

1.4 Kunsttherapeutische Sinnesförderung mit Schlaganfall-, Alzheimer- und Schädel-Hirn-Trauma-Patienten

Wir erinnern uns des im methodischen Teil eingebrachten Schemas (Kapitel II.1.3.1), in dem wir die Gedächtnisleistungen der linken Hemisphäre (Alltagswissen) und der rechten Hemisphäre (episodische Erinnerungsbilder) beschrieben haben.

Die Gedächtnisinhalte können, wie wir im Methodenkapitel sahen, schon beim geistig behinderten Menschen infolge von Durchblutungsmängeln oder infektiöser Erkrankung, die die linke oder rechte Hirnhemisphäre schädigten, betroffen sein. Auch beim Schlaganfall-Patienten trifft dies gleichermaßen zu: Von der Behinderung bis zur gerontologischen Erkrankung sind die faktoriellen Bedingungen der hirnorganischen Ausfälle gleich. Die Alzheimer-Erkrankung beugt sich nicht diesem Muster: Der Zelltod, der ihr ebenfalls zugrunde liegt, hat andere Ursachen. Dennoch wenden die Behandlungsmaßnahmen auch hier ähnliche Praxen wie in den anderen Fällen an: die basale Stimulation und die explizit ästhetisch basale Stimulation, um assoziierte Zellen im Umkreis der betroffenen vielleicht aktivieren zu können.

Wir haben gesehen, wie beim Abruf der Gedächtnisinhalte die Informationen beispielsweise des linken oder rechten temporo-frontalen Cortex (also des jeweiligen kortikalen Schläfenlappens) zur Verfügung stehen – wenn nicht wie beim Schlaganfall eine der Seiten betroffen ist und ausfällt. Besonders sind die amnestischen, motorischen oder sensorischen Aphasien von Belang, die vor allem die linke Hirnhemisphäre betreffen. Aber auch die Orientierungsleistungen, die vornehmlich in der rechten Hirnhemisphäre verantwortet werden, können betroffen werden. In all diesen Fällen können wir in der Regel die Wirksamkeit der Nervenzellen in jenen Bereichen verbessern, die teilweise geschädigt sind.

Die „Reparatur“ der verbliebenen Informationsnetze, ihre Restitution (z.B. Verbindung von Laut und Mundstellung); die Substitution des Zusammengebrochenen (z.B. durch Seh- oder Gehör-Implantate), die Wiederverbindung der einzelnen Sinnesleistungen (z.B. die Kopplung von Geruch und Bild), ihre Integration und auch die grundlegende Wiederbelebung einer ausgefallenen Tätigkeit sind therapeutische Marschrouten, die am Beginn der Hilfestellung stehen (Pöppel/Edingshaus 1994).

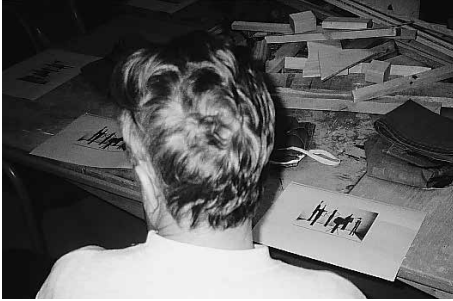
Was wir im Falle des geistig behinderten Menschen sagten, gilt auch hier: Die gerontologischen Ansätze in der Behandlung dementiell erkrankter Menschen haben aus der Behandlung wahrnehmungsgestörter und geistigbehinderter Menschen gelernt (Menzen/Brandenburg

1999, Theunissen 1999, 2004, 2006): Die Basale Stimulation (BS), insbesondere die mit ästhetischen Mitteln (ÄBS; vgl. Menzen 1994, Marr 1995), wie das sog. Realitätsorientierungstraining (ROT), insbesondere das, welches sich auf ästhetische Kategorien der Wirklichkeitsbeschreibung bezieht, scheinen sich trotz mannigfacher Kritik auch im Falle des Schlaganfall-Patienten zu bewähren (Jones/Miesen 1992; Müller 1994, Marr 1995, Nydahl/Bartoszek 1997, Theunissen 1999). Wir werden im Folgenden zeigen, wie diese Methoden in der kunsttherapeutischen Praxis verwendet werden.

Die kunsttherapeutische Gruppe ist vorwiegend mit Patienten besetzt, die aufgrund eines Unfalles ataktisch (Störung der Koordination der Muskeln), aphasisch (Sprachstörungen unterschiedlichster Art) bzw. apraktisch (Unfähigkeit sinngerichteter Bewegungen und Handlungen) sind. Einige Schlaganfallpatienten haben sich der Gruppe beigegesellt. Die kunsttherapeutische Arbeitseinheit besteht darin, nach einer Fotovorlage (abgelichteten Großplastiken aus einer Picasso-Ausstellung) mit Klebepistolen Holzstücke zusammenzuleimen. Sie versucht mit den – vornehmlich männlichen – Patienten, das Hinsehen, Wiedergeben, Greifen, Form-Abschätzen, das Formen-Zusammenfügen so zu trainieren, dass die männlichen Patienten nicht von den als in der Regel allzu weiblich apostrophierten bildnerischen Übungen abgeschreckt sind. Benutzt wird ein Werkzeug, die Klebepistole, die Männern vertraut ist und sie zum Werken animiert. Die Arbeitseinheit kommt dem Gedanken der folgenden Realitäts-Orientierung sehr nahe: Anhand von Fragen wie „Welche Formen gehören zusammen?“, „Was gehört zu einer menschlichen Gestalt?“ u. a. fordert sie dazu auf, Zusammenhänge anhand der Materialelemente zu erkennen und herzustellen. Basal-stimulatives und gestaltrekonstruktives Arbeiten können hier nicht getrennt werden, da unterschiedlichste Schädigungen in der Gruppe vorliegen, die sich nicht homogenisieren lassen. (Wir haben Ähnliches schon in der kunsttherapeutischen Gruppenbetreuung behinderter Menschen erlebt: Das Ergriffene fühlen und über die elementaren Sinnesbestimmungen des Gefühlten den Zusammenhang begreifen, das ist sicher methodisch, aber kaum praktisch trennbar).

Auch unser zweites Praxisbeispiel lehnt sich an das Konzept von ROT an: Die Sehnsucht nach dem eigenen Heim, nach der eigenen Familie, wurden in einer Kleingruppe, die aus 5–6 PatientInnen bestand, mit einer Gestaltung angesprochen, die um eine Dorfmitte Häuser aus vorgefertigten kleinen Styroporblöcken setzte. Die Vorlagen, die der Formhaftigkeit des eigenen Hauses entsprachen, wurden in der erinerten Farbe bemalt, und schließlich wurden Wege mit und zu den MitpatientInnen ausgehandelt (Abb. 44–47 sowie Abb. 51, 52).

Als in der nächsten Doppelstunde die eigenen Zimmer rekonstruiert



wurden, war der Raum voller Gefühle. Zunächst waren nur kognitive und handwerkliche Fähigkeiten gefordert, indem die PatientInnen mit kleinen, aus Styropor ausgestanzten Formen ihre Zimmer, die Möblierung nachbauen sollten. Aber dann verband sich mit diesen kleinen, legoartigen Formen eine ganz spezielle Assoziation: Die Erinnerung an die eigene blaue Schlafdecke bei sich zuhause löste in Form eines entsprechend farbigen Transparenzpapier-Streifens Heimweh-Gefühle aus, initiierte ein Gespräch, rief Situationen mit dem Ehemann hervor – und machte mit einem Schlag deutlich, wie wenig zuweilen die neurologisch-klinische Versorgung, wiewohl zum Besten des Patienten organisiert, die Patienten emotional begleitet.

Raumrekonstruktion ist ein realitätsorientierendes Verfahren, das sich der basal-stimulativen Materialelemente bedient. Implizit wird ein Gespräch initiiert, das derjenigen methodischen Fertigkeit bedarf, die wir in der Validation beschrieben haben. Wir sehen, wie eng die Verfahren verknüpft sind, die wir im Falle der dementiellen Erkrankung anwenden.

Es erscheint zu früh, ein abschließendes Urteil über die kunsttherapeutischen Maßnahmen abzugeben, die ROT und ÄBS miteinander verbinden und so die Kritik zu entkräften, dass die PatientInnen mit



Abb. 40–43: Arbeit mit Holzstücken nach Fotovorlage. Kunsttherapeutische Einheit mit Unfallopfern, d. h. mit Menschen, die sich ihrer alten Kompetenzen nicht mehr mächtig fühlen.



den ROT-Maßnahmen überfordert würden. Die Erfahrungen, die inzwischen gemacht worden sind, haben aber immerhin dazu geführt, in der Frührehabilitations-Abteilung der neurologischen Klinik Elzach beispielsweise die kunsttherapeutischen Maßnahmen zu verstärken.

