

# **Kunsttherapie mit neurologisch erkrankten Menschen**

Karl-Heinz Menzen

## **Summary**

Art therapy is a treatment procedure used in the fields of rehabilitation, clinical psychology, and psychotherapy. Art therapy attempts to reestablish an uninhibited and sound sociocultural exchange. In the most varied manners of artistic-creative production and reception, it focuses its main interest on the disturbed, the hampered, the taken-ill expressions of life. The article demonstrates art therapeutical methods which are applied in the context of neurological clinic and old people's home.

## **Einführung**

Kunsttherapeutisches Arbeiten mit verwirrten alten und darüber behinderten, weiter gefasst: mit neurologisch erkrankten Menschen, - das eröffnet ein neues Berufsfeld. Theoretisch noch wenig fundiert, aber praktisch schon in vieler Hinsicht erfahren, erweist sich die Kunsttherapie in diesem Feld als ein Fach, das bedürfnis-, interaktions-, sozial- und kontextuell-, kultur- und anthropologisch-orientiert, auch neben den pädagogischen therapeutische Methoden einbeziehend, altersverwirrte Menschen präventiv, rehabilitativ und lebenssituativ-begleiten will. Es sind aber nicht nur die alt und verwirrt werdenden, an Alzheimer erkrankten, es sind auch die schon in den mittleren Lebenslagen infolge von Schlaganfällen, Schädel-Hirn-Traumata und Subarchnoidalblutungen (Blutungen der mittleren Hirnhäute infolge von Prellungen etc; SAB) erkrankten Menschen, die der Hilfe benötigen.

Präventiv schenkt die Kunsttherapie ihre besondere Beachtung und Förderinteresse jenen Menschen, die erst im Alter, da hirnorganisch erkrankt, von Behinderung bedroht oder seit langem bis in die momentane hohe Altersphase schon behindert sind. Rehabilitativ will sie ihre komplexen Hilfeleistungen, zeitweise nannte sie diese 'ganzheitlich', denen zugute kommen lassen, die angesichts einer gestörten Entwicklung, einer Erkrankung oder der lebenslang begleitenden Behinderung physisch, psychisch oder sozial aussergewöhnlich belastet sind und aus den Einbahnstrassen des Lebens nicht mehr herauskommen. Sie will die belasteten Menschen in deren Versuch begleiten, die erschwerte Lebenssituation im Hinblick auf den Alternsprozess

neu zu bewerten, neue Kontrollüberzeugungen zu erarbeiten, so dass das Leben der Menschen mit Behinderung zumindest erträglich ist. Sie will mit eben diesen Menschen eine Tages- und Lebensstruktur erarbeiten, die im Rahmen der jeweiligen Wohn- oder Pflegeeinrichtung - und zuweilen nach der langen Phase ihrer Werkstatttätigkeit - den individuellen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen gerecht wird.

## **Kunsttherapie**

- eine spezielle Therapie, die bedürfnis-, interaktions-, sozialraum- und kontextuell-, kultur- und anthropologisch orientiert ist und bei den Betroffenen auch bildnerische Methoden einbezieht.

## **Prävention**

- besondere Beachtung und Förderung u.a. von alten Menschen, die von Behinderung und Erkrankung bedroht sind

## **Rehabilitation**

- komplexe Hilfeleistung angesichts physisch, psychisch und sozial aussergewöhnlicher Belastung u.a. bei Störungen der Altersphase, bei Erkrankung und bestehender oder aufkommender Behinderung

## **Begleitung**

bei dem Versuch der aktiven Neubewertung der erschwerten Lebenssituation und der Erarbeitung neuer Kontrollüberzeugungen im Alter

Wenn wir über Altersverwirrung sprechen, dann ist es gut sich daran zu erinnern, dass das Altwerden ein vorformulierter kultureller Tatbestand ist. Entsprechend gibt es verschiedene Modelle des Alterns, unter dem vier Modelle, das Defizitmodell, das Lebenslauf-Modell, das Modell des erfolgreichen Alterns und das Modell der Kulturanthropologie besonders hervorstechen. Das Defizitmodell betont, wie sein Name sagt, eine defizitäre Orientierung in der Betrachtung des nicht mehr so kompetent erscheinenden Menschen. Diesem Modell ist zugute zu

halten, dass es bei aller Hinwendung zu den Gesundheitsaspekten des Lebens daran fest halten möchte, dass es eine Lebensphase gibt, in der wir fortschreitend mit Erkrankung und Kompetenzdefiziten rechnen müssen. Das Lebenslaufmodell kommt diesem Defizitmodell insofern nahe, als es entwicklungspsychologische und –physiologische Standards zugrundelegt, die im Alter naturgemäss sich anders als vordem profilieren. Das Modell des erfolgreichen Alterns möchte die erlebten Verluste im Alter durch die Kompensationsleistungen ersetzen, die den alten Menschen als kompetenten Akteur der eigenen Entwicklung herausstellen und weniger an die Pathologiesierungen des Lebens erinnern. Das Modell der Kulturanthropologie sorgt sich besonders um die kulturell übereigneten Formen des Lebens, die im hohen Alter erhalten werden müssen.

