

„Wenn nichts mehr so wie früher ist....“

**Tanz- und Bewegungstherapie mit alten Menschen/
Schwerpunkt Alzheimer Patienten**

Abschlußarbeit Tanz- und Bewegungstherapie

**Ines Krüger
Studiengang 1997 – 2001**

**Langen Institut Monheim/
Tanztherapie Institut Berlin**

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einführung	4
1. Der alte Mensch in der Gesellschaft	6
1.1. Der Alterungsprozess aus medizinischer und gesellschaftlicher Sicht / die Altersstufen	6
1.2. Die Lebenserwartung steigt weiter an	7
1.3. Wohin mit den Alten - nur ein Problem der Gegenwart? Ein kurzer Blick in die Geschichte	7
1.4. Akzeptanz und liebevoller Umgang vs. Ignoranz und Hilflosigkeit gegenüber Alten	8
1.5. Warum ist alt werden so schwierig (geworden)?	8
2. Demenz und Alzheimer Krankheit.....	10
2.1. Definition und Ursachen der Demenz.....	10
2.2. Definition der Alzheimer Krankheit	10
2.2.1. Was genau geschieht mit dem Betroffenen?.....	10
2.2.2. Wer bekommt die Alzheimer Krankheit und warum?.....	11
2.2.3. Ist die Alzheimer Krankheit erblich?	11
2.2.4. Wie wird die Diagnose der Alzheimer - Krankheit gestellt?	12
2.2.5. Ist Alzheimer heilbar?	13
2.2.6. Alzheimer - eine schwere Bürde für die ganze Familie.....	13
2.3. Mutige Worte - wider das Tabu	13
3. Die Tanz- und Bewegungstherapie.....	15
3.1. Ein kurzer Abriss über die Entstehung und die historische Entwicklung der Tanz - und Bewegungstherapie.....	15
3.2. Ziele und Möglichkeiten der Tanz - und Bewegungstherapie	16
3.3. Mögliche Ansatzpunkte	16
3.4. Therapieziele	16
3.5. Therapeutische Interventionen	16
3.6. Wo Tanz - und Bewegungstherapie wirksam werden kann.....	17
4. Zur Praxis tanz - und bewegungstherapeutischer Arbeit mit alten Menschen	19
4.1. Das Bewegungsverhalten alter Menschen	19
4.1.1. Die Voraussetzungen und die Motivation	19
4.1.2. Widerstände im familiären Umfeld.....	20
4.2. Mögliche therapeutische Zielsetzungen	20
4.3. Bewegungsbeobachtung / Bewegungsanalyse als diagnostisches Instrument	22
4.3.1. Die Laban Bewegungsanalyse / Laban-Movement-Analysis (LMA)	23

4.3.1.1.	Körperteilanwendungen	23
4.3.1.2.	Bewegungsantrieb	24
4.3.1.3.	Raumbezug.....	25
4.3.1.4.	Körperformen	28
4.4.	Psychodynamik	29
4.5.	Übertragung und Gegenübertragung.....	29
5.	Erstes Fallbeispiel: Frau K.....	31
5.1.	Kurze Beschreibung der Patientin	31
5.2.	Stundenverlauf	31
5.3.	Weitere mögliche Interventionen	32
5.4.	Bewegungsbeobachtung	33
5.5.	Psychodynamik	34
5.6.	Übertragung	34
5.7.	Gegenübertragung	35
5.8.	Abschließende Betrachtung der Arbeit mit der Patientin Frau K.	35
6.	Zweites Fallbeispiel: Frau E.....	37
6.1.	Kurze Beschreibung der Patientin	37
6.2.	Stundenverlauf	37
6.3.	Weitere Übungsangebote und Interventionen	38
6.4.	Bewegungsbeobachtung	39
6.5.	Psychodynamik	39
6.6.	Übertragung	40
6.7.	Gegenübertragung	41
6.8.	Abschließende Betrachtung der Arbeit mit der Patientin Frau E.	42
7.	Wenn Worte fehlen Die Arbeit mit/ Musik / Medien / Imagination	43
7.1.	Gruppen – oder Einzeltherapie?.....	43
7.2.	Die Auswahl von begleitender Musik.....	43
7.3.	Der Einsatz von Medien und Materialien oder: “Wer mag schon Stachelschweine streicheln”?	45
7.3.1.	Mögliche Interventionen in einem Gruppensetting	45
7.3.2.	Psychodynamik und der Umgang mit aufflammender Aggression	45
7.4.	Imaginationen oder “Der Tanz mit dem Besen - Kavalier”	46
8.	Schlussbemerkungen	49
9.	Epilog.....	50
10.	Quellenverzeichnis.....	51

Einführung

*"Spät jung erhält jung.
Man muss die Jugend nicht
bei den Jungen suchen."*

Friedrich Nietzsche

Man kann die Frage, wann ein Mensch "alt" ist, nicht ohne weiteres beantworten. Was heißt "alt"? Man kann anhand der Lebensjahre feststellen, dass jemand schon ein weites Stück an Leben zurückgelegt hat.

Man kann Tabellen bemühen und Statistiken wälzen, es gibt Gesetze, die festlegen, wann ein Mensch in Rente gehen darf, sich somit auf sein "Altenteil" zurückziehen kann. Aber ist er dann automatisch "alt"?

Ich gebe zu, dass mich der Gedanke ans Älter werden selbst noch vor gar nicht all zu langer Zeit abgeschreckt hat. Oder besser - er hat mich eigentlich nie beschäftigt. Vielleicht denkt man in jungen Lebensjahren gerade noch bis an die Rente, an die Zeit, in der man seine berufliche Laufbahn beendet und daran, dass, wie ein beliebter Schlager verkündet, "mit 66 Jahren das Leben anfängt..." Daran, dass man endlich lange Reisen machen könnte, Zeit für seine Hobbys hat und vielleicht ein paar freche Enkel, die einen auf Trab halten. Und dann ? Was kommt danach?

Ich bin in der seltenen und glücklichen Situation, eine Urgroßmutter zu haben, die im Januar dieses Jahres ihren 100. Geburtstag gefeiert hat. Geboren 1902, hat die alte Dame ein ganzes Jahrhundert durchquert. Das macht mich ehrfürchtig und dankbar zugleich. Dankbar dafür, dass ich einen Teil ihres Weges mitgehen durfte. Auch wenn er natürlich nicht immer einfach war. Ich habe miterlebt, wie sie älter wurde. Wie aus einer rüstigen und vitalen Rentnerin, die mir als Kind die Welt gezeigt hat und mir als Teenager das Leben schwer gemacht hat, eine inzwischen gebrechliche, an den Rollstuhl gebundene Frau geworden ist. Sie ist immer noch bei klarem Geiste - wach und offen - und, abgesehen von ein paar kleinen Gedächtnislücken, die man mit hundert wohl haben darf, ist ihr das furchtbare Schicksal von Demenz und Alzheimer erspart geblieben.

Trotzdem habe ich mich oft dabei beobachtet, dass ich es nicht ertragen konnte, zu sehen, wie sie abbaute. Ich wollte es nicht wahrhaben, dass sie körperlich "alt" wurde. Dass ihr Geist manchmal nicht ganz so schnell funktionierte, wie ich es von früher kannte. Sie ist nichts desto Trotz auch immer noch jung, in ihrem Herzen und ihren Gedanken. Bei meinen vielen Besuchen im Seniorenheim - sie lebt dort seit 15 Jahren - habe ich erlebt, wie viele ihrer Mitbewohner sich oft innerhalb kurzer Zeit zu

Pflegefällen entwickelt haben. Wie sie dann auf gesonderte Stationen verlegt wurden, auf denen sie oft kurze Zeit später verstarben.

Es ist die eigene Angst vor dem alt werden, vor dem dahin siechen, vor dem Tod, die es uns so schwer macht, mit diesen Menschen in Kontakt zu bleiben. Es ist einfacher, sie mit ihrem Rollstuhl in eine Ecke zu schieben, denn damit schieben wir vermeintlich unsere eigenen Ängste beiseite.

Vielleicht auch aus diesem Grund habe ich einen Großteil meiner praktischen Arbeit in der Geriatrie geleistet. Dort, wo, wie die Leiterin der Pflegestation sagte, die "schwierigen Fälle" liegen. Jene, die nicht mehr sprechen. Die mit leerem Blick auf der Bettkante sitzen oder mit der Blumenvase reden. Die mit der Diagnose "Fort-schreitende Demenz" oder "Alzheimer - Krankheit" "glücklicherweise" für ihre Mitmenschen eine plausible Erklärung liefern, warum sie so sind, wie sie sind...

Jene, die auch mal jung waren, deren Fotos an den Wänden sie in besseren Tagen zeigen. Die zwar von uns so gerne als unmündig und senil bezeichnet werden - die aber trotzdem noch da sind. Und die ganz genau spüren, dass sie noch leben, dass sie sich verändert haben und dass nichts mehr so wie früher ist.

Ich habe bei meinen Begegnungen mit diesen verwirrten alten Menschen festgestellt, dass sie eine intuitive Weisheit besitzen. Wenn die zeitliche oder örtliche Gegenwart verblasst, wenn der Beruf nicht mehr Lebensinhalt ist, wenn soziale und gesellschaftliche Verpflichtungen nicht mehr von Bedeutung sind und es die Familie als haltenden Rahmen nicht mehr gibt - dann bleibt zum Schluss nur diese tiefe menschliche Natur. Alte Menschen beginnen, nach innen zu blicken. Lassen ihr Leben Revue passieren. Personen aus der Vergangenheit werden real, bekommen ihre "zweite Chance". Das gelebte Leben wird in Erinnerung gemessen.

Wenn Hochbetagte ihre Sprache verlieren, wenn das Gedächtnis nicht mehr seinen gewohnten Dienst tut, dann ersetzen Gesten, Klänge, Musiken, Berührungen, Blicke, Bewegungen die Worte.

Wer sich darauf einlassen kann, die gewohnten Kommunikations - Ebenen zu verlassen, wer hinter der Hilflosigkeit nicht den Menschen mit all seinen Lebensgeschichten aus den Augen verliert, der wird berührende Begegnungen erfahren. Ich habe erlebt, wie sich - wenn auch nur für Momente - harte Fassaden plötzlich erweichen, wie Gefühle freien Lauf erfuhren, Erinnerungen erwachten und Lethargie plötzlich verschwand.

Ich bin dankbar für all diese Erfahrungen, für diese Begegnungen der Generationen, diesen tiefen Einblick in das Leben.

Ich möchte diese Arbeit all jenen widmen, die ein stattliches Alter erreicht haben. Die unsere Vorfahren sind und denen Achtung und Respekt gebührt. Ich widme sie deshalb auch meiner Urgroßmutter, Zerlina Szöbb, geboren am 30. Januar 1902.

Ich schreibe diese Arbeit aber auch für all jene, die täglich mit Hochbetagten zu tun haben, sei es familiär oder beruflich. Für ein wenig mehr Akzeptanz und Toleranz. Für mehr Empathie und Verständnis für den alt gewordenen Menschen. Aber auch für ein bißchen weniger Angst vor dem letzten Kapitel des eigenen Lebens.

1. Der alte Mensch in der Gesellschaft

1.1. Der Alterungsprozess aus medizinischer und gesellschaftlicher Sicht / die Altersstufen

Um auf die Eingangs gestellte Frage zurück zu kommen, ab wann ein Mensch "alt" ist, mag es hilfreich sein, den Alterungsprozess zumindest in verschiedenen Stufen transparent zu machen. Auch wenn es individuell durchaus persönliche Unterscheidungen gibt, so hat doch jedes Alter seine ihm zugedachten psychosozialen Aufgaben, die es zu bewältigen gilt.

Albert Erlanger, Schweizer Psychiater und Lehrbeauftragter für Geronto - Psychiatrie an der Universität Zürich, hat die Altersstufen sehr anschaulich in drei Gruppen aufgliedert: (*1)

Stufe	Alter	Motto
1	50 – 65	Vorbereitung auf das Alter
2	65 - 75/85	Rüstiges Alter
3	darüber	Hohes Alter

Nach Erlanger haben diese drei Gruppierungen folgende grundlegenden psychosozialen Themen zu bewältigen:

Stufe 1 - Vorbereitung auf das Alter

- Auseinandersetzung mit dem Älterwerden und dessen Konsequenzen
- Neu Definition der Zweierbeziehung in der alternden Ehe nach Ablösung der Kinder
- Vorbereitung auf das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess

Stufe 2 - Rüstiges Alter

- Akzeptanz des Altwerdens und üben, sich fortwährend adaptiv darauf einzustellen
- Realisierung der vorgesehenen Pläne und individuelle Gestaltung des Ruhestandes, wo möglich, zusammen mit dem Partner

Stufe 3 - Hohes Alter

- Weiterführung der Auseinandersetzung mit den zunehmenden Einschränkungen;
- Bedrohung der Selbständigkeit, Verlust der Mobilität, zunehmende Abhängigkeit
- Akzeptieren des Alt geworden seins mit Krankheit und Vereinsamung
- Vertrautwerden mit Sterben und Tod

Demnach ist ein Mensch nicht automatisch mit Erreichen des Rentenalters "alt", sondern erst infolge der Unmöglichkeit, die jeweils anstehenden Aufgaben einer jeden Stufe erfolgreich zu bewältigen und die noch vorhandenen Möglichkeiten voll auszuschöpfen.

1.2. Die Lebenserwartung steigt weiter an

Das Statistische Bundesamt hat im Januar des Jahres 2000 folgende Mitteilung veröffentlicht (*2) :

Die Lebenserwartung in Deutschland nimmt weiterhin zu. Nach der Anfang Januar 2000 errechneten so genannten Sterbetafel beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen 74,0 Jahre und diejenige eines gerade geborenen Mädchens 80,3 Jahre.

Für einen heute 65jährigen Mann wird zurzeit im Durchschnitt eine weitere Lebenserwartung von 15,1 Jahren errechnet und für eine gleichaltrige Frau noch weitere 18,8 Lebensjahre.

- jeder fünfte Bürger der Bundesrepublik ist derzeit über 60 Jahre.
- zurzeit leben hierzulande mehr als 1,4 Millionen Bürger, die 85 Jahre und älter sind.
- die Bevölkerung über 85 Jahre ist die am meisten wachsende Gruppe in der Bundesrepublik und in den meisten industrialisierten Ländern
- für den Zeitraum bis zum Jahr 2010 erwartet man, dass die Gruppe der Hochbetagten nochmals um rund 30% ansteigen wird
- aufgrund der höheren Lebenserwartung und der größeren Zahl der Hochbetagten wird es in Zukunft auch mehr Kranke und Pflegebedürftige geben
- derzeit leben etwa 850 000 Menschen in Heimen
- etwa 530 000 dieser Bewohner sind pflegebedürftig
- nochmals zwei Drittel von jenen sind schwerstpflegebedürftig
- in Deutschland leiden etwa eineinhalb Millionen Menschen an einer Demenz, einem fortschreitenden Verlust der geistigen Fähigkeiten, deren häufigste Form die Alzheimer - Krankheit ist.

Beim Lesen dieser nüchternen Zahlen wird deutlich, dass wir nicht umhin kommen, uns intensiv mit dem Problem des älter Werdens zu beschäftigen und mit den daraus entstehenden Konsequenzen; in gut 20 Jahren wird jeder fünfte Deutsche älter als 65 Jahre sein und die Zahl der Alzheimer - Kranken auf rund 2,5 Millionen angestiegen sein!

1.3. Wohin mit den Alten - nur ein Problem der Gegenwart?

Ein kurzer Blick in die Geschichte

Der Herausforderung, dass alte und kranke Menschen in vielfacher Hinsicht versorgt und gepflegt werden müssen, wurde in den verschiedenen Epochen und Kulturen unterschiedlich begegnet. Allerdings auch bei unseren Vorfahren waren die Lebensbedingungen weitaus weniger rosig als es uns heute gern plausibel gemacht wird. Menschenwürdige Pflege war keinesfalls selbstverständlich. Zwar wurden Alte in der

Regel von ihren (Stammes-) Angehörigen versorgt, die meisten sind jedoch nicht im Kreis ihrer Familie und im eigenen Bett gestorben, sondern durch Gewalteinwirkung. Die Nomaden beispielsweise ließen ihre Alten, die nicht mehr mitziehen konnten, mit einer Tagesration an Nahrung allein zurück. In anderen Stämmen mußte der älteste Sohn seine greisen Eltern mit dem Messer töten.

In Europa galt der alte Mensch in den vergangenen Jahrhunderten als unnützlich. Als Bürde und Jammergestalt. Tapsige und hilflose Alte wurden verhöhnt und verspottet. Ihre Kinder warteten auf ihren baldigen Tod und eine (hoffentlich) reiche Erbschaft. Selbst in der Kunst hat sich dieser "Alten - Hass" niedergeschlagen. So sagt Bakkalaureus in Goethes "Faust, der Tragödie 2. Teil", zu dem als Greis im Rollstuhl sitzenden Mephistopheles: " Am besten wär's, Euch zeitig tot zu schlagen..."

