

# Von der Begleitung demenzkranker Menschen mit hauswirtschaftlichen, werkorientierten oder künstlerisch-therapeutischen Mitteln

Karl-Heinz Menzen

Kunsttherapeutisches Arbeiten mit verwirrten alten und behinderten Menschen, das eröffnet ein neues Berufsfeld. Theoretisch noch wenig fundiert, aber praktisch schon in vieler Hinsicht erfahren, erweist sich die heilpädagogische 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.

Präventiv schenkt sie ihre besondere Beachtung und Förderinteresse jenen Menschen, die erst im Alter, da hirnnorganisch 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



Abb.:

Basale Stimulation: Wir waschen uns  
gegenseitig die Hände

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.

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.

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 sinnhaft-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 angenehmen 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.

## Backen und Werken - von hilfreichen Klischees

Und so kommt es, dass wir eine den betroffenen Männern und Frauen altbekannte Praxis auf den Weg bringen, dass wir - wenn wir es überhaupt tun wollen -



konkrete Erinnerungsarbeit betreiben, die an ein früheres Selbstverständnis rührt. Wir stimulieren natürlich basal, wir tun das, was Frauen vielleicht früher gerne taten, als sie Hausfrauen waren; wir tun das, 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.

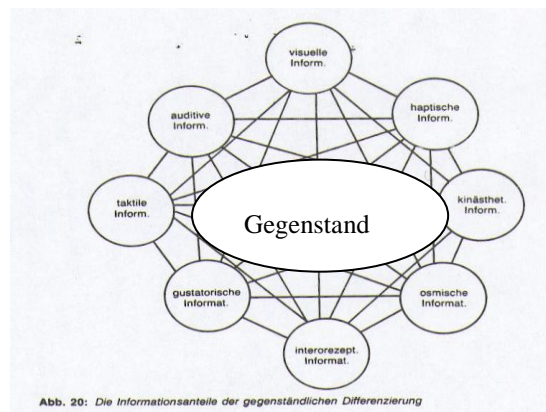


Auf diese Weise, das ist uns bewusst, haben wir das gewohnte Terrain der Kunsttherapie verlassen, kommen der Ergotherapie sehr nahe, mit der wir uns jetzt verständigen müssen, da

wir als Kunsttherapeuten, wie angedeutet, nicht mehr unter einer einheitlichen KTL-Ziffer erfasst sind. Die Kompetenz der KunsttherapeutInnen, sich besonders in ästhetischen Belangen auszukennen, besonders zum Gebrauch der bildnerischen Materialien anzuleiten, kann jetzt hilfreich sein und über andere professionelle Hilfleistungen hinausführen. Und dabei erweist sich die Stärke des neuen Berufsfeldes.

### **Von verloren gegangener Gegenstandserfahrung**

Nunmehr ist der Zeitpunkt gekommen, an dem sich erweist, wozu die Kunsttherapie taugt. Und tatsächlich sehen wir, wie beim Werken der Männer, hier speziell dem Erstellen eines Hauses aus Abfallmaterial, die vielen Aspekte der Wahrnehmung wichtig werden. Und wir sehen während des Backvorgangs, an dem die Frauen beteiligt sind, welche Wichtigkeit die vielen Aspekte dieses Vorgangs erlangen: das Riechen, das Tasten, das Anreichen, die Entscheidung beim Sehen, ob die Backwaren inzwischen gar sind, schließlich das Essen des Gebackenen - Aspekte, die sich in dem einen Gegenstand und Prozess an diesem Nachmittag vereinen. Die Kunsttherapeutin leitet an, fragt nach, wie es aussieht, riecht, schmeckt, sich anfühlt. Und in den Pausen, wenn wir die Backwaren zu uns nehmen, erinnern wir uns, was wir getan haben. Wir schauen auf den Kuchen, den wir gerade gemacht haben und erinnern uns aller Schritte, die wir dazu benötigt haben.



Und genau das ist es, was der demenz werdende Mensch benötigt: Da Hirnareale verkümmern, fallen oft ganze Wahrnehmungs- und Kompetenzbereiche weg. Diese zu kompensieren, indem wir an alte Erfahrung anknüpfen, kann eine wichtige Aufgabe sein.