Die Vielfalt des ästhetischen Materials ist gut einsetzbar, um sowohl die Körperfunktionen zu stimulieren, wie an Gewohntes zu erinnern und darüber den Zugang zur Realität wieder zu erleichtern. Wir zitierten die Aktion (Kapitel II.1.3.3), die darin bestand, die Sinne je nach ihrer Art zu trainieren (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Spüren), die Sinneswahrnehmungen zu verschalten (Hören-Sehen, Sehen-Greifen etc.), die Sinneszusammenhänge in ihren komplexen Kombinationen wieder zu üben und ganze Reaktions- und Handlungsketten auszulösen (Langfeldt-Nagel 2006): Beispielsweise den Apfel zu sehen, ihn zu ergreifen, das Messer zu ertasten, dieses heranzuholen, es aufzusetzen und in den Apfel einzuschneiden etc. Es erscheint ebenfalls zu früh,



Abb. 44–47: Ergebnisse einer ROT-Gruppenarbeit mit Schlaganfall-Patienten

den Einsatz der Validation im Gesamt der ÄBS/BS- und ROT-Verfahren zu bewerten. „Validation verwendet [...] nonverbale Mittel, um Interaktion anzuregen“ (Feil 2000, 123). Nonverbale Mittel, thematisch um typische Situationen des alltäglichen Lebens zentriert, können alten, auch verwirrten Menschen helfen. Dies haben die Berichte über die integrativ-gestaltungstherapeutischen Angebote, explizit über die mal-, poesie-, puppenspiel-, bibliothераapeutischen Angebote in der Gruppenarbeit mit alten und verwirrten Menschen gezeigt, wie sie Hilarion Petzold in den 1980er Jahren kolportiert (Petzold 1985b). In den Berichten ist sehr berührend geschildert, wie die schwindenden Ausdrucksformen des altersverwirrten Menschen in den frühen Stadien der Demenz noch eingefangen werden können – ohne die „Bedrückung, Beschneidung, Verletzung“ des Dahinsiechenden in seiner Welt zu leugnen (Petzold 1985b, 7). Wie Angehörige und professionell Pflegende nach dem Prinzip der Validation mit ihrem desorientierten Familienmitglieder erfolgreich kommunizieren können, eröffnet in plastischen Schilderungen die Tochter Naomi Feils, Vicki de Klerk-Rubin in ihrem Buch „Mit dementen Menschen richtig umgehen. Validation für Angehörige“ (2014).

Albert Erlanger, Schüler des Erfinders des Katathymen Bilderlebens, Hanscarl Leuner, sieht Möglichkeiten der bildnerisch-orientierten Psychotherapie, der katathym-imaginativen Psychotherapie mit älteren Menschen (KIP), die sich zwar als psychotherapeutischer Ansatz von der Kunsttherapie abgrenzt, aber methodisch-praktisch kaum von dieser zu trennen ist. Die Einschränkungen, Grenzen, liegen ihm jedoch auf der Hand: da wo „Menschen bestimmte Bereiche ihres Le-



Abb. 48–50: Demente Patienten bearbeiten das Thema „meine Ferien“ mit kleinen Filz-Stückchen.



Abb. 51 und 52: Kunsttherapeutische Erinnerungsarbeit mit dem Thema „mein Dorf, mein Haus“

bens in einer Therapie nicht mehr angehen wollen“ (1997, 146), wo „die Multimorbidität“ des alternden und zunehmend verwirrten Menschen so groß ist, dass die Recherche zugrunde liegender Gefühle mit dem Ziel einer Aufdeckung, Korrektur o. Ä. die Verwirrung und den Verfall nur beschleunigen würde. Naomi Feil sagt, dass Psychotherapie „keine geeignete Hilfe und Methode für Menschen ist, die in der

Aufarbeitungsphase (siehe die 4 Stadien – Anm. d. V.) sind“ (Feil 2000, 127). Und entsprechend hält Erlanger die Anwendung der katathym-imaginativen Psychotherapie im Falle hirngorganischer Störungen, d.h. im Falle der verschiedenen Demenz-Formen für kontraindiziert (Erlanger 1997). Dennoch ist der Pflegende mit vielen Gefühlen des altersverwirrten Menschen, mit Ängsten, Aggressionen, paranoiden Anwandlungen, tiefsten Depressionen und apathischen Rückzügen konfrontiert. Das Lehrbuch von Langfeldt-Nagel (2006) kann zum Verständnis beitragen.

Unsere nächsten beiden Praxisbeispiele (Abb. 48–50, Abb. 51 und 52) folgen den Überlegungen der *Erinnerungsarbeit* nach Osborn/Schweitzer.

Geeignete Themen für die Erinnerungsarbeit sind z.B. „meine Ferien“ oder „mein Dorf, mein Haus“. Erinnern – an was sollen sich in der Diktion Osborns und Schweitzers (1983) die dementiell Erkrankten erinnern? Sie zählen auf, liefern Stichworte, füllen assoziativ die Bedeutungskomplexe: Familie, Hausarbeit, Frauen- und Männerrollen, Kinderspiele, Nachbarschaft, Schulzeit, Feiern und Festtage, Ausflüge, Moden, Ausgehen, Arbeitsleben auf dem Land und in der Stadt, Verliebt-verlobt-verheiratet-gewesen-sein etc. Stichworte, Texte, Zeitungsausschnitte, Bilder jeder Art werden herangeschafft – und die Betroffenen lernen, aus den Fragmenten einen Zusammenhang herzustellen. – Ein neueres Buch von Bell u. a. (2007) hat vielfältige Anregungen nach dem kalifornischen „Best-Friends-Modell“ zusammengetragen, um Angehörigen und professionell Pflegenden bei der Suche nach geeigneten Themen der Erinnerungsarbeit zu helfen.

Das letzte Praxisbeispiel (Abb. 53–55) einer kunsttherapeutischen Erinnerungsarbeit wurde mit drei Frauen durchgeführt, die in einer betreuten Wohnung leben.

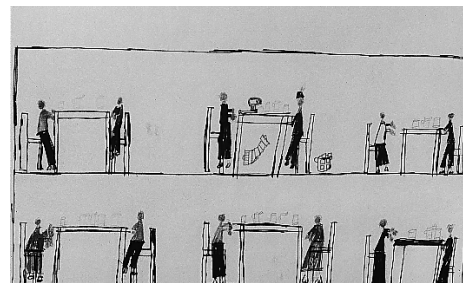
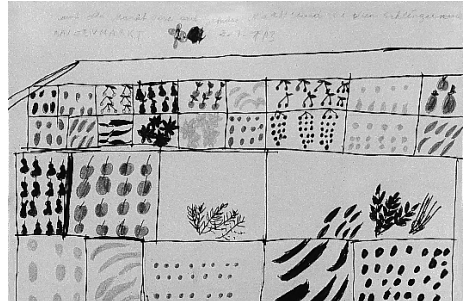


Abb. 53–55: Künstlerisch angeleitete Erinnerungsarbeit von Anne Schmees

Es handelte sich dabei um drei Schwestern, die sozial betreut wurden. Infolge ihrer geistigen Einschränkung, sozialen Verwahrlosung und Verwirrtheit bestand immer die Gefahr, dass sie in ein Heim abgeschoben würden. Motivation des Projekts war die Suche nach Spuren von sich selbst, von Freunden, Bekannten, fremden Menschen. Den Frauen sollte geholfen werden, ihre Lebenszusammenhänge durchschaubar zu machen. Über die Lebensmittel- und Nahrungsmittelauswahl, die Kleidungs- und Wäschestücke, die Speisepläne, die tagtäglichen Vorhaben, die zu erwartenden Szenarien werden Listen angelegt, gezeichnet. Dabei erscheinen die Speisen, wie die drei sie im ersten Herangehen auf dem Markt wahrnehmen, im zweiten Schritt geordnet auf dem Regal, schließlich in einem groß angelegten, gezeichneten Rezeptbuch als Kochrezept und Speiseplan. Kleidungsstücke werden zeichnerisch registriert, das Anziehende aufgelistet, den jeweiligen Ereignissen zugeordnet. Das gesamte Leben, das ansonsten in der Vielzahl der Erscheinungen die drei zu ersticken droht, wird aufgelistet.

„Mit Hilfe der Zeichnung sollen die Kleidungs- und Wäschestücke, Papiere, Malmaterialien, Federballschläger, Gesellschaftsspiele, Putzlappen, Erinnerungsstücke, Schallplatten ... in den Kästen geordnet werden. Indem die Kästen aufgezeichnet werden und der ungeordnete Inhalt zeichnerisch nach Gruppen sortiert und in die Fächer eingeordnet wird, soll der Zusammenhang zwischen Bild und Alltag begreifbar werden“ (Schmees, zit. nach Menzen in Zusammenarbeit mit Studierenden und Absolventen der HfAK Wien 1996, 147).

Die Zeichnungen dienen als Kommunikationsmittel, zur Lösung in den zuweilen verwirrenden Situationen. Handlungsabläufe erscheinen auf einmal wieder in ihrer Logik, sind ansehbar. Zusammenhänge werden wieder ins Gedächtnis zurückgerufen.

2 Förderung durch Gestaltrekonstruktion

2.1 Orientierungsförderung bei neurologischen Störungen

Greifen wir den Fall Peter auf, den wir in Kapitel III.1 verlassen hatten, und fragen wir danach, wie eine gestaltrekonstruktive Arbeit mit ihm aussehen müsste. Der zehnjährige Peter verhält sich fahrig und diffus. Die erste Diagnose schätzt ihn als seriell gestörtes Kind mit Verdacht auf aphasisches Unvermögen ein. Viele Diagnosen sind möglich, Teilleistungs-, Aufmerksamkeitsdefizit -, hyperkinetische, aber auch schwere, beziehungsverantwortete Verhaltensstörungen kommen bei