Trotz der weit verbreiteten Missachtung alter Menschen gab es in Europa jedoch schon früh besondere Herbergen für sie. Diese Hospitäler wurden meist von Kirchengemeinden oder Ordensgemeinschaften geführt. Wegen der ständig wachsenden Zahl Pflegebedürftiger wurden die Hospize zu großen Krankenanstalten - den Vorläufern der späteren Pflegeheime.

1.4. Akzeptanz und liebevoller Umgang vs. Ignoranz und Hilflosigkeit gegenüber Alten

Die Pflege alter Menschen wurde in allen Zeiten und Kulturen zumeist als Bürde und Zumutung empfunden. So auch heute noch. Das Bild vom glücklichen Greis, integriert in den Schoß der Familie bis ans Ende seiner Tage, wird durch oben genannte Beispiele, ad absurdum geführt. Warum ist dies so?

Pflegende werden mit der "hässlichen" Seite des Lebens konfrontiert, mit Todesnähe. Wer setzt sich schon gern damit auseinander? Hautnah muss der Pflegende erleben, wie Menschen zerfallen, die sich selbst verzweifelt dagegen wehren. Alte weigern sich bewusst gegen dieses Siechtum, sie wollen nicht allein sein, sterben müssen. Oftmals werden Sie egozentrisch und schwierig, sind keineswegs immer pflegeleicht. In späteren Abschnitten werde ich noch genauer auf unterschiedliche Formen von Abwehrmechanismen, sowie spezielle Verhaltensweisen und daraus resultierende Übertragungsmechanismen, eingehen.

Umso mehr Anerkennung gebührt jenen, die nichts desto Trotz aufopferungsvoll und mit "Engelsgeduld" tagtäglich ihren oft nicht einfachen Job, sei's in Pflegeheimen oder in der Familie, erledigen.

1.5. Warum ist alt werden so schwierig (geworden)?

Karola Rybka, Professorin für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Würzburg, beschreibt das Alt werden hierzulande mit drastischen, jedoch eindringlichen Worten (*3)

"In unserem Staat ist das Verhältnis zu Alt sein, Sterben und Tod schizoid. Abend für Abend lässt sich die deutsche Bevölkerung durch Fernsehsendungen, in denen es um Sterben und Tod geht, unterhalten. Sterben und Tod sind kein Tabu, sondern sorgen als Entertainment für hohe Einschaltquoten. Der Lust, sich durch das TV -

Sterben unterhalten zu lassen, steht die Weigerung gegenüber, sich persönlich auf das reale Sterben einzulassen und sterbende Menschen zu berühren. Wenn diese schizoide Haltung nicht aufgegeben und die Pflege alter Menschen nicht als gemeinsame Aufgabe aller angesehen und praktiziert wird, bleiben als Auswege allein eine schematisierende kostengünstige Massennpflege - nach dem Motto - "satt und sauber" , der Einsatz billiger ausländischer "Pflegeskavinnen" oder die Euthanasie - todsicher."

Dieses Zitat möchte ich unkommentiert stehen lassen - ich denke, es obliegt jedem selbst, sich darüber eine Meinung zu bilden.

Es klingt gut, wenn Iris Berben, eine attraktive und scheinbar zeitlos schöne Schauspielerin, die mittlerweile die 50 überschritten hat, ein Buch mit dem Titel "Älter werde ich später...", veröffentlicht. Sicher, der größte Teil der heute 60jährigen fühlt sich im Schnitt gut 10 Jahre jünger. Aber kommen wir auf die Kernfrage zurück, die ich eingangs gestellt habe. Was kommt dann? Wir - und damit meine ich sowohl jeden einzelnen von uns als auch die Gesellschaft und die Politik dieses Landes - haben die Dimension der Alzheimer - Epidemie bis heute nicht begriffen. Wenn wir den Tatsachen ins Auge blicken - und dies mag hart klingen; nach einer Studie der Alzheimer Gesellschaft Deutschland wird bis zum Jahr 2030 die Zahl der Erkrankungen um 60 % steigen - wir sind die Alzheimer Patienten von morgen!

2. Demenz und Alzheimer Krankheit

2.1. Definition und Ursachen der Demenz

Demenz oder Dementia sind die Oberbegriffe für den Verlust erworbener intellektueller Fähigkeiten, vor allem des Gedächtnisses, u.a. mit Merkschwäche, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, Wortfindungsschwierigkeiten und eventuell langsam fortschreitender Veränderung der Persönlichkeit als Folge einer Hirnschädigung; z.B. bei der Alzheimer Krankheit. (*4)

Und somit lässt sich bereits einiges an möglichen Irrtümern über die beiden Begriffe - Demenz - Alzheimer - klären; dement werden kann ein alter Mensch aus verschiedenen Gründen; ein gewisser Abbau an den o.g. intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten, ebenso wie ein gewisser Verlust an Nervenzellen, gehört bei Hochbetagten zu den "normalen" Abbau - Erscheinungen, ist ein natürlicher Prozess.

Bei Krankheiten, die zur Demenz führen, geschieht dieser Verlust sehr viel rascher und hat zur Folge, dass das Gehirn des Betroffenen nicht mehr normal arbeitet. Zum Beispiel bei Krankheiten der Hirngefäße. Sie vermindern die Hirndurchblutung an kritischen Stellen und verursachen "Hirn - Infarkte" (Schlaganfälle) Selbst wenn die Schlaganfälle sehr klein sind, so können sie doch in ihrer Summe erhebliche Probleme beim Denken, Urteilen, Erinnern und der Verständigung hervorbringen.

Des weiteren kann Demenz auf zahlreichen anderen Ursachen beruhen, zum Beispiel kann sie als Folge von AIDS, der Creutz - Feldtjakob - Krankheit, der Huntington - Krankheit, der Bisswanger - Krankheit, der diffusen Lewy - Körper - Krankheit, der Parkinson - Krankheit und der Pick - Krankheit auftreten (*5)

Doch rund der Hälfte aller Fälle schwerer Demenz liegt die Alzheimer - Krankheit zugrunde.

2.2. Definition der Alzheimer Krankheit

In der Regel ab 5. bis 6. Lebensjahrzehnt auftretende, fortschreitende Großhirnrindenatrophie (Atrophie = Rückbildung, Gewebsschwund, Veränderung) mit über Monate bis Jahre sich entwickelnder Demenz, in deren Vordergrund ein zunehmender Gedächtnisverlust steht, der besonders das Kurzzeitgedächtnis betrifft (*6)

Benannt wurde die Krankheit nach dem bayerischen Nervenarzt Alois Alzheimer, der als erster sowohl die Symptome als auch die neuropathologischen Veränderungen, wie Plaques und Neurofibrillenveränderungen am Hirn, beschrieben hatte.

Um die für die Betroffenen und Angehörigen so einschneidende Diagnose plastischer zu beschreiben, ist es wichtig, einige immer wiederkehrende Fragen zu erörtern:

2.2.1. Was genau geschieht mit dem Betroffenen?

Zu Beginn können Symptome wie Gedächtnisverlust und langsames Denken so gering sein, dass sie zunächst übersehen werden. Sowohl vom Betroffenen selbst als auch von seiner Familie oder Freunden.

Im weiteren Verlauf verschlechtern sich jedoch die Symptome zusehends und beginnen, sich störend auf das gewohnte Leben und die zwischenmenschlichen Beziehungen auszuwirken. Praktische Schwierigkeiten bei Alltagsaufgaben, wie Ankleiden, Waschen, Toilettengang werden immer größer, irgendwann kann der Betroffene nichts mehr ohne fremde Hilfe. Die Krankheit beeinträchtigt das Gedächtnis, die Sprache und das Denken. Verwirrtheit und komplette Desorientiertheit kennzeichnen spätere Stadien

Oft über einen langen Jahre dauernden Zeitraum verändert der Erkrankte seine gesamte Persönlichkeit. Die häufigste Todesursache ist eine Lungenentzündung, weil mit Fortschreiten der Krankheit das Immunsystem in Mitleidenschaft gezogen wird.

2.2.2. Wer bekommt die Alzheimer Krankheit und warum?

Es gibt keine schlüssigen Erkenntnisse darüber, dass eine bestimmte Personengruppe ein erhöhtes Alzheimer - Risiko hat. Rasse, Beruf, geografische und sozial - ökonomische Verhältnisse haben keinen Einfluss auf ein Erkrankungsrisiko. Das Fatale: Diese Krankheit kann jeden treffen!

Studien deuten jedoch darauf hin, dass bestimmte Menschen eine erhöhte Disposition haben, an Alzheimer zu erkranken.

Die Nervenzellen des Gehirns tauschen ständig Informationen untereinander aus. In der Regel geschieht dies über elektrische Impulse, die wie in einem Stromkabel die Nervenfasern entlang wandern. Soll die Information von einer Nervenzelle auf eine andere weitergegeben werden, dann muss dieser elektrische Impuls in einen chemischen Botenstoff umgewandelt werden. Das geschieht an den so genannten Synapsen, kleinen Ausbuchtungen am Ende einer Nervenfasern.

Im Gehirn gibt es eine ganze Reihe von solchen Botenstoffen (der Fachbegriff lautet Neurotransmitter), die für unterschiedliche Aufgaben verantwortlich sind. Bei der Alzheimer-Erkrankung sind vor allem jene Nervenzellen betroffen, die für die Produktion des Botenstoffs "Acetylcholin" zuständig sind, einer der wichtigsten Überträgersubstanzen in unserem Zentralnervensystem. Acetylcholin ist maßgeblich für das Erinnern, das Denken, das Lernen und das räumliche Orientieren verantwortlich. Aus noch nicht bekannten Gründen lagert sich außerhalb der Acetylcholinproduzierenden Nervenzellen ein fadenförmiges Eiweiß ab, das Amyloid oder Plaque genannt wird. Auch innerhalb der Zellen kommt es zu Veränderungen, die den regulären Stofftransport behindern. Folge dieser Veränderungen ist, dass immer mehr der Acetylcholin-produzierenden Nervenzellen absterben. Im Gehirn entsteht dadurch ein Mangel an dem Botenstoff Acetylcholin, wodurch das geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt wird. Je größer das Ausmaß dieses Mangels wird, umso stärker macht sich die Demenz bemerkbar.

2.2.3. Ist die Alzheimer Krankheit erblich?

In den meisten Fällen ist die Alzheimer - Krankheit nicht erblich. Sie kann hervorgerufen werden durch bestimmte Gene, die man von den Eltern geerbt hat. So weiß man um ein Gen, ApoE 54, das für die Produktion jenes bestimmten Proteins verantwortlich ist, welches die spezifischen Eiweißablagerungen im Gehirn begünstigt. ApoE 54 kann ein erhöhtes Risiko bedeuten - ist jedoch keine Ursache - es gibt

Menschen, die das ApoE 54 - Gen in sich tragen und bis ins hohe Alter gesund bleiben. (*7)

2.2.4. Wie wird die Diagnose der Alzheimer - Krankheit gestellt?

Die gute Nachricht zuerst:

Amerikanische Forscher der Universität Los Angeles /Kalifornien wollen mit einem neuartigen Test künftig die Alzheimersche Krankheit schon im Frühstadium erkennen. Das berichteten Dr. Jorge Bario und seine Kollegen jetzt im "American Journal of Geriatric Psychiatry". Die o.g. charakteristischen Eiweißablagerungen im Gehirn wollen sie mittels eines neu entdeckten Moleküls sichtbar machen, um so möglichst zeitig mit entsprechenden Therapien beginnen zu können. (*8)

Auch die Heidelberger Abeta GmbH, die von dem deutschen Alzheimer Forscher Konrad Bayreuther mit gegründet wurde, beschreitet neue Wege der Früherkennung; Risikopatienten wird auf schonende Weise Hirnflüssigkeit entnommen und auf eben jene typischen Eiweißablagerungen im Labor untersucht. Dessen Konzentration ist im Frühstadium der Krankheit deutlich erhöht. Noch in diesem Jahr soll das neue Diagnose - Verfahren in Deutschland zum Einsatz kommen. (*9)

Es wären bahnbrechende Erfolge, denn bislang ist die Diagnostik von Alzheimer - Erkrankungen ein "Puzzle", bei dem sich Mediziner langsam und mit unzähligen Ausschlussverfahren an die Diagnose herantasten.

Dazu gehört zunächst eine gründliche Untersuchung des körperlichen und geistigen Zustandes des Patienten; wobei bei der Diagnose drei Sicherheitsgrade erhoben werden:

Möglich - Wahrscheinlich - Sicher.

Diese Grade werden nach eingehenden Untersuchungen gegeneinander abgewogen.

Dazu gehören der "Mini - mental - Status - Test", in dem Fragen wie, "welcher Tag ist heute" oder "in welcher Stadt leben wir?", gestellt werden.

Auch werden Familienangehörige gebeten, das Verhalten ihres Verwandten ausführlich zu beschreiben, wie viel Hilfe benötigt der Patient bereits, wie benimmt er sich in Alltagssituationen.

Meist wird eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt.

Hinzu kommen zahlreiche Laboruntersuchungen, um andere organische Krankheiten als Grund für die fortschreitende Demenz auszuschließen. Des weiteren gibt es eine Reihe bildgebender Verfahren, wie beispielsweise die Kernspin - Resonanz - Tomografie, die Computer - Tomografie und das PET, das Positronen - Emissions - Tomogramm, um organische Veränderungen am Gehirn nachzuweisen.

Bisher konnte die endgültige und eindeutige Diagnose der Alzheimer Krankheit nur durch die Untersuchung des Gehirns nach dem Tod (Autopsie) gestellt werden. (*10)

2.2.5. Ist Alzheimer heilbar?

Nein. Bisher gibt es keine Möglichkeit, die Erkrankung zu verhindern oder zu heilen. Man kann das Fortschreiten der Symptome vorübergehend medikamentös verzögern, die Begleitsymptome, wie Unruhe, Angst, Depression oder Schlafstörungen, ebenfalls.

Die Deutsche Hirnliga fordert einen umfassenden, ganzheitlichen Therapieansatz. Neben der medikamentösen Behandlung ist es demzufolge genauso wichtig, den Patienten mit Hirnleistungstraining, spezieller Physiotherapie und Soziotherapie im Sinne einer "Umfeldstrukturierung" möglichst umfassend zu betreuen. (*11)

Desweiteren wirkt sich eine einfühlsame Behandlung durch non verbale Psychotherapien in vielen Fällen günstig auf den Allgemeinzustand des Patienten aus. Wenn die Sprache und das Gedächtnis versagen, bleiben Berührungen, Rhythmen, Musiken oder Malereien, um mit den scheinbar in ihrer Welt verlorenen Patienten zu kommunizieren. Ausführlich und speziell die Tanz - und Bewegungstherapeutische Arbeit werde ich ab Punkt 3.0. behandeln.

2.2.6. Alzheimer - eine schwere Bürde für die ganze Familie

Wie eingangs unter Punkt 2.2.1. erwähnt, ist der Krankheitsverlauf anfangs immer schleichend, niemals akut. Eine Zeit, die für den Betroffenen als auch für die Familie eine immense Herausforderung darstellt. Immer unverständlicher werden die Handlungen des Erkrankten, immer ratloser die Angehörigen. Besonders bedrückend ist, dass der Patient durchaus spürt, dass mit ihm etwas nicht stimmt - er sich mit allen Mitteln dagegen zu wehren versucht. Ein Zustand, der, wie ich bei meiner praktischen Arbeit in der Geriatrie immer wieder festgestellt habe, bis zuletzt erhalten bleibt. Es ist ein Trugschluss, zu glauben, ein verwirrter alter Mensch würde nicht spüren, dass er sich völlig verändert hat.

2.3. Mutige Worte - wider das Tabu

Helmut Zacharias, der begnadete deutsche "Teufelsgeiger", ist am Anfang des Jahres 2002 in einem Pflegeheim am Lago Maggiore in Italien verstorben. Seit Anfang der 90er Jahre wusste seine Familie - und er selbst! - um die Diagnose "Alzheimer". Nachdem seine Angehörigen eine Weile versuchten, seine Krankheit vor den bohrenden Fragen der Journalisten und somit der Öffentlichkeit geheim zu halten - natürlich wollten alle wissen - wo steckt Helmut Zacharias - entschloss sich seine Tochter, Dr. Sylvia Zacharias, zu einem mutigen Schritt; im Jahr 2000 veröffentlichte sie ein Buch über den schleichenden Verfall ihres Vaters. Die ungeschminkte Wahrheit in berührenden Worten, sehr bildhaft beschrieben. Ein Buch, das einfühlsam und hemmungslos all das beschreibt, was ein Alzheimer - Patient durchlebt und durchleidet. Eine sehr empfehlenswerte Lektüre - da es bislang hierzulande eher üblich ist, über die "eigenartigen, oft peinlichen, geistesgestörten" Alzheimer - Menschen" den Mantel des Schweigens zu breiten.

Einige kurze Passagen, die mich besonders beeindruckt haben;

"...mein Vater verlernte immer mehr, beispielsweise die Handhabung seiner technischen Geräte, der Stereoanlage oder des Videorecorders usw. Nach knapp zwei

Jahren war er nicht mehr in der Lage, Briefe zu schreiben....Das Ablesen der Zeit wurde zum Problem für ihn. Oft stand er vor der Uhr am Kamin seines Wohnzimmers und verglich sie mit seiner Armbanduhr. Meine Mutter sieht ihn noch heute deutlich vor sich, wie er hilflos auf das Zifferblatt blickte: "Ich wollte ihm helfen - aber er verstand mich nicht..."

