

# Kunsttherapie mit Menschen, die alt und verwirrt sind

Karl-Heinz Menzen

## Einführung

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 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 hirnganisch 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 Lebensssituation 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.

## **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 Hochtonverlust 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)

Organ/System	Altersbedingte Veränderungen	Mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen
<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. Hochtönenverlust 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

	Sättigungsperzeption nimmt zu. Der Tonus der Harnblase nimmt zu, Das Fassungsvermögen der Harnblase nimmt ab. Die glomuläre Filtrationsrate und der plasmatische Durchlauf der Niere nehmen ab. Renaler Natriumverlust (lat. ren = Niere). Prostatavergrößerung.	lat. exsiccare = austrocknen). Häufigeres Urinieren, Verkürzung der Drangzeit. Erhöhter Wasserverlust (Schwitzen, Diuretika). Mangelnde Ausscheidung einzelner Drogen und Medikamente.
<b>Haut</b>	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.	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 sinneshafter 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 sinneshaft-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.



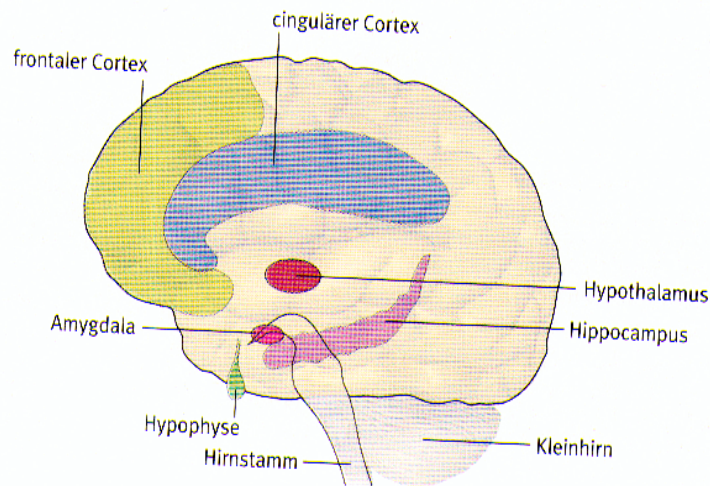
Die Stimulation der Motorik stand in der Folge auf dem Programm: Hier waren besonders jene dementiell beeinträchtigten Männer angesprochen, die einen Unfall erlitten hatten; waren besonders jene Frauen angesprochen, die einen Schlaganfall erlitten hatten. Im jeweiligen Falle - und es zeigte sich, wie 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 dementierende 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.: Schaubild**, das uns die Hirnarreale zeigt,

- 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)

### **Backen und Werken - von hilfreichen Klischees**

Und so kommt es, dass wir die Klischees von Männern und Frauen bedienen, dass wir - wenn wir es überhaupt tun wollen -



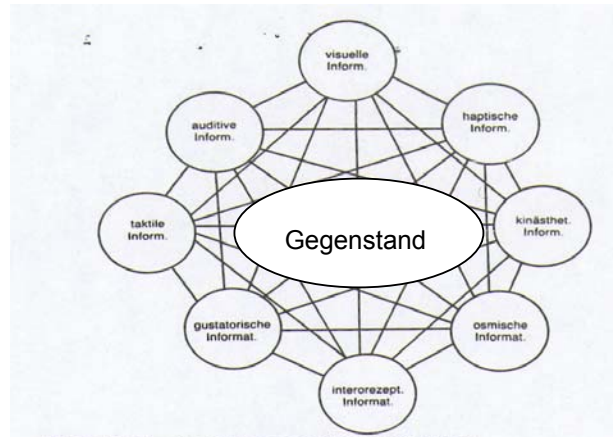


Erinnerungsarbeit betreiben, die an ein früheres Selbstverständnis rührt. Wir werden natürlich basal stimulieren, wir werden das tun, was Frauen vielleicht früher gerne taten, als sie Hausfrauen waren (wir sollten uns erinnern, dass wir u.a. über eine ältere Generation von Frauen reden, die oft nicht die Chance hatte, sich zu qualifizieren); wir werden 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.



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. 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 Hilfeleistungen 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.

### 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. Schattauer: Stuttgart, 157-175
- BFMSFJ: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Muk: Berlin 2001
- Menzen, K.-H. (2004): Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen. E. Reinhardt: München
- Menzen, K.-H. (2004): Grundlagen der Kunsttherapie. 2.A. UTB/Reinhardt: München