## **Eine Einsicht: Wie Lehrbücher die Hinsicht auf Behinderung abstrahieren**

In den Alten- und Pflegeheimen der Stadt hatten wir inzwischen eine neue Erfahrung gemacht, die uns jetzt helfen sollte: Wir hatten altersverwirrte Menschen kennen gelernt, die Äußerungsformen ihrer Demenz erfahren, hatten gelernt, mit den Desorientierungen, dem Zerfall der Handlungen, dem Verlust der Bedeutungen, der Sprachlosigkeit altersverwirrter Menschen umzugehen. Auch hier hatten wir eine enttäuschende Erfahrung hinter uns bringen müssen: Dass die Lehrbücher die Praxis nicht ersetzen können. Und so sind wir in den letzten sieben Jahren mehrmals in der Woche in die gerontopsychiatrischen und neurologischen Einrichtungen gegangen, um die Ausdrucksformen der Demenz leibhaftig zu erleben und ihnen spontan begegnen zu können - und haben dabei manche Unterschiede in den Demenzformen erfahren.

### **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.“

Wie traumatisierend mag diese Frau 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?

## **Anleihen aus der Gerontopsychiatrie**

In den Gerontopsychiatrien wurden wir mit einer alten Frage konfrontiert: Jahrelang waren wir geneigt, das so genannte Defizitmodell in der Betrachtung des Alterns zu favorisieren. Der Niedergang der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte, wie wir ihn mitunter im Alter konstatieren müssen, war bestimmend für dieses Modell. Heute ist man dazu übergegangen, dieses Modell rundum abzulehnen. Wer aber mit altersverwirrten Menschen arbeitet, muss sich mit dem Gebrechen des Älter-Werdens abfinden - ohne die Ressourcen zu vernachlässigen, die das Modell des erfolgreichen Alterns und dasjenige des Empowerments nahelegen.

Zur Normalität des Altwerdens gehört es, dass es Widrigkeiten gibt, an denen wir nicht vorbei können. Es gibt aber auch protektive Faktoren im Alterungsprozess, die jene Widrigkeiten abmildern. Dazu gehört das Gegenteil einer ansonsten im gesellschaftlich arbeitsteiligen Prozess geforderten Schnelligkeit, eine Bedachtsamkeit, mit der die Erfahrungen des Lebens reproduziert werden können.

Als wir in den Stationen der Pflegeheime und einer neurologischen Klinik unsere Erfahrungen mit dementiell erkrankten Menschen machten, waren wir zunächst auf schöne bildnerische Produkte und klar strukturierte Projekte bedacht - bis wir konstatierten, dass da alte Menschen vor uns saßen, die oft eine interessante Lebensgeschichte und noch mehr uns interessierende Lebenserfahrungen mitbrachten. Daran knüpften wir an, nachdem wir unsere Aktionen selbstkritisch hinterfragt hatten. Heraus kamen Projekte, die sich an der Werkerfahrung der Männer, zuweilen an der hauswirtschaftlichen Erfahrung der Frauen orientierten.





Immer mehr wurde uns bewusst, dass dem Orientierungs-, Sprach-, Bedeutungs- und Handlungszerfall der Betroffenen etwas nahekam, was wir bei den Menschen mit geistiger Behinderung schon erlebt hatten und jetzt bei diesen Menschen mit mentaler Behinderung wieder erlebten: Wir hatten erfahren, dass sich 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.

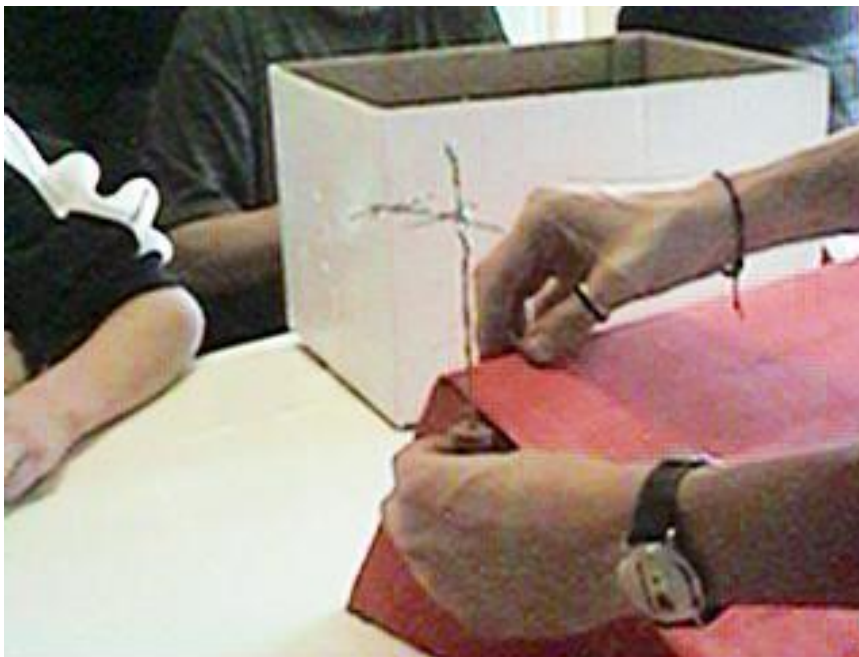


Abb.: Fotos K.-H. Menzen



## Auf der Schwelle zu einer neuen Sichtweise

Zwei Neurologen haben entwickelt, wie wir beim Erkennen der Dinge über die Schwelle einer natürlich uns mitgegebenen Rezeptionsstruktur gehen müssen. Der Münchener Neurologe Ernst Pöppel nennt es "Ordnungsschwelle", fragt der zeitlichen Reihenfolge von Wahrnehmungsreizen nach - und kommt zu einem bemerkenswerten Ergebnis, das der Frankfurter Wolf Singer bestätigt: Wir benötigen zum Erkennen von Reizen etwa 30 bis 40 ms. Von einem Reiz zum nächsten, der für sich als eigenständig erkannt wird und möglicherweise mit einem anderen in Zusammenhang gebracht werden soll, benötigen wir Zeit. (Singer 1990, Pöppel 1993) Und wie Pöppel und Singer herausfanden, werden in diesem Vorgang Nervenzell-Arreale in Schwingung versetzt, finden in diesem Vorgang Entladungen in den stimulierten Nervenzellen statt - Pöppel nennt sie "oszillatorische Entladungen", die sich mit anderen Entladungen in anderen Arealen in diesem selbigen Augenblick vergleichen - und möglicherweise zu einem Komplex verbinden, sozusagen eine Synthese eingehen. Die beiden Neurologen nennen das "Gestaltbildung".

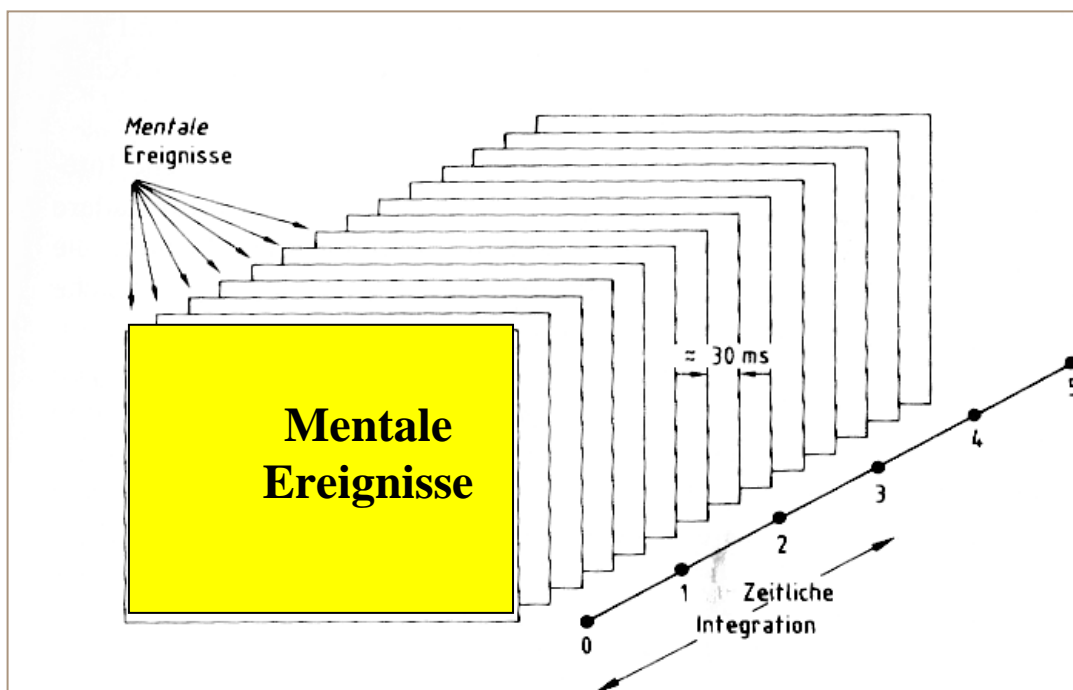


Abb.: leicht verändertes Schema aus Pöppel (1993)

Während ich mit meinen Studierenden in der Neurologischen Klinik, auch in der Gerontopsychiatrischen Abteilung Gruppen betreue, denke ich darüber nach, was Pöppel und Singer unter neurophysiologischen Gesichtspunkten dazu sagen würden, und komme zu einem Ergebnis: Das was wir hier gemeinsam tun, heißt, sozusagen im Takt unserer Wahrnehmung, Reize, die wir kennen, die wir identifizieren, auf der Grundlage einer zeitlichen Vorgegebenheit und Ordnung wieder in Zusammenhang zu setzen. Und dabei fällt mir ein, was Pöppel in seinem Versuch über die "Struktur der menschlichen Zeiterfahrung" (1993, 7f) sagt, dass die oben beschriebene "Gestaltbildung" im Verlauf von drei Sekunden geschehen muss, in einer Zeitspanne, in einem Zeitfenster von ein paar Sekunden, in der das Gehirn jenen "zeitlichen Integrationsmechanismus" (1993,13) zur Verfügung stellt. (Menzen 2004a, 60f, 105f)

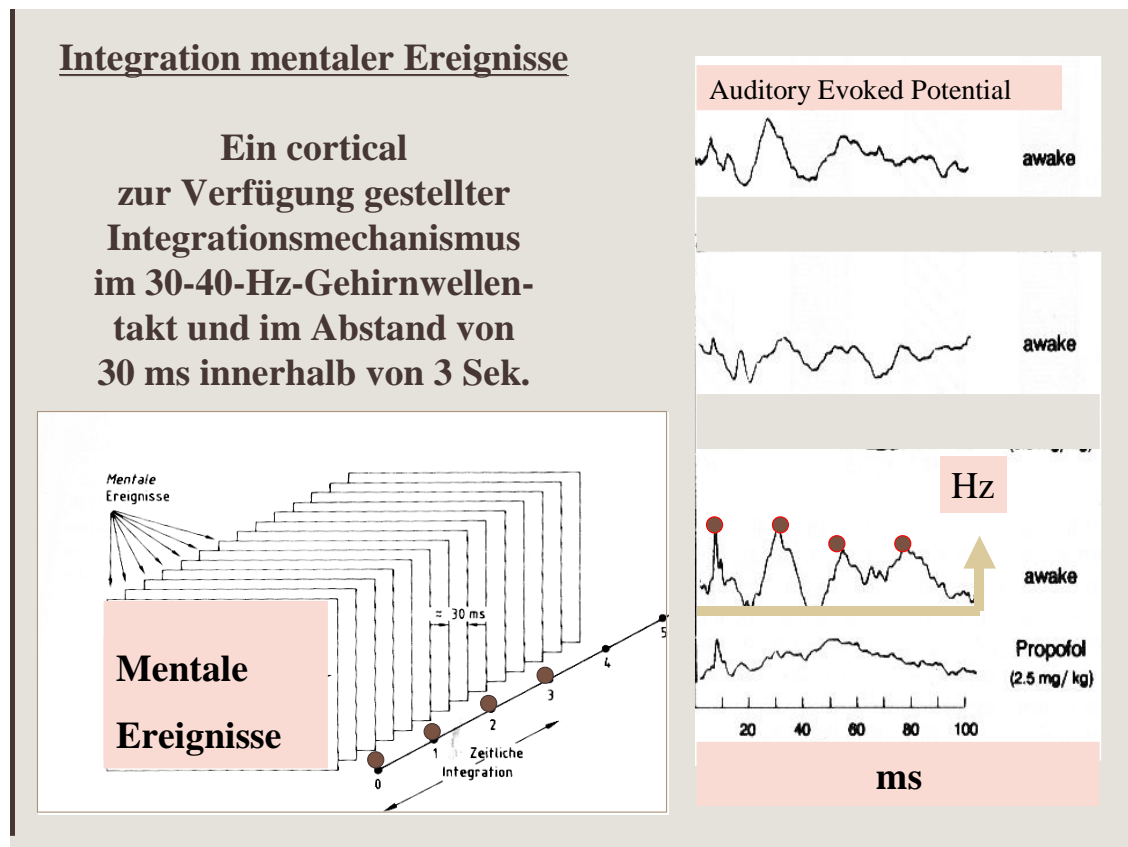


Abb.: Erweitertes Schema Pöppels (Menzen 2005)

Ohne Zweifel hat uns die Neurologie dem Zustand des dementen, als solchen behinderten Menschen näher gebracht. Und wir haben gelernt, dass diesem in seinem abgeschiedenen, offenbar zuweilen von Gott und der Welt verlassenen Zustand etwas Wichtiges abhanden gekommen ist – das ist in nicht geringem Ausmass, was wir nennen „Beziehung“. Angehörige

tun sich zuweilen schwer, noch Kontakt aufzunehmen. Umgekehrt tun sie zuweilen buchstäblich alles, vergessen sich dabei selbst. Aber die Heim- und Pflegesituation gerät in nicht wenigen Fällen zur Verwehrpraxis. Wohl dem alten Menschen, der dies anders erleben darf – und auch das soll deutlich gesagt sein: Es gibt Pflegeheime, denen wir unsere alten Menschen anvertrauen können..

### **Auch eine neue Sichtweise: Der behinderte, dement werdende Mensch**

Die Betroffenen im behinderten Alter sind geprägt von einer unsagbaren Einsamkeit. Auch wenn die Pflege, speziell die Bemühung um das Jetzt des Erlebens oft von Heimleitung und Personal geradezu anrührend unternommen ist, - am Umstand des in seinem Wahrnehmen und Erleben gehandicapten Menschen, am Umstand des neurologisch einsichtig gemachten mentalen Zerfalls kommt der Betroffene nicht vorbei. Und das mag ihn depressiv angesichts des Verlustes stimmen, das mag ihn angstüberflutet machen angesichts dessen, was da auf ihn zukommen kann.

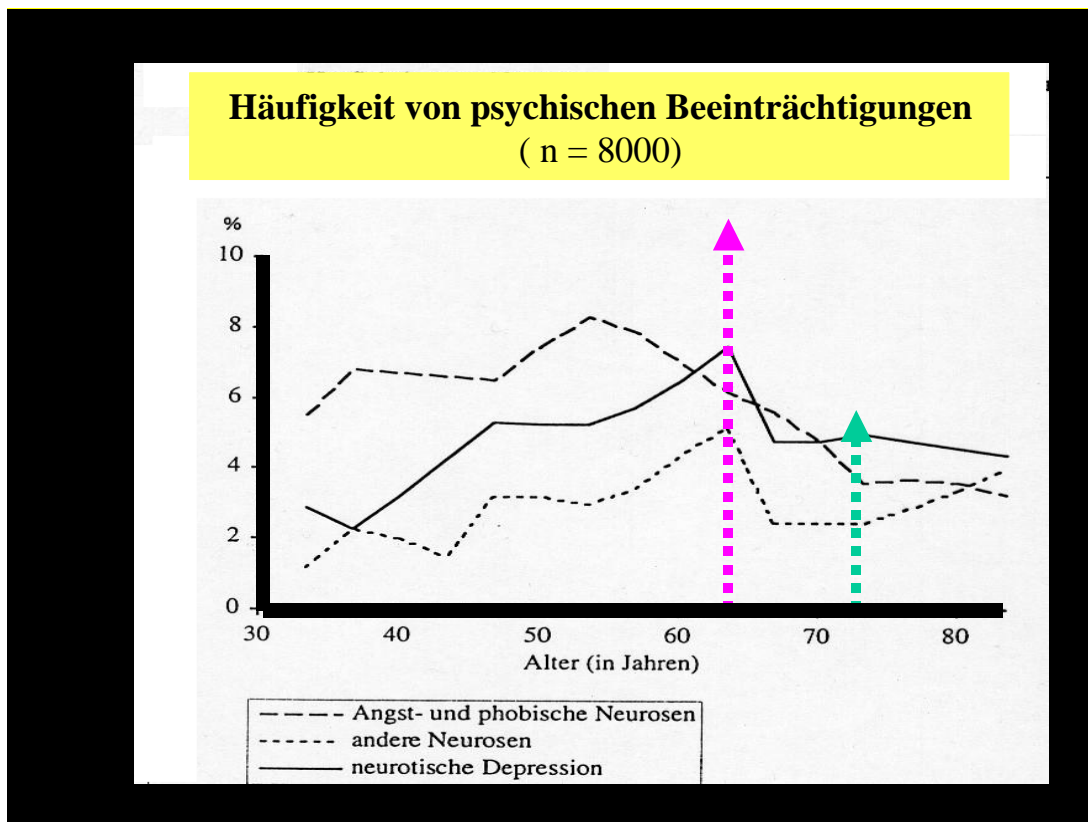


Abb.: Junkers 1995

Es gibt empfehlenswerte Literatur zum Thema:

## **Psychische Reaktions- bildungen**

### *Empfehlenswerte Literatur*

- Alzheimer Europa (Hg.) (2005)  
Handbuch der Betreuung und Pflege von  
Alzheimer-Patienten. Thieme: Stuttgart
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000)  
Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und  
Alterspsychotherapie. Reinhardt: München
- Junkers, Gabriele (1995)  
Klinische Psychologie und Psychosomatik des  
Alters. Schattauer: Stuttgart
- Menzen, K.-H. (2004): Kunsttherapie mit altersverwirrten  
Menschen. E. Reinhardt: München

Immer mehr begreifen die Fachleute, dass es Traumata sind, die der alte Mensch erlebt hat und die jetzt im behinderten und verwirrten Alter wiederkehren. Ein Trauma ist 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 Sphäre bewirken, - der alte Mensch wird sein Selbst, seine Zeit, seinen Raum als nicht mehr verfügbar erleben. Und als Reaktion auf dieses Trauma wird der alte Mensch eine Art psychischer Erstarrung erleben, er wird apathisch werden, ab und zu panikartig sich selbst nicht mehr als verantwortlich für seine eigenen Handlungen erleben, gefühlsmässig ausrasten. 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, schreibt Diepold (1998, 136), "wird durch Traumatisierungen beeinträchtigt, weil das aversive System übermäßig stimuliert wird." Die Lernfähigkeit wird durch die Dissoziation der Bilder gebremst, - schon die Fähigkeit, Bilder, Fantasien zu entwickeln, wird zur Gefahr. Wie ein Kloß im Magen wird der alternde Mensch die unverdaubare Erfahrung mit sich herum schleppen (vgl. Menzen 2004, Kap. 5) – es sei denn, er hat einsichtige und fürsorgende Angehörige, die um die Komplexität der früher gemachten Erfahrungen wissen und darauf bedacht sind, den alten und verwirrten Menschen 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.

## Psychische Reaktionsbildungen ...



- nach traumatisierender Heimeinweisung
- nach Verunsicherungen des eigenen Selbstwerts
- nach Ordnungsbedürfnissen angesichts des momentanen Chaos
- nach Abbruch der Kontakte
- nach fast symbiotischen Beziehungen – jetzt unterbrochen, allein

### Literatur

Alzheimer Europa (Hg.) (2005): Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten. Thieme: Stuttgart

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. Schattauer: Stuttgart, 157-175

Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Reinhardt: München

Junkers, Gabriele (1995): Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns. Schattauer: Stuttgart

Kasten, E. (1999): Einmaleins der psychischen Störungen im Alter. Fachverlag für Altenarbeit: Fink-Kümmerly+Frey, Echterdingen

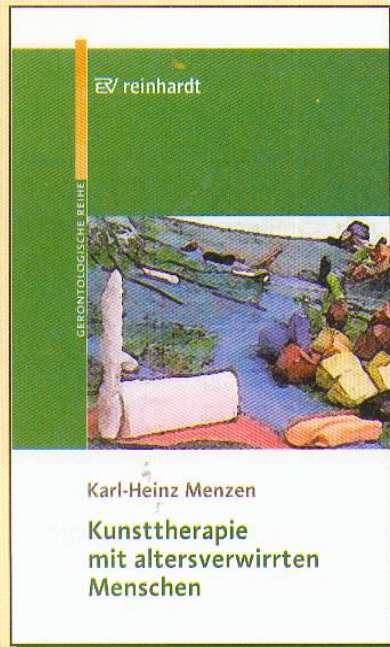
Menzen, K.-H. (2004): Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen. E. Reinhardt: München

Menzen, K.-H. (2004): Grundlagen der Kunsttherapie. 2.A. UTB/Reinhardt: München



## Autor

Menzen, Karl-Heinz, Dr., Professor für die Pädagogik des Alterns und der Behinderung unter Einbeziehung kunsttherapeutischer Verfahren; Approb. Psychol. Psychotherapeut (D; A), Kath. Fachhochschule Freiburg



Karl-Heinz Menzen  
**Kunsttherapie mit  
altersverwirrten Menschen**  
(Reinhardts Gerontologische Reihe; 30)  
ca. 180 Seiten. Mit zahlreichen Abb.  
(3-497-01702-7) kt  
ca. € 24,90 | SFr 42,-  
erscheint ca. Mai 2004



9 783497 017027



**Der Autor**  
Prof. Dr. Karl-Heinz Menzen lehrt an  
der Katholischen Fachhochschule  
Freiburg i. Br. „Pädagogik mit  
Schwerpunkt Altern und Behinde-  
rung unter Einbeziehung von  
Aspekten ästhetischer Bildung“

## Demenzpatienten kreativ fördern

Will man den fortschreitenden Abbau geistiger Fähigkeiten bei Demenz eindämmen, muss man die noch vorhandenen fördern. Kunsttherapie eignet sich dafür besonders gut, da sie den Menschen mit allen seinen Sinnen anspricht. Beim Sehen, Tasten, Riechen, Malen und Hantieren werden Erinnerungen an die Kindheit, Familie, Freunde, den Beruf wachgerufen. Verloren geglaubte Kenntnisse können wieder zu Tage treten und stärken nicht nur Denken und Orientierung, sondern auch das Selbstwertgefühl.

Der Autor stellt die aktuellen Forschungsergebnisse zu Ursachen und Entwicklung der kognitiven, emotionalen und psychosozialen Beeinträchtigungen bei Demenz zusammen. Auf dieser Grundlage entwickelt er Themen und Methoden, mit welchen man Demenzpatienten kunsttherapeutisch fördern kann. Gemeinsam lassen sie Bildwelten entstehen, die die verwirrten Menschen aus ihrer krankheitsbedingten Isolation locken können.

Mit vielen praktischen Vorschlägen, die sich in Altenpflegeheimen, Tagesstätten und in der Gerontopsychiatrie leicht umsetzen lassen!

### Aus dem Inhalt

**Körperliche Aspekte:** Modelle des Alt-Werdens. Psychomotorisch-somatische Aspekte des Alterns. Basale Stimulation, Realitäts-Orientierungs-Training, Angebote zum Riechen und Schmecken  
**Kognitive und emotionale Aspekte:** Gedächtnisverlust: Gedächtnis- und Gefühlsorganisation. Ein Modellhaus bauen. Verlorene Zeit, verlorener Raum: Orientierungsstörungen. Verlorene Objekte: Gegenstandserkennung. Mit Knetmasse Orte gestalten; den Lieblingsraum zeichnen

**Psychosoziale und Persönlichkeitsaspekte:** Vom zunehmenden Verschwinden des Ich: Bindungsstörungen, die Rolle der Angehörigen, Heimeinweisung, Narzisstische und depressive Beeinträchtigungen. Sehen und Reproduzieren: Noldes „Tropenlandschaft“

Wenn das beeinträchtigte Selbst-Bewusstsein in die Jahre kommt: Biografiearbeit. Die 10-Minuten-Aktivierung. Das Londoner Reminiscence-Projekt. „Person-Centered Planning for Later Life“. Erinnerungsarbeit mit Bildern und Gegenständen

Kontakt: [Karl-Heinz.Menzen@t-online.de](mailto:Karl-Heinz.Menzen@t-online.de)