"...es gibt wohl nichts Schrecklicheres als die Angst, den Verstand zu verlieren. Wie erwähnt, fragte mein Vater meine Mutter immer wieder "was geschieht mit mir?" Er war sich seiner Defekte, besonders zu Beginn der Erkrankung, oft und quälend bewusst; so schrieb meine Mutter folgende Aussprüche von ihm auf:

"Ich bin dumm". Ich bin ein großer Kinder - Idiot. Mich kannst du weg schmeißen..."

"Das ist die Tragik dieser Krankheit: Dass man froh ist, weil der Kranke sich als krank zu erkennen vermag. Denn in dieser Selbsterkenntnis des kranken Geistes liegt Geist, liegt Selbsterkenntnis schlechthin...nur ein Selbst, dass sich als leidend erkennt, bietet dem Leiden die Stirn...dies ist das hellste Licht, die größte Leistung des gegen die Alzheimersche Krankheit kämpfenden Menschen..."

(*12)

Ich habe Dr. Sylvia Zacharias im vergangenen Jahr kennen gelernt; zwei Dinge haben mich durch unser ausführliches Gespräch nachhaltig beeindruckt und meine Motivation zu dieser Arbeit bestärkt - es ist wichtig und höchste Zeit, dass das Thema Alzheimer in der Öffentlichkeit mehr Beachtung erfährt. Dass Betroffene und ihre Angehörigen durch frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Therapiemaßnahmen länger ein Leben in Würde führen können. Und - es war berührend zu hören, dass ihr Vater, als Sprache und Gedächtnis schon längst nicht mehr ihren "Dienst taten", immer wieder Glücksmomente erlebte, wenn seine Tochter ihm die heißgeliebte Geige reichte. Dann wurde spürbar, dass das Gefühl für Musik, für Klang und Rhythmus nicht verloren geht. Das Erinnerungen wach wurden und das dahin dämmernde Gehirn plötzlich lichte Augenblicke hatte. Sie bestärkte meine Erfahrungen, die ich mit Patienten in der Geriatrie gesammelt hatte, dass es andere Ebenen gibt, mit verwirrten Menschen in Kontakt zu kommen und zu bleiben!

3. Die Tanz- und Bewegungstherapie

3.1. Ein kurzer Abriss über die Entstehung und die historische Entwicklung der Tanz - und Bewegungstherapie

Der Tanz gilt als eine der ersten und ältesten Formen der menschlichen Ausdruckskraft. Seit Urzeiten und in allen Erdteilen und Kulturen wurde er mehr oder weniger intuitiv genutzt, um persönliche und gesellschaftliche Gesundheit zu schaffen. Womit der Begriff "Tanz" im weitesten Sinne sämtliche rhythmische Bewegung des menschlichen Körpers meint; sowohl die kaum spürbare Bewegung beim Atmen gehört dazu, als auch jene, die wie eine Explosion daher kommen mag. Jeder Mensch lebt sozusagen in jeder Bewegung seine "eigene Choreografie", sein Körper vermag all das wider zu spiegeln, was er im Laufe seines Lebens erfährt; Glück, Kränkungen, Ängste, Urvertrauen oder auch Misshandlungen und Schmerz. Ein Tanz - und Bewegungstherapeut sollte ein tiefes Verständnis und eine große Aufmerksamkeit für die Bewegungen seines Patienten mitbringen, sollten sie im ersten Moment noch so ungewöhnlich oder banal erscheinen, sie erzählen viel über das, was der Patient vielleicht nicht in Worte zu fassen vermag.

Die Tanztherapie ist eine in den USA entstandene Therapieform. Zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts begannen einzelne Pionierinnen der Tanztherapie, damals zumeist selbst Tänzerinnen, Bewegung und Tanz als therapeutisch unterstützendes Mittel, besonders in der Psychiatrie, mit einzusetzen.

Hier in Deutschland bahnte sie sich etwas später ihren Weg. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Psychoanalyse rasant. Während Analytiker wie Freud, Jung und Adler versuchten, durch verbale Methoden das Unbewusste zu entschlüsseln, begannen damals die ersten Tanztherapeutinnen, Methoden der Beobachtung und der eigenen Bewegung zu entwickeln, um eben jenen Zugang zu den unbewussten Schichten einer Persönlichkeit zu finden. Es entwickelten sich nonverbale, körperorientierte Methoden, man begann, die Zusammenhänge zwischen "Körper, Geist und Seele" zu entdecken.

Die Tanz - und Bewegungstherapie beruft sich also einerseits auf uralte Wurzeln und Gedanken - andererseits steht sie mittlerweile auch in der Tradition der modernen westlichen Zivilisation und deren Wissen und Anschauung von Heilung und Therapie (*13)

Als nonverbale Form der Psychotherapie hat die Tanz - und Bewegungstherapie heute neben anderen Therapieformen, die künstlerische Medien mit einbeziehen, wie die Musiktherapie, die Dramatherapie oder die Kunsttherapie, einen festen Platz bei einer ganzheitlichen und umfassenden Therapie unterschiedlichster Krankheitsbilder erlangt.

3.2. Ziele und Möglichkeiten der Tanz - und Bewegungstherapie

Natürlich heißt das oberste Gebot, wie bei jeder Therapieform, zur Gesundung des Patienten beizutragen oder zum Erhalt des Status Quo bzw. zur Verzögerung einer Verschlechterung des Zustandes zu verhelfen. Denn; mir ist bei meiner Praxisarbeit in der Geriatrie schmerzhaft bewusst geworden, dass es bei einigen Patienten freilich keine "Genesung" im herkömmlichen Sinne, keine endgültige "Gesundung" mehr geben wird. Aber auch hier ist die "Gesundung" für den Augenblick wichtig. Das Vermindern des Leidensdrucks, das Ernstnehmen und Respektieren der gegenwärtigen Situation.

3.3. Mögliche Ansatzpunkte

Welche Rolle spielen nun Tanz und Bewegung in Annäherung an diese Ziele? Man kann sie auf ganz unterschiedlichen Ebenen nutzen; beispielsweise zur Körper - Aktivierung, zur Steigerung des Wohlbefindens durch Verbesserung der physiologischen Körperfunktionen, zum Beispiel durch das Erlernen gewisser Fertigkeiten oder einfach auch nur zum sportlichen Freizeitausgleich. Auf dieser Ebene hat Tanz - und Bewegungstherapie besonderen "Lern - Charakter", sie übernimmt gewisse Aspekte der Heilpädagogik, ist übungszentriert und hat (noch) nicht den Anspruch, psychoanalytisch aufdeckend zu arbeiten.

Tanz - und Bewegungstherapie kann und will jedoch auch psychotherapeutisch wirksam sein.

3.4. Therapieziele

- Erkennen und Klären von Konflikten
- Aufdecken von (vielleicht) alten Verhaltensmustern
- pathologische Kompromisslösung verändern
- Leidensdruck erleichtern
- Nachreifen der Persönlichkeit

Diese allgemein gehaltenen Formulierungen möchte ich durch einige spezielle Aspekte verifizieren:

3.5. Therapeutische Interventionen

- Förderung der Körperwahrnehmung und somit des Selbst - und Umweltbewusstseins
- Gefühl der eigenen Stärke und des eigenen Wertes verdeutlichen
- Besinnung auf die eigene Leiblichkeit als Quelle der Identität
- den Realitätsbezug zum eigenen Körper durch Bewegungsanalyse der Körpersprache herstellen
- in Beziehung zu anderen treten, Kontakt zum Umfeld fördern
- zur Selbsthilfe, Mitbestimmung und Normenkritik gelangen
- Äußerung zu Wut und Aggression zulassen und ermöglichen
- pathologische Symptome beseitigen, vermindern oder modifizieren
- das Gefühl der eigenen Lebendigkeit spüren, auch wenn die gegenwärtige Lebenssituation aussichtslos erscheint

All diese Ziele der Tanz- und Bewegungstherapie ermöglichen ein weites Betätigungsfeld mit unterschiedlichsten Klienten oder Patienten

3.6. Wo Tanz - und Bewegungstherapie wirksam werden kann

Ohne überheblich klingen zu wollen - aber sie kann es grundsätzlich überall. In den unterschiedlichsten Bereichen wird erfolgreich tanz - und bewegungstherapeutisch gearbeitet.

Einige Beispiele:

Präventiv mit Kindern und Jugendlichen, um durch kreativen Selbstaussdruck die eigene Persönlichkeit weiter zu entwickeln. Oder auch mit lernschwachen oder hyperaktiven Schülern; wenn Eltern und Lehrer längst verzweifeln, kann durch tanztherapeutische Interventionen oft besser geholfen werden als durch medikamentöse Behandlung.

Aktiv in der Arbeit mit Drogenabhängigen und Suchterkrankten; liegt deren Körper - und damit Selbstbewusstsein doch meist im "tiefsten Keller".

Mit körperlich und geistig behinderten Menschen, um eine aktive Kommunikation zu ermöglichen und ein Leben mit dem Handicap lebbarer zu machen.

Gute Erfolge erzielt die Tanz - und Bewegungstherapie auch in der Arbeit mit Schmerzpatienten, Schmerz hat Ursachen, er entsteht nicht ohne Grund. Diese psychosomatischen Ursachen aufzudecken und in einen emotionalen Zusammenhang zu bringen, kann ein erster Schritt zur Besserung sein. Ich selbst habe bereits mit einer Migräne - Patientin bewegungstherapeutisch gearbeitet; allein durch das Erkennen einiger auslösender Situationen und einem anderen Umgang mit ihnen, hat sich ihr Zustand bereits verändert. Selbst in scheinbar aussichtslosen Situationen ist es wichtig, die eigene Körperlichkeit zu spüren, Ängste zuzulassen, die Herausforderung anzunehmen und in das eigene Leben zu integrieren.

Ein immenses und immer wieder überraschendes Feld ist die Arbeit mit psychotischen Patienten. Beim Psychotiker verliert die Sprache viel von ihrer Wirksamkeit als ein Mittel, in Beziehung zu anderen zu treten. Der Psychotiker gebraucht viel stärker den nichtsprachlichen Ausdruck, um seine Gefühle mitzuteilen. Dort liegt für den Tanz - und Bewegungstherapeuten eine große Chance, in die verwirrte Welt von Angst und Wahn hereinzutreten.

Eine nicht zu unterschätzende Möglichkeit liegt auch in der Arbeit mit misshandelten und / oder missbrauchten Patienten. Zu gerne drängt die menschliche Psyche traumatische Erlebnisse ins Unbewusste, möchte sie dort so gerne vergessen. Aber im Gegenteil, die Betroffenen Patienten leiden oft Jahre oder Jahrzehnte. Diese Themen behutsam aufzuarbeiten, erfordert ein Höchstmaß an Einfühlungsvermögen und eigene Stabilität des Therapeuten.

Neue Wege beschreitet die Tanz - und Bewegungstherapie auch in der Arbeit mit "vermeintlich kerngesunden Großstadt - Neurotikern". Coaching und Bewegungsarbeit mit Topmanagern und gestressten Workoholics gehören in den USA und einigen nordeuropäischen Ländern bereits in vielen Konzernen zum Gesundheitsangebot für

Mitarbeiter und wird auch hierzulande langsam ein Thema, obwohl gerade in Deutschland neue Ansätze oft sehr lange brauchen, bis sie Anerkennung finden.

Die Liste der Einsatzmöglichkeiten der Tanz -und Bewegungstherapie ließe sich noch um einiges erweitern. Empfehlenswerte Lektüre zum Vertiefen einzelner Themenkomplexe wäre beispielsweise "Tanztherapie in Theorie und Praxis - ein Handbuch" von Elke Wilke, Gerd Hölter und Hilarion Petzold (*14) oder "Tanztherapie - ein Weg zum ganzheitlichen Sein" von Petra Klein(*15)

Über die Tanz - und bewegungstherapeutische Arbeit mit alten Menschen habe ich relativ wenige Studien und Literatur gefunden.

Liegt es vielleicht auch an der eingangs erwähnten Ablehnung und Ignoranz, daran, dass "denen sowieso nicht mehr zu helfen ist..."?

Welch´ Trugschluss. Ich habe erlebt, dass auch oder gerade ein alter und verwirrter Mensch unheimlich viel zu verarbeiten und aufzuarbeiten hat. Dass er Wünsche, Gefühle und Bedürfnisse hat, die wahrgenommen werden wollen. Dass er manchmal einfach nur jemanden braucht, der sich auf ihn und sein "anders sein" einlässt. Auch wenn wir oft nicht im Sinne des Wortes "getanzt" haben. Wie sagte Trudi Schoop, die große Schweizer Pionierin der Tanztherapie: "Wichtig ist nicht, wie wir uns bewegen, sondern was uns bewegt..."(*16)

Was meine Patienten in der Geriatrie und mich während unserer gemeinsamen Arbeit bewegt hat, sollen die nächsten Kapitel beschreiben.

4. Zur Praxis tanz - und bewegungstherapeutischer Arbeit mit alten Menschen

4.1. Das Bewegungsverhalten alter Menschen

Das Bewegungsverhalten alter Leute ist so variabel, wie die Menschen selbst unterschiedlich sind. Vieles hängt ab vom realen Gesundheitszustand, von der Bewegungskarriere, die jeder einzelne durchlebt hat. Jemand, der sein Lebtage wenig für Bewegung, tänzerische oder sportliche Aktivitäten übrig hatte, wird im hohen Alter schwerer dafür zu motivieren sein als jemand, der es immer liebte, sich zu bewegen oder zu tanzen. Übrigens ist dies unabhängig davon, ob jemand noch klaren Geistes ist oder bereits ein fortgeschritten dementes Stadium erreicht hat - auch wenn er sich vermeintlich nicht mehr erinnern kann - das "Leibgedächtnis" hat diese früheren Erfahrungen abgespeichert.

Hilarion Petzold schreibt: " In der Arbeit mit alten Menschen haben wir es mit dem alternden, bzw. alten Leib zu tun. Dem Leib der Geschichte hat, ja ist und in dem das Leben seine Spuren eingegraben hat - gute wie schlechte, glückliche und schmerzliche. Der Leib wird zum "Archiv". Das Leibgedächtnis hat alle Szenen und Atmosphären des Lebens abgespeichert. Die Falten des Gesichts, die Qualität der Bewegung, die körperliche Haltung, die nonverbale Kommunikation geben davon Zeugnis."

(*16)

4.1.1. Die Voraussetzungen und die Motivation

Auch ich bin zunächst bei meinen Patienten oft auf Ablehnung oder Verweigerung gestoßen. Dies mag unterschiedliche Gründe haben. Weitverbreitet ist noch immer das Klischee, alte Leute wären von Hause aus ruhig und "gemütlich", was man bei jungen Leuten an Aktivität, Spontaneität oder auch Albernheit und "ausgeflippt sein" begrüßen würde, möchte man einem Alten nicht mehr zubilligen. Der gesellschaftliche Einfluss ist auch hier immens. In einer Zeit, da Jugend und ewige Schönheit zum Kult stilisiert werden, hat ein alter Leib einfach keinen Platz, er hat nichts mehr "zu bieten". Scham und Verschüchterung diesbezüglich sind sicher nicht zu unterschätzen. Wie oft habe ich von älteren Herrschaften, so sie sich noch ausdrücken konnten, den Satz gehört: "...doch nicht in meinem Alter...!"

Hinzu kommt der nicht zu unterschätzende Aspekt, dass immer noch viele Ärzte und Pfleger der Meinung sind, Ruhe und Schonung wären die angemessene Art, den Lebensabend zu verbringen. Also wird ihrerseits nichts oder wenig getan, alte Menschen zu motivieren.

Das weitverbreitete und allseits bekannte Wort vom "Pflegernotstand" spielt natürlich auch in Bezug auf therapeutische Angebote eine große Rolle; die katastrophale Personalsituation in Pflegeheimen und geriatrischen Einrichtungen lässt oft keine individuelle Zuwendung und Betreuung zu. Bei nur einer einzigen Schwester und einem Zivildienstleistenden - so habe ich es oft erlebt - auf einer ganzen Station schwerstpflegebedürftiger - kein Wunder!

4.1.2. Widerstände im familiären Umfeld

Auch bei Angehörigen konnte ich eine Tendenz beobachten, die mich zunächst verwundert hat; einige waren regelrecht dagegen, dass ihre Eltern oder Großeltern plötzlich andere Dinge tun würden als bisher. Dass jemand - in diesem Falle ich - kam, und in die gewohnte Tagesroutine einbrach. Dass sich jemand ihren Angehörigen näherte und sich Zeit nahm. Und dass manchmal unvorhergesehene Dinge passierten. Sie wollten, wenn überhaupt, unbedingt dabei sein und alles kommentieren und beaufsichtigen. Eine heikle Situation; warum tun sie dies? Warum sind sie nicht froh, dass ihren alten verwirrten Eltern Zuneigung widerfährt? Fürsorglichkeit? Späte Schuldgefühle? Eigene Unzulänglichkeiten? Interessante Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen, auf die ich in späteren Fallbeispielen noch gesondert eingehen werde.

4.2. Mögliche therapeutische Zielsetzungen

Hilarion Petzold beschreibt drei Grundfesten, nach denen man seine Arbeit in einer Pflegeeinrichtung strukturieren könnte:

- in rekreativer Absicht als aktivierendes Freizeitangebot mit gesundheitsfördernden Effekten - Erlebnisaktivierung
- in funktionstherapeutischer Absicht als präventives und kuratives Training - physische Mobilisierung
- in psychotherapeutischer Absicht als indikationsspezifische Intervention bei seelischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie bei Verhaltensauffälligkeiten und Störungen im Sozialkommunikativen Bereich - soziale Kommunikation

(*17)

Ich möchte alle drei Möglichkeiten anhand eines Beispiels erläutern; Seniorentanz am Nachmittag, angeleitet von einer Tanztherapeutin, die Anregungen und Interventionen zu kleinen Tanzspielen gibt, die zu Partnerwechsel anregt oder zu unterschiedlichen Paar- oder Kreisformen, wird in der Hauptsache dazu dienen, den älteren Herrschaften einen erlebnisreichen Nachmittag zu bescheren, zielt darauf ab, in erster Linie Abwechslung, Unterhaltung, Freude zu bringen, die Phantasie anzuregen. Im Unterschied zum herkömmlichen "Tanztee" wird der Therapeut die Stunde möglicherweise mit einer kleinen Erwärmung beginnen, einfache Übungen, wie Dehnen, strecken, lockern - um zwanglos den Körper zu Musik zu mobilisieren und in den Tanz hinüberzugleiten. Auch kann natürlich das, was während der Übungen und des Tanzes erlebt wird, kommentiert und ausgewertet werden. Wobei bereits deutlich wird, dass es eine strikte Trennung der drei eingangs benannten Bereiche nicht gibt.

Ich habe während der Arbeit mit einer gemischten Gruppe von Läufern und Rollstuhlfahrern die Erfahrung gemacht, dass der Übergang in das funktionstherapeutische Arbeiten fließend ist. Wenn man davon ausgeht, dass Körperfunktionen, die lange nicht gebraucht wurden, einschlafen, sich zurückbilden, so ist freilich der Umkehrschluss, dass jene, die trainiert und beübt werden, erhalten bleiben und sich gar noch weiter entwickeln können. Bleiben wir beim eben begonnenen Beispiel; wenn ich

meine Seniorengruppe bitte, sich im Kreis aufzustellen und einen kleinen Ball untereinander zuzuwerfen, ihn abwechselnd mit der rechten, dann wieder der linken Hand zu fangen, ihn auf den Boden zu prellen und auch mal mit geschlossenen Augen zu werfen, so trainiert dies die Mobilität, das Reaktionsvermögen, das Gleichgewicht und vieles mehr.

Nun wird dieses Angebot noch erweitert, es werden beispielsweise mit geschlossenen Augen weitere Gegenstände - Murmeln, Apfel, Gummiball, Wollknäuel, Stein - im Kreis herumgereicht, mit der Aufforderung, ganz genau zu spüren, wie unterschiedlich sich die Dinge anfühlen. Jeder soll tasten, erraten, spüren und raten, worum es sich handeln könnte. - Und bereits sind wir beim Thema soziale Kommunikation angelangt. Solch eine Übung verlangt eine hohe Konzentration, viele im Kreis werden ihren Kommentar abgeben, wie schön, hart, weich oder eklig sich der jeweilige Gegenstand anfühlt. Ich habe nach dieser Runde die Frage gestellt, was jeder am liebsten berührt hat - und es entstand ein reger Dialog untereinander. Konstruktiv ist, dass sich teilweise sogar kleine Streit - Debatten entspannen, warum nun gerade Frau X. den Gummiball gern berührt und Frau Y. ihn ganz furchtbar findet. Jeder kann, darf seine Meinung kundtun, es wird gelacht und diskutiert. Und im oft so gleichmachenden Heimalltag ist plötzlich jeder wieder ein Individuum mit ganz eigenen Empfindungen, Gedanken und Gefühlen.

Wobei deutlich wird, dass sich alle drei Möglichkeiten untereinander kombinieren lassen, dass die Übergänge fließend sind und es dem Therapeuten und dem Ziel der Stunde obliegt, eine Übung weiter zu vertiefen und beispielsweise aufkommende Gefühlen zu hinterfragen oder auch einfach nur stehen zu lassen. Wenn ich meine Senioren im Kreis bat, mit geschlossenen Augen die Hand des Nachbarn zu greifen und kurz zu drücken, zu ziehen, zu schütteln oder einfach nur zu halten, so entstand daraus eine sehr Emotionsgeladene Atmosphäre. Ablehnung, Angst, Klammern, Traurigkeit. In jener Situation war es wichtig, die aufkommenden Gefühle zu benennen. Und sie möglicherweise an Erinnerungen und Lebensgeschichten zu koppeln: Frau X. fühlt die Schwielen an der Hand ihrer Nachbarin; „hast Du aber rauhe Hände!“ „Die hab ich, seit ich ein junges Mädchen bin und auf dem Hof meiner Eltern mitanpacken mußte...das war harte Arbeit. Von morgens um 4 bis zum Dunkel werden. Das wünsch ich keinem! Feierabend war erst, wenn alles fertig war. Und wehe, Vater war nicht zufrieden oder hatte einen zuviel getrunken, dann hat es was mit dem Gürtel gegeben...“

Nun obliegt es der jeweiligen Situation und dem Gespür der Therapeutin, diese Erinnerung aufzufangen, eventuell nach damaligen Gefühlen zu hinterfragen. Wieviel Trauer und Resignation sind aus dieser Situation entstanden? Oder wieviel Kraft hat Frau X. für ihr späteres Leben daraus mitgenommen? Dies ist ein sensibler Teil der Aufarbeitung auch weit zurück liegender Konflikte, die jedoch von großer Bedeutung für den alten Menschen ist. Denn; wenn das letzte Kapitel des Lebens naht, möchte jeder „sein“ Buch zu einem Ende führen. Möchte aufräumen, auch mit uralten Konflikten. „Ich möchte meine alte Wut auf Vater nicht mit nach oben nehmen, wenn ich vor den Herrgott trete...“

Auch folgendes Beispiel zeigt, oft überschneiden sich die drei o.g. Gliederungspunkte. Denn selbst bei einer beispielsweise strikt übungszentrierten Arbeit kommen manchmal Prozesse in Gang, die ganz direkt an Gefühle oder Stimmungen gekoppelt sind, so dass der Übergang zum aufdeckenden Arbeiten fließend ist. Hier ist es der Situation und dem Thema der Stunde überlassen, diese Emotionen beispielsweise zu benennen oder auch, an sie geknüpfte Erinnerungen zu erfragen.

Ein Beispiel:

Während einer Stunde in einer gemischten Gruppe sangen wir das Lied "Hoch auf dem gelben Wagen", begleitet von unterschiedlichen Rhythmen, wie Klatschen, stampfen, gemeinsam schunkeln. Als rein erlebnisaktivierendes und übungszentriertes Angebot wäre das Hauptaugenmerk lediglich auf den "Unterhaltungsfaktor" und ein möglichst umfangreiches breites Spektrum noch vorhandener Bewegungsmöglichkeiten ausgelegt. Was an sich ein gutes Angebot ist - durch Erinnern an den Text wird das kognitive Denken gefördert, durch unterschiedliche Bewegungsangebote die Mobilität und Beweglichkeit des einzelnen. Doch natürlich ergeben sich bei solch gemeinsamen Gesang und Bewegung darüber hinaus gehende Momente; nachdenkliche Gesichter, eine Träne, ausgelassener Übermut. In diesem Falle ist es sicher eine gute Möglichkeit, die aufflammenden Emotionen anzusprechen, vielleicht nach Erinnerungen oder Geschichten zu fragen, die der einzelnen gerade erzählen möchte. Oder nicht. Auch das muss dann akzeptiert werden.

Um das Arbeiten mit meinen Patienten in den später folgenden Fallbeispielen verständlicher zu machen, möchte ich einige Fachbegriffe zunächst erläutern. Unsere Körperlichkeit ist die Basis für unsere Selbstentwicklung, für unsere Identität und Individualität. Über eine Erweiterung des Bewegungsrepertoires gelangen wir häufig auch an bisher unentdeckte Gefühls - oder Denkqualitäten, zu völlig neuer Selbstwahrnehmung. Bei Menschen, die bestimmte Bewegungen vermeiden oder abwehren, liegt die Ursache dafür oft in frühen Kindheitserfahrungen oder auch in der aktuellen Lebenssituation begründet. Der innere "Zensor" lässt sie nicht alles von sich ausdrücken, was tief in ihnen verborgen liegt.

4.3. Bewegungsbeobachtung / Bewegungsanalyse als diagnostisches Instrument

Auch in der Seniorenarbeit ist es deshalb hilfreich, solche Muster anhand bestimmter Beobachtungskategorien zu erkennen, mit ihnen zu arbeiten und behutsam auch andere Facetten wachsen zu lassen. Wo liegen Prioritäten? Welches sind bevorzugte Bewegungsmuster, beliebte Körperteile? Wieso tendieren viele hospitalisierte Alte zu ankämpfend - gebundenen Bewegungen? Welche Emotionen möchten sie damit abwehren? Welches ist der Hintergrund für die, von mir oft beobachteten, abgespaltenen, isolierten Körperteile? Welche Prozesse kommen in Gang, wenn man behutsam auch andere Regionen anspricht, auch zarte Bewegungen als Gegenpol anbietet?

Petra Klein schreibt dazu: "Die Erweiterung unserer Ausdrucksmöglichkeiten ist oft verbunden mit dem Erlebnis von Freiheit, persönlicher Vielfalt und einer gewissen

“Buntheit”. Dies bildet die Voraussetzung für den freien Fluss der inneren Möglichkeiten, da die ausgedrückten persönlichen Anteile nicht gefürchtet werden müssen und somit keine Abwehr verursachen. Und genau in diesem Moment, wo wir unser volles Potential ausschöpfen, erleben wir uns in unserer Ganzheit.” (*18)

Und gerade, wenn ein sehr alter Mensch beginnt, sein gesamtes Potential - vielleicht auch nur ansatzweise - zu spüren, wenn er erfährt, dass zu seinen harten und scheinbar versteinerten Bewegungen und Ritualen auch sanfte und zärtliche Facetten gehören und es keine Schande und nichts unerlaubtes ist, diese Seiten zu haben, dann gibt ihm dies eine gewisse Ruhe, ein erleben von Weichheit, von kindlicher Geborgenheit in sich selbst - in den später folgenden Fallbeispielen werden solche Momente durchaus spürbar.

Die Bewegungsanalyse ist ein diagnostisches Instrument und wichtig für Therapieplanung und Interventionen.

4.3.1. Die Laban Bewegungsanalyse / Laban-Movement-Analysis (LMA)

Rudolf von Laban, der große deutsche Ausdruckstänzer, der am Beginn des vergangenen Jahrhunderts maßgeblich an der Entwicklung und Verbreitung des Ausdruckstanzes beteiligt war, und an dessen Erkenntnissen über die Zusammenhänge zwischen Körper und Bewegung sich später viele Pionierinnen der Tanztherapie orientierten, hat Bewegung grob in vier Sparten unterteilt. Mit diesen vier Bereichen lässt sich bis heute hervorragend bewegungsanalytisch arbeiten:

- a) Körperteilanwendung
- b) Bewegungsantrieb
- c) Raumbezug
- d) Körperformen

Die LMA ist eine Technik, um menschliche Bewegung zu beschreiben, zu messen und zu qualifizieren.

Sie beschreibt Bewegungsmuster, die für ein Individuum konsistent sind und die es von anderen unterscheiden. Die LMA zeigt eine Verhaltensdimension auf, die in Beziehung steht zu neurophysiologischen und psychologischen Prozessen.

Tanztherapeuten können Bewegungscharakteristiken und Dynamiken erkennen, es können Interaktionen zwischen Patient und Therapeut festgehalten und analysiert werden.

Was bedeutet dies im Einzelnen:

4.3.1.1. Körperteilanwendungen

Bei den Körperteilanwendungen liegt das besondere Augenmerk darauf, wie jemand seinen Körper wahrnimmt, welche Möglichkeiten er damit ausschöpfen kann. Welches sind bevorzugte, welches vermiedene Körperteile? Werden sie zentral gebraucht oder peripher? Symmetrisch oder asymmetrisch? Die Körperteil - Isolation beispielsweise bezeichnet die Fähigkeit, einzelne Körperteile aus dem Gesamtbild

herauszunehmen, um ihnen gezielte Aufmerksamkeit und Zuwendung zu schenken. Erinnern wir uns an das o.g. Beispiel der Frau X. mit den Schwielen an den Händen und Ihren Erinnerungen an die harte Arbeit und die vielen Entbehrungen in ihrer Jugend. Eine Möglichkeit wäre, sich den geschundenen Händen nun einen Moment lang ausschließlich zu widmen; wie sehen sie aus? Was empfinden Sie, wenn Sie Ihre Hände so anschauen? Wie fühlen sie sich an? Was haben Ihre Hände alles erlebt? Was möchten Sie Ihren Händen gern sagen? Was möchten Sie Ihnen gern geben? Möchten Sie Ihren Händen danken für die viele Arbeit, die sie geleistet haben? Wie möchten Sie das tun? Vielleicht sanft streicheln, sie wiegen oder in den Schoß legen...? Beispiele für Interventionen, die hohe emotionale Anbindung haben und auf der psychischen Ebene oft lange verdrängte Gefühle ansprechen, wie, das Bedürfnis, gelobt zu werden, gestreichelt zu werden, sich entspannen zu dürfen sich und den eigenen Körper zu mögen...

Diese Isolation ist unabdingbar für ein realistisches Körperschema - denn umgekehrt gibt sie auch Aufschluss über Körperteile, die regelrecht ausgeblendet und vom übrigen Körper förmlich abgespalten werden. Dieses Phänomen ist oft zu erleben bei Folteropfern, die bestimmte Körperregionen überhaupt nicht mehr in ihre Bewegungsabläufe einbinden oder bei sexuell mißbrauchten Menschen, die ihre primären Geschlechtsmerkmale, wie beispielsweise Brüste, komplett ausblenden und diese regelrecht hassen.

Von großer Bedeutung sind auch die so genannten "Schattenbewegungen" - Einstellungen und innere Anteilnahme drücken sich nicht nur in bewussten Körperaktionen aus, sondern auch in winzigen Muskelbewegungen, wie zum Beispiel das Hochziehen einer Augenbraue oder das Zucken einer Hand.

4.3.1.2. Bewegungsantrieb

Unter "Antrieb" wird nach Laban der jedem Menschen eigene Drang nach Bewegung verstanden. Er geht davon aus, dass jede Bewegung eine Entladung von Energie ist, die durch einen inneren Impuls ausgelöst wird. Es geht also bei der Betrachtung von Bewegung unter dem Aspekt des "Antriebs" nicht darum, was wir tun, sondern WIE wir es tun. (*18)

Die Antriebsanalyse beruht auf der Beobachtung und Interpretation der Bewegungsfaktoren und ihrer Energiequalitäten in folgenden Polaritäten: stark - zart, direkt - flexibel, plötzlich - allmählich, frei - gebunden. Diese Qualitäten beruhen auf der inneren Einstellung des sich Bewegenden zu den vier Bewegungsfaktoren:

Kraft - Raum - Zeit - Fluss

Dabei wird dem Kriterium "Raum" die Phase der Aufmerksamkeit und des Denkens zugeordnet - das Ziel einer Bewegung wird erkannt.

In der Phase "Kraft" zeigt sich die Absicht, die Intention, die Entschlossenheit, zu handeln.

Das Kriterium "Zeit" beschreibt die Entscheidung, steht also dafür, etwas zu tun oder nicht.

Der Faktor "Fluss" steht für Kontinuität, für Gefühlskontrolle.

Wobei viele Therapeuten letzterem, dem Bewegungsfluss, eine besondere Bedeutung beimessen, weil in diesem Kontinuum besonders sichtbar wird, ob und wie wir unsere Gefühle ausdrücken können, ob wir sie frei fließen lassen oder stark beherrschen müssen. Unter diesem Aspekt erfährt man vieles über Vertrauen und Sicherheit oder Misstrauen und Ängste.

Bewegungsantriebe beschreiben den qualitativen Aspekt der Bewegung. Funktionale Handlungen, Aktivitäten, Stimmungen und emotionale Zustände können durch Antriebsqualitäten beschrieben werden.

Bezieht man diese stark theoretischen Kriterien nun konkret auf die Arbeit mit Alten, so habe ich häufig die Faktoren „Kraft“ und „Fluss“ in deren Bewegungsrepertoire als besonders bedeutungsvoll erlebt. Viele ältere Menschen haben ausgeprägte starke, teilweise sogar harte Bewegungsmuster. Handbewegungen zum Beispiel werden rigide und mit Nachdruck ausgeführt. Zarte, sanfte Bewegungen hingegen sind selten, wirken sogar bedrohlich. Ähnliche Beobachtungen habe ich bei der Qualität „Fluss“ gemacht – die meisten hospitalisierten Alten haben äußerst gebundene Bewegungsmuster, freier Fluss ist selten. Wie ich mit jenen Polaritäten im Einzelnen gearbeitet habe, zeigen die später folgenden Fallbeispiele.

4.3.1.3. Raumbezug

Nach Laban verfügt jeder Mensch über eine eigene Kinesphäre. Damit ist jener persönliche Raum gemeint, der jeden einzelnen von uns umgibt. Um diese Vorstellung plastischer zu erklären, mag es hilfreich sein, sich eine Kugel um sich herum vorzustellen, deren Umkreis man mit gestreckten Armen und Beinen erreichen kann, ohne seinen Standort zu verändern. (*19)

Sie kann folgendermaßen unterteilt werden:

- die enge Kinesphäre, die unmittelbar an die eigene Haut grenzt; sie kennzeichnet den selbstbezogenen Kontaktbereich - hierher zieht man sich zurück , ruht aus oder schützt sich
- die mittlere Kinesphäre, sie reicht bis an jene Punkte, die noch mit den Ellenbogen erreicht werden können; hier werden hauptsächlich Konflikte ausgetragen
- die weite Kinesphäre, die von der mittleren bis hin zur größtmöglichen Ausstreckung der Gliedmaßen reicht; man erweitert seinen eigenen Wirkungsbereich, wird groß und ausladend - wobei Menschen mit einem ständig großen Aktionsradius oft Furcht vor Nähe haben.

Jeder Mensch erlebt seine Kinesphäre anders. Manche spüren sie als schützende Hülle, andere als Ei oder auch als Gefängnis. Über diese Bilder wird viel erfahrbar, wie zuhause sich jemand in seinem Körper fühlt oder auch nicht. Wieviel Freiraum er sich gibt oder wie sehr er sich einengt. Es kann eine überraschende Erfahrung sein, einen - seinen - eigenen Raum zu entdecken. Nicht zuletzt verrät unsere Kinesphäre

viel darüber, wie gut wir uns abgrenzen können und - ob und wie wir die Grenzen anderer achten.

Alte Menschen sind oft allein durch den äußeren Umstand der Bettlägerigkeit oder durch den Rollstuhl in ihrer Kinesphäre sehr eingeschränkt. Viele Bewegungsmuster laufen in der engen, bzw. höchstens der mittleren Kinesphäre ab. Was auf psychischer Ebene die Entsprechung von Rückzug, auf sich bezogen sein, allein sein (allein gelassen sein), traurig, introvertiert, in sich gekehrt usw. bedeutet. Und in diesen emotionalen Zuständen befinden sie sich meist bereits über einen langen Zeitraum!

Eine Patientin, die durch einen inoperablen Hirntumor starke Gleichgewichtsstörungen aufwies und deshalb ihr Bett nicht mehr verließ, erlebte es als sehr befreiend, wenigstens im liegen ihren Bewegungsradius erweitern zu können. Die Angebote, mit Armen und Beinen ausladende Bewegungen in unterschiedliche Richtungen auszuprobieren. Sie malte große Kreise in die Luft, hob ihre Beine zum „Fahrad fahren“, reckte die Arme weit nach oben und fühlte sich plötzlich nicht mehr so arg ihrem Schicksal ausgeliefert, stets klein und in sich gekehrt im Bett liegen zu müssen.

Desweiteren wird unter dem Kriterium Raumbezug geschaut, auf welcher Ebene sich eine Bewegung abspielt; es werden drei Raumebenen unterschieden:

- die tiefe oder untere, die vom Boden bis etwa zur Hüfte reicht
- die mittlere liegt zwischen Hüfte und Schulter
- die obere oder hohe

Alle drei weisen psychische Affinitäten auf; die tiefe assoziiert Sicherheit, Geborgenheit, Bodenkontakt, Erdung - und ist, da wir unsere ersten Lebensmonate auf dieser tiefen Ebene verbracht haben, sehr regressionsfördernd, d.h., beim Bewegen auf dieser Ebene werden sehr schnell frühe Kindheitserinnerungen wach - erfreuliche oder auch schmerzhaft.

Die mittlere Ebene ist die, auf der wir uns fast ständig bewegen, sie ist uns daher vertraut und ist weniger gefühlsbetont als die anderen beiden. Sie wird auch als „Erwachsenenebene“ bezeichnet.

Die hohe Ebene wird oft mit Leichtigkeit und Beschwingt sein verbunden, auf ihr möchte man „nach den Sternen greifen“. Bewegt sich allerdings jemand ständig auf der oberen Ebene, so verliert er sehr schnell den Bodenkontakt und eventuell den Realitätsbezug.

Bei alten Menschen ergibt sich nun das Problem, dass sie, allein durch die normalen körperlichen Abbauprozesse, wenig Möglichkeiten haben, sich auf den unterschiedlichen Ebenen zu bewegen. Die Vielfalt der damit verbundenen Emotionen geht ihnen dadurch verloren. Ein alter Mensch kann die Geborgenheit nicht spüren, die man empfinden kann, wenn man sich mit einer Decke auf den Boden kuschelt. Er kann nicht die Leichtigkeit spüren, auf den Zehenspitzen zu tänzeln und den Himmel berühren zu wollen oder auch mal, die Dinge „gelassen von oben zu betrachten“. Zu-

meist wird er sich, allein den physischen Gegebenheiten geschuldet, auf der mittleren Ebene befinden.

Hier ist ein wichtiger Ansatzpunkt, die vernachlässigten Ebenen und damit verbundenen psychischen Affinitäten durch gezielte Interventionen wieder erlebbar zu machen.

Ein Beispiel:

Wenig bedrohlich – weil es ja vermeintlich nichts mit einem selbst zu tun hat – ist das imitieren von Tieren. Die oben genannte Patientin mit dem Hirntumor liebte diese Spiele. Sich wie eine Katze zusammen zu kauern, sich einzurollen, unter der Bettdecke zu verstecken...nach den dabei aufkommenden Gefühlen befragt, erwähnte sie, wie schön es sei, einmal faul sein zu dürfen, sich wohlig zu fühlen, warm und geschützt.

Danach wurde sich geräkelt und gestreckt und die Patientin betonte, wie gut es ihr nun ginge.

Unter dem Aspekt der Raumorientierung wird hauptsächlich darauf geachtet, in welche Richtungen, bzw. in welcher Dimension sich jemand bewegt. Im Sinne der Polaritäten gibt es die

- vertikale (hoch - tief)
- die horizontale (rechts - links)
- die sagittale (vor - zurück)

Dimension, die rein von der körperlichen Statik bereits vorgegeben sind. Vertikal ist unser aufrechter Stand, horizontal ist unsere Taillenlinie, die Ober- und Unterkörper voneinander trennt, sagittal unsere normale Schrittrichtung. Durch diese anatomischen Verbindungen erfährt der Mensch also bereits ein Gefühl von Sicherheit. Fehlt eine Dimension oder ist nur schwach ausgeprägt, beginnt diese Sicherheit zu bröckeln.

Auch bei diesen Raumorientierungselementen sind Probleme bereits dadurch programmiert, dass beispielsweise ein Rollstuhlfahrer große Einschränkungen darin hat, sich auf der Vertikalen zu bewegen.

Nicht zuletzt ist auch das Beobachten von Raumwegen sehr aufschlussreich - unterschieden werden hauptsächlich

- gerade und eckige
- runde und kreisartige

Raumwege, die außerdem regelmäßig oder unregelmäßig, offen oder geschlossen, verbunden oder unverbunden, sein können.

Für Menschen, deren Leben symbolisch gesprochen von Umwegen charakterisiert ist, kann es eine wegweisende Erfahrung sein, einmal auf dem kürzesten, geraden Weg zu einem gesteckten Ziel zu gelangen. Umgekehrt kann es für sehr gradlinige,

zielstrebige Menschen eine Erholung sein, sich einmal in kurvigen, runden Bewegungen und über Umwege ihrem Ziel zu nähern.

4.3.1.4. Körperformen

Hierbei geht es nicht um die, sondern um DAS Körperformen, im Englischen "shape". Diese Qualität der Bewegungsbeobachtung/Bewegungsanalyse stellt eine Fortführung und Erweiterung der von Laban entwickelten Kategorien dar. Entwickelt wurde sie von Judith Kestenberg. Das „Kestenberg Movement Profile“ (KMP) ist ein Ergebnis ihrer Forschung um die Zusammenhänge des Körperformens in Bezug zur psychoanalytischen Theorie der Entwicklung der Objektbeziehungen.

Die grundlegenden Shaping - Formen sind

- das Heben und Senken
- das Ausweiten und Einengen
- das Vorrücken und Zurückziehen

Auch diesen Dimension werden psychische Affinitäten zugeordnet und jede hat entwicklungspsychologische Entsprechungen.

Z. B. wird der Polarität "Heben und Senken " viel Bedeutung in Betrachtung auf die eigene Größe, den eigenen Selbstwert beigemessen;

Heben:

aufrichten, eigene Größe spüren und zeigen, gehobener Stimmung sein, Einfluss spüren. Aber auch Überheblichkeit, Machtmissbrauch

Senken:

entspannen, loslassen, ausruhen - aber auch bedrückt sein, Trauer, erniedrigt werden, Demut

Die Polarität "Ausweiten und Einengen" hat mit folgenden innerpsychischen Themen zu tun:

Ausweiten:

Offenheit für Kontaktaufnahme, sich inneren und äußeren Raum nehmen, Stolz - aber auch sich - breit - machen, Drohgebärde, Machtkampf und Auseinandersetzung

Einengen:

sich selbst halten, stützen und streicheln, eigene Körpergrenzen spüren aber auch Angst, Bescheidenheit, sich als "Strich in der Landschaft" fühlen

Die Polarität "Vorrücken und Zurückziehen" beschreibt viel davon, wie jemand in die Welt hinaus geht

Vorrücken:

sich zeigen, in Beziehung treten, offen sein für Kontakte aber auch Flucht nach vorne, jemanden einschüchtern, sich wie eine "Dampfwalze" benehmen

Zurückziehen:

sich ausruhen, schützen, anlehnen aber auch sich entziehen, Konflikten aus dem Weg gehen, Resignation, Scham, Angst, Schuldgefühle, verletzt sein (*20)

Nun wird in den folgenden Fallbeispielen nicht jedes hier aufgeführte Kriterium von mir in dieser ausführlichen Form beschrieben werden. Wichtig ist jedoch schon, wo liegen welche Präferenzen? Welche Körperteile werden wie bewegt und in welcher Intensität? Ist jemand stets gebunden in seine Bewegungen oder frei? Bewegt er sich zielstrebig oder umständlich, wirken seine Bewegungen kraftvoll oder zurückhaltend u.s.w. Und dann gilt es, zu hinterfragen, warum? Was steckt dahinter? Mit diesem "warum", dieser analytischen Auseinandersetzung seines Bewegungsrepertoires schlägt sich die Brücke zur Emotionalität des Patienten und dadurch möglicherweise auch zur Aufarbeitung verdrängter oder abgewehrter Anteile.

Wobei das psychoanalytisch aufdeckende Arbeiten speziell bei alten Menschen einen anderen Stellenwert hat, als bei anderen Patientengruppen. Hier liegt das Hauptaugenmerk darauf, einen alten Menschen mit seinen Ecken und Kanten zu respektieren, seine Eigenarten liebevoll herauszuarbeiten. Das Annehmen des Alterungsprozesses und das wohlwollende Umgehen mit sich selbst stehen mehr im Vordergrund als beispielsweise das Bearbeiten frühkindlicher Traumata. Auch wenn solche anklagen und thematisiert werden, so gilt es in erster Linie nicht, neue Lebensstrategien reifen zu lassen, sondern mit diesen aus heutiger Sicht besser umzugehen. Trauer und Schmerz zuzulassen, Verständnis und Zuwendung zu bekommen. Sie möglicherweise zum ersten Mal im Leben überhaupt aussprechen zu dürfen und dadurch eine Form der inneren Befreiung zu erlangen.

4.4. Psychodynamik

Psychodynamik ist die Auffassung der Psychoanalyse, dass die einzelnen Persönlichkeitsanteile des psychischen Apparates (Es - Ich - Über-Ich) in Spannung zueinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen, woraus psychische Erscheinungen wie Verdrängung, Fehlleistungen oder Angst erklärt werden. (*21)

Einfacher ausgedrückt; mit Psychodynamik beschreibt man das komplizierte Wechselspiel zwischen unseren Bedürfnissen und Wünschen auf der einen Seite und unseren Widerständen und Ängsten dagegen, auf der anderen Seite.

4.5. Übertragung und Gegenübertragung

Bezeichnung für den nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch im Alltagsleben stattfindenden, häufig unbewussten Vorgang, der darin besteht, Gefühle und Erwartungen, die man gegenüber früheren Bezugspersonen, v.a. Eltern, hatte, nun auf andere Personen zu übertragen." (*22)

Übertragung und Gegenübertragung sind spezielle Arbeitsmethoden aus der Psychoanalyse. Mit ihnen beschreibt man die wechselseitigen Beziehungen zwischen Patient und Therapeut. Nach Sigmund Freud ist diese Beziehung gekennzeichnet durch sogenannte positive und negative Übertragungen - zum Beispiel durch das Aufbrechen plötzlicher zärtlicher, liebevoller oder auch feindseliger Gefühle, unbewusster Vorstellungen, Ängste und Konflikte, die dann auf den Therapeuten übertragen werden (*23)

Im Gegenzug löst auch der Patient in jedem Therapeuten gewisse Reaktionen auf seine unbewussten Gefühle aus - in diesem Falle spricht man von Gegenübertragung.

Mit einfacheren Worten: jede Begegnung zwischen Menschen ist dadurch gekennzeichnet, dass mein Gegenüber in mir Gefühle auslöst und ich in ihm. Diese Gefühle treten nicht zwangsläufig nur in Beziehung zu mir auf, sondern basieren meist auf bereits viel früher stattgefundenen Erfahrungen, in ähnlichen Beziehungen (Übertragung).

Mit dem, wie mir mein Partner begegnet, löst er auch bei mir Gefühle aus, die dazu führen, dass ich ihn behandle, wie andere Personen aus meinem Leben (neurotische Gegenübertragung).

In der Therapie sollte nun tunlichst versucht werden, diese Gefühle wahrzunehmen und zu erkennen und sie als solche, auf früheren Erfahrungen basierende, einzuordnen.

Ein Beispiel: Wenn mich mein Patient in immenser Härte angreift, warum ich denn jetzt zwei Wochen nicht da war - weil ich Urlaub hatte - könnte es beispielsweise daran liegen, dass er unbewusst schon oft erlebt hat, wie es ist, allein gelassen zu werden. Von seinen Eltern oder von seinem Partner. Ein Gefühl, dass ihn unbewusst ängstigt und kränkt. In diesem Moment "überträgt" er jene wohlbekanntesten Gefühle auf die Situation mit mir. Ich bin in diesem Falle nicht der Grund, sondern der Auslöser.

Umgekehrt ist es für jeden Therapeuten unabdingbar, ganz genau auf seine eigenen Gefühle zu hören, wenn er mit einem Patienten arbeitet; habe ich zum Beispiel permanent ein schlechtes Gewissen, wenn die Stunde vorbei ist? Fühle ich mich überfordert und unter Druck gesetzt? Liegt es möglicherweise daran, dass ich diese Gefühle aus frühester Kindheit verinnerlicht habe? Oft das Gefühl hatte, reicht es aus, was ich mache? Oder muss ich mich noch viel mehr anstrengen, viel perfekter sein, um die nötige Liebe und Anerkennung zu bekommen? Für wen muss ich mich so anstrengen? Für meinen Vater vielleicht, der mich nie genug geliebt hat? In diesem Falle hätten wir ein klassisches Beispiel für "Gegenübertragung", welches in der eigenen Supervision bearbeitet werden muss.

5. Erstes Fallbeispiel: Frau K.

5.1. Kurze Beschreibung der Patientin

Frau K. ist 86 Jahre alt und seit vier Jahren im Pflegeheim. Sie leidet an einem inoperablen Hirntumor und kann das Bett nicht mehr verlassen - beim Aufrichten des Oberkörpers von mehr als 45° wird ihr schwindlig.

Sie muss fest liegen und kann sich mit dieser Situation nicht abfinden. Frau K. ist geistig dabei noch sehr klar und ansprechbar, zeigt reges Interesse an ihrer Umwelt. Durch das lange Liegen ist ihre körperliche Konstitution sehr schwach, ihre Muskulatur sehr degeneriert, sie wirkt regelrecht zerbrechlich. Trotzdem turnt sie jeden Tag "verbissen" im Bett, da sie sich so gern fit halten möchte.

Frau K.'s soziale Kontakte beschränken sich auf die Besuche ihrer einzigen Tochter, etwa einmal wöchentlich.

Ich habe mit Frau K. 2 mal pro Woche in Einzeltherapie gearbeitet.

5.2. Stundenverlauf

Zunächst möchte ich einen typischen Therapiestundenverlauf mit Frau K. beschreiben:

Bei meinem Erscheinen liegt Frau K. apathisch im Bett, starrt an die Decke. Ihr Gesichtsausdruck ändert sich in dem Moment, in dem sie mich bemerkt. sofort versucht sie, freundlich und verbindlich zu wirken, freut sich über mein Kommen. Trotzdem gibt sie unumwunden zu, dass es ihr heute nicht gut geht ("...wie soll ich mich denn schon fühlen, ich liege ja nur sinnlos hier herum...gut dass Sie da sind, da können wir ja wenigstens ordentlich Gymnastik machen...")

Ich greife als Therapieziel für die heutige Stunde das Wort "fühlen" auf und frage, ob ich zunächst ihren Körper mit dem Igelball abrollen darf - sie bejaht. Variiere den Druck, frage, wie sich was anfühlt, was sie empfindet, bitte sie, meine Bewegungen mit dem Ball zu lenken - da es ungewohnt für sie ist, eigene Wünsche zu äußern, begleite ich sie dabei verbal; wo ist es angenehm, wo möchte sie sanfter berührt werden, wo etwas stärker, gibt es eine Region, die ihr besonders angenehm ist oder auch nicht. Dadurch entwickelt sie eine gefühlsmäßige Eigeninitiative, hat dann sogar den Mut, den Ball dorthin zu dirigieren, wo sie ihn am angenehmsten empfindet. Später lasse ich sie selbst den Igelball in die Hand nehmen, zum Unterschied auch einen Softball, bitte sie, mit geschlossenen Augen ihre Empfindungen zu beschreiben. Sie empfindet dies als äußerst erheiternd (...wie eine Kastanie, wie ein Stachelschwein - aber wer mag schon Stachelschweine streicheln?)

Um die bei ihr entstandene Freude am Augenblick beizubehalten, greife ich den Tiernamen auf und biete ein kleines Spiel an; wir werfen uns den Ball zu und nennen Tiernamen dazu, imitieren die entsprechende Tierstimme und halten eine kurze "Zwiesprache" - zum Beispiel Vogel - Piepen und Hunde bellen, was sie sehr belustigt. (als Vogel ist sie ganz "kleinlaut", ganz sanft und schüchtern, als Hund hingegen "bellt" sie mich mit starker Stimme an, klingt sehr kraftvoll) Ich bitte sie, für jedes Tier

eine entsprechende Bewegung oder Geste zu finden - als "Vögelchen", wie sie sich selbst nennt, kauert sie sich in ihr Bett, zieht die Schultern und den Kopf ein und schlingt ihre Arme schützend um den Körper. Als Hund wird sie richtig groß! Soweit dies im Liegen möglich ist, versucht sie sich aufzurichten und bekommt einen bedrohlichen Gesichtsausdruck.

Zum Ende der Stunde wirkt sie ausgeglichener, fast ein wenig erheitert.

Obwohl Frau K. heute zunächst traurig und hoffnungslos wirkte, habe ich nicht versucht, diesen Zustand durch Interventionen und Aktivitäten zu ändern. Durch das Arbeiten mit den Bällen lenkte ich ihre Aufmerksamkeit auf ihre momentanen körperlichen Befindlichkeiten, sie konnte gut ihre Empfindungen dabei unterscheiden und dies auch deutlich formulieren. Dabei stellte sie fest, dass es durchaus Regionen gibt, die mit angenehmen Gefühlen besetzt sind.

Durch das Spiel mit den Tierstimmen sind wir in einer für sie bislang unbekannten Art und Weise in Kontakt getreten, sie selbst hat die unterschiedlichen Polaritäten in Form von Vogel und Hund ausprobiert und gespürt.

Ihre Ausweglosigkeit war für einen Moment aus dem Blickfeld gerückt.

Wichtig nach dieser Stunde war, als Ausblick auf kommende Stunden, Frau K.'s gegenwärtige Stimmungen aufzunehmen. Sie nicht mit "wohl gemeinten" Übungsangeboten zu überfordern und ihre Ausweglosigkeit nicht "weg turnen zu wollen". Wichtig: Selbst Akzeptanz, Integration und zulassen auch negativer Gefühle.

5.3. Weitere mögliche Interventionen

Bei Frau K. hat sich als Anfangsangebot zunächst oft ein funktional - übungszentriertes herangehen bewährt. Da sie früher sehr sportlich war und mir sehr stolz zeigte, was sie selbst im Liegen noch alles kann, bin ich auf dieser Ebene eingestiegen und habe mit ihr oft ein kleines "warm up", ein Erwärmen des Körpers und der Muskulatur praktiziert; heben, senken und dehnen der Beine, strecken und winkeln der Füße, kreisen und schütteln der Hände, Arme und Schultern. Dabei war es sehr wichtig, alle Übungen verbal zu begleiten, sie zu ermuntern, ihre Empfindungen dabei zu benennen, was tut gut, was zieht oder schmerzt, welche Bewegung macht ihr Spaß, welche weniger. In dieser Phase war es besonders wichtig, ihre Aufmerksamkeit auf ihren Körper zu lenken, ihre Empfindungen, die sie vom langen Liegen fast verloren glaubte, wieder zu entdecken. Außerdem war es für sie ein sehr bestärkendes (Ich - Stärkung) Erlebnis, positive Erfahrungen zu machen, zu spüren, dass sie ja doch noch so einiges kann.

Im weiteren Verlauf habe ich behutsam begonnen, für sie bis dato unbekannte Dinge anzubieten, zum Beispiel, Massagen mit dem Igelball - nach dem "Wünsch Dir was - Prinzip"; sie bestimmt, wo und in welcher Intensität sie massiert werden möchte und benennt auch, warum (s.o.).

Zunächst sehr amüsiert reagierte sie auf das Angebot, im Liegen zu "tanzen". Zu diesem Zweck hatte ich Tonbänder mitgebracht, für sie waren besonders rhythmische Titel hilfreich, wie Polka oder Rumba. Sie war erstaunt, wie allein ihre Füße und

Hände sich im Takt bewegen konnten, "Hacke - Spitze - eins, zwei, drei", klatschen im Takt auf den Leib und auf die Schenkel und auch an meine Hände - sie bekam ein Gefühl für Kontakt, ich bot mich ihr als Partner an.

In dieser Phase begann das bis hierhin übungszentrierte Arbeiten eine neue Qualität zu erreichen. Durch Rhythmen, Berührungen, Kontakt mit mir, begann Frau K. über Gefühle zu sprechen, auch, Gefühlen mittels unterschiedlichster Bewegungen Ausdruck zu verleihen.

Im Laufe der Zeit integrierte ich diverse kleine Spiele, beispielsweise das Befühlen unterschiedlichster Materialien mit geschlossenen Augen - solcherlei Spiele sprechen einerseits das kognitive Denken an, fördern die Phantasie und machen nicht zuletzt Spaß, den sie sonst kaum noch hat.

5.4. Bewegungsbeobachtung

Dadurch, dass Frau K. ans Bett gefesselt ist, war es zunächst nicht ganz eindeutig, ihre Präferenzen zu erkennen. Zum einen legte sie eine ungeheure Aktivität an den Tag, wenn es darum ging, ihre Beine in ausladenden Bewegungen zu heben und beispielsweise in der Luft "Rad zu fahren", zum anderen grenzte sie manche Bereiche völlig aus, beispielsweise ihren Kopf und Rumpf. Sie schonte ihren Kopf, wo immer sie nur konnte, so, als ob sie befürchtete, durch ein zu viel an Bewegung ihren Zustand (inoperabler Hirntumor) noch weiter zu verschlechtern. Darauf angesprochen, äußerte sie jedoch keinerlei Beschwerden.

Ihre Bein - Bewegungen waren, wenn man bedenkt, dass sie lag, von enormer Kraft und Intensität - allerdings bündelte sie sie in einem sehr gebundenen Fluss, was darauf schließen lässt, dass ihr dies vermeintlich Halt geben sollte, andererseits sie sich dadurch freilich auch gut kontrollieren konnte. In ihrer Rigidität sich selbst gegenüber ("ich muss das jetzt nochmal schaffen, die Beine zu heben") empfand ich einen großen Leistungsdruck und eine enorme Anspannung.

Frau K. neigt dazu, manche Bewegungen autoaggressiv auszuführen, d.h., beispielsweise beim rhythmischen Klatschen schlug sie so fest und heftig auf ihre Oberschenkel, dass diese ziemlich rot davon wurden. Oft begleitete sie diese Schläge mit lauten Rufen; "So! Da! Jawoll!" Ich habe sie in diesem Moment ermuntert, besser gegen die Matratze zu schlagen oder mal so richtig gegen meine Handflächen abzuklatschen und mir dabei zu sagen, wem sie´s gerade mal so richtig zeigen möchte. "Dem Oberarzt und der Schwester - der Doktor hört mir nie zu und die Schwester hat mir seit dem Mittag nicht die Windel gewechselt..." Ein banal klingendes Beispiel - jedoch hat sie in diesem Moment der in ihr angestauten Wut Luft gemacht, die sie sonst wieder allein ausgebrütet hätte und schlussendlich als Frust gegen sich selber richten würde ("Ich taug ja sowieso nichts mehr...").

Bei Angeboten, bei denen sie nicht selbst aktiv werden mußte - also beispielsweise bei Körperreisen oder Massagen mit unterschiedlichen Materialien, zog Frau K. sich sehr in sich zurück, sie "igelte" sich ganz nach innen, der Oberkörper ward rund und ihre Arme umschlangen eng den Rumpf. Wahrscheinlich zum einen ein Ausdruck von "sich selbst halten, bei sich einkehren - aber möglicherweise auch ein zurückziehen, ein Schützen vor zu mächtig werdenden Gefühlen, die bei solch passiven Angeboten viel spürbarer werden, als bei ständiger Aktivität. Andererseits waren solche

Massagen, beispielsweise mit dem Igelball (s.o.), eine sehr wichtige und auch neue Erfahrung für sie. - Sie, die sich hauptsächlich über Aktivität zu spüren versuchte, durfte erstmals passiv sein - und damit nicht genug, sie fühlte sich nicht ausgeliefert, sondern konnte sogar selbst bestimmen, was wie mit ihr geschieht. Sehr wichtig, denn gerade bei hospitalisierten alten Menschen überwiegt oft ein Gefühl von "überrollt werden", "keine Meinung mehr haben dürfen".

Ganz überrascht und fast weich wirkte sie, als wir langsam begannen, die Beine und später dazu auch die Hände und Arme, tanzen zu lassen. Als ich als Gegenpol begann, sanfte Bewegungen anzubieten und diese auszuprobieren, leichtes Schwingen, Rotationen, ziehen, tupfen, streicheln, wurde ihre (emotionale) Haltung plötzlich eine andere; ihre sonst so stark gehaltenen Muskulatur entspannte sich teilweise und sie genoss es spürbar, sich nicht permanent so sehr anstrengen zu müssen. Wobei sehr deutlich wurde, dass zu zarte Bewegungen für sie sehr Angst besetzt waren, sie setzte dann meist sehr schnell wieder den Gegenpol dagegen.

5.5. Psychodynamik

Frau K. scheint zutiefst verzweifelt über ihre ausweglose Situation. Sie versucht jedoch, durch einen harten Kampf, nicht zuletzt gegen sich selbst, dieser Situation Herr zu werden. Sie möchte nicht wahrhaben, dass dies die "Endstation" sein soll, sie wahrscheinlich nie wieder ihr Bett verlassen wird. Auf den ersten Blick wirkt sie freundlich und heiter, auf den zweiten resigniert und hilflos. Durch ihr fast schon verbissenes Training der ihr verbliebenen Möglichkeiten, versucht sie, ihrer aussichtslosen Lage etwas entgegenzusetzen. Vielleicht ein Relikt ihrer Erziehung: "Du musst hart kämpfen, wenn Du etwas erreichen willst" und - "große Mädchen weinen nicht". Denn hinter all ihren Aktivitäten und ihrem Perfektionismus ist eine tiefe Trauer und Ausweglosigkeit spürbar. Trauer, die sie gekonnt überspielt, damit ja nur niemand - und schon gar nicht sie selbst - diese Trauer bemerkt.

In manchen Stunden ist sie an den Punkt dieser verdrängten Trauer gelangt. Versuchte jedoch sofort, sie herunterzuspielen. Dann war es besonders wichtig, genau dort zu bleiben. Keine Angebote zu machen, dieses für sie so Angst besetzte Gefühl möglichst schnell wieder "weg zu turnen", sondern dort zu verweilen, nachzufragen, was sie so traurig macht. Ihr vor allem das Gefühl zu geben, sie damit nicht allein zu lassen. Oft begann sie dann von Früher zu erzählen, davon, dass sie sehr sportlich war, gern getanzt hat, besonders mit ihrem Mann, den sie sehr früh verlor. Und dann kam zur Trauer auch noch eine große Einsamkeit, selbst die häufigen Besuche ihrer Tochter konnten an diesem Gefühl nichts ändern.

5.6. Übertragung

Die Tochter von Frau K. war in all unseren Stunden ein großes Thema. "Oh die Gute, zweimal pro Woche kommt sie, dann macht sie mir die Haare, dann liest sie mir was vor, dann bringt sie was gutes zu essen mit..." Fazit: dann geht's mir endlich wieder gut. Sehr häufig konfrontierte mich Frau K. damit, dass ich doch bitte eben jene o.g. Dinge für sie erledigen möge. Post wegbringen, vorlesen, einkaufen gehen...Es dauerte eine Weile, sie jedes Mal auf's neue davon zu überzeugen, dass dies nicht mei-

ne Aufgaben seien - was bei ihr wiederum zunächst Unverständnis, ja kindliches Schmollen zur Folge hatte.

Oft, gegen Ende der Stunde, begann Frau K. sich extrem schlecht zu fühlen, zu jammern und urplötzlich Bauchschmerzen oder ähnliche Symptome zu entwickeln. Ich mutmaße, diese Muster sind ihr sehr vertraut, wenn es darum geht, von jemandem (ihrer Tochter) mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen zu wollen. Jenem möglicherweise ein schlechtes Gewissen zu machen, dass "die Gute" sich doch längst nicht so kümmert, wie Frau K. es erwartet. ("Wenn Du mich wirklich lieb hast, bleibst Du noch ein bisschen").

Und genau an diesem Punkt begann für mich die Gegenübertragung.

5.7. Gegenübertragung

Der schwelende Konflikt zwischen Tochter und Mutter bereitete mir jedes Mal Unbehagen, ich entwickelte dadurch sehr ambivalente Gefühle Frau K. gegenüber. Zum einen drückte sie mich permanent in die Rolle IHRER Mutter, in dem sie sich ganz klein und hilflos zeigte und von mir jede nur erdenkliche Hilfe erwartete, umsorgt und am liebsten in den Arm genommen werden wollte - "Frau Krüger, die großartige, wird mich wieder gesund machen! "

In diesem Zustand pendelte ich gefühlsmäßig meistens zwischen Grandiosität - ein Gefühl von Macht - und Überforderung.

Zum anderen war sie die dominierende Mutter, weil ich das Gefühl nicht los wurde, sie erwartet mehr von mir, als ich zu geben im Stande bin - und alles, was ich mit ihr mache, ist sowieso völlig sinnlos. ("...das bringt doch alles nix...") An solchen Tagen habe ich an mir oft heftige somatische Gegenübertragungssymptome gespürt, wie extreme Anspannung im Schulter - Nacken - Bereich (diese Last war halt schwer zu tragen) oder Appetitlosigkeit und Magenschmerzen (das Thema ist mir im Sinne des Wortes „auf den Magen geschlagen“)

Es war wichtig, diese Mechanismen für mich zu erkennen und im Rahmen der Supervision zu besprechen und aufzuarbeiten.

5.8. Abschließende Betrachtung der Arbeit mit der Patientin Frau K.

Ein genereller Aspekt in der Arbeit mit alten Menschen ist, dass es keine Prognose gibt, kein Heilungs - oder Genesungsziel. Deshalb ist es zunächst wichtig, sich selbst gegenüber dem Patienten zu positionieren.

Hilarion G. Petzold schreibt dazu: "Die Therapie mit alten Menschen setzt sich mit der Situation auseinander, dass der Abschluss des Lebens in greifbare Nähe getreten ist, der Zukunftshorizont keine Ausdehnung mehr hat, dass aber der Vergangenheitshintergrund eine Lebensstrecke umfasst, in der die ganze Vielfalt über sieben oder acht Dezennien gelebten Lebens uns entgegentritt" (*24)

Bei Frau K. war es wichtig, zu akzeptieren, dass ich sie nicht wieder gehend machen werde. Dass ich jedoch ihren Zustand versuche, begreifbarer zu machen. Dass ich mit ihr gemeinsam nach Möglichkeiten suche, sich mit dem Schicksal zu arrangieren, Alternativen zu finden. Wenn man halt zum Tanzen nicht mehr das Bett verlassen kann, dann wird eben im Bett getanzt...

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Erarbeiten und Zulassen von verdrängten Gefühlen. Für Frau K. speziell bedeutete dies, ihre Trauer zu akzeptieren, auch, ihren angestauten Ärger, über sich, ihre Tochter, die ungeklärten, gärenden Konflikte. Insgesamt bedeutet die Integration sämtlicher Gefühlsfacetten eine Akzeptanz ihres Zustandes, was sie entspannter im Umgang mit sich selbst machte. Denn, Naomi Feil hat in ihrem Buch "Validation in Anwendung und Beispielen", eines ganz deutlich formuliert; sehr alte Menschen schleppen ihre unterdrückten Gefühle bis ins hohe Alter wie schweres Gepäck mit sich herum, sie müssen es abladen, bevor sie sterben.

„...sie kommen in den letzten Abschnitt ihres Lebens, in den Abschnitt der Aufarbeitung. In dieser Phase versuchen die Hochbetagten, all die losen Gefühlsenden ihres Lebens zu verknüpfen, bevor sie sterben. Jetzt, in diesem sehr hohen Alter, nehmen sie sich Aufgaben vor, die sie schon Jahre früher hätte erledigen sollen...“ (*25)

6. Zweites Fallbeispiel: Frau E.

6.1. Kurze Beschreibung der Patientin

Frau E. ist 82 Jahre alt und seit 12 Jahren im Pflegeheim. Ihre intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten haben in den vergangenen Jahren durch fortschreitende Demenz kontinuierlich abgenommen. Sie ist noch nicht bettlägerig, sitzt jedoch stets in ihrem Stuhl an ein und demselben Platz.

Sie hat extreme Wortfindungsschwierigkeiten, ist zunächst nicht konkret ansprechbar, reagiert jedoch auf Ansprache meist mit unverständlichen Wortfetzen und Lauten - ihrer eigenen Phantasiesprache.

Frau E.'s Wahrnehmung ihrer unmittelbaren Umgebung ist stark eingeschränkt, sie kann ihr Zimmer nicht mehr allein verlassen, lebt also völlig isoliert. Besuch von ihrem Enkel bekommt sie höchst selten, vielleicht einmal im halben Jahr.

Tägliche Verrichtungen, wie persönliche Hygiene und der Gang zur Toilette, können von ihr nicht mehr alleine bewerkstelligt werden. Sie kann nicht mehr alleine stehen, benötigt Hilfe in allen Bereichen.

Nach den unter Kapitel 2.2. beschriebenen Verfahren haben ihre behandelnden Ärzte bei ihr eine Alzheimer - Erkrankung diagnostiziert.

Von ihrer körperlichen Konstitution wirkt sie sehr "drahtig", sie ist schmal und feingliedrig. Pfleger und Schwestern der Einrichtung berichten über große Schwierigkeiten mit ihr, da eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, Frau E. zudem oft aufbrausend oder unerwartet heftig reagiert.

6.2. Stundenverlauf

Zunächst möchte ich wiederum einen für die Arbeit mit Frau E. typischen Stundenverlauf schildern.

Wie gewohnt, sitzt Frau E. in ihrem Stuhl am Fenster, schaut jedoch nicht hinaus, sondern stur geradeaus. Ich begrüße sie per Handschlag - sie hält meine Hände fest, schaut fragend. Ich habe mit ihr ein kleines Begrüßungsritual entwickelt; beginne, "Horch was kommt von draußen rein" zu singen und ihre Hände dabei rhythmisch mitschwingen zu lassen. Nach kurzer Zeit hellt sich ihr Blick auf, sie summt mit - sie hat mich erkannt.

Den Rhythmus dieses Liedes nutzend, beginnen wir, einzelne Körperteile zu stimulieren. Leichtes abklatschen, schieben und ziehen, mit den Füßen marschieren. Sie wird wacher, scheint Freude an den Bewegungen zu haben. Während dessen spreche ich ganz normal mit ihr, stelle Fragen zu ihrem Befinden, begleite unser Tun mit Worten. Sie reagiert mit murren, schnalzen oder "ja, ja".

Immer wieder variieren wir mit Rhythmen, sie spricht darauf an, zu klatschen und zu tupfen, greift immer wieder meine Hände und plötzlich geschieht etwas Unvorhergesehenes: zu jedem Klatschen zählt sie laut und deutlich von eins bis sechs. Darüber sind wir beide so überrascht, dass ein befreiendes Gelächter beginnt und wir den Rest der Stunde damit verbringen, uns gegenüber sitzend zu verschiedenen Volkslie-

dem an den Händen zu halten und im sitzen zu tanzen. Die Texte kann sie nicht mehr, jedoch die Melodien sind ihr immer noch vertraut.

6.3. Weitere Übungsangebote und Interventionen

Da in jeder Stunde der Kontakt zu Frau E. ganz neu hergestellt werden muss - sie hat mich einfach längst wieder vergessen- auch das ist ein Bestandteil ihrer Erkrankung, war ein Begrüßungsritual sehr hilfreich. In diesem Falle eine immer wiederkehrende Melodie, die ihr einen vertrauten und haltenden Rahmen bot. Auf ihr konnte der weitere Stundenverlauf aufgebaut und fortgeführt werden.

Dazu gehören ein leichtes, übungszentriertes Aufwärmen, bei dem es zunächst darum geht, den immer nur sitzenden Körper wahrzunehmen. Erfolg dessen war auch, dass sie sich mit meiner Hilfe für einen kurzen Augenblick vom sitzen in den Stand bewegt hat. Wir standen uns gegenüber und haben händehaltend die Arme geschwungen. Zwei neue Erfahrungen für Frau E., die a) sonst nur sitzt, b) ihre Präferenzen sonst eher in gebundenen Bewegungen hat. (Dazu mehr im folgenden Kapitel "Bewegungsbeobachtung").

Kleine Ballspiele haben sie zum einen amüsiert, zum anderen auch körperlich mobilisiert und aktiviert - als Ergänzung ein nicht zu unterschätzender Aspekt, da sie langsam aber sicher "einrostet".

Oft haben sich gegenwärtige Momentaufnahmen aus ihrer unmittelbaren Umgebung angeboten, sie zu kleinen Bewegungssequenzen zu ermuntern - z.B., als ein Schwarm Krähen lauthals vor ihrem Fenster tobte, haben wir deren Gezeter mit Bewegungen und Lauten nachgeahmt und sie konnte sich Luft darüber machen, dass die "Biester" mit ihrem Geschrei sie eigentlich total ärgerlich machen. Wobei die Vögel sicher auch nur ein Ventil waren, für angestauten Ärger, aufgestaute Wut. Frau E. - und diese Erfahrung machen wahrscheinlich alle, die mit Alzheimer - Patienten in Kontakt sind, spürt nämlich sehr genau und deutlich, dass sie sich nicht mehr artikulieren kann. Dass sie nicht mehr verstanden wird, dass man sie für verrückt hält. Ein Zustand, der sie natürlich unglaublich hilflos und auch wütend macht. Es ist umso wichtiger, dass diese Wut ein Ventil erfährt, da sie sich sonst auto - aggressiv, also gegen sich selbst, entlädt.

Die Arbeit mit Medien war für Frau E. überraschend und neu - jedoch hat sie dankbar und interessiert darauf reagiert. Ich habe oft unterschiedlichste Materialien mitgebracht und ihr die Wahl gelassen, ob sie sich gern mit Tüchern, Bällen, Seilen oder Steinen beschäftigen möchte. Wobei ihre Wahl erstaunlich oft auf weiche, seidene Materialien fiel (mehr dazu ebenfalls im folgenden Kapitel).

Auch der Einsatz von Musik hat sich in der Arbeit mit Frau E. als hilfreich erwiesen - besonders Musikstücke mit sehr rhythmischem, volksliedhaftem Charakter haben sie angesprochen (Ländler, Polka, Walzer). Zu diesen Musiken ließen sich neben den ihr vertrauten Bewegungen auch neue Qualitäten entdecken, z.B. sanftes schwingen und schaukeln im Gegensatz zu stampfen und klopfen.

6.4. Bewegungsbeobachtung

Bei Frau E. ist eine sehr deutliche Spaltung von Ober- und Unterkörper erkennbar. Während sie mit Kopf, Armen, Händen und Rumpf durchaus kraftvoll und ausladend agiert, bleibt der Unterkörper nahezu regungslos. Möglicherweise eine Abwehr von Emotionalität, möglicherweise jedoch auch ein Ergebnis dessen, dass sie seit Jahren unbeweglich im Stuhl sitzt, kaum noch eigene Mobilität in Form von gehen oder stehen hat.

In ihren Armbewegungen ist sie sehr direkt, sehr bahrend, fast schon peitschend - was darauf schließen lässt, dass sie zwar abwesend wirkt, jedoch noch sehr wach und voller ankämpfender Antriebe ist. - Ihre Bewegungen sind gebunden und lassen eine enorme Anstrengung dahinter vermuten, sich ständig in der nach außen getragenen Härte zu zeigen.

Rhythmen sind ihr vertrautes Bewegungsmuster.

Zarte und hingebungsvolle Bewegungen oder auch Berührungen hat sie selbst kaum in ihrem Repertoire - jedoch auf Anregung und Angebot wird spürbar, wie gern sie diese Qualitäten hat. Meist lösten sie in ihr heftige Gefühlsreaktionen aus.

6.5. Psychodynamik

Bei Frau E. wurde in jeder Stunde deutlich, dass ihre Lethargie durchaus nicht ihr vorherrschender Zustand ist. Zunächst war sie jedes Mal sehr aufgeschlossen und dankbar, was die Arbeit mit mir anging. Woraus ich schlussfolgerte, dass, wenn sie mehr Kontakt zu ihren übrigen Bezugspersonen hätte, ihre kognitiven und auch körperlichen Fähigkeiten durchaus trainierbar wären. Das Phänomen der fortschreitenden Demenz, ausgelöst durch die Alzheimer Krankheit, breitet einen weiten Mantel des Vergessens über sie - doch unter dem Vergessen steckt das Erinnern. An diese Erinnerungspunkte sind wir während unserer Stunden desöfteren gestoßen - siehe oben genanntes Beispiel, dass sie, offensichtlich ausgelöst durch das rhythmische Klatschen, plötzlich wieder zählen konnte. Eine ähnliche, ebenso beeindruckende Situation ergab sich als Frau E. unvermittelt auf meine Frage, wie alt sie denn eigentlich sei, klar und deutlich antwortete: "Ich glaube, 84". Danach fiel sie wieder in ihre sprachliche Regression zurück. Es wird jedoch durch solche Episoden deutlich, dass in ihrem Gehirn durchaus noch kognitive Reaktionsmöglichkeiten vorhanden sind. Frau E.'s Vorliebe für beißende Rhythmen lässt auf eine enorme, angestaute Aggression schließen. Aggression möglicherweise über all jene, die sie nicht mehr ernst nehmen, sie wie ein unmündiges Kind behandeln? Möglicherweise auch gegen sich selbst; starkes Klatschen, bzw. Schlagen gegen den eigenen Körper; sie versucht, sich selbst noch zu spüren.

Wogegen zarte, erspürende Qualitäten sie zunächst verunsicherten. Sie wirkte bei sanften Berührungen, bei leichten, verspielten Schwingungen, kreisenden oder fließenden Bewegungen, zunächst abweisend. Sie sträubte sich regelrecht, versuchte, sogleich den Gegenpol zu aktivieren. Das ständige Anbieten beider Möglichkeiten erlaubte ihr, sich langsam aber sicher auch der erspürenden Qualität zu öffnen. Sie zuzulassen und vorsichtig zartes, sanftes auszuprobieren (der Beginn des Erspürens). Was zur Folge hatte, dass sie von starken Emotionen heimgesucht wurde. Zum Beispiel, flossen eine ganze Stunde lang nur Tränen, sie schluchzte und wurde

regelrecht von Weinkrämpfen geschüttelt. Immer wieder kamen Wortfetzen, wie "Mama, Mama", "gut, bin gut". In dieser Phase war es besonders wichtig, diesen, für sie enormen Gefühlen, freien Lauf zu lassen. Sie in diesem Moment zu unterstützen, in dem man zunächst als zuhörender, empathischer Partner anwesend ist, sie behutsam verbal begleitet. Oder, so es für einen selbst als Therapeuten schlüssig ist, auch einen körperlichen Kontakt herstellt, zum Beispiel eine Umarmung. Was jedoch auch wieder verschlingende, beängstigende Momente haben kann. In diesem Fall wäre ein Halten und Drücken der Hände angebracht. So haben wir es praktiziert. Denn; ein alter verwirrter Mensch spürt genau, wann eine Berührung ehrlich gemeint ist. So kann es bereits sehr unterstützend sein, ihn immer wieder zu ermuntern, traurig sein zu dürfen; denn jahrelang, wahrscheinlich jahrzehntelang, mußte dies immer wieder unterdrückt werden.

Wobei wir wieder bei dem bereits oben erwähnten "aufräumen" angelangt wären. Aufräumen, mit Gefühlen, die ja da, jedoch extrem verdrängt sind und trotzdem ihren Weg nach außen bahnen wollen.

Unbefriedigend gelöste Konflikte, und seien sie auch noch so alt, wollen jetzt eine letzte Chance haben.

Nach Erik Erikson hat jeder Lebensabschnitt, entwicklungspsychologisch betrachtet, eine zu ihm gehörige Aufgabe. Wenn man sie übergeht, tauchen unerfüllte Lebensaufgaben später im Leben wieder auf, denn diese Aufgabe fordert ihre Beachtung. Wenn man sein Leben lang nicht gelernt hat, Vertrauen zu haben, Liebe zu erfahren, und sei es zunächst von anderen, dann wird man sich nie selbst lieben können, wird sich nie so akzeptieren, wie man ist, mit all seinen Ängsten und unerfüllten Träumen. Trotzdem kann man diese Gefühle nicht ignorieren, sie fordern Klärung. Spätestens im hohen Alter fordern sie ihre letzte Chance, einmal unzensiert ausbrechen zu dürfen.

Ziel einer Stunde, in der solche Emotionen aufbrechen, war, sie zuzulassen, ernstzunehmen. Zu trösten, Verständnis zu zeigen. Keine Schmerzen wegzureden, sondern haltend und stützend zu begleiten.

6.6. Übertragung

Frau E's unterschwelliger Konflikt mit ihrer Mutter war oft und deutlich spürbar. Erst jetzt, nachdem sie weit über 80 war, nachdem sie die physische Kontrolle verloren hatte, nach dem Verlust von allem, was ihrem Leben Sinn und Halt gegeben hatte; Ehemann, Haus, Beruf, Mobilität, Sprache, Kurzzeitgedächtnis, erst jetzt holte sie diese schmerzhaften Erinnerungen wieder vor. In dem sie immer und immer wieder nach ihrer Mutter rief und mich mit "Mama" ansprach, war klar, dass meine Person für sie jetzt diese Rolle übernahm. Sie wirkte dann klein und hilflos, schaute mich mit flehenden Augen an und (siehe oben), mit Worten, wie "bin gut" bettelte sie offensichtlich bei ihrer Mutter um Zuwendung, um Liebe. Liebe, die ihr vermutlich verwehrt geblieben ist, deshalb auch die vielen Tränen.

Frau E. hatte in diesem Moment die oben erwähnte Phase des "Aufräumens" erreicht - sie spürte die alten Verletzungen, den Schmerz, dass sie die Liebe, die sie brauchte, damals nicht bekam.

Sie kehrte in die Vergangenheit zurück und versuchte, mit ihrer Mutter reinen Tisch zu machen. Forderte von mir das ein, was sie ihr Leben lang an Zuwendung und Anerkennung vermißt hatte. In dieser Phase war das bereits erwähnte Zulassen und Unterstützen wichtig, jedoch auch das Klären dessen, dass jene alten Schmerzen nicht an mich, sondern ihre Mutter adressiert sind! ("Ich bin die Frau Krüger - auch wenn ich Sie heute vielleicht an jemand anderen erinnert habe".)

Nachdem wir solche Stunden der Trauerarbeit erlebt hatten, war die nächste Sitzung meist von gelassener Heiterkeit getragen - oder aber von viel Kraft und Intensität. Ein Beispiel: Als Frau E. wieder einmal sehr aufgebracht und wütend wirkte und wir einen Großteil der Stunde damit verbrachten, Rhythmen in allen erdenklichen Variationen auszuprobieren und starke, bahnende, ausladende Box- und Stoßbewegungen ausführten, klärte sich im Verlauf der Stunde, dass die diensthabende Schwester offenbar der Auslöser für Frau E.'s Wut war. Als die Ahnungslose zufällig mit den Medikamenten den Raum betrat, schrie ihr Frau E. entgegen: "Nein, Mama!". Ein Beispiel für einen Übertragungsmechanismus.

Wir haben aus diesem Ausruf danach einen Bewegungsablauf gestaltet - "nein, Mama" untermalt und unterstützt von unterschiedlichsten Stampfern oder resoluten Fausthieben auf den Tisch. Am Ende dieser Stunde wirkte Frau E. sehr zufrieden.

6.7. Gegenübertragung

Durch diese sehr intensiven Begegnungen und dem Arbeiten am Thema "Mutter" war ich sehr oft an meinen eigenen Themen. Natürlich ganz stark an den mich immer wieder aufreibenden Fragen: "Werde ich genügen, kann ich bestehen, muss ich vielleicht doch noch mehr bieten?"

Dadurch, dass sie mir die Mutter - Rolle zuschrieb, war ich jedoch auch gezwungen, mich deutlich abzugrenzen. Was ihr wiederum das Gefühl gab, ich verlasse sie nicht, ich nehme sie ernst. In dieser Situation fühlte ich mich sehr klar mit meinen eigenen Gefühlen. Spürte, dass ich mich nicht von ihren Emotionen verschlingen lasse, sondern haltend und verständnisvoll meine eigenen Grenzen bewahre.

Auch wenn sie in manchen Stunden völlig abwertend und desinteressiert an meiner Person wirkte, so deutete ich dies als weiteres Erproben dessen, wie viel Vertrauen sie zu mir haben kann. Diese Situationen waren oft schwer zu ertragen. Es war wichtig, diese Muster zu erkennen, es nicht persönlich und abwertend auf meine Person zu beziehen. Es war ein Machtkampf, ein Ausloten unserer Beziehung.

Trotzdem war es unerlässlich, diese Phasen supervisorisch aufzuarbeiten. Mir meine eigene Kraft immer wieder vor Augen zu halten und mittels imaginärer Bilder jene Themen auch beiseite legen zu können. An diesem Punkt sind für einen Therapeuten ganz sicher bestimmte Rituale hilfreich. Entspannende Bilder oder Mantras, die jeder für sich selbst entdecken muss. Für mich beispielsweise war das Reinigen, das "Abduschen" der Tagesprobleme enorm wichtig. Das Gefühl, all die negativen Dinge des Tages einfach abzuspülen, nachzuschauen, wie sie sprudelnd im Abfluss verschwinden. Die Wärme des Wassers zu spüren und sich auf die eigene Mitte, den eigenen Atem zu konzentrieren. Bei sich zu bleiben. So zentriert fällt es leichter, die nach solchen Stunden aufflammenden Ängste (hab ich eigentlich all die Liebe und Zuwendung, die ich brauche?) emotional einzuordnen - und auch zu erkennen, dass

durch die Übertragungs - und Gegenübertragungsmechanismen durchaus eigene Konflikte auftauchen, die jetzt ebenfalls eine reifere Bearbeitung erfahren können.

6.8. Abschließende Betrachtung der Arbeit mit der Patientin Frau E.

Bei der Arbeit mit Frau E. war ich zu Beginn nicht ganz schlüssig, "wohin die Reise gehen wird". Es hat sich durchaus als hilfreich erwiesen, zunächst übungszentriert zu arbeiten, ganz einfach, um sie körperlich einzustimmen, sie aus ihrer Lethargie zu wecken. Der Fakt, dass jemand seit Jahren hauptsächlich reglos in einem Stuhl sitzt, darf nicht unterschätzt werden. Außerdem ist diese Form des leichten Durcharbeitens aller Körperregionen nicht angstbesetzt, es schafft einen stressfreien Einstieg in weitere Bewegung, ist ganz nebenbei förderlich für das Allgemeinbefinden. Wirkt sich positiv auf muskuläre Verspannung und Verdauungsprobleme aus, bishin zu kleinen Erfolgen, wie

das Erheben aus dem Stuhl und ein paar Schritte zu gehen. Diese Ich - stärkenden Momente übungszentrierten Arbeitens sind für einen alten Menschen immens wichtig!

Das Variieren und spielen mit Polaritäten hat Frau E. ganz sanft an Bewegungen geführt, die sie normalerweise vermeidet, weil sie die daran gekoppelten Emotionen abwehrt. Im Lauf der Zeit ist es gut gelungen, in diesen Prozess zu gelangen und mit den daraus entstehenden, aufbrechenden Gefühlen umzugehen.

Was zur Folge hatte, dass sich Frau E's allgemeines Befinden verbessert hat; sie wurde wacher, aufgeschlossener, zugänglicher, ja sogar fröhlicher. Ein Zustand, den ich bei ihr, als ich sie kennen lernte, nie erlebt habe.

Abschließend möchte ich nochmals beteuern, dass eine liebevolle Grundhaltung, eine respektvolle, normale Ansprache, ein Anerkennen selbst vermeintlich wirren Ausdrucks, enorm viel Gewinn bringen. Diesbezüglich fühle ich mich in meiner Arbeit durch einen Artikel von Hilarion G. Petzold bestätigt, der schreibt:

"...die abgewandte Haltung eines alten Menschen, der sich zurück gezogen hat, weil er oft zurück gestoßen wurde, wird, nachdem ihm in der Bewegungsarbeit der Mechanismus des "sich - verschließens" deutlich geworden ist - bis in die abweisende Mimik hinein, bis zu den eingefleischten Gesten der Abwertung - "umgefleischt". Es werden Blicke und Gesten der Zuwendung in neuer Weise erfahrbar gemacht...in ihnen werden auch "alte Erinnerungen" aus "besseren Zeiten" vergegenwärtigt. Die "Archive des Leibes" setzen positive Materialien frei, die oft viele Jahre, ja, Jahrzehnte verborgen waren, ungenutzt, vergessen, verdrängt."(*26)

7. Wenn Worte fehlen Die Arbeit mit/ Musik / Medien / Imagination

7.1. Gruppen – oder Einzeltherapie?

Im folgenden Kapitel möchte ich auf einige grundsätzliche praktische Möglichkeiten eingehen, die beim erlebnisorientierten, übungszentrierten und auch aufdeckenden Arbeiten hilfreich und unterstützend sind. Wobei es im speziellen um den zusätzlichen Einsatz von bestimmten Musiken und Materialien, sowie mögliche Imaginationen geht. Varianten, die sich sowohl bei der Einzel- als auch in der Gruppenarbeit anbieten.

Einen Aspekt habe ich bisher noch nicht weiter erläutert, die Arbeit in der Gruppe. Gerade bei noch rüstigen Senioren, die selbst noch stehen und gehen können, empfiehlt sich tanztherapeutisches Arbeiten besonders als funktionales und erlebnisaktivierendes Angebot.

Ich möchte deshalb einige Varianten der Arbeit mit Gruppen nicht unerwähnt lassen. Möchte jedoch darauf hinweisen, dass die Gruppenarbeit bei stark dementen und dadurch bereits sehr desorientierten und verängstigten Patienten nicht unbedingt das erste Mittel der Wahl ist. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass eine intensivere und für den einzelnen effektivere Form, die Einzeltherapie ist. Eine Gruppe von mehreren stark Demenz - Kranken fordert mindestens zwei Therapeuten, schon um beispielsweise den Rahmen für eine Gruppenstunde rein logistisch halten zu können. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sehr verwirrte und zurückgezogene Alte den persönlichen Kontakt einer einzelnen Bezugsperson sehr viel mehr brauchen als den Stress einer Gruppe. Schließlich ist es diese persönliche, liebevolle Zuwendung, ist es die Ansprache, ist es das Spiegeln, das Berühren und das ernst nehmen. All jene Dinge, die ihnen durch ihr "Anders - sein" besonders oft bei ihren nahen Angehörigen und beim Pflegepersonal verloren gegangen sind.

7.2. Die Auswahl von begleitender Musik

Nicht nur Bewegung, auch Musik weckt Erinnerungen. Und somit auch Körpererinnerung und Körperbewusstsein. Es ist beobachtbar, dass selbst ein bereits sehr verwirrter Mensch mit geringer motorischer Koordinationsfähigkeit in der Lage ist, bestimmte, ihm bekannte Titel zu summen, zu singen oder gar zu tanzen (wenn auch mit tanzen nicht unbedingt ein z. B. "perfekter" Wiener Walzer gemeint ist!) Erinnern wir uns an den bereits erwähnten Helmut Zacharias. Selbst als sein Hirn und sein Gedächtnis ihren Dienst verwehrt, konnte er noch eine ganze Zeit lang Geige spielen.

So ist es, gerade beim alten Menschen, enorm wichtig, selbst ein bestimmtes Repertoire an deutschen Volksliedern zu beherrschen. Über diese Art von Melodien gelingt es meist, zunächst einen Kontakt herzustellen.

Erinnern wir uns an das Fallbeispiel Frau E. Sie hatte, aufgrund ihrer Alzheimer Erkrankung und der daraus resultierenden fortschreitenden Demenz, meist jedes Mal "vergessen", wer ich bin und was ich eigentlich von ihr will. Dadurch, dass ich jedoch

ein Ritual entwickelt hatte, nämlich jede Stunde damit zu beginnen, ein bestimmtes Volkslied anzustimmen (“Horch, was kommt von draußen rein”), dabei ihre Hände zu fassen und durch rhythmisches Bewegen zu begleiten, dauerte es meist nicht lang, bis sie einstimmte. Entweder sie summte mit, sang “la, la, la”, stampfte oder klatschte dazu. Wenn sie dann sogar noch lächelte, war der Bann gebrochen, die Grundlage für weitere Interventionen gelegt.

Auch innerhalb einer Gruppe bewährt sich ein immer wiederkehrendes Musikthema als Anfangs- und auch End- Ritual einer Stunde. So empfiehlt Fe Reichel folgendes Szenario für die Gruppenarbeit:

“...als Anfang verwenden wir einen funktionalen Einstieg; alle Gruppenteilnehmer/innen stehen (wenn sie dies nicht können, sitzen sie im Stuhl oder Rollstuhl), eine Hand liegt auf dem Bauch, sie spüren, wie ihr Atem den Bauch und die Hand bewegt. Es kehrt innere Ruhe ein, allmählich entsteht aus dieser Ruhe ein Schwingen, das sich langsam verstärkt. Nun legt die Therapeutin Musik auf, am besten bewährt hat sich ein langsamer Walzer, gespielt von einer Big Band, nicht zu ernsthaft, eher singend.- Aus dem Singen entsteht ein singender, schwingender Anfangstanz...” (*27)

Durch dieses gemeinsame Singen und Schwingen ist bereits ein erstes Angebot zur Kontaktaufnahme entstanden. Gerade bei hospitalisierten Alten, die eher dazu neigen, misstrauisch und „fremdelnd“ auf andere Gruppenteilnehmer zu reagieren, kann eine Einstiegsmelodie das Eis brechen. Es ist ein häufig zu beobachtendes Phänomen, dass viele Senioren sich zunächst sträuben, einer Gruppenstunde beizuwohnen. Erst, wenn für sie ein vertrautes Feld geschaffen ist, sei es durch das Singen oder Hören eines bekannten Titels aus früheren Tagen, gelingt es, sie auch beim nächsten Mal wieder dazu zu bewegen. Nicht zu vergessen, dass eine beschwingte, vertraute Melodie „aus besseren Tagen“ natürlich auch einen unterhaltenden Aspekt bedient, der Lust auf mehr macht. So sollte man bei der Arbeit im Seniorenheim in jedem Falle, wie bereits erwähnt, Volksmusik/ Volkslieder dabei haben, jedoch auch Klassiker, wie Johann Strauß oder Mozart, Schlager aus den 20er/30er Jahren, z.B. von Rudolf Schock oder Hans Albers und auch rhythmische Orchesterstücke, wie Cha Cha, Foxtrott oder Polka. Wenig bewährt haben sich aus meiner Erfahrung spirituelle, schamanische oder asiatische Entspannungsmusiken. Diese Klänge erreichen den alten Menschen nicht.

Durch den Einsatz bekannter Melodien wird Erinnerung geweckt; Erinnerung an die Jugend, an den Tanzstundenball, die erste Liebe und den Hochzeitswalzer. Schon ist man mitten im Prozess, kann in jede mögliche Richtung intervenieren.

Erinnerungsarbeit in der Therapie mit alten Menschen ist nicht zwingend nur das Aufbrechen traumatischer Erfahrungen, sondern auch der Wiedergewinn positiven Vergangenheitspotentials durch aufdeckendes Vorgehen; glückliche Erinnerungen können durchaus heilende Kräfte mobilisieren!

7.3. Der Einsatz von Medien und Materialien oder: “Wer mag schon Stachelschweine streicheln”?

Ich möchte ein Beispiel meiner eingangs erwähnten Urgroßmama erzählen: Oft, wenn ich sie besuche, hält sie in ihren Händen einen kleinen runden Stein, den ich ihr von einem Ostseeurlaub mitgebracht habe. Sie befühlt ihn, rollt ihn zwischen den Fingern, lässt ihn manchmal ganz gedankenverloren auf dem Tisch kreisen. Als ich sie kürzlich daraufhin ansprach, erwiderte sie: “...ach, der fühlt sich so gut an. Ich spiel so gern mit ihm, manchmal merk ich das gar nicht mehr. Außerdem erinnert er mich so an die Ostsee und unsere alte Heimat...”

Allein an diesem Beispiel wird bereits erkennbar, welche große Bedeutung das Betasten von Gegenständen besitzt; Sensibilisierung der Hautoberfläche, Massageeffekt, Aktivierung der Muskulatur, Anregung der Erinnerung. Auch die kognitive Leistungsfähigkeit kann angeregt werden. Einige Beispiele:

Beim Arbeiten mit der im ersten Fallbeispiel vorgestellten Frau K. war das Anbieten unterschiedlicher Bälle beispielsweise ein erheiternder Einstieg in ihre Gefühlswelt. Das Betasten unterschiedlicher Oberflächen mit geschlossenen Augen regte ihre Phantasie an - sie lenkte ihre Aufmerksamkeit nach innen, vor ihr “inneres Auge”, ging somit in eine völlig neue Ebene. Erinnern wir uns, sie assoziierte bei glatten Oberflächen herrliche Kastanien oder Äpfel, beim Igelball zum Beispiel kleine Stachelschweine, was ihr nicht so angenehm war - wer streichelt schon gern Stachelschweine ?

7.3.1. Mögliche Interventionen in einem Gruppensetting

Innerhalb einer Gruppe wäre folgendes denkbar: In einer Kiste befinden sich Gegenstände mit unterschiedlicher Oberflächenstruktur. Nachdem die Hände und Finger durch einen kleinen “Fingertanz” angewärmt wurden (immer wieder sehr belustigend: “Luft - Klavier!”), werden unterschiedliche Teile herum gereicht; Tücher, Würfel, Glasmurmeln, Papierballons, ein Beutel mit Kühl - Gel, Quietsche – Ente. Dann wird gebeten, die Augen zu schließen.

Nun gäbe es verschiedene Varianten, dieses Spiel fortzusetzen: Jede/r soll probieren, wie die Gegenstände sich anfühlen, was angenehm ist, was weniger und warum. Vielleicht auch erraten, was es sein könnte. Unterschiedlichste Reaktionen werden darauf folgen. Gerade beim “warum” werden vielleicht Erinnerungen wach, Geschichten, die erzählt werden können. Auch, dass unterschiedliche Teilnehmer einer Gruppe unterschiedliche Empfindungen haben, wird für Auseinandersetzung und damit zur Individuation führen.

7.3.2. Psychodynamik und der Umgang mit aufflammender Aggression

Im weiteren Verlauf einer solchen Übung können Gegenstände freilich eine Funktion übernehmen; Ballwürfe können zur Kontaktaufnahme führen oder auch Aggressionen ausdrücken, je nach Intensität. An diesem Punkt kann das aufdeckende Arbeiten beginnen, wenn es gelingt, diese Sequenz zu benennen und mit ihr möglicherweise

zu variieren. Auch kann man einem bestimmten Gegenstand einen Namen geben; z.B., „der Wutball“. In diesem Ball steckt jetzt meine Wut auf den Pfleger von heute morgen, der so unfreundlich war, jetzt kann ich mal alles machen, was ich will - ordentlich werfen, an die Wand feuern, zerknautschen, u.s.w. Dies alles verbal begleiten; welche Gefühle kommen hoch, wie ist es, mal ordentlich Dampf abzulassen...Zum Schluss vielleicht versöhnlicher werden, dem Wutball mitsamt dem imaginären Pfleger einen Platz in der Utensilienkiste geben; „so, jetzt hast Du mal gesehen, dass ich nicht alles mit mir machen lasse. Ich kann noch, wenn ich will!“ Achtung: wichtig ist, die Wut „in den Ball zu stecken“. Aggression nicht gegen Menschen richten! Und wenn die Grenzen sich während der Übung verwischen, zum Schluss noch einmal ganz deutlich klären, dass dies ein Spiel war, der Wut Luft zu machen. Die auftauchenden Gefühle benennen und zulassen, jedoch auch Polaritäten und Varianten dazu anbieten und ausprobieren.

Unterschiedliche Materialien fordern unterschiedliche Gefühle heraus. Wenn beispielsweise mit langen oder spitzen Stöcken gearbeitet wird, so sind diese allein durch ihre Form einladend, sie zu Abgrenzungs - oder Machtspielen zu benutzen. Solche Übungen sollten niemals wahllos in einer Gruppe von Senioren angeboten werden, sondern verbal gut vorbereitet und abgefangen werden. Auch hier immer wieder wichtig - keine direkte Bedrohung von anderen Gruppenteilnehmern zulassen, wenn Wut oder Aggression ausgedrückt werden wollen, dann auf andere Gegenstände fokussieren, auf den Fußboden, an die Wände oder gegen andere Stäbe.

Weiche, fließende Stoffe und kuschelige Decken eignen sich besonders, um schützende oder haltende Elemente zu unterstützen. Dabei können sehr emotionale Momente entstehen, auch traurige Erinnerungen an vergangene Zeiten, in denen man selbst noch Zärtlichkeiten empfing und geben konnte. Bis hin zur totalen Regression. Diese Sