniaturlandschaft aus Naturmaterialien sowie ein großes Naturmandala auf dem Boden. In der „Baum-Gruppe“ wird besprochen, wo welches Einzelstück hingeklebt wird. Bei der „Landschafts-Gruppe“ passiert dies nonverbaler, hier sind mehr desorientierte Menschen. Dennoch ergibt die Arbeit eine gemeinsame Landschaft, auf die alle stolz sind. Beim Legen des Naturmandalas auf dem



Boden steht das Singen und Musik Machen mit Naturmaterialien nochmals im Vordergrund. Das Singen von Liedern ist allen vertraut. Hier gibt es kaum Widerstände, auch die an Demenz erkrankten Personen singen mit. Bewegungsübungen, Entspannungsübungen und Abschlusslieder runden Vor- und Nachmittag ab.

Frau G., 72 Jahre, mit Demenz und Depressionen, ist beim ersten Termin morgens im Freien aufgeschlossen. Beim Fühlen, Riechen, Schmecken und Sammeln von Naturmaterialien erzählt sie von früheren Erlebnissen und Erfahrungen mit Wald, Bäumen und der Verwendung von Früchten. Nachmittags beim Gestalten in der Tagespflege ist sie überfordert. Das Frottieren der Blätter und Ausreißen der Blattform klappt nicht. Sie möchte gerne eine Schere zum Ausschneiden. Es geht nicht und Tränen steigen in ihre Augen. Die Atmung wird schwerer und sie sagt, es steht ihr bis zum Hals. Ich bringe sie in ihre Tagesgruppe, damit sie sich etwas ausruhen kann. Zu meiner Überraschung kommt sie noch einmal zurück und wir können nochmals zwei Blätter durchfrottieren.

Beim zweiten Termin ist sie nur Nachmittags dabei und hilft beim Gestalten des Baumes. Beim Abschlusslied singt sie kräftig mit und erzählt mir beim Gehen, dass sie früher viel mit ihrem Vater gesungen hat.

Der dritte Termin ist mit Singen und Musizieren mit Rhythmusinstrumenten aus Naturmaterial und dem Legen einer Naturmandala ausgefüllt. Frau G. singt kräftig mit und erzählt wieder, wie sie mit ihrem Vater früher gesungen hat. Sie probiert verschiedene Rhythmusinstrumente aus. Nachmittags trommelt sie auf meiner mitgebrachten Waldtrommel und zeigt Herrn L., wie er die beiden Stöcke gegeneinander zu schlagen hat, damit ein Rhythmus entsteht.

Frau G. kommt nach diesem Waldprojekt immer mal wieder in die Malgruppe.

Die Wandbildgestaltung findet an drei Vormittagen in drei aufeinander folgenden Wochen im Langzeitpflegeheim statt mit TeilnehmerInnen der Malgruppe und Kindern einer 3. Grundschulklasse. Unsere Vorlage ist Henri Rousseaus „Exotische Landschaft“. Ich stimme die TeilnehmerInnen der Malgruppe einige Malstunden vorher auf das Thema „Urwald“ ein und versuche mit ihnen großflächiger und im Stehen (oder Sitzen) an der Wand mit Gouache-Farbe zu malen. Parallel dazu bereiten sich die Kinder im Kunstunterricht darauf vor. Beim gemeinsamen Malen mit den Kindern, jeweils nach einer kleinen Einstimmung, sind die TeilnehmerInnen mit Eifer dabei und steigern sich selbst noch.

Verschiedene Schwierigkeiten begleiten die Wandbildgestaltung: Die Lungenentzündung von Herrn R. beim zweiten Termin, der jedoch beim dritten Termin wieder dabei sein möchte; oder der Tod des Mannes von Frau T., die

ruhelos im Gang umherirrt und doch für kurze Zeit eingebunden werden kann, damit sie etwas zur Ruhe kommt und abgelenkt ist; die Auseinandersetzung mit Frau U., die beim Malen des kleinen Tigers mit den Kindern und des großen Tigers mit Herrn R. nicht einverstanden ist; dies sind Herausforderungen an alle, die soziale Umsichtigkeit verlangen. Da ist es gut, dass die Tochter von Frau S., die mit ihrer Mutter öfters in der Malgruppe ist und sie beim Malen unterstützt auch an zwei Terminen der Wandbildgestaltung dabei ist und etwas helfen kann.



Durch das konzentrierte Ausmalen (Rousseaus Landschaft wird auf drei Leinwände projiziert und die Kinder zeichnen mit Ölkreide vorab die Umrisse) und ersten Begegnungen zwischen SchülerInnen und BewohnerInnen der Langzeitpflege kommt die Kommunikation etwas zu kurz. Dennoch ist erfreulich zu sehen, wie sich die Kinder zu den älteren Menschen gesellen, mit ihnen malen und ihnen ihre Hilfe anbieten.



Frau U., 80 Jahre, bei den Vorbereitungen zur Wandbildgestaltung in der Malgruppe eifrig dabei, gibt beim ersten Termin einer Schülerin, mit der sie an einer Ecke zusammen Gräser malt, Anweisungen für die grüne Farbe und die Anzahl der Pinselstriche. Neben den vorgezeichneten Formen für die Gräser, Blätter, Ästen usw. können die TeilnehmerInnen und SchülerInnen noch Tiere in freier Gestaltung malen. Frau U. und zwei Schülerinnen malen beim zweiten Termin einen kleinen Tiger. Frau U. ist auch diesmal wieder sehr dominant und möchte durch Anweisung die Farbwahl übernehmen.

Aus der ersten Begegnung zwischen SchülerInnen und TeilnehmerInnen der Malgruppe (bzw. restlichen BewohnerInnen des Pflegeheimes, die von den restlichen SchülerInnen der 3. Klasse mit Liedern und Befragungen kontaktiert werden) beim Wandbildgestalten und dem weiteren Waldprojekt entsteht ein generationenübergreifendes Jahresprojekt zwischen Jung und Alt. Einmal im Monat treffen sich hier vormittags BewohnerInnen der Langzeitpflegeeinrichtung und Tagespflegeeinrichtung mit den Schülern der Grundschule zu gemeinsamen

Aktivitäten. Jede Klasse der Grundschule ist jeweils drei Termine in einer Jahreszeit aktiv und gestalterisch mit den älteren Menschen in der Schule oder im Pflegeheim tätig. Im Team, aus Schulleiterin, Lehrerinnen, Naturpädagogin, Pflegedienstleitung und Mitarbeiterinnen des Pflegeheims, entsteht die Grobplanung der Termine und gemeinsamen Aktivitäten. Im kleineren Kreis mit Lehrerinnen und Naturpädagogin wird die genaue Planung, Organisation und Durchführung besprochen. Nach der Aktion werden kurz Verlauf und Besonderheiten im Aktionsplan eintragen.

Im Herbst sind Erleben im Wald, Gestaltung mit Farben, Formen und Naturmaterial angesagt. Im Winter finden Aktivitäten, wie Adventsbacken, Entdeckung von Spuren im Schnee und die Herstellung von Masken statt. Der Frühling bietet Gelegenheit für einen Besuch im Ostereimuseum mit kreativer Gestaltung von Ostereiern. Desweiteren werden Wildkräuter gesammelt und zum Essen verarbeitet sowie Bildcollagen nach



Foto S. Häußler 57

Monets Garten erstellt. Im Sommer entstehen Blütenmandalas und -kränze nach einem Spaziergang und die Sinne werden durch einen selbst angelegten Sinnespfad und weitere Sinneserfahrungen angeregt. Lieder, Musikinstrumente, Tänze und Entspannungseinheiten runden jeweils die Vormittage ab. Ein



Foto S. Häußler 58

Jahreszeitenlied und ein Jahreskreis mit den gestalteten Objekten, der im Flur an der Wand hängt, begleiten die BewohnerInnen und Tagesgäste des Pflegeheims durch die Aktivitäten. Da die Unternehmungen auf die Jahreszeiten abgestimmt sind, bieten sie somit auch eine Orientierungshilfe für die



Foto S. Häußler 59

TeilnehmerInnen im Jahreslauf. Durch die Unbefangenheit und Spontaneität der Kinder werden die TeilnehmerInnen des Pflegeheims animiert mitzumachen. Sie lassen sich gerne von den Kindern helfen oder zeigen diesen so manche Handfertigkeiten, die sie einst gelernt haben. Es entsteht eine gegenseitige Begeisterung und Achtung, so dass die Eltern der Kinder auch schnell ihre Berührungängste verlieren.

Herr O., über 85 Jahre, sitzt immer mal wieder, wenn ich zur Malgruppe der Langzeitpflege komme, im Eingangsbereich im Sessel. Ich wechsle dann mit ihm ein paar Worte und habe ihn auch schon in die Malgruppe eingeladen, an der er jedoch kein Interesse hat. Zweimal geht er zu einer gemeinsamen Aktion mit in die Schule. Schon beim Gestalten mit Blättern beim ersten Mal versteht er sich gut mit zwei Jungs, die sich seiner annehmen. Beim Herstellen einer Holzmaske zeigt er, wie gut er noch mit dem Hammer umgehen kann und die Jungs sind begeistert von ihm. Herr O. blüht richtig auf.

Die erlebnispädagogischen Aktivitäten mit sinnlichen Materialien und bewegenden, aktiven Elementen verbunden mit der Begegnung von Jung und Alt dient der Förderung der Wahrnehmung und der sozialen Kompetenzen im Umgang miteinander. Der Isolation der Heimbewohner wird dadurch entgegengewirkt. Die verschiedenen Sinnesreize, Kinder und Schule erinnern die Bewohner an Erlebnisse ihrer Kindheit und Fertigkeiten, die sie einst gelernt haben. Das Zeigen und Erzählen ihrer Fertigkeiten und das Erleben wirkt sich stabilisierend auf die Ich-Funktionen aus.

## VIII Falldarstellungen über einen längeren Zeitraum

Die folgenden Falldarstellungen von Personen, die regelmäßig die Malgruppe besucht haben, veranschaulichen die kunsttherapeutischen Fördermaßnahmen und pädagogisch-therapeutischen Aspekte der Betreuung im Kontext ihrer Erkrankung und im Verlauf über einen Zeitraum von etwa einem Jahr nochmals.

### 8.1 Verlaufsdarstellungen

#### Falldarstellung 1:

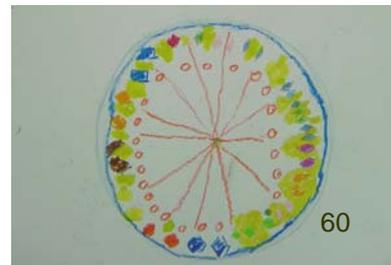
Frau T., 74 Jahre, ist neben Diabetes Mellitus, Hypertonie und weiteren Alterserscheinungen an Morbus Alzheimer erkrankt. Sie lebt mit ihrem Mann, der mit Schlaganfall im Rollstuhl sitzt, gemeinsam in einem Zimmer in der Langzeitpflege des Servicehauses Sonnenhalde. Frau T. und Herr T. werden mir einige Wochen nach Beginn ihres Heimaufenthaltes von der Pflegeleitung für die Malgruppe empfohlen. Frau und Herr T. bekommen unregelmäßig Besuch, da die Tochter weiter weg wohnt und der Sohn viel unterwegs ist. Frau T. kann ohne fremde Hilfe gehen. Sie hat eine freundliche Ausstrahlung, ist in sich gekehrt und redet wenig. Beim Malen fühlt sie sich oft unsicher und benötigt immer wieder Anstoß. In den ersten Monaten verweist sie immer wieder auf ihre frühere Freundin, die gut malen konnte. Die Frage, was sie malen oder welche Farbe sie benutzen soll, taucht immer wieder auf. Ihr Mann stirbt nach zehn Monaten Heimaufenthalt, während des Wandbildgestaltens.

#### Verlauf:

Beim Abholen in die Malgruppe kann sich Frau T. an das letzte Mal bzw. an ihr gemaltes Bild nicht mehr erinnern. Ebenso ist ihr der Weg zum Malraum und zu ihrem Zimmer fremd. Sie redet wenig oder bestätigt die Aussagen ihres Mannes. Unsicher fragt sie ihren Mann, der auch in der Malgruppe ist, oder mich „Soll ich noch weiter malen oder was soll ich jetzt machen?“ Nach weiteren Anregungen meint sie anfangs in den Malstunden „Jetzt wärs gut, wenn meine Freundin da wäre, die kann gut malen, die müsst man jetzt fragen können.“ Ich antworte ihr einmal: „Frau T., sie können ja versuchen, in Gedanken ihre Freundin zu fragen, wie sie weitermachen würde.“ Sie lacht und erwidert: „Die ist doch gar net hier.“ In einer späteren Stunde sagt sie, dass sie früher in der Schule gut zeichnen konnte.

Als Einstieg in die Malgruppe lasse ich Frau T. ein Mandala malen. Ein Kreis in Tellergröße ist vorgezeichnet. Diesen malt sie mit Ölkreide nach. Danach entstehen kleine Rauten in verschiedenen Farben, die immer kleiner und undeutlicher werden. Ich gebe ihr Farbstifte, damit sie genauer zeichnen kann. Sie braucht immer wieder Anstoß fürs Weitermachen und in der Auswahl der Farben. In der nächsten Stunde malt sie daran weiter. Es fällt ihr nichts ein und sie

erinnert sich wieder an ihre Freundin. Mit etwas Anregung von mir zeichnet sie mit Farbstift Striche und kleine Kreise ein (könnte Uhr oder Kuchenstücke darstellen). Das Ausfüllen der restlichen Fläche mit Temperafarbe unterbricht sie nach kurzer Zeit und schaut den anderen Teilnehmern der Malgruppe abwesend zu. In den nächsten Stunden lasse ich sie, wie weitere Gruppenteilnehmerinnen, Bälle filzen, da sie beim Malen unsicher und etwas verängstigt wirkte. Sie vergisst dabei die Filzbälle mit Wollschichten aufzubauen und macht immer wieder neue Wollkugeln. Frau T. fällt ein, dass sie früher gerne Handarbeit (Hampelmänner) gemacht hat. Ihr Mann, dessen Hände ich im Sand bewege, erzählt unterdessen von seiner Kriegszeit, Kriegsgefangenschaft und schweren von Krankheit erfüllten Nachkriegsjahren. Frau T. bestätigt diese schwere Zeit und erzählt von weiteren schwierigen familiären Umständen. In einem neuen Mandala malt Frau T. wie bei ihrem ersten Mandala Rauten. Sie erinnert sich anscheinend an das erste gemalte Mandala. Nach kurzer Zeit weiß sie nicht mehr weiter und wir versuchen es mit einem weiteren Kreis in der Mitte. Das Ausmalen mit Temperafarbe gelingt auch heute nicht. Es bleiben Freiräume. Es fällt ihr auch schwer einen vorgezeichneten Drachen ganz mit grüner Farbe auszufüllen. Immer wieder setzt sie nach Anstoß in mehreren Malstunden wieder neu an. Einmal erinnert sie sich an ihre Schwester, die irgendwann einmal verschwand und eine Tochter hinterließ. Vier rote Herzen, je eines in ein Eck des Blattes, das sie mit in ihr Zimmer nimmt, malt sie bei ihrem dritten Mandala. Ihr Mann ist an diesem Tag, wie ich später erst erfahre, im Krankenhaus zu einer Untersuchung. Ihr viertes Mandala beginnt sie mit grüner Temperafarbe wieder von außen. Danach braucht sie einige Zeit und ihr fällt auf einmal ein, sie könnte mit kleinen roten Herzen weitermachen. In die Mitte kommt ein Stern und außerhalb noch zwei weitere Sterne dazu. Sie ist etwas aufgeregt und meint, ihr gelinge es nicht so und es gefalle ihr auch nicht so. Es ist Vorweihnachtszeit und eine Gruppenteilnehmerin nebenan malt eine vorgezeichnete Kerze und Sterne aus. Frau T. fühlt sich sicherer, als sie auch eine Vorlage ausmalen kann. Ich gebe ihr Hilfestellung bei der Farbwahl und beim Mischen der Farbe. Als ich Frau T. in der Vorweihnachtszeit einen mitgebrachten Weihnachtsstern (Pflanze) abmalen lasse, sagt sie: „Ich bin heute ganz zittrig.“ Ich antworte ihr: „Das kommt bestimmt davon, dass sie heute wieder etwas Freies, Selbständiges ohne Vorlage malen.“ Nachdem ich sie etwas bestärkt habe, wird sie etwas ruhiger und wählt die Gouache-Farben entsprechend der Pflanze und beginnt selbständig zu malen. Heute betont sie, dass ihr die Malstunde gut gefallen hat.



60



61



62



63

Für die Vorbereitungen zum Wandbildprojekt (nach Vorlage von Henri Rousseaus „Exotische Landschaft“) mit der 3. Klasse einer Grundschule werden in der Malgruppe der Langzeitpflege von den TeilnehmerInnen Blätter und Grünpflanzen, Ausschnitte aus der Landschaft (als Vorzeichnung) und Urwaldtiere aus Büchern abgezeichnet und mit Farbe ausgemalt. Frau T. entschuldigt sich wieder einmal mit ihrer Freundin, die besser malen kann als sie. „Die Blätter sehen wie

Tannenbäume im Urwald aus.“ sagt sie. Das Abzeichnen der Tiere gelingt zu meiner Überraschung ganz gut, beim Ausmalen benötigt sie jedoch immer wieder meine Hilfe.

Während des Wandbildprojektes stirbt Herr T.. Frau T. bekommt öfters Besuch von ihrer Tochter und ihrem Sohn und fehlt einige Male in der Malgruppe. Ein paar Wochen später kommt sie wieder.

Sommerblumen und Wiesen-/Gartenkräuter ist unser Thema. Wir riechen, fühlen und betrachten mitgebrachte Kräuter und Blumen. Ich lasse Frau T. entsprechend dem mitgebrachten Margaritenstrauß, Margaritenblüten auf einen grünen Tonkarton malen. Sie ist anfangs körperlich unruhig und etwas zittrig. Sie redet kaum und ist in sich gekehrt. Bei der Frage, ob sie noch weitere Blumen mit anderer Farbe kennt, erinnert sie sich an gelbe und blaue Glockenblumen. Sie malt blaue Blüten dazu. Bei der Frage nach roten Blumen fallen ihr rote Rosen ein, die sie gerne mag. Auch diese malt sie dazu. Beim Zurückbringen in ihre Gruppe sagt sie „Das war jetzt schön.“ In zwei weiteren Stunden zeichne ich ihr eine mitgebrachte Mohnblume auf ein Blatt. Sie malt sie mit Ölkreide teilweise nach bzw. aus.



In den nächsten Stunden lasse ich Frau T. ein eigenes Bildmotiv auswählen. Unsicher meint sie, sie könnte Blumen, vielleicht Rosen, die sie in ihrem Garten hat, malen. Das finde ich gut. und mit Ölkreide entstehen langsam grüne Stängel und rote runde Blüten. Bald hört sie wieder auf und ich gebe ihr die Anregung die Augen zu schließen und sich in ihrem Garten umzusehen, wie die Rose aussieht, ob noch mehr Stängel und Blüten dran sind, ob noch weitere Pflanzen im Garten sind und wie der Untergrund ist, wo der Rosenstrauch wächst. Ein Baum wächst in der Nähe des Rosenstrauchs und Gras ist im Garten. Mit weiterer Hilfe entsteht ein Baum und ein grüner Strich (Wiese) als Untergrund. Bei der Frage: „Was soll ich jetzt malen?“ in der nächsten Stunde, gebe ich ihr den Anstoß, das Haus zum Garten darzustellen.



Es entstehen mehrere Häuser, wobei nach äußerem Impuls immer mehr Details (Merkmale wie Fenster, Türen, Dachziegel) dazukommen. Frau T.

erzählt von ihrem Elternhaus, Scheune und Nachbarhaus, in dem ihre Tante wohnte und ihren Geschwistern. Es entstehen Scheune und Nachbarhaus. Auf die Frage, wie der Untergrund des Hofes ist, was es noch im Hof gab und wer dort gespielt hat, sagt sie: „Jeder wollte es besser können“. Ein Brunnen fällt ihr noch ein. Sie wird etwas unruhig, da sie nicht weiß, wie sie ihn malen soll und sagt: „Ich muss heut bald wieder heim ... Ich kann jetzt nicht mehr länger bleiben“. Ich helfe ihr ein wenig und ein Brunnen entsteht. „Ich möchte an dem Bild nicht mehr weiter malen.“ sagt sie in der nächsten Stunde. Sie unterschreibt noch mit ihrem jetzigen Namen, ihrem Geburtsnamen und Namen ihres Mannes (den sie seit seinem Tod nicht mehr namentlich erwähnt hat).

In den nächsten Stunden entsteht aus dem Anschauen eines Bilderbuches und Lesen der Geschichte, durch Abzeichnen von mitgebrachten Sonnenblumen, erinnerten Blumen, Gras, Wiese, Berg, Himmel und Regenbogen mit weiter anhaltenden leichten Anstößen ein Landschaftsbild.



## Falldarstellung 2:

Frau V. ist 85 Jahre alt und sitzt durch ihre Hüft- und Gelenkarthrose im Rollstuhl. Frau V. ist sehr freundlich und genügsam. Sie beteiligt sich am Gespräch in der Gruppe. Frau V. bekommt regelmäßig Besuch von ihren Angehörigen. Sie beginnt mit dem Filzen in der Malgruppe der Langzeitpflege.

### Ablauf:

Frau V. filzt in vier Monaten fünf Filzbälle für ihre Enkel. Sie betont mehrfach, dass es für sie eine Freude ist für jemand anderen etwas zu machen, um denjenigen damit zu erfreuen. Ihr fünfter und sechster Filzball sind für eine Mitarbeiterin. Da sie mit ihren Händen nicht so fest reiben kann, verfilze ich ihr die aufgebaute Filzkugel zum Schluss. Nach ihrem sechsten Filzball versucht sie sich mit Schablonenmalen. Durch das Verrutschen der Schablone verläuft die Temperafarbe. Sie möchte doch lieber wieder einen Filzball filzen. Es entstehen weitere Filzbälle.

Nach dem siebten Filzball für eine Mitarbeiterin schlage ich Frau V. vor eine Fläche zu filzen um eine Tasche daraus zu machen für ihre Enkel. Sie verneint; ihre Enkel kaufen sich so was und für den letzten Filzball haben sie sich auch nicht bedankt. Wir versuchen dennoch eine Filzfläche zu filzen und ihr fällt ein, dass sie bei einem Geburtstag ihren Urenkel mit Puppenwagen sah. Jetzt möchte sie eine Decke für die Puppe machen. Sie filzt an der Filzfläche weiter, hat jedoch schon wieder einen neuen Auftrag für einen Filzball für eine Mitarbeiterin. Auch möchte sie noch mal eine Decke machen, da sie die erste Decke schon in der Verwandtschaft gezeigt und großes Lob dafür bekommen hat. Frau V. filzt weiter. Neben der Freude über die Urenkelin, die ihre Puppe mit ihrer gefilzten Decke zudeckt, steht ein Trauerereignis. Ihr Schwiegersohn ist unerwartet gestorben. Eine weitere Filzdecke entsteht.



Beim Wandbildprojekt möchte sie nicht mitmachen. Bei den Vorbereitungen dazu mit den anderen TeilnehmerInnen möchte sie auch mal wieder versuchen zu malen. Ein Mandala möchte sie ausmalen. Wir steigen von den Farbstiften, die ihre Finger nicht so gut halten können auf Temperafarbe um. Sie ist etwas unzufrieden, da sie mit der Farbe, wegen der Unbeweglichkeit ihrer Finger, über die Grenzen hinausmalt. Sie bemängelt in dieser Stunde an Frau U.s Bild den Himmel. Es ist gut, dass Frau U. das nicht hört. Frau V. malt in drei Stunden ihr Mandala fertig und kommt dann zweimal nicht, weil sie krank ist. Noch geschwächt möchte sie wieder einen Filzball filzen. Doch sie ist in der nächsten Stunde wieder krank und muss ins Krankenhaus. Sie fehlt einige Zeit. Geschwächt filzt sie, als sie wieder dabei ist, an ihrer Filzkugel für den Enkel einer Mitarbeiterin weiter.



Nach dem Filzball möchte sie wieder eine Malvorlage ausmalen. Einen vorgezeichneten Schmetterling mal sie mit Gouache-Farbe aus. Während diesen Stunden erzählt sie, dass Frau U. das Regiment in der Tagesgruppe führt und jetzt in eine andere Gruppe wechselt. Während diesen Stunden kommt auch einmal ihre Tochter zu Besuch. Diese schaut in der Malgruppe vorbei. Frau V.'s Tochter malt auch. Sie zeigt der Mutter, wie eine Rose gemalt wird. Frau V. meint zu ihrer Tochter: „Wer malt jetzt, du oder ich.“ Frau V.'s Gesundheitszustand verschlechtert sich wieder. Sie stirbt nach zwei Monaten.

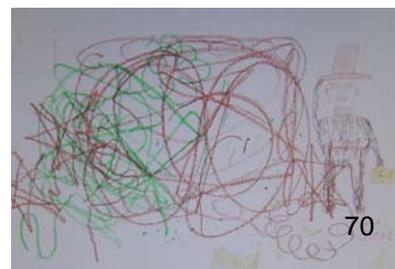
### Falldarstellung 3:

Frau F., 76 Jahre alt und verwitwet, wird von Frau A. und von Frau C. zur Malgruppe in der Tagespflege animiert. Frau F. ist immer gut gekleidet und legt Wert auf Etikette. Sie kommt zweimal in der Woche in die Tagespflege um unter Menschen zu sein, da sie alleine in ihrer Wohnung lebt. Sie war früher Sekretärin und hatte später ein eigenes Geschäft mit ihrem Mann zusammen. In der Krankenakte sind keine Krankheiten außer eine nicht näher definierte Demenz eingetragen. Frau F. ist körperlich noch recht fit. Die Anzeichen einer Demenz überspielt sie mit ihrem ausgeprägten Redefluss. In der Malgruppe unterhält sie sich mit den anderen TeilnehmerInnen rege. Frau F. kann sich an ihr gemaltes Bild vom letzten Mal nicht erinnern bzw. sie verleugnet es, gemalt zu haben. In der Malgruppe wiederholt sie immer wieder, dass sie in der Schule besser rechnen als malen konnte und dass sie gerne Lehrerin geworden wäre. Sie malt oder gestaltet nach vorgegebenen Themen bzw. Einführungen recht selbständig. Ihr selbstbewusstes Auftreten und Redefluss wird von manchen anderen TeilnehmerInnen nicht immer toleriert.

### Verlauf:

Frau F. kommt beim ersten Besuch der Malgruppe mit Ton in Berührung. Nach einer kurzen Entspannungsübung (Körperentspannung) sollen die TeilnehmerInnen Kontakt zum Ton aufnehmen und etwas daraus formen. Frau F. formt ein Stadttor mit Fahne, eine Rennbahn mit Auto, eine Brezel, Schneckenudeln und ein Herz. Es wird in der Gruppe viel gelacht über die entstandenen Objekte. Frau F. betont ihren Humor, den sie trotz allem Traurigen nicht verloren hat. Beim Gehen erzählt sie von einem Unfall, bei dem sie sich am Kopf verletzte und seither nicht mehr Auto fahren darf. Sie fragt nach der Bezahlung für diesen Kurs. In der nächsten Stunde beginnt sie ein vorgedrucktes Steinkreis-Mandala auszumalen. Sie betont, dass sie in der Schule im Malen schlecht war und im Rechnen gut. Eigentlich wollte sie Lehrerin werden, was jedoch nicht möglich war, da ihr Vater nicht in die Partei eintrat. Auch ihre Schwester durfte keinen Beruf erlernen. Das hat sie damals sehr verärgert.

Bei der Blindzeichnung auf Musik mit beiden Händen kontrolliert Frau F. anfänglich ihre Linien. Erst als ich ihre Hände führe lässt sie los und kreist mit den Ölkreiden über das ganze Blatt. Ihr fällt ein, dass sie früher Linkshänderin war (wie ihr Vater) und es ihr abgewöhnt wurde. Sie schneidet noch heute den Stoff mit linker Hand. „Wenn das jetzt meine Tochter sehen würde, die würde mich auslachen.“ sagt sie. Sie malt weiter und es entsteht ein „Stenz“ (Angeber). In der nächsten Stunde zeigen sich etwas Widerstände. Erst nach dem wir gemeinsam noch einmal in ihrer Tagesgruppe waren und sie sieht, dass es dort heute kein Programm gib, möchte sie lieber in die Malgruppe gehen, als nur herumzusitzen. Sie arbeitet ein wenig mit Ton und frottiert mitgebrachte Blätter eines Baumes durch.



In weiteren Stunden entsteht nach dem Vorlesen des Textes „Ein Spaziergang“ mit Farbstiften ein Bild von ihrem Haus und Garten mit einer Schwarzkiefer (nebenbei zeichnet sie einen perfekten Grundriss ihrer Wohnung, als ich versuche mit einer anderen TeilnehmerIn ihr früheres Zimmer aufzuzeichnen). Sie erinnert sich ans Mosten, an ihre Geschwister und ihr Elternhaus, das einige Kilometer entfernt von ihrem jetzigen Haus ist. Ein Mann mit Schubkarren kommt dazu. Sie ist immer wieder unzufrieden mit ihrem Bild. Sie erwähnt wieder, dass sie nicht malen kann und dass ihre Tochter sie auslachen würde. Erst als sie die Pfingstrosen von ihrem Garten noch auf das Bild malt, scheint ihr



das Bild zu gefallen. Sie möchte es mit nach Hause nehmen und ihrer Tochter zeigen.. In eine von mir mitgebrachte vorgezeichnete Kürbisform möchte sie das nächste Mal gerne etwas anderes als ein Gesicht einzeichnen. Ein Bienenstand entsteht sowie ihr Mann mit der Honigschleuder. Zur nächsten Stunde kommt sie etwas niedergeschlagen. „Jemand möchte mir was Ungutes tun, jemand linkt mich.“ Heute steht der Tod ihres Mannes im Vordergrund, sie weint fast, fängt sich jedoch gleich wieder. Am Bienenmandala möchte sie nicht mehr weitermalen, stattdessen sucht sie sich ein vorgedrucktes Sternmandala aus und beginnt selbständig eine Laterne mit einem anderen Stift als Lineal aufzuzeichnen und mit Farbstiften auszumalen.

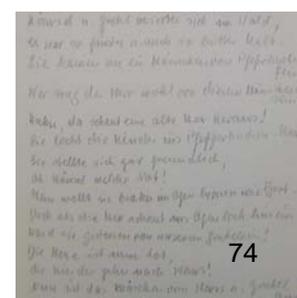


Frau F. ist das nächste Mal zu Beginn der Malgruppe gleich über Frau A., die früher neben ihr wohnte, verärgert. Diese hat sie anscheinend etwas zu direkt angesprochen. „Erschießen könnt ich sie!“ Frau A. sind ihrer Meinung nach nie Grenzen gesetzt worden, da sie ihren Mann früh durch den Krieg verlor. Sie selbst habe es gelernt, höflich zu den Menschen zu sein und nicht über andere herzuziehen. Um einen Kreis aufzuzeichnen möchte Frau F. heute auch einen Deckel. Ein weiterer innerer Kreis entsteht. Eine Wiege, Tannenbaum, eine Uhr und Apfel zeichnet sie in den Kreis. Ein Wandteller soll es sein. Auch während des Malens ist ihr Ärger noch zu spüren. Frau F. malt in der nächsten Stunde an ihrem Wandteller mit Farbstiften weiter. Sie ist heute erstaunlich ruhig, vielleicht wegen der Musik im Hintergrund. Sie erwähnt wieder ihr Nicht-Malen können. Anscheinend wurde sie in der Schule deswegen von den „Dümmeren“ gehänselt. Sie konnte jedoch dafür gut rechnen und auf eine weiterführende Schule gehen. „ Wenn man für etwas, was man nicht gut kann, in der Kindheit getadelt wird, bleibt des immer in einem drin.“ Sie malt weiter und plötzlich sagt sie „Mir wird ganz schlecht. Das, was ich grad beim Malen denke, da kommt mir fast das Kotzen!“ Sie malt dennoch weiter und möchte ihr Bild mitnehmen. Beim Gehen meint sie wieder, das irgend jemand ihr misstraut und ihr nicht wohlgesinnt ist.



Beim Thema Märchen in den nächsten Stunden fällt ihr Hänsel und Gretel ein, zu dem sie ein Gedicht von ihrem Schulbuch noch auswendig weiß.

Sie sagt es auf und ich lasse sie den Text aufschreiben. Wir besprechen das Märchen und ich lasse die TeilnehmerInnen eine Szene malen. Sie wehrt zuerst wieder ab, da sie nicht malen und nur gut Diktat schreiben könne. Langsam beginnt sie das Hexenhaus, Hänsel und Gretel, wie es in ihrem Schulbuch war, mit Farbstiften aufzuzeichnen. Sie meint, das, was man früher getan, gelesen oder gehört hat, bleibt in einem. Nach einer kleinen Auseinandersetzung mit Frau C. hält sich Frau F. zurück und



malt in der nächsten Stunde an ihrem Märchenbild weiter. Sie erinnert sich bei Hänsel und Gretel an Frau A. und ihren Mann, die früher ein schönes Paar gewesen sind. In einer weiteren Stunde stehen ihre Wohnverhältnisse, ihr Enkel und ein Mann, der mit ihr Spazieren gehen wollte, im Vordergrund. Frau F. ist darüber verärgert, dass hinter ihrem Rücken Dinge geschehen, die sie nicht beeinflussen kann. Sie fühlt sich in irgendeiner Weise übers Ohr gehauen.

Beim Formenzeichnen mit Ölkreide rücken diese Gedanken in den nächsten Stunden in den Hintergrund. Frau F. macht gut mit. Sie zeichnet sehr genau. Beim Ausfüllen der Formen mit Temperafarbe ist sie zurückhaltend. Sie könnte ja die falsche Farbe benutzen. Sie ist konzentriert dabei und regt sich einmal über Frau B.'s Gejammer auf, das andere mal über Frau A.'s „fishing for compliments“.

Nach den Stunden mit Formenzeichnen lasse ich Frau F. mit Aquarellfarben malen. Sie weiß nicht so recht, was sie malen soll. Ich zeige ihr, wie sie die Farben ineinander verlaufen lassen kann. Das gefällt ihr nicht und sie malt Formen, einen Stern (Krikarkrottenfuß, wie zu Beginn der Malgruppe) und einen „Rehfuchshas“, den ihr Sohn im Wald einmal gesehen hat. Sie hat wieder Angst, dass jemand ihr das Haus wegnimmt.

Beim Abzeichnen ihrer Hand, die sie detailgenau aufzeichnet, und beim Selbstportrait und Portraitieren des Gegenübersitzers erzählt sie wenig von sich. Erst beim Gestalten eines Gesichtes aus Ton erinnert sie sich an eine Person (Mann), die sie kennt. Beim Gehen sagt sie zu Frau C. und mir: „Durch dieses Tun wird das Selbstbewusstsein gestärkt. Ich wollte früher Psychologie studieren.“

Beim freien Malen mit Gouachefarbe geht sie wieder auf das Formenzeichnen und ihr Krikarkrottenfuß zurück. Oben rechts im Bild entstehen Farbflächen im Halbkreis. Ihr Haus und die Wohnung, die ihre Kinder jetzt doch vielleicht vermieten möchten ist wieder das Thema. Ein Künstler ist im Gespräch. Dieser andere Mann, der sie zum Spazieren gehen einlud ist jetzt anscheinend weggezogen. Ihr fällt noch ein, dass ihr früher gesagt wurde, wenn sie einen älteren Mann heiraten würdet (ihr Mann war einige Jahre älter als sie), würde sie im Alter alleine sein. Sie überlegt sich so manches Mal, was wohl noch der Sinn in ihrem Leben ist. Beim Arbeiten mit Sand kommen ihr viele Erinnerungen: Erlebnisse, Objekte und Landschaften von Reisen fallen ihr ein. Beim Massieren erzählt sie, dass sie schon einige Massagen bekommen hat.

Nach dem Malen des Farbkreises beim Malen eines roten Hauses im Park verleugnet sie wieder ihr Können. Sie rechnet lieber, als dass sie malt. Einmal sagt sie: „Was meine Kinder wohl dazu sagen, wenn ich male. Es kommt drauf an, was die dazu sagen und ob ihnen das gefällt.“ Später sagt sie dann, nach meiner Frage, wie das malen heute war: „Selbsterkenntnis ist die beste Erkenntnis. Ich male halt so wie ich kann!“



#### Falldarstellung 4:

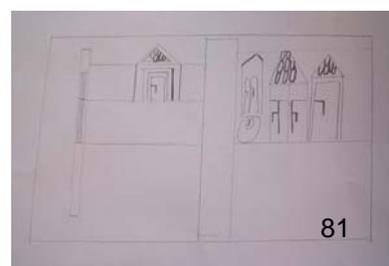
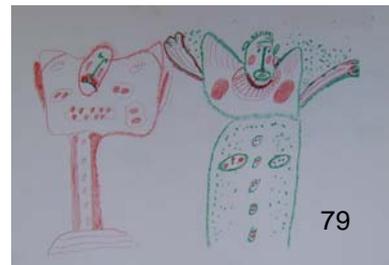
Herr H., 65 Jahre, verheiratet, ist mit Verdacht auf Neuroborreliose, einer nicht näher bezeichnete Demenz, gemischten Zwangsgedanken und -Handlungen viermal in der Woche in der Tagespflege. Weglauftendenzen und Waschzwang der Hände nach dem Toilettengang sind zu beobachten. Herr H. hat leicht Übergewicht, das Gehen geht etwas langsam. Im Gang der Tagespflege geht er oftmals mit leicht schwankendem Gang auf und ab. Seine Bewegungen der Arme, Hände und Kopf sind ebenfalls sehr vorsichtig und marionettenhaft. Er ist freundlich und redet manchmal mehr und manchmal weniger. Herr H. wird mir von der Pflegedienstleitung empfohlen. Die Malgruppe besucht er unregelmäßig. Ebenso schwankt seine Befindlichkeit und kognitiven Fähigkeiten.

#### Verlauf:

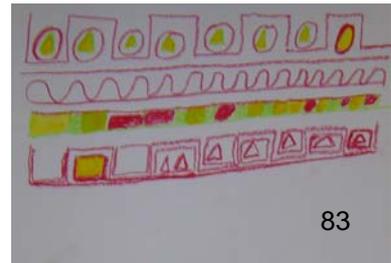
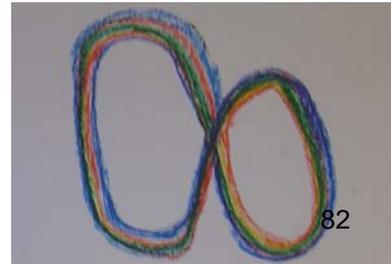
Herr H. zeichnet beim ersten Mal in der Malgruppe zwei Figuren auf. Mit seiner ersten Figur ist er unzufrieden. Ich ermuntere ihn noch einmal eine zu zeichnen. Seine Zeichnung gefällt ihm nicht. Er meint, es wäre eine Schülerzeichnung. Als Herr H. gegen Ende auf der Toilette ist, höre ich ihn sagen: „Alles ist sauber, alles ist sauber .....“ In der nächsten Stunde lasse ich Herrn H. mitgebrachte Blätter und Rinden frottieren. Ich helfe ihm dabei. Er ist heute auf Grün eingestellt und singt: „Grün, grün sind alle meine Kleider“.

Herr H. beginnt beim nächsten Mal, nach dem Vorlesen des Textes „Ein Spaziergang“ mit Bleistift einen Baum zu zeichnen. Es entsteht zuerst ein Baumstumpf, später kommen durch meine Anregung noch die Krone und Wurzeln dazu. „Das ist die Linde vor dem Haus der Schwiegereltern.“ Das Haus zeichnet er in der Draufsicht dazu. Das Mauerwerk des Untergeschoss, Dachplatten, Treppe und Nordpfeil kommen dazu sowie sein Name in Normschrift. Am Haus ist zu sehen, dass bautechnische Elemente einfließen.

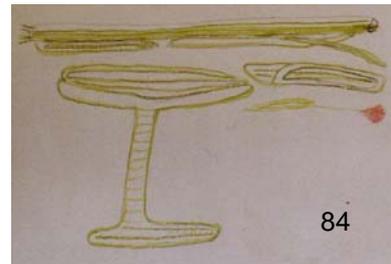
In einem weiteren Bild schaut er bei Frau C. ab und malt einen moosbedeckten Weg, Himmel mit Wolken und die Sonne. Es kommt ein Laubbaum ohne Blätter mit alten und frisch getriebenen Ästen dazu. Es gibt keine Baumspitze „die ist abgesägt, man sieht das Herz“, sagt Herr H.. Er möchte noch einen Tannenbaum dazuzichnen und verlangt von mir, dass ich ihm zeige wie die Äste und Nadeln aussehen. Dazu schauen wir uns durchs Fenster einen Tannenbaum in der Nachbarschaft an. Er zeichnet den Stamm, wieder ohne Spitze. Das Herz ist wieder sichtbar. Ich zeichne ihm einige Äste. Er zeichnet selbst welche dazu, auch über dem abgesägten Spitze. Sie sehen aus wie Herzen. Herr H. hatte an diesem Tag morgens Weglauftendenzen, was ich bei mir in der Malgruppe nicht feststellen kann. Gegen Ende hält er sich wieder länger in der Toilette auf, so dass ihn die MitarbeiterInnen schon suchen. Herr H. zeichnet in der nächsten Stunde an seinem Baum weiter. Tannenzapfen und Knospen kommen dazu. Dann fällt ihm nichts mehr ein. „Herr H., sie



könnten noch einen Baum dazu zeichnen, dessen Spitze nicht abgesägt ist.“, sage ich zu ihm. Er möchte nicht. „Wie wäre es mit Tieren?“, frage ich. Er verneint, er kann kein Tier malen. Er möchte, dass ich eines dazu zeichne. Ich zeichne einen Hasen und übergebe an ihn mit der Aufforderung, auch ein Tier zu zeichnen. Wieder verneint er, und verlangt von mir eine Katze. Ich zeichne eine Katze und ebenfalls nach verneinender Übergabe für ihn eine Maus. Auch bei einem Vogel verneint er, ich soll ihm einen dazu zeichnen. Ich werde etwas ungeduldig, da die anderen TeilnehmerInnen meine Aufmerksamkeit brauchen. Ich lege Herrn H. ein leeres Blatt hin und lasse ihn üben, während ich zu Frau B. gehe. Frau A. probiert auch einen Vogel. Herr H. verlangt nach einem Radiergummi. Als er schon angefangen hat zu radieren, sehe ich erst, dass ein Vogel entstanden ist. Herr H. radiert ihn ganz weg und sagt: „Vor dem erschrickt man ja.“ Ich finde es schade. Als ich Herrn H. wieder alleine lasse, entsteht ein neuer Vogel auf einem neuen Ast auf dem Baumbild. Von selbst sagt er: „Hier links könnt jetzt noch ein Mensch stehen. Mal du das für mich auf.“ Frau F. mischt sich ein. Sie steht auf und meint, er soll doch eine Frau mit Rock zeichnen, so wie sie, das ist doch einfach. Die Stunde ist leider zu Ende und Herr H. kommt nicht mehr dazu.



In der Vorweihnachtszeit bringe ich Vordrucke von einer Kerze mit Äpfel und Nüssen und einem Engel mit. Herr H. malt diese mit Temperafarben, wobei er mich bei der Farbwahl fragt, genau aus. Beim Engel ergänzt er das Gesicht von alleine. Einen Fleck auf der Kopie versucht er immer wieder mit den Fingern zu entfernen. Herr H. kommt fast zwei Monate nicht in die Malgruppe. Heute ist er sehr unruhig. Er steht immer wieder auf. Beim Malen einer Szene aus dem Märchen Hänsel und Gretel zeichnet er mit Bleistift drei Figuren auf. „Komm machs du für mich.“, sagt er und fragt immer wieder, was er jetzt noch dazu zeichnen soll.



Beim Formenzeichnen hat Herr H. Schwierigkeiten, bei der liegenden Acht die Linie zu kreuzen und im Fluss zu bleiben. Die weiteren Übungen gelingen ganz gut, zwar in etwas veränderter Form als meine Angabe.

Beim Abzeichnen seiner Hand umfährt er sie ein zweites Mal. Er zeichnet teil seine Falten, teils eigene Formen und Ornamente in die einzelnen Finger. Danach zeichnet er mit Bleistift auf einem neuen Blatt eine mitgebrachte Frühlingszwiebel, eine Blume und ein Gefäß ab. Mit Ölkreiden geht er nochmals drüber. In der nächsten Stunde malt Herr H. selbständig mit Gouache-Farben Kreise und Rechtecke. Nach dem Ausmalen der inneren Flächen beginnt er die Zwischenräume auszufüllen.



Nach der Farbkreisübung malt Herr H. auch ein Haus in grünem Park. Er entscheidet sich für andere Farben und er fragt immer wieder, was er machen soll. Er ist in dieser Stunde sehr ruhig, bleibt sitzen und reagiert sehr langsam. Als er Herrn D.'s Haus sieht, sagt er: „Da brennt's“.



## 8.2 Verlaufstabelle

Um eine Übersicht über

- den Verlauf einer Malstunde,
- das gestalterische Handeln des einzelnen Teilnehmers
- seine Eingebundenheit in die Gruppe
- sein gestalterischer Ausdruck
- die sprachliche Äußerung
- seine Befindlichkeit
- die äußeren Bedingungen

zu erhalten, protokolliere ich nach jeder Malstunde meine Beobachtungen von jeder Person. Dabei reflektiere ich das Verhalten der TeilnehmerInnen, mein Verhalten und die Themenstellungen. In tabellarischer Form zusammengestellt (siehe Tabelle 1 u. 2, S. 95 u. 96) erhalte ich einen Gesamteindruck von der Gruppe und jeder einzelnen Person. Anhand der Bilder, den Gedächtnisprotokollen und der tabellarischen Zusammenstellung kann ich meine Interpretationen vom Verhalten der Personen und Veränderungen im Bild und Handlungsweisen besser einordnen. Eine Übersicht über die Erkrankungen (siehe Tabelle 3 u. 4, S. 97) ist für mich insofern wichtig, um die Menschen mit ihren physischen und psychischen Beeinträchtigungen in ihrem Ausdruck und Verhalten, ihren Fortschritten und Rückschritten zu verstehen und sie sofern es in der Gruppe möglich ist, individuell zu fördern. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle (siehe Tabelle 5 + 6, S. 98) über einen Zeitraum von ungefähr eineinhalb Jahren zeigt mir noch einmal die positiven oder negativen Veränderungen sowie die gleichbleibenden Ausdrucksformen der Personen. Bei einigen TeilnehmerInnen ist eine positive Veränderung in Bereichen des gestalterischen Ausdrucks und des gestalterischen Handelns zu beobachten. Die sprachlichen Äußerungen bleiben bei den meisten unverändert bzw. zeigen bei manchen eine negative Tendenz.

Einige der Personen des Grundstamms sterben während oder wenig später nach Beendigung meiner Malgruppentätigkeit im Servicehaus Sonnenhalde. Ebenfalls einige der Personen, die einmalig oder in großen Abständen die Malgruppe besuchten.

Tabelle 1 Künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit Tagespflege – Beobachtungsbeispiel

Institution	Servicehaus Sonnenhalde, Engstingen		<div style="text-align: center;">           7 3 5 8  <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>           1 2 6 4         </div>		Thema	Betreuer/in	Wetter	Uhrzeit	Datum	KW
Gruppe	Tagespflege				Wasser-/Sandlandschaft	T. Dieterle	Regen/kalt	14.30-17.30	13.07.04	29
Teilnehmer/in	Gestalterischer Ausdruck	Sprachliche Äußerung des Gestaltenden	Sprachliche Äußerung des Beobachters	Gestalterisches Handeln	Begleiterlebnisse der Beobachtung und Reaktionen	Äußere Bedingungen	Gruppendynamik			
(1) Frau A.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	Hat einen Gips am Arm		Ist sehr ruhig	
(2) Frau C.	Parkanlage mit Bänken	„Ab meinem zweiten Lebensjahr kann ich ihnen noch alles erzählen.“	„Die Wasserlandschaft sieht wie ein Park aus?“	Zeigt und erzählt rege vom Park Schloss Herrenheim und vom Krieg	-----	-----			Hört gut zu und bringt sich ein	
(3) Frau M.	-----	„Wasser, Häuser, Tiere“ „Ach so, ja?“	„Was sehen sie denn alles in dieser Landschaft?“	Zeigen	Muss heute öfters auf die Toilette, geht alleine.	-----			Ruhig, eher passiv	
(4) Frau B.	Flusslandschaft	„was soll ich denn da sehen, ein Frosch?“ Den Fluss (...) bei Waldhausen	„Was sehen sie denn alles in dieser Landschaft?“	Zeigen	Sagt beim Gehen, dass es ihr heut gefallen hat	-----			Redet mit den Teilnehmer/Innen	
(5) Frau F.	Senplatte, Wiesen, Äcker und Felder	„Das Gelb ist ein Senffeld, grün ist Klee, was ist denn des Rote?“	-----	Erklärt und zeigt die Seenplatte mit Wiesen und Feldern	-----	-----			Redet viel	
(6) Frau N.	Dorf in einer Landschaft	„Ich habe schon meine Tochter gefragt, wie der Bottich oben hieß....“	„Ja, das wäre schon interessant zu wissen, was das früher war?“	Zeigt und erzählt von dem Bach und dem Reservoir (fiel ihr wieder ein) und von ihrem Leben	Zittert mit den Händen Hört schlecht	-----			-----	
(7) Frau G.	-----	„ Ich bin Wasserscheu, dafür han i keu Zeit ghet.“	„Waren sie schon einmal an einem Bach oder an einem See früher?“	Erzählt wenig, braucht Anstoss	Schläft während die anderen erzählen	-----			Bleibt bei sich	
(8) Herr H.	-----	-----	-----	Schaut nur zu	Steht immer wieder auf	-----			Redet nichts	
Herr D. Geht nicht mit, ist heute morgen gestürzt.										
Sonstiges	Ich hole noch einmal die Wasser-/Sandlandschaften. Wir betrachten diese und die Teilnehmer/Innen erzählen zu ihrem gestalteten Teil. Viele Erinnerungen vom früheren Dorf bzw. Stadt, von der Kindheit, vom Krieg und vom Beruf- und Arbeitsleben wurden hervorgerufen. Einige meinten, warum dieses Wissen von früher noch so da ist, gegenüber dem was heute so passiert.									

Tabelle 2 Künstlerisch-gestalterische Gruppenarbeit Langzeitpflege - Beobachtungsbeispiel

Institution	Servicehaus Sonnenhalde, Engstingen			Thema	Betreuer/in	Wetter	Uhrzeit	Datum	KW
Gruppe	Langzeitpflege			Frei	T. Dieterle	bewölkt	14.45-17.15	15.07.04	29
Teilnehmer/in	Gestalterische Ausdruck	Sprachliche Äußerung des Gestaltenden	Sprachliche Äußerung des Beobachters	Gestalterisches Handeln	Begleiterlebnisse der Beobachtung und Reaktionen	Äußere Bedingungen	Gruppendynamik		
(1) Frau S.	Schaut zu	„Mir geht es heute nicht gut“ Tochter : „Sie hat vorhin so einen Husten“	„Dann ruhen sie sich heute etwas aus“	Schaut zu	Sie kommt etwas später mit ihrer Tochter und Enkelsohn zum Zusch.	-----	-----		
(2) Frau V.	Mit Gouache-Farbe malen, Motiv: Schmetterling (Vorlage)	Erzählt beim Abholen, dass Frau U. sich wieder dominierend verhalten hat und jetzt in der UG-Gruppe ist	Kann die obere Gruppe verstehen.	Malt selbständig und konzentriert	-----	Bekommt Besuch gegen 16.00 Uhr, geht mit Besuch hinaus	Ist etwas zurückhaltend		
(3) Frau U.	Malvorlage ausmalen (Juni-Blumen) -Gouache-	Erzählt, dass es ihr in der unteren Gruppe besser gefällt. Die obere Gruppe machen es ihr nicht schön. Hier unten ist ja auch ihr Zimmer in der Nähe.	„Ja, Frau U., dann versuchen sie es in der Gruppe, wenn es ihnen hier besser gefällt.“	Malt selbständig	Sie fragt gegen Ende ob es so gut ist, ob es mir gefällt. Sie hat sich wieder angestrengt.	-----	Bleibt bei sich		
(4) Frau T.	Malen eigener Motive (Rosenstrauch und Baum) -Gouache-	„Soll ich das jetzt so lassen oder noch was dazu malen?“	„Sie können noch einen weiteren Ast und Blätter dazumalen ..... „Wo steht denn der Baum und der Rosenstrauch?“	Ist unsicher. Braucht immer wieder Anstoss	Wartet auf Impulse von Außen	Ihr Mann ist vor einigen Wochen gestorben	Ist freundlich und redet mit anderen Gruppenteilnehmern, wenn sie angesprochen wird		
(5) Herr R.	Malen eigener Motive (Kirche) -Gouache/ Farbstifte-	Fragt mit welcher Farbe er die Statue vor dem Haus malen soll. In Eningen auf dem Friedhof gibt es solch eine	Wir überleben gemeinsam. Er erklärt, welche Farbe diese hat.	Malt selbständig	Knirscht mit den Zähnen Stottert beim Reden	-----	Bleibt bei sich		
(6) Frau W.	Schaut anfangs nur zu Vermalt gegen Ende mit mir die Farben von Frau V. auf ein Blatt Papier.	„Das fange ich nicht mehr an. - Den Willen muss man dazu haben.“ „Was man im Alter noch alles macht?“	„Reden sie mal mit ihrem Willen!“ „Frau W., wissen sie was, sie vermaler jetzt mit mir gemeinsam die Farben von Frau V.“	Lässt sich darauf ein. Malt selbständig eine Form und ihre Initialen	Ist interessiert und überrascht über sich selbst. Freut sich.	-----	Ist interessiert (Mimik) und redet nach Ansprache		
<b>Sonstiges</b>	Frau S. Tochter und Enkelsohn kommen mit in die Malgruppe. Beide kann ich am Ende auch noch zum Malen bewegen. Sie malen wie ich und Frau W. zusammen auf einem Blatt Papier. Zu Beginn fragte ich Frau W., ob sie heute auch mal malen möchte. Sie verneinte. Es überraschte und freute mich deshalb, als sie mit mir zusammen malte.								

Tabelle 3 TeilnehmerInnen Tagespflege - Erkrankungen

Teilnehmer/in	Alter	Herz- und Kreislauf- erkrankungen	Stoffwechsel- erkrankungen	Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates	Neurologische Erkrankungen	Psychische Erkrankungen	Sonstiges
Frau A.	87	Hypertonie / SM-Trägerin Angina pect. (Herzenge)	Diabetes Mellitus Hyperlipidämie	deg. LWS-Syndrom Coxarthrose bds.		Psychoneuropathie (Persönlichkeitsstörung) Depression	
Frau C.	82	Hypertonie Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche)	Insulinpfl. Diabetes (Zuckerkrankheit)	Osteoporose (Skelett)		Veränd. Wahrnehmung Sinnesw. / Kommunikation	
Frau B.	93	Hypertonie (Bluthochdruck)	Erhöhte Cholesterinwerte	Senile Osteoporose	Cerebrovask. Insuffizienz (mang. Leist. d. Gehirns)		
Frau E.	78			Osteoporose LWKörper-Fraktur	Parkinson Apoplex		
Herr D.	81				Parkinson		
Herr H.	63	Hypertonie			Neuroborreliose	Demenz, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen	Venenthrombosen
Frau F.	77					Demenz	
Frau G.	71		Hyperlipidämie (Cholesterin)	Chron. WS Syndrom	Cerebrovask. Insuffizienz	Demenz, Depressionen	Varikosis (Krampfadern)

Tabelle 4 TeilnehmerInnen Langzeitpflege - Erkrankungen

Teilnehmer/in	Alter	Herz- und Kreislauf- erkrankungen	Stoffwechsel- erkrankungen	Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates	Neurologische Erkrankungen	Psychische Erkrankungen	Sonstiges
Frau S.	83		Dabetes Mellitus		Beginnende Achalasie (neuromusk. Störung)	Endogene Depressionen	Vulva Karzinom Asthma
Frau V.	85	Herzinsuffizienz		Poyarthrose (Gelenke) Coxarthrose (Hüfte)			Pneum. Li. Lungenfeld (chron. Entz.)
Frau U.	80	Hypertonie		Osteoporose	Apoplex mit Hemiparese rechts (Schlaganfall)		Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit) Entf. der Gallenblase
Frau T.	74	Hypertonie	Diabetes Mellitus		Hirnleistungsstörung	Alzheimer Demenz	Ödeme Verdacht a. Rheuma
Herr R.	83	Hypertonie			Früher cerebrale Krampfanfälle		Geistige Behinderung
Herr T.	82	Herzinsuffizienz Herzrhythmusstörungen	Diabetes Mellitus	Arthritis (Gelenkentz.) Arthrose (Schulterg.)	Apoplex mit Hemiparese links (Schlaganfall) Hemiplegie links (vollst. Lähmung der I. Körperh.)		Rectum Carzinom (Mastdarm Tumor) Geschwür Blutarmut/Vitaminmangel

Tabelle 5 Auswertung Verlaufsbeobachtungen Tagespflege - Veränderungen

Teilnehmer/in	Gestalterischer Ausdruck	Sprachliche Äußerung des Gestaltenden	Sprachliche Äußerung des Beobachters	Gestalterisches Handeln	Begleiterlebnisse der Beobachtung und Reaktionen	Äußere Bedingungen	Gruppendynamik
Frau A.	+	0	Inzwischen verstorben	0	-	Kurzzeitpflege	0
Frau C.	+	0	bringt eigene Motive mit	+	+	0	0
Frau B.	+	0	0	+	+	0	0
Frau E.	-	-	0	-	0	Krankenhaus-aufenthalte	-
Herr D.	0	-	Inzwischen verstorben	0	0	0	-
Herr H.	+	-	0	+	0	0	-
Frau F.	+	0	0	+	0	0	0
Frau G.	0	0	Inzwischen Pflege - heim gewechselt	0	0	0	0

0 = unverändert  
+ / - = positiv / negativ verändert

Tabelle 6 Auswertung Verlaufsbeobachtungen Langzeitpflege - Veränderungen

Teilnehmer/in	Gestalterischer Ausdruck	Sprachliche Äußerung des Gestaltenden	Sprachliche Äußerung des Beobachters	Gestalterisches Handeln	Begleiterlebnisse der Beobachtung und Reaktionen	Äußere Bedingungen	Gruppendynamik
Frau S.	0	0	Inzwischen Pflegeheim gewechselt	0	0	0	0
Frau V.	+	0	Inzwischen verstorben	+	0	Schwiegersohn gestorben	0
Frau U.	+	0	Schwierigkeiten mit der Teilnehmerin	+	+	Zimmernachbarin gestorben	+
Frau T.	+	0	Trauer durch Demenz weniger ausgeprägt	0	0	Ehemann gestorben	0
Herr R.	-	0	0	0	0	0	0
Herr T.			Während der Malgruppe verstorben				



### 8.3 Fragebogen

Der Versuch über einige Stunden die TeilnehmerInnen der Malgruppe nach der Gruppenarbeit zu befragen und ihre Antworten in einem Fragebogen (siehe Tabelle 7) darzustellen ist aufgrund der kognitiven Einschränkungen und unverständlichen Fragen, keinen oder gleichen Antworten (auch Nicken des Kopfes) wie die des Nebensitzers nur als eingeschränkter Versuch anzusehen. Die Auswertung (siehe Tabelle 8) des Fragebogens hat für mich dennoch ein Stück weit Aussagekraft. Die eindeutige Freude am Malen und Gestalten würde für ein positives emotionales Befinden während und nach dem gestalterischen Ausdruck sprechen. Die vermehrte eingeschränkte Wahrnehmung des eigenen Tun's eher für die ungenügende Leistung des Gedächtnisses mit seinen rationalen Prozessen. Die überwiegende Zufriedenheit über das Entstandene gäbe Aufschluss über die Wertschätzung des eigenen Schaffens. Und die überwiegend gute Bewältigung der Aufgabe könnte eine zu leicht gestellte Aufgabe meinerseits sein oder die vorhandenen Fähigkeiten der TeilnehmerInnen, eine Aufgabe zu meistern, unterstreichen.

Tabelle 7

Fragebogen zur künstlerisch-gestalterischen Gruppenarbeit im SHS Engstingen

	1 sehr	2 mittel	3 wenig	4 nicht
Hat ihnen heute das Malen/Gestalten Freude bzw. Spaß gemacht?	Herr D. Frau A. Frau M. Frau F.	Frau F. Frau N.		
Sind sie zufrieden, mit dem, was entstanden ist?	Herr D.	Frau N.		Frau B. Frau F. („nein, bin zu anspruchsvoll“)
War etwas erstaunlich an ihrem Tun, hat sie etwas überrascht?		Frau N. (anders im Kopf)		Frau B. (ist erstaunt, dass sie malen kann) Frau M. Herr D.
War die Aufgabe schwierig für sie?		Herr H.	Frau F.	Frau B. Herr D.

Tabelle 8 Auswertung Fragebogen

	Freude am Malen/Gestalten				Zufriedenheit des Entstandenen				Überrascht/Erstaunt beim Tun				Bewältigung der Aufgabe			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Frau B.	x					x		x	x			x		x		
Frau C.	x					x						x		x		
Frau N.	x	x				x	x			x		x		x		
Frau M.	x				x	x					x	x	x	x		
Herr D.	x				x	x				x		x	x	x		
Frau F.	x						x	x			x	x		x		
Herr D.															x	
Frau E.	x						x					x	x			
Frau O.	x				x					x					x	

#### 8.4 Gespräche mit Pflegedienstleitenden, Angehörigen und TeilnehmerInnen

Meine Einbindung in die Teams der Langzeitpflege und Tagespflege der Pflegeeinrichtung ist dadurch eingeschränkt, dass ich nur einmal pro Woche arbeite und die Pflegedienstleitenden und MitarbeiterInnen in beiden Häusern durch ihre Schicht wechseln. Die Umstrukturierung zu Beginn meiner Malgruppentätigkeit bringt neben Raumwechsel sehr viel Personenwechsel mit sich, so dass ich mich immer wieder auf andere Personen einstellen muss. Eine Kommunikation findet meistens zu Beginn der Malgruppe von meiner Seite aus statt. Hier frage ich die MitarbeiterInnen nach der Befindlichkeit der TeilnehmerInnen oder nach sonstigen Besonderheiten.

Kontakt mit Angehörigen der TeilnehmerInnen findet nur bei Besuch dieser im Pflegeheim statt. So kommen neben der Tochter von Frau S., die jeden Donnerstagnachmittag mit ihrer Mutter in der Malgruppe ist und sie beim Malen unterstützt, in großen Abständen immer mal wieder einzelne Angehörige mit in den Malraum und schauen zu.

Nach meinem Ausscheiden aus der Malgruppentätigkeit und beim Auswerten der Beobachtungsverläufe interessiert mich, wie die Teilnahme der Senioren an der Malgruppe im Pflegeheim und bei den Angehörigen angekommen ist. Dazu erkundige ich mich bei den Pflegedienstleitenden und bei einigen Angehörigen, von denen ich die Adresse oder Telefonnummer vom Pflegeheim bekomme.

„Es gibt Personen, die freuen sich jede Woche auf die Malgruppe. Frau C. z.B. freut sich auf jeden Dienstag, wenn sie zum Malen kann. Dies sagt sie auch, was dann in der Tagesgruppe zu einem Gespräch und zur Animation anderer Personen zum Malen führt.“

„Mitgebrachtes Gestaltetes von der Malgruppe wird uns Mitarbeitern stolz gezeigt. Die aufgehängten Bilder im Malraum oder im Hause führen oft zu einem Hinweis der TeilnehmerInnen, dass sie dies gemacht haben. So entsteht eine Kommunikation im Hause oder auch mit Angehörigen.“

„Unsere Mutter hat in der Tagespflege bei ihnen begonnen zu malen, vorher hat sie noch nie gemalt. Sie ist richtig aufgeblüht. Für sie war der Dienstag sehr wichtig. Für sie ist das Malen auch Zuhause zum Lebensinhalt geworden. Nach ihrem Weggehen ist sie in ein richtiges Loch gefallen und hat sich sehr zurückgezogen, was sich jetzt wieder etwas gebessert hat. Sie geht weiterhin in die Malgruppe, erzählt jedoch nichts mehr davon und malt auch zuhause nicht mehr, was sie vorher bei ihnen gemacht hat.“

„Wir sind erstaunt, dass unsere Mutter überhaupt in die Malgruppe geht.“

„Die Vergesslichkeit unserer Mutter macht sich schon lange bemerkbar. Dass sie in die Malgruppe geht und ihnen in der Malgruppe von ihrer erstgeborenen Tochter erzählt hat, kommt für mich überraschend. Meine Mutter und ich haben schon lange nicht mehr über den Tod meiner Schwester gesprochen. Meine Schwester ist kurz nach der Geburt verstorben. Ich habe gedacht, sie hat das vergessen. Unsere Eltern haben dafür ein Pflegekind aufgenommen, zu dem es aber schon lange keinen Kontakt mehr gibt.“

„Mein Mann hat einige Bilder, ich glaube zwei, von der Malgruppe mit nach Hause gebracht, ich konnte jedoch nicht mit ihm darüber reden. Zuhause hat er Vorlagen von Malbüchern ausgemalt, die meine Tochter für ihn mitgebracht hat. Jetzt kann er nicht mehr malen, seine Krankheit ist weiter fortgeschritten.“

**Auch interessiert mich wie es den TeilnehmerInnen nach über einem Jahr in der Tagespflege und Langzeitpflege geht. Die Pflegedienstleitenden und einige Angehörige geben mir darüber Auskunft.**

In der Tagespflege sind Frau A. und Herr D. verstorben und bei Frau G. wurde der Tagespflegeplatz gekündigt. Frau A. hat nach ihrem Kurzzeitpflegeaufenthalt und weiteren Stürzen und Krankheiten massiv abgebaut, so dass sie bald darauf gestorben ist.

Frau B., Frau F. und Herr H. gehen nicht mehr in die Malgruppe. Frau B. ist unverändert agil und stur mit leicht weiterentwickelten Gedächtnisdefiziten. Bei Frau F. ist die Demenz fortgeschritten. Ein Abbau des Langzeitgedächtnisses ist zu bemerken. Sie realisiert ihre Demenz nicht. Sie kommt jeden Tag neu in die Tagespflege. Die Demenz ist bei Herrn H. aufgrund seiner Nervenerkrankung

sehr weit fortgeschritten. Er kann selbst nicht mehr essen und kommt jetzt dreimal in der Woche in die Tagespflege.

Frau C. und Frau E. gehen weiterhin in die Malgruppe. Frau E. hat durch ihre Krankheit einen stetigen körperlichen Abbau. Frau C. ist nach meinem Weggang ziemlich zurückgefallen und war eine zeitlang apathisch. Sie hat sich wieder etwas gefangen und geht jetzt fünfmal in der Woche in die Tagespflege.

Um selbst zu sehen, wie es den TeilnehmerInnen geht, besuche ich sie in der Tagespflege. Bei den Verbliebenen ist ein Abbau des Gedächtnisses festzustellen. Sie reden zwar mehr oder weniger mit mir, erinnern sich jedoch nicht mehr an mich. Frau F. ist gleich wieder in ihrem Redefluss und erzählt mir von ihren Kindern und Haus. Ein Sohn ist weit weggezogen und wenn sie nicht so alt wäre, hätte sie mit umziehen können. Doch sie ist zu alt dafür und hat keine Einreisegenehmigung bekommen, jetzt bleibt sie halt hier.

In der Langzeitpflege erfahre ich, dass Frau S. das Pflegeheim gewechselt hat. Herr R., Frau U. und Frau T. gehen weiterhin zum Malen. Herr R. hat körperlich und sprachlich etwas abgebaut, malt dennoch mit seinen steifer werdenden Fingern Bild für Bild, nicht mehr mit Farbstiften sondern mit Temperafarben. Er ist immer noch das Vorzeigekünstler der Malgruppe. Er ist schon seit Beginn der Malgruppe bei meinem Vorgänger aktiv dabei. Frau U. ist unverändert selbstbestimmend, geht nach Lust und Laune in die Malgruppe. Bei Frau T. hat anscheinend die Demenz geholfen den Tod ihres Mannes zu vergessen. Bei einem Treppensturz hat sich ihr Allgemeinzustand sowie die Demenz jedoch verschlechtert. Eine zeitlang hat sie im Spiegel ihre Schwester gesehen, bekam dann aber Medikamente. Frau T. hat jetzt vermehrt Wortfindungsstörungen.

Herr R. erinnert sich an mich und zeigt mir seine neuesten Bilder. Frau U. erkennt mich auch. Sie freut sich, dass ich sie besuche. Ein Gespräch mit ihr ist durch ihre Schwerhörigkeit sehr eingeschränkt. Frau T. kann sich mir nicht mitteilen, sie redet ein paar unverständliche Worte und es treten ihr Tränen in die Augen. Ihre Mimik und Gestik sagt mir dennoch, dass sie sich über meinen Besuch gefreut hat. Dass einige der TeilnehmerInnen in der Zwischenzeit starben oder sich ihr Krankheitszustand langsam verschlechtert hat, berührt mich weniger, als die Information, dass es zu einer Verschlimmerung des Zustandes durch mein Weggehen kam, wie bei Frau C.. Das hätte ich bei ihr am wenigsten vermutet, da sie diejenige war, die von sich aus selbst viel in die Malgruppe eingebracht hat und zuhause für sich angefangen hat, Skizzen aufzuzeichnen und Geschenkkarten zu gestalten.

## IX Ergebnisse

Meine Beobachtungen und Erfahrungen in der künstlerisch-gestalterischen Gruppenarbeit mit alterskranken und altersverwirrten Menschen möchte ich noch einmal kurz in den Unterpunkten 6.1-8.4 zusammenfassen.

### 9.1 Ergebnisse der Unterpunkte 6.1 - 6.4

Die zerfallende Welt des desorientierten Menschen fragt nach Orientierung, Zusammenfügen und Zusammenhalt von Einzelteilen. Anhand von Kreisbildern, die eine zentrierende und orientierende Wirkung haben, können wir (symbolisch) zu unserer Mitte finden. Symmetrisch angelegte Linien und Formen erinnern an die Uhrzeiten, Jahreszeiten und Himmelsrichtungen. In sich wiederholenden und gegenüberliegenden Formen oder Farben entsteht ein Rhythmus und Gleichgewicht (Bild 5/8/10/60). Ist der Mensch aus dem Gleichgewicht und Herausgefallen aus der natürlichen Ordnung, bewirkt die Gestaltung von Kreisbildern ein Zurückfinden zu innerer Harmonie und Frieden. Menschen mit beängstigenden und verunsichernden Gefühlen durch die Krankheit finden im Mittelpunkt und der Begrenzungslinie Halt. Das Malen oder Legen eines Kreisbildes bringt den Menschen mit sich selbst in Berührung.

Im Falle der dementiellen Erkrankung ist der Versuch der Zentrierung und des Ausgleichs beim Mandala malen ein Versuch die eigene innere Ordnung wieder herzustellen. Jahreszeitlich und biografisch gestaltete Mandalas unterstützen die zeitliche Orientierung, so dass über das Bild ein Bezug zur eigenen Lebensgeschichte und darüber hinaus zu Lebens- und Naturrhythmen entsteht.

Formen außerhalb des Mandalas weisen auf eine Dynamik hin. Es entsteht etwas außerhalb der Grenzen, etwas Neues, das Ausgangspunkt für weitere Gestaltungsmöglichkeiten sein kann.

Wie beim Mandala malen kommen wir beim Plastizieren mit uns selbst in Berührung. Das Arbeiten mit Ton bringt uns nicht nur visuell sondern haptisch-taktil direkt in Kontakt mit dem Material und dadurch gleichzeitig mit unserem Körper.

Wir erspüren die Eigenschaften des Materials und bekommen ein Gefühl für seine Formbarkeit. Beim Berühren und Formen des Materials und Betrachten des Entstandenen Wahrgenommenes bekommt eine subjektive Bedeutung. Sinnesreize werden über die Sinneskanäle zum Gehirn geleitet und mit früher

eingespeicherten angenehmen oder unangenehmen Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. der Umwelt abgeglichen und bewertet (siehe Kapitel 3.4.3). Unangenehme oder fehlende Erfahrungen können Widerstände, Unsicherheit oder Erregungszustände hervorrufen. Lustvolle und unlustvolle Gefühle können dabei entstehen.

Das dreidimensionale Gestalten mit Ton erlaubt uns, Formen mit ihren Grenzen körperhaft räumlich wahrzunehmen, sie in Zusammenhang mit dem eigenen Körper, Körpergefühl, anderen Personen und Objekten zu begreifen und raumzeitliche Bezüge zu biografischen Ereignissen herzustellen. Das Wahrnehmen einer Skulptur bei einem Zahnarztbesuch (Frau C., S. 62) und das Erkennen eines bekannten Gesichtes (Frau F., S. 91) zeigt eine Wahrnehmungsstimulation und die Wiederbelebung einer Erinnerung sowie die Erkenntnis eines Zusammenhangs von Gestaltetem und realen Dingen.

Gans spricht bei der Bearbeitung eines Materials von einer „materialisierten Erinnerung“. Die Gedanken, die beim Bearbeiten oder handelndem Tun mit einem Material aufkommen, knüpfen an eine Erinnerung an und werden über das Entstandene sichtbar, begreifbar und somit auch form- und bearbeitbar. (Gans, 2004, S. 159).

Durch das Ansprechen mehrerer Sinne (z.B. hören, fühlen, tasten, bewegen, sehen) mit verschiedenen Medien wie im Kapitel 6.3 beschrieben, entsteht ein Zugang zu verschiedenen Wahrnehmungsbereichen. Unterschiedliche Nervenzell-Verbände werden aktiviert und eine Erinnerung kann wieder bewusst werden. Im Gestalten mit den Materialien und der plastischen Darstellung des Erinnerten (Landschaft, Ort) können raumzeitliche Bezüge hergestellt werden.

Im Schaffensprozess, egal mit welchem Material, erlebt sich der Mensch aktiv handelnd und selbst bestimmend. Das freie Malen und Gestalten mit selbst gewählten Materialien und Motiven unterstützt die Selbständigkeit und das handelnde Tun des in der Regel von außen bestimmten alterskranken und desorientierten pflegebedürftigen Menschen. Sein Werk gibt uns einen Einblick in den Menschen, der sich nicht mehr verbal ausdrücken kann. Eine nonverbale Kommunikation und ein Einfühlen in den Schaffenden kann geschehen.

Wiederholendes Bearbeiten eines Materials oder wiederholende Formen beim Malen ermöglichen eine Wahrnehmung dessen. Entsprechend der rhythmischen Abfolge der Tages- und Jahresabläufe sowie der Lebensstufen können die wiederholenden und aufeinander aufbauenden Formen beim Formenzeichnen zu einer Erkennung und Weiterentwicklung des künstlerischen Ausdrucks führen.

## 9.2 Ergebnisse der Unterpunkte 7.1 - 7.3

Die therapeutischen Betreuung von Einzelpersonen in der künstlerisch-gestalterischen Gruppenarbeit mit alterskranken und altersverwirrten Menschen erfordert einen großen Anteil an Motivation und Einfühlungsvermögen. Die Gruppengröße, die Zusammensetzung und unterschiedliche Erkrankungen sowie Fähigkeiten der TeilnehmerInnen verlangen unterschiedliche anregende Materialien und unterschiedliche Betreuung. Das Aufbauen der Tische und Stühle und Herrichten der Materialien sowie das Abholen der TeilnehmerInnen benötigt schon vor der Malgruppe einen hohen Energieaufwand. Ebenso der mehrmalige Wechsel von einer Person zur Anderen bei der Hilfestellung im Malen und Gestalten, beim Toilettengang oder Zurückführen wegen Unwohlsein oder Verwirrtheit in die Tagesgruppe. Da immer mal wieder Personen fehlen und sterben oder wieder andere teilnehmen, findet sich jede Woche eine neue Gruppenzusammensetzung, was eine hohe Flexibilität erfordert. Eine intensivere therapeutische Betreuung und Beziehung kann nur bei den regelmäßig teilnehmenden Personen und das auch nur je nach Gruppengröße bedingt stattfinden. Die Grenzen meiner Belastbarkeit und meiner therapeutischen Betreuungsmöglichkeiten sind hier immer wieder zu spüren.

Das Aufarbeiten früherer Schmerzerlebnisse oder derzeitiger Konflikte gelingt mehr oder weniger über das Gestalten. Personen mit schweren Traumatisierungen (siehe Kapitel 7.2) benötigen eine intensivere Zuwendung. Im Falle der dementiellen Erkrankung, mit ihren sprachlichen, zeitlich und räumlichen Verstörungen, vermischen sich Personen und Situationen, so dass es nicht immer möglich ist, die biografischen Erlebnisse und momentane Situation genau einzuordnen. Hier könnten Angaben oder die Hilfe von Angehörigen dazu beitragen, ein besseres Verständnis dafür zu bekommen.

Dennoch ist die Gruppenarbeit insofern wichtig, als sich die TeilnehmerInnen gegenseitig stärken oder auch in ihrem Schmerz annehmen. Sie tauschen sich im Gestalteten verbal oder nonverbal aus, was ohne mein Zutun schon therapeutisch wirkt und mich etwas entlastet.

Das Erleben mit allen Sinnen, in der Gruppenarbeit und in der Begegnung mit Menschen außerhalb der Einrichtung, vor allem Kindern, ermöglicht den alterskranken und desorientierten Menschen einen Zugang zu ihren biografischen Erlebnissen und verloren geglaubten Fähigkeiten. Der Mensch

erlebt sich als Teil der Gesellschaft und kann durch die Aktivitäten handelnd am gemeinsamen Geschehen mitwirken.

### 9.3 Ergebnisse der Unterpunkte 8.1 - 8.3

Im Gegensatz zur Tagespflege, wo ich vermehrt pädagogisch und anleitend arbeite, wird in der Langzeitpflege mehr individuell gearbeitet. Hier gibt es einige TeilnehmerInnen, die schon bei meinem Vorgänger in der Malgruppe waren und zu ihrem gestalterischen Ausdrucksmittel gefunden haben. Die Verlaufsbeobachtungen zeigen mir hier, wenn sich eine Person, wie Frau V. in einem Medium, Material oder Form durch langes Bearbeiten sicher fühlt, kann sie sich auf eine Veränderung der Form oder des Materials einlassen bzw. auch selbständig das Medium wechseln. Im Falle der dementiellen Erkrankung zeigt sich ebenfalls im wiederholenden eigenständigen Tun mit Material und Farbe und in den geführten aufbauenden Formen (in der Tagespflege) bei einigen Personen mit leichter bis mittelschwerer Verwirrung eine Veränderung. Die vermehrte Wahrnehmung und Sicherheit für das Material, die Formen und Farben drückt sich im Gestalteten und manchmal in der sprachlichen Mitteilung aus. Hier ist jedoch der Anstoß und Hilfestellung von außen nötig.

Die regelmäßige Teilnahme der meisten TeilnehmerInnen zeigt das Interesse und die Freude am Gestalten und handelnden Tun. Manche der desorientierten Personen scheinen sich unbewusst an ihr früheres Erlebtes in Biografie oder in den vorherigen Stunden in der Malgruppe (gemalte Formen) zu erinnern. Aussagen von MitarbeiterInnen zeigen, dass sich manche Personen auf die Malgruppe freuen und mitgebrachtes Gestaltetes aus der Malgruppe oder den Aktivitäten zu einem Austausch mit anderen Personen führt. Bei den Aussagen der Angehörigen ist ersichtlich, wie individuell die Teilnahme an der Malgruppe im persönlichen Umfeld ankommt und wie damit umgegangen wird.

Leider bestimmen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und Tod von TeilnehmerInnen den Alltag im Pflegeheim und in der künstlerisch-gestalterischen Arbeit.

#### 9.4 Ergebnisse der Fragen und Hypothesen

Nach der kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Fördermöglichkeiten und den Aspekten der therapeutischen Betreuung möchte ich auf die zu Beginn gestellten Fragen eingehen.

1. Ist es möglich durch kunsttherapeutische Fördermaßnahmen die Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, Orientierung sowie das raumzeitliche Erinnerungsvermögen aufzufangen und zu stabilisieren?

Im Falle der alterskranken pflegebedürftigen Menschen mit Hirnleistungs- und Wahrnehmungsstörungen kann dieses geschehen. Hier ist das Beispiel von Frau C. zu nennen, die die Muster des selbst geknüpften Teppichs ihres verstorbenen Mannes vermehrt wahrnimmt (S. 65). Ebenso nimmt sie nach dem Gestalten mit Ton und anderen ästhetischen Materialien eine Skulptur beim Zahnarztbesuch (S. 62) und einen Teich in einer Parkanlage wahr (S. 64 u. 65). Auch der Versuch von Frau B. immer wieder etwas aus ihrer Kindheit zeichnerisch darzustellen und schließlich nach dem Formenzeichnen ein Haus (Bild 49, S. 72) malen zu können oder beim Märchenmalen über den Lebkuchen (Bild 40, S. 68) zur Erinnerung einer schönen Kindheit zu gelangen, zeigt einen Zugewinn an Wahrnehmung und Erinnerungsvermögen.

Im Falle der Desorientierung möchte ich Frau T., Frau F. und Herrn H. nennen. Bei Frau T. tauchen in den Bildern immer mal wieder Formen von vorher gemalten Bildern auf, was in ihren anfänglich gemalten Mandalas und späteren Blumenbildern und Landschaft in den Bildern der Verlaufsdarstellung (S. 86 u. 87) zu sehen ist. Anhand der gemalten Häuser kann sie sich an ihr Kindheitshaus mit Tante und Geschwister erinnern und sich in die damalige Situation des Besserwissens der Geschwister untereinander, zurückversetzen (Bild 66, S.87).

Bei Frau F. ist in den Bildern der Verlaufsdarstellung (S. 89 - 91) zu sehen, dass sie sich auch immer wieder an vorangegangenen Formen orientiert. So sind das Krikrakrottenfuss, die Hausform, Baum und Gedichte wichtige Elemente, die an die eigene Lebensgeschichte erinnern. Beim Malen und Gestalten mit ästhetischen Materialien erinnert sie sich an Kindheit, Schule, Beruf, Reisen und jetzige Wohnsituation.

Herr H. malt nach einem Jahr mit verschiedenen Wahrnehmungsanregungen, Farb- und Formübungen und Wechsel auf Tempera- und Gouache-Farbe wieder ein Haus mit Baum (Bild 86, S. 93) wie zu Beginn der Malgruppe mit Farbstiften

(Haus der Schwiegereltern). Beim Umsetzen der gemalten Formen und Farben in ein inhaltliches Bild orientiert er sich im Gedächtnis an einem vorher gezeichneten Erinnerungsbild.

Diese drei Beispiele zeigen mir, dass bei leichten bis mittleren dementiellen Erkrankungen durch kunsttherapeutische Fördermaßnahmen ein Auffangen und Stabilisieren (vielleicht auch nur kurzzeitig für eine Stunde) der Wahrnehmung, Orientierung und Erinnerung möglich ist.

## 2. Können belastende Ereignisse, Konflikte und Gefühle über das gestalterische Tun verarbeitet und integriert werden?

Hier möchte ich Frau A. (S. 77) anführen, die innerhalb eines Jahres schmerzliche Trennungserlebnisse in Kindheit und Erwachsenenzeit sowie jetzige Situationen in Bildern und durch Erzählen zum Ausdruck bringt. Mit dem Ausmalen eines Mandalas kann sie sich kurzzeitig in der Malgruppe trotz der Traumatisierung und Desorientierung durch die Unterbringung in der Kurzzeitpflege zentrieren und orientieren sowie ihr Befinden verbal äußern. Leider gelingt es in weiteren Malstunden wegen der Verschlechterung ihres gesamten Gesundheitszustandes nicht, sie zu weiterem Malen zu bewegen. Frau A. stirbt nach einigen Monaten.

Auch Herr T. (S. 77 u. 78) kann in der Malgruppe durch das gemeinsame Malen seine traumatischen Erlebnisse in der Kriegszeit noch einmal zum Ausdruck bringen. Wie bei Frau A. verschlechtert sich sein Gesamtkrankheitszustand und Herr T. stirbt nach zehn Monaten Heimaufenthalt.

Im Falle der dementiellen Erkrankung möchte ich Frau F. und Frau T. erwähnen. Frau F. (S. 89 - 91) zeigt durch ihr verbales Mitteilungsbedürfnis, Gefühle und die gemalten Bilder eine Auseinandersetzung mit früheren für sie einschränkenden Erfahrungen, wie z.B. das Abgewöhnen des Schreibens mit der linken Hand, nicht Lehrerin werden zu dürfen oder bei einem Bild „am liebsten Kotzen zu können“. Auch die jetzigen Konflikte mit ihrer Krankheit, die sich mit ihrem Haus und Personen, die sie hintergehen, äußern, bringt sie zum Ausdruck.

Frau T. (S. 85 - 87) erinnert sich in großen Abständen an schmerzliche Erlebnisse, wie der Tod eines ihrer Kinder, das Verschwinden ihrer Schwester oder die Aufnahme des Kindes ihrer Schwester. Ihre Tochter (S. 101) bestätigt mir später den Tod eines ihrer Kinder, jedoch ist das aufgenommene Kind ein Pflegekind aus einer anderen Familie, zu dem sie keinen Kontakt mehr haben

und auch nicht wissen, wo es jetzt wohnt. Der aktuelle Konflikt nicht Malen zu können wird anfänglich durch die Freundin, die früher gut malen konnte, sichtbar. Alle Beispiele weisen auf den Versuch der Verarbeitung von schmerzhaften Ereignissen und Konflikten hin. Inwieweit diese ganz verarbeitet und integriert werden konnten, ist für mich durch die dementielle Erkrankung und das Sterben der TeilnehmerInnen nicht eindeutig zu klären.

3. Trägt die therapeutische und erlebnispädagogische Betreuung zu einer Ich-stabilisierung und Selbstbestimmung bei.

Die Auseinandersetzung mit Frau U. in einer Malstunde zeigt mir, wie mein Verhalten sich destabilisierend und stabilisierend auf die TeilnehmerInnen auswirkt. Auf die ungenügende Beachtung ihrer Befindlichkeit und Wünsche reagiert sie verletzt und zieht sich zurück (S. 73 u. 74). Durch den Ausdruck meiner Sympathie ihr gegenüber, meiner herzlichen Berührung und positiven Anerkennung eines ihrer Wesensanteile kann sie sich wieder öffnen und nochmals in die Malgruppe mit zurück gehen. Nach ein paar Fehlstunden wegen ihres kleinen (angeblichen) Schlaganfalles kommt sie regelmäßig und ist mit Eifer beim Malen dabei.

Frau V., die mit meiner Hilfe mehrere Filzbälle für Enkel und Mitarbeiterinnen filzt, geht auf meinen Vorschlag des Filzens einer Filzfläche zögernd ein. Nachdem sie anschließend noch einmal einen Filzball filzt, möchte sie gerne eine Decke für den Puppenwagen ihrer Enkelin herstellen. Für diese erntet sie von den Angehörigen sehr viel Lob. Noch eine Decke entsteht. Danach möchte sie von sich aus das Malen probieren. Sie malt ein Mandala aus, wechselt noch mal trotz geschwächtem Krankheitszustand zu ihren Filzbällen und malt eine weitere Malvorlage aus, bei der ich sie in ihrer bunt gemixten Farbauswahl bestärke, so dass sie auf das beherrschende Malen einer Rose durch ihrer Tochter mit dem Ausspruch „Wer malt jetzt, du oder ich?!“ reagieren kann (S. 88). Hier ist zu sehen, wie Frau V. nach ihrer Sicherheit im Filzen selbst bestimmt auf das Malen überwechseln kann.

Im Falle der dementiellen Erkrankung sehe ich bei Frau T. (S. 87), wenn vielleicht auch nur kurzzeitig, eine Stärkung ihres Ichs, als sie einmal gleich zu Beginn in einer Stunde zum Bild von der vorherigen Malstunde ohne Auszuweichen sagt: „Ich möchte an dem Bild nicht mehr weiter malen.“ Frau F.'s Ausspruch: „Ich male halt so wie ich kann!“ deutet auf eine Stärkung ihres Ichs im Bezug auf das

Malen hin, das sonst immer von ihrem guten Rechnen in den Hintergrund gestellt wurde (S. 91).

Erwähnen möchte ich noch Frau G., die beim Waldprojekt erst über das Singen und Erinnern früherer positiver Erlebnisse ihre Fähigkeiten zeigen kann und bestärkt durch ihr handelndes Tun beim Trommeln sogar selbständig Herrn L. zeigt, wie er die Stöcke gegeneinander zu schlagen hat, damit ein Rhythmus entsteht (Bild 53, S. 80). Durch die Kinder beim Jahresprojekt bestärkt, kann Herr H. seine noch vorhandenen Fähigkeiten des selbständigen Einschlagen einiger Nagels zeigen, was bei den Kindern rückwirkend Begeisterung auslöst (Bild 56, S. 83).

Wenn es auch immer mal wieder Schwierigkeiten mit den TeilnehmerInnen gibt und ich an die Grenzen meiner therapeutischen Fähigkeiten stoße, so sehe ich doch durch meine unterstützende Arbeit und die erlebnispädagogische unterstützende Begleitung anderer Menschen eine Verstärkung des Ichs und der Selbstbestimmung.

Durch die Beantwortung der Fragen komme ich zu den Hypothesen:

1. Durch kunsttherapeutische Fördermaßnahmen ist es möglich die Beeinträchtigung der Wahrnehmung, die Orientierung und das Erinnerungsvermögen aufzufangen und zu stabilisieren.
2. Belastende Ereignisse, Konflikte und Gefühle können über das gestalterische Tun teilweise bearbeitet und integriert werden.
3. Die therapeutische und erlebnispädagogische Betreuung trägt zu einer Ich-stabilisierung und Selbstbestimmung bei.

Durch die Erfahrungen in der Arbeit mit den alterskranken und altersverwirrten Menschen und deren therapeutische bzw. pädagogische Begleitung tun sich für mich neue Sichtweisen auf:

Das plastische Gestalten mit ästhetischen Materialien oder Begehen einer Landschaft mit Sinnesreizen fördert die raum-zeitliche Erinnerung und Orientierung.

Aufbauende, sich wiederholende Form- und Farbübungen sowie Materialien können zu einer Veränderung im gestalterischen Tun und gestalterischen Ausdruck beitragen.

Das Ansprechen mehrerer Sinne mittels unterschiedlicher Materialien, Medien und Aktivitäten lässt auch TeilnehmerInnen, die mit dem Malen nicht zurechtkommen, einen Zugang zu ihren verlorenglaubten Fähigkeiten finden.

Eine Anerkennung und Bestätigung für das künstlerische Tun und den künstlerischen Ausdruck fördert das Selbstwertgefühl der TeilnehmerInnen.

Gemeinsame Aktivitäten und Erlebnisse in der Gruppe und mit anderen Menschen fördern Gestaltungsmöglichkeiten, soziale Kompetenz und Integration.

Zu diesen weiteren Hypothesen gesellen sich auch viele weitere Fragen, von denen ich einige nennen möchte, die für mich in einer weiteren Arbeit mit alterskranken und altersverwirrten Menschen von Bedeutung sind.

1. Kann durch gezieltere Maßnahmen und Einzelsettings mit intensiver Betreuung einer dementiellen Erkrankung entgegengewirkt werden?
2. Ist es möglich, durch eine Einbeziehung von Angehörigen im Falle der Tagespflege die TeilnehmerInnen über die Malgruppe hinaus in ihrem persönlichen Umfeld im künstlerischen Tun zu bestärken und zu begleiten?
3. Welche Bedeutung hat die gemeinsame Aktivität von Jung und Alt für die TeilnehmerInnen, die Kinder und Eltern sowie Anleitenden und Betreuenden?

Anhand der Erfahrungen und Aktivitäten mit alterskranken und altersverwirrten Menschen kann ich die Krankheitsbilder besser voneinander unterscheiden und mich vermehrt in die Befindlichkeiten der TeilnehmerInnen einfühlen. Mit diesen Voraussetzungen und den neu gestellten Fragen kann ich bei einer weiteren Arbeit mit älteren Menschen konkreter vorgehen.

## **X Zusammenfassende Bemerkungen und Ausblick**

In einer Pflegeeinrichtung für ältere Menschen begleitete ich über einen längeren Zeitraum (etwa eineinhalb Jahre) kunsttherapeutisch und erlebnispädagogisch alterskranke und altersverwirrte Menschen. Zu der einmal wöchentlichen künstlerisch-gestalterischen Gruppenarbeit in der Langzeitpflege und Tagespflege finden erlebnispädagogische Begegnungen in der Natur und mit Menschen außerhalb der Einrichtung statt. Neben dem Malen mit Farbstiften und flüssigen Farben finden Materialien wie Ton, Sand und weitere Naturmaterialien ihren Einsatz. Über verschiedene Sinnesreize (tasten, fühlen, schmecken, riechen, sehen, hören, bewegen) werden alle Sinne angesprochen.

Bei den meisten der TeilnehmerInnen liegt eine Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) vor. So gibt es neben den alterskranken kompetenzschwachen Menschen mit organischen Erkrankungen auch einen großen Teil altersverwirrter, dementiell erkrankter Menschen. Eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten aufgrund der Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, neurologische und psychische Erkrankungen, sind zu finden.

Die dementielle Erkrankung äußert sich in Vergessens-, Verwirrtheits- und Desorientierungszuständen. Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Assoziations-, Gedächtnis- und Affektstörungen werden von Depressionen, Angst, Zwang oder Ohnmacht begleitet.

Die Entstehung der Demenzerkrankung kann unter zwei sich ergänzenden Forschungstheorien erklärt werden. Einmal aus biologischer Sichtweise der krankhaften amyloiden Plaques in den Gehirnen der Alzheimer-Patienten.

Das andere Mal aus psychologischer Sichtweise, mit Zusammenbrüchen der Nervenzellen im Gehirn aufgrund posttraumatischer Belastungsstörungen.

Mit konzentrierenden, orientierenden, sinnesanregenden und bewegenden Angeboten in ganzheitlichem Sinne versuche ich den Zerfall der Gedächtnisleistungen mit seinen gefühlhaften Verunsicherungen und die somatischen Beeinträchtigungen der alterskranken und altersverwirrten Menschen aufzufangen und zu stabilisieren. Die Bestärkung der Personen und die Freude am Tun stehen dabei im Vordergrund.

Die Wahrnehmungserweiterung mancher dementen TeilnehmerInnen und ihre Freude am Malen sowie die Veränderung im gestalterischen Ausdruck oder das aufblühende Wesen einer Person beim Singen und Musizieren bestätigen eine

positive Wirkung der therapeutisch und erlebnispädagogischen Fördermaßnahmen, wenn auch manchmal nur für einen kurzen Zeitraum.

Für eine weitere Arbeit könnte ich mir vorstellen neben der künstlerisch-gestalterischen Gruppenarbeit und erlebnispädagogischen Aktivitäten mit alterskranken und altersverwirrten Menschen auch mit weiter fortgeschritten dementiell Erkrankten in Einzelsettings zu arbeiten.

Bei Beidem könnte die Zielsetzung sein, zeitweise Angehörige bzw. außenstehende Personen in einen kreativen und integrativen Gestaltungsprozess mit einzubeziehen.

Schließen möchte ich mit einem Reim einer dementiell erkrankten Teilnehmerin:

So ist's heben  
süß und bitter  
einmal Lust und einmal Leid  
einmal Sonnenschein, dann Gewitter,  
alles hat zu seiner Zeit

## Literatur

- Alzheimer Europe (2005): Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten. 2. Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Baden Württemberg Bildungsplan (2004): Bildungsstandards für Fächerverbund Mensch, Natur und Kultur.
- Baltes, P. (2002): GEO-Zeitschrift. Lebenslauf Forschung. Heft 8. Erfolgreiches Altern, S. 60.
- Bauer, J. (2006): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. 7. Auflage. Piper Verlag, München.
- Bauer, J. in Uxeküll/Geiges/Plassmann (2002): Integrierte Medizin. Psychobiologie der Alzheimer-Krankheit, Wirklichkeitskonstruktion und Beziehungsgestaltung, S. 157-175. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Bettelheim, B. (1990): Kinder brauchen Märchen. 5. Auflage. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart.
- Danneker, K. (2006): Psyche und Ästhetik. Die Transformationen der Kunsttherapie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Dilling H./Mombour W./Schmidt M. H. (2005): WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Auflage. Huber Verlag, Bern.
- Dorsch (1998): Psychologisches Wörterbuch. 13. Auflage. Huber Verlag, Bern.
- Dörig B./Schmeisser M. (1998): Kraftquelle Mandala. Die eigene Mitte finden. Herder Verlag, Freiburg i. B..
- Engelhardt, D. v. (1999): Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung. Beck Verlag, München.
- Feil, N. (2002): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Reinhardt Verlag, München.
- Franz, M.-L. (2001): C.G. Jung. Leben, Werk & Visionen. Königsfurt Verlag, Kiel.
- Freyberger J. H. / Stieglitz. R.-D. (1996): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie, 10. Auflage, Karger Verlag, Basel.
- Ganß, M./ Linde M. (Hrsg.) (2004): Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen. Dokumentation des Symposiums >>KunstTherapie in der Altenarbeit-künstlerische Arbeit mit Demenzerkrankten<<. Mabuse Verlag, Frankfurt.
- GEA-Tageszeitung (2006): Bewegung senkt Demenz Risiko, Januar 2006.
- Internet (2006): Traumata mit Spätfolgen. [www.wissenschaft.de](http://www.wissenschaft.de), 26.07.2006.

- Jung, C.G. (1990): Mandala. Bilder aus dem Unbewussten. 9. Auflage. Walter Verlag, Olten.
- Kast, V. (1999): Imagination als Raum der Freiheit. Dialog zwischen Ich und Unbewusstem. dtv Verlag, München.
- KDA Kuratorium Deutsche Altenhilfe (1996): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A-Z. Beck Verlag, München.
- KDA Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Köln.
- Kükelhaus, H./Lippe R. (1994): Entfaltung der Sinne. Ein „Erfahrungsfeld“ zur Bewegung und Besinnung. Fischer Verlag, Frankfurt.
- Manz, S. / Ropic, S. (1997): Pilotprojekt Kreuz & Quer in Zusammenarbeit mit dem Servicehaus Sonnenhalde, Engstingen.
- Markowitsch, H.J./Welzer, H. (2005): Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Marr, D. (1995): Kunsttherapie bei altersverwirrten Menschen. Beltz Verlag, Weinheim.
- Menzen, K.-H. (2001): Grundlagen der Kunsttherapie, Reinhardt Verlag, München.
- Menzen, K.-H. (2004): Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen. Reinhardt Verlag, München.
- Müller-Thomsen, T. in Hampe (2002): Generationenwechsel, Kunsttherapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz, S. 197-202, Zentraldruckerei Univ. Bremen.
- Riedel, I. (2002): Formen. Tiefenpsychologische Deutung von Kreis, Kreuz, Dreieck, Quadrat, Spirale und Mandala,. Kreuz Verlag, Stuttgart, Zürich.
- Pschyrembel (2001): Klinisches Wörterbuch. 259. Auflage. WdeG, Berlin.
- Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Altersdemenz. November, Heft 28. Berlin.
- Spiegel-Zeitschrift (2002): Die Heilkraft der Bewegung. Fit wie in der Steinzeit. Januar, Heft Nr. 5, S. 134-150.
- Spreti F. von/Martius P./Förstl. H. (Hrsg.) (2005): Kunsttherapie bei psychischen Störungen. Demenzielle Erkrankungen, S. 31-50. Urban & Fischer Verlag, München.
- Vetter, B. (1998): Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe. 5. Auflage. Gustav Fischer Verlag .
- Wolfframm R. (2004): Konzeption Servicehaus Sonnenhalde, Engstingen.
- Zimbardo / Gerrig (2003): Psychologie. 7. Auflage. Springer Verlag, Berlin.



Bild 87 Ohne Titel, Gouache



Bild 88 Rotes Haus in grünem Park,  
Gouache



Bild 89 Blumen, Gouache



Bild 90 Brunnen vor dem Dorf, Tempera



Bild 91 Ohne Titel, Ölkreiden



Bild 92 Tiger, Gouache



Bild 93 Ohne Titel, Ölkreiden



Bild 94 Winter, Farbstifte u. Gouache