Die Einschränkungen, die der alte Mensch im Laufe seines Lebens erleidet, sind zahlreich: Wir erleben im Alter eine altersbedingte Weitsichtigkeit, Linsentrübungen, einen Nachlass der Akkommodation der Augen, einen Hochttonverlust der Ohren. Auch die Elastizität der Lunge nimmt ab. Der Brustkorb wird steif. Wir erleben eine abnehmende Anpassung der Arterien an die Leistungen, die uns abgefordert sind. Wir erfahren eine verzögerte Blutdruckregulation und einer Einschränkung des Herzschlagvolumens. Generell nimmt unsere Muskel-Leistung stetig ab - es sei denn, dass wir unentwegt trainieren. Im Alter sind die Bänder, die Sehnen und die Muskeln weniger dehnbar. Die Gelenkbeweglichkeit nimmt ab. Die Gefahr von Knochenbrüchen nimmt zu. Dies ist auch der Beginn eines längeren Liegens, einer größeren Isolation und damit verbunden der Beginn von Desorientierungen, die der alte Mensch erleiden muss.

In der Vielzahl der Verluste fällt besonders ein zunächst langsamer dann stetig fortschreitender Abfall der kognitiven Leistungen auf. Die Weltgesundheitsorganisation spricht von Demenz, wo eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten, der Sprachkommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewußtseinsstörungen zu verzeichnen ist. Die Formen der Demenz stehen im Mittelpunkt, wenn wir über Altersverwirrung sprechen und darüber nachdenken, wie wir dieser beistehen können.

**Altersbedingte physiologische Veränderungen und deren Folgen (nach BFMSFJ: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation 2001, 72)**

<b>Organ/System</b>	<b>Altersbedingte Veränderungen</b>	<b>Mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen</b>
<b>Allgemein</b>	Zunahme des Körperfetts. Abnahme der Körperflüssigkeit. Abnahme der Muskelmasse. Abnahme des Grundstoffwechsels. Abnahme der Temperaturregulation.	Das Volumen zur Verteilung fettlöslicher Medikamente nimmt zu und das für wasserlösliche ab. Eine unbemerkte Unterkühlung wird möglich.
<b>Sinnesorgane</b>	Alterssichtigkeit der Augen, d.h. altersbedingte Weitsichtigkeit (Presbyotie). Linsentrübungen. Elastizitätsverlust der Linse (Sklerosierung), Nachlassen der Akkomodation. Hochtonverlust der Ohren (umweltabhängig)	Verminderte Akkomodation. Der Nahpunkt rückt immer mehr in die Ferne. Eingeschränkte Wortdiskrimination bei Hintergrundgeräuschen
<b>Respirationstrakt</b>	Abnahme der Lungenelastizität. Zunehmende Steifheit des Brustkorbs (Altersthorax).	Missverhältnis zwischen Ventilation und Perfusion. Abnehmender Sauerstoffpartialdruck.
<b>Herz-Kreislaufsystem</b>	Abnehmende Anpassung der Arterien, zunehmender systolischer und diastolischer Blutdruck (abhängig von Umwelt und Lebensweise). Verzögerte Blutdruckregulation, Einschränkung des Herzschlagvolumens.	Orthostatische Probleme (Orthostase = aufrechte Körperhaltung) infolge von Regulationsstörungen des Blutkreislaufes. Belastung oft nur über Herzfrequenzsteigerung auffangbar.
<b>Bewegungsapparat</b>	Skelettmuskulatur nimmt ab. Bänder, Sehnen, Muskeln sind weniger dehnbar. Abnahme des Mineralstoffgehalts der Knochen. Gelenkbeweglichkeit nimmt ab.	Geringere Beweglichkeit und Kraft. Erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche.
<b>Gastrointestinaltrakt</b>	Veränderungen der Mundhöhle. Verlust von Zähnen und Gebissveränderungen. Reduktion der Anzahl der Geschmacksknospen. Sekretionsleistung der Speicheldrüsen, des Magen-Darm-Traktes nimmt ab, verändert sich. Fortsetzung: Veränderungen im Alter	Kaufunktion wird eingeschränkt. Gefahr von Fehl- und Mangelernährung.
<b>Urogenitaltrakt</b>	Durstperzeption nimmt ab.	Erhöhte Exsikkationsgefährdung

## Haut

Sättigungsperzeption nimmt zu. Der Tonus der Harnblase nimmt zu, Das Fassungsvermögen der Harnblase nimmt ab. Die glomeruläre Filtrationsrate und der plasmatische Durchlauf der Niere nehmen ab. Renaler Natriumverlust (lat. ren = Niere). Prostatavergrößerung. Atrophie (griech. trophe = Ernährung), Schwund des Fettgewebes. Abnahme und veränderte Struktur des kollagenen Bindegewebes. Eine verminderte Durchblutung der Lederhaut. Eine verminderte Talgdrüsenaktivität. Verringerte Haarstärke. Haarverlust.	lat. exsiccare = austrocknen). Häufigeres Urinieren, Verkürzung der Drangzeit. Erhöhter Wasserverlust (Schwitzen, Diuretika). Mangelnde Ausscheidung einzelner Drogen und Medikamente.  Verlangsamte Wundheilung. Faltenbildung. Verminderte Hautfettung. Trockene Haut.
---	--

## Therapeutische Angebote für demenzkranke Menschen

In den heilpädagogischen und ergotherapeutischen Förderangeboten ist die basale Stimulation seit langem bekannt. Sie hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten im Sonder- und heilpädagogischen Bereich, im Bereich der Ergotherapie, aber auch in dem der Krankenpflege viele Verdienste erworben. Immer ging es darum, wahrnehmungsgestörten Patienten mit Hilfe sinnshafter Stimulationen zu einer besseren Orientierung zu verhelfen. Immer war es das Ziel der basalen Stimulation, mit Hilfe somatischer, vestibulärer, vibratorischer, oraler, auditiver, visueller oder haptischer Reizdarbietung zu einer verbesserten Wahrnehmungsfähigkeit, zu einem verbesserten Körperbild zu verhelfen. Eine Vielzahl von therapeutischen Angeboten, die sich alle auf eine differenzierte Darbietung sinnshaft-ästhetischer Materialien festlegen, war dem Vortragenden mit seiner Projektgruppe an einer Neurologischen Klinik in der Nähe von Freiburg (Deutschland) angelegen. Innerhalb der ROT-Abteilung der Klinik wurden den Demenzpatienten regelmäßig Projekte angeboten, in denen sie beispielsweise Riechen und Schmecken trainieren konnten, und in denen den neurologisch erkrankten alten Mensch bewusst wurde, wie über eben diese Sinnestätigkeiten besonders ihr Essverhalten sich verändert. So wurde bald klar, dass wir im Alter süße Speisen eher wahrnehmen als saure oder salzige. Dass wir im Alter eher dazu tendieren, süße Speisen zu uns zu nehmen, was zu Blutfettstörungen führen kann. In der Projektgruppe lernten wir aber auch, den angenehmem süßen Geschmack für die Lust am Essen

zu nutzen, um einer Appetitlosigkeit, um auch einer Mangelernährung vorzubeugen. Die Stimulation des Geruchs- und Geschmacksorgans, das lernten wir, erwies sich bei den alten Menschen als lebenswichtig.



Abb. 1 (1)



Abb. 1 (2)

Die Stimulation der Motorik stand in der Folge auf dem Programm: Hier waren besonders jene dementiell beeinträchtigten Männer angesprochen, die einen Unfall erlitten hatten; waren besonders jene Frauen angesprochen, die einen Schlaganfall erlitten hatten. Im jeweiligen Falle - und es zeigte sich, wie geschlechtsspezifisch der jeweilige Fall sich zeigen kann - haben wir Speisen zubereitet und gekocht oder aber gebacken. Im jeweiligen Falle wirkten wir mit den Männern, bauten Häuser, legten Landschaften an.

Immer wieder zeigte es sich, dass der dementiere Mensch besonders in einem gehandicapt ist: Die Welt seiner Wahrnehmungsgegenstände ist zerfallen und macht es für den Betreuenden erforderlich, darüber nachzudenken, wie es zu einem solchen Zerfall kommt. Also war es im jeweiligen Falle therapeutischer Betreuung angesagt, über den neurologischen Hintergrund der Erkrankung nachzudenken.

### **Neurologische Hintergründe des dementierenden Menschen**

Wir müssen uns nicht sehr tief in die Neurologie hinein arbeiten, um den alten und dabei verwirrten Menschen zu verstehen. Wir müssen wissen, dass er oftmals Traumata erlitten hat und sich, wie uns eine Ärztegruppe aus Freiburg sagt, "etwa sechs Monate bis zwei Jahre vor Beginn erster klinischer Zeichen der Demenz ...bei allen Erkrankten ein schweres Belastungsereignis (fand)". (Bauer 2002,174) Bauer kommt zu dem Schluss, dass nach Erfahrung der Freiburger Gruppe für viele Patienten in der Krankheit eine Art Weg aus schwieriger Situation gefunden worden ist. (ebd.) Wenn die These der Freiburger stimmt, dann haben wir es bei den traumatisierten alten Menschen neurologisch zu tun mit einer hohen Erregung der Amygdala (des Mandelkerns, der normalerweise alle Sinnesdaten bewertet, bes. konfliktträchtige Situationen anzeigt,), mit einem untererregten Hippocampus (jenem Kurzgedächtnisspeicher, der episodisch-Biographisches verarbeitet), und mit einem abgeschalteten Gyrus Cinguli (jenem neurologischen Bereich, der die Gefühle und die entsprechenden im Vorderhirn gesteuerten Verhaltensweisen miteinander verbindet). Der alte und verwirrte Mensch hat also buchstäblich abgeschaltet, lässt die als besonders erschwerend empfundene Situation nicht mehr an sich heran. Der altersverwirrte und im Vorfeld traumatisierte Mensch weigert sich, sich auf eine Situation einzulassen, die ihm wieder die erschwerende Erfahrung nahe bringt. In dieser Situation, das ist klar, bedarf er keineswegs eines Verfahrens, das an die belastete Situation erinnert. Alle Formen des symbolischen Arbeitens verbieten sich. Und zunächst geht es vor allem darum, den alten Menschen in seinem Selbstverständnis zu stabilisieren. Und auch geht es darum, seine Regressionen zu akzeptieren, d. h. seinem Rückzug auf ein Bild von sich selbst, das wenig reflektiert sein will, das die eigenen Körperfunktionen automatisiert hat und sich solchermaßen vor allzu viel Reflektion rettet. Wir werden also anfangen, auf dem neuronalen Hintergrund dieses Menschen besonders sein Körperverständnis zu aktualisieren, besonders das zu tun, was

ihm vertraut ist.

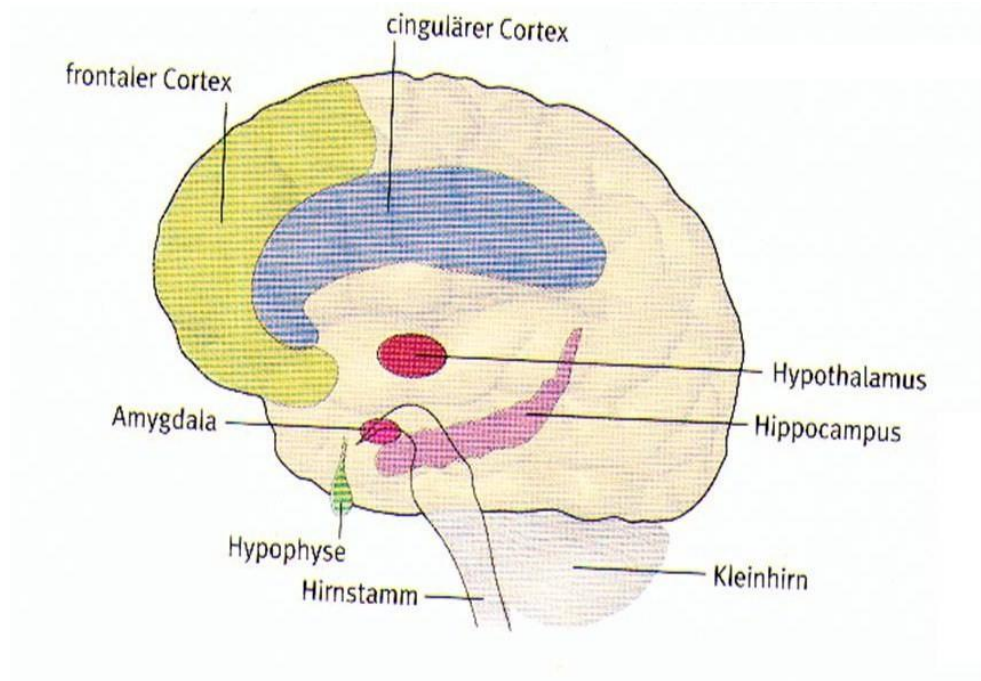


Abb.: 2 Das Schaubild zeigt uns die Hirnareale bei Traumatisierung:

- den Hippocampus, der seine gedächtnisanimierende Tätigkeit herunterfährt;
- den Cingulären Cortex, der seine Vermittlung von Handeln (frontaler Cortex) und Erinnern (Hippocampus) storniert;
- die Amygdala, die infolge ihrer Informationen in höchstem Masse erregt bleibt;
- der Hypothalamus und die Hypophyse, die die Ausschüttung der Stresshormone regulieren. (Abb. aus: Gehirn & Geist, 6, 2003, 18)

Wie traumatisierend mag die alte Dame im folgenden Beispiel ihre Einweisung erlebt haben? Ist es nicht verständlich, dass sie nunmehr aus Bitterkeit, Enttäuschung, auch aus dem erlebten Schock heraus, der sie hilflos zurückliess, in die Sprachlosigkeit gegangen ist?



## **Beispiel:**

Frau Hansel sitzt wie gewohnt auf ihrem Sessel drüben in der Ecke des Tagesraums. Ich betrete den Raum und möchte sie gerne zum Frühstückstisch begleiten. Die Pflegerin will mir helfen, sagt leise zu mir gewandt: „Die ist nicht gut drauf heute“, geht zum Sessel und zieht ihn nach hinten, im Glauben, dass dann Frau Hansel besser aufstehen könne. Die ist völlig durcheinander, greift zu ihrem Stock und schlägt mit diesem nach der Pflegerin.

Der Sessel, der Stock, ihr Handtäschchen und ihr Gebiss, das sie mir am Kaffeetisch anvertraut – es sitzt zu locker, um kauen zu können -, das ist doch alles was sie besitzt, nachdem ihre Angehörigen sie nach dem Sommerfest des Pflegeheims einfach zurückgelassen haben mit den Worten: „Mutter, das ist jetzt dein neues Zuhause.“

Als wir in den Stationen der Pflegeheime und einer neurologischen Klinik unsere Erfahrungen mit dementiell erkrankten Menschen machten, waren wir zunächst auf schöne bildnerischer Produkte und klar strukturierte Projekte bedacht - bis wir konstatierten, dass da alte Menschen vor uns sassen, die zuweilen wie Frau Hansel schwer traumatisiert kaum mehr in der Lage waren zu kommunizieren, erst recht sich nicht bildnerisch ausdrücken wollten.

Immer mehr wurde uns bewusst, dass dem massiven Orientierungs-, Sprach-, Bedeutungs- und Handlungszerfall der Betroffenen etwas zugrunde liegen musste, dass sich diese Menschen nicht mehr an Namen, Handlungen oder Orte erinnerten. Neurologisch gesehen handelte es sich um die Beschädigung von Verschaltungen der Nervenzellen des Gehirns, die offenbar nicht mehr so verfügbar waren, dass die Betroffenen ihren Alltag ohne Schwierigkeiten meistern konnten.

## **Beispiel Traumaarbeit: Griff auf Ressourcen**

Die Erinnerung an die traumatischen Erfahrungen vieler Betroffener, die hier nicht generalisiert, aber durchaus handlungsanleitend werden wollte, hiess, an die hauswirtschaftlichen Ressourcen der betroffenen Frauen, an die häuslich-handwerklichen Ressourcen der Männer anzuknüpfen.



Abb.3 (1)

Wir wollten Erinnerungsarbeit betreiben, die an ein früheres Selbstverständnis rührt. Wir wollten basal stimulieren, eben das tun, an das rühren und dasjenige aktivieren, was Frauen vielleicht früher gerne getan hatten, als sie Hausfrauen waren (wir sollten uns erinnern, dass wir u.a. über eine ältere Generation von Frauen reden, die oft nicht die Chance hatte, sich zu qualifizieren); wir wollten das tun, was Männer früher gerne taten, beispielsweise mit Hammer und Nagel umzugehen, beispielsweise eine Fähigkeit zu zeigen, die besonders Männern eigen ist, nämlich raumrekonstruktiv und planerisch zu denken.



Abb. 3 (2)



Abb. 3 (3)

Auf diese Weise, das war uns bewusst, hatten wir das gewohnte Terrain der Kunsttherapie verlassen, kamen der Ergotherapie sehr nahe, mit der wir uns jetzt verständigen mussten. Die Kompetenz der KunsttherapeutInnen, sich besonders in ästhetischen Belangen auszukennen, besonders zum Gebrauch der bildnerischen Materialien anzuleiten, konnte allersdings jetzt hilfreich sein und über andere professionelle Hilfleistungen hinausführen. Und dabei erwies sich

die Stärke des neuen Berufsfeldes.



Abb. 3 (4)

### **Von verloren gegangener Gegenstandserfahrung**

Unsere bisherigen Erörterungen haben eines deutlich gemacht: Es sind in nicht geringem Umfang traumatische Erfahrungen, die infolge stationärer Isolation nach Unfällen mit den Folgen eines Komas, nach schwersten Trennungserlebnissen infolge von Alters-„Abschiebung“ ins Heim, die infolge von partiell-tiefgreifender oder gar totaler Hilflosigkeit nach Schlaganfällen eine Notfallreaktion des Gehirns provozieren, die da heisst, abzuschalten, alles das zu dissoziieren, was mit dem Ereignis des Unfalls, Anfalls, der Isolation zu tun hatte. Immer mehr begreifen die Fachleute, dass es ggfs. Traumata sind, die der neurologisch verunfallte Mensch erlebt hat und die im behinderten und verwirrten Alter wiederkehren oder kumulieren; die bewirken, dass die alltägliche Gegenstandserfahrung eingeschränkt wird.

In solchen Fällen ist es nützlich, sich zu vergewissern, wie Bilder entstehen, zu recherchieren, wie Gegenstandswahrnehmung geschieht, neurologisch erklärt wird. (vgl. Hülshoff 1996, Kap. II: „Vom Reiz der Sinne zum Sinn der Wirklichkeit“; Menzen 2008 b, Kap.: 1.4: „Ergebnisse neurologischer Forschung: Wie Bilder im Kopf entstehen“).



Abb. 4 Wie sich Gegenstände wahrnehmungsgemäss zusammensetzen, vgl. Damasio, Spektr. d. Wiss.-Spezial 1, 1993, 53

Ein Trauma ist in jedem Fall ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Es geht mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einher. Es bewirkt eine dauerhafte Erschütterung seines Selbst- und Weltverständnisses. Es wird in der Folge schwere Depressionen, viele situationsübergreifende Gefühlsabkapselungen des Betroffenen nach sich ziehen. Es wird eine Veränderung der rezeptorischen, d.h. der sinneswahrnehmungshaften Sphäre bewirken, - der Mensch wird die konkreten rezeptorischen Vermögen seines Körper-Selbst als nicht mehr verfügbar erleben. Und als Reaktion auf dieses Trauma wird der Mensch eine Art psychischer Erstarrung erleben, er wird apathisch werden, sich selbst ab und zu panikartig nicht mehr als verantwortlich für seine eigenen Handlungen erleben. Die Dissoziation, die er zu vollziehen hat, um die Wucht seiner Erfahrung nicht nachvollziehen zu müssen, wird seine Persönlichkeit bis auf den Grund desorganisieren. Dissoziation, das bedeutet ein fragmentiertes, ein abgespaltenes Dasein im Gedächtnis mit sich herumzuführen, es verhindert ein zukünftiges Lernen aus der Erfahrung. Die Lernfähigkeit wird durch Traumatisierungen beeinträchtigt, weil durch eben diese die Assoziation der Bilder gebremst wird, - schon die Fähigkeit, Bilder, Fantasien zu entwickeln, wird zur Gefahr. Wie ein Kloß im Magen wird der Mensch, hier besonders der abgeschobene alternde, die unverdaubare Erfahrung mit sich herum schleppen (vgl. Menzen 2008b, Kap. 5) – es sei denn, er hat einsichtige und fürsorgende Angehörige, die um die Komplexität der früher

gemachten Erfahrungen wissen und darauf bedacht sind, ihn in seinen Fähigkeiten, mit seinen Ressourcen zu sehen – die darauf achten, dass da ein Mensch ist, der es wert ist, sich und ihn an das zu erinnern, was ihn liebevoll im Leben gemacht hat.

Es gibt Zusammenbrüche realitätsangemessener Wahrnehmung infolge von Hirntraumata, also von Unfällen mit anschließenden Schädel-Hirn-Trauma (SHT), auch von Hirnblutungen, wie wir sie als Subarachnoidalblutungen (SAB; Blutungen zwischen den Hirnhäuten, eine Art von Schlaganfall) kennen. Hier macht sich die Kunsttherapeutin daran, die Gegebenheiten des Lebens wieder nachzubuchstabieren, die Dinge des Lebens, wie ehemals am ehesten gewohnt, wieder zusammenzusetzen – und sei es nur als Modell eines Hauses, das wir nachbauen, oder eines Zimmers, in dem wir uns am liebsten zuhause aufhalten.

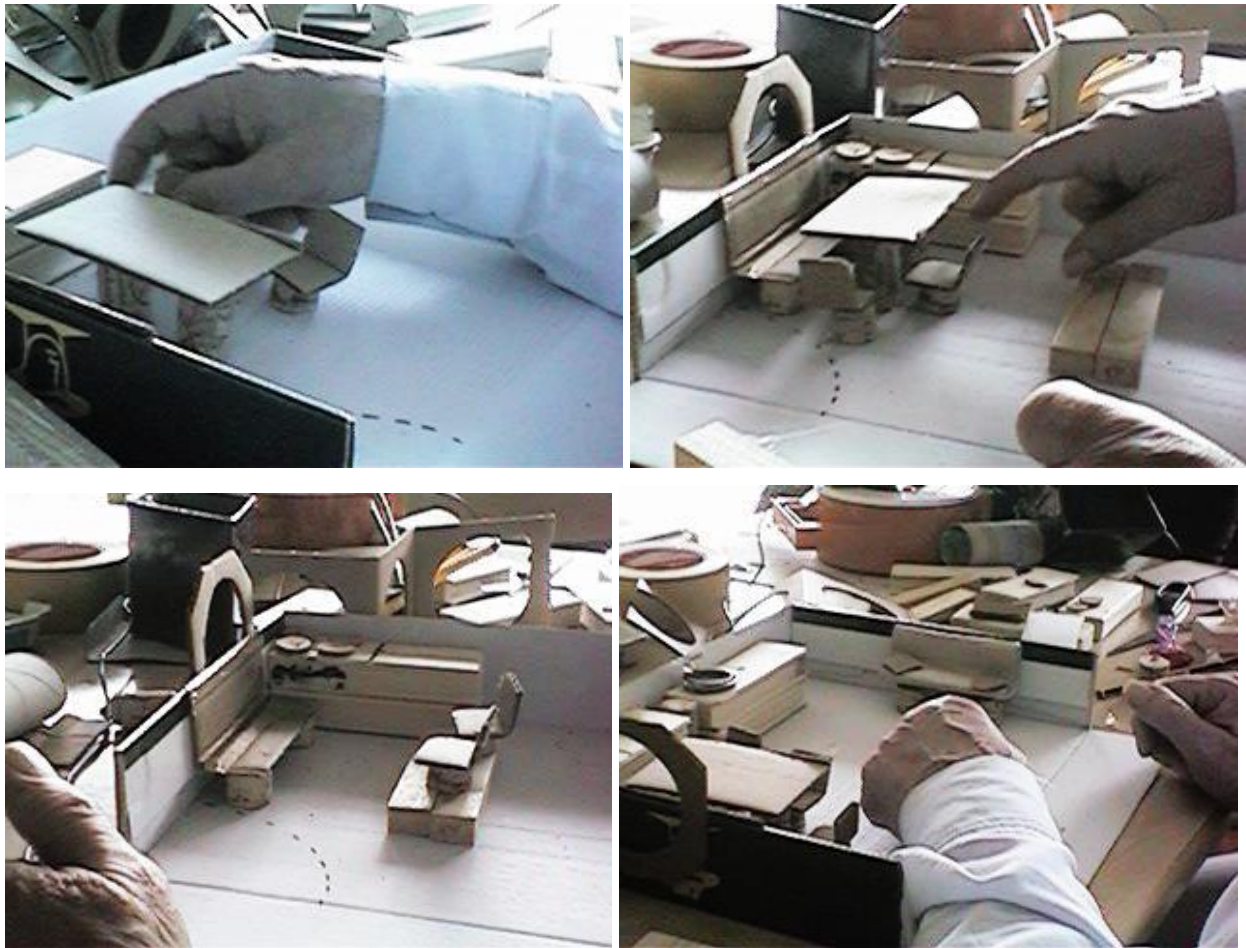


Abb. 5 (1-4)

Zuweilen ist auch hier die Erinnerung fast erloschen; der Patient ist gleichsam orientierungslos, angewiesen auf direkte wieder orientierende Hinweise und Erläuterungen. Dann gilt es sorgsam die Rekonstruktion zu begleiten, vielleicht, um bei unserer Projektskizze zu bleiben, nur irgendein Zimmer zu konstruieren, in dem es uns gefallen könnte.

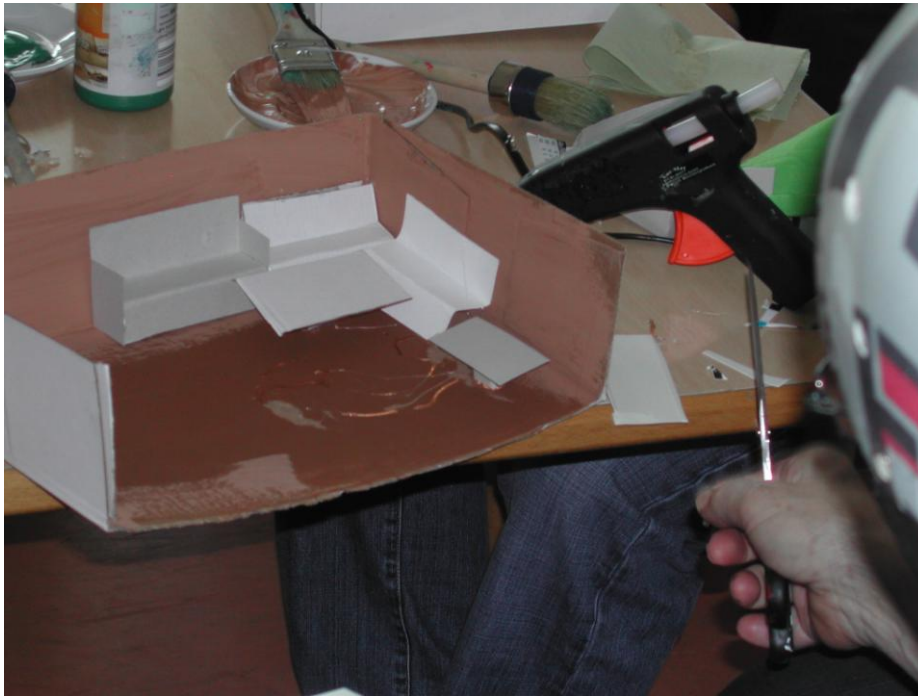


Abb. 5 (5)

Erst wenn die konkreten Zusammenhänge wieder hergestellt werden können, machen wir uns daran, Bilder zu reproduzieren oder gar abstraktere Plastiken zu entwerfen.

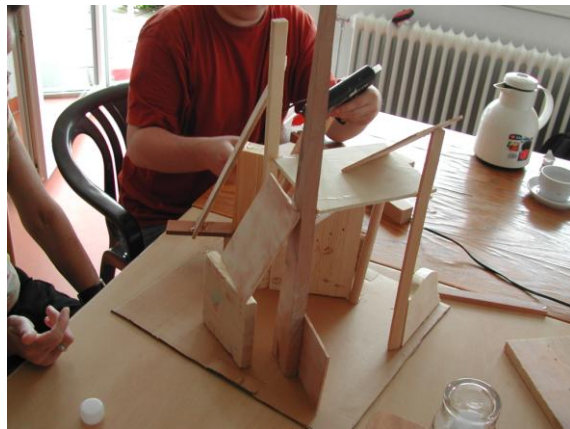




Abb. 6 (1-4)

Und eines lernen wir in solchen Angeboten: Angesichts des momentanen Chaos, einer extremen Verunsicherung des Selbstwertes, erarbeiten wir kleine Inseln des Selbstgewahrseins, eben das, was unsere Patienten nunmehr können und sind. Durchweg gilt das Wort der Traumatherapeutin Luise Reddemann, auch in der Arbeit mit physisch induzierten Hirntraumata, - insbesondere die Ressourcen der betroffenen Menschen zu wecken, auf dass sie ihre ersten Schritte ins Leben wieder selbst zu tun imstande sind.

### **Literatur**

- Bauer, J. (2002): Psychobiologie der Alzheimer-Krankheit: Wirklichkeitskonstruktion und Beziehungsgestaltung. In: Uexküll, T. v., Geigges, W., Plassmann, R. (Hrsg.) (2002): Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer, S.157-175.
- BFMSFJ: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin: Muk. 2001
- Damasio, A.R. und H. (1993): Sprache und Gehirn. In: Spektrum der Wissenschaft. Spezial 1: Gehirn und Geist, 46-55
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: Reinhardt
- Hülshoff, Th. (1996): Das Gehirn. Funktionen und Funktionseinbussen. Göttingen: Huber
- Junkers, Gabriele (1995): Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns. Stuttgart: Schattauer
- Menzen, K.-H. (2008a): Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen. 2.A. München: E. Reinhardt
- Menzen, K.-H. (2008b): Grundlagen der Kunsttherapie. 3.A. München: UTB/Reinhardt
- Menzen, K.-H. (2008c): Das Bild in Kunst, Pädagogik und Therapie. Münster: LIT-Verlag.

### **Autor:**

Karl-Heinz Menzen, Prof. Dr., Psychol. Psychotherapeut, Öff.Ref. DKGT e.V., Kath. Fachhochschule Freiburg/ TU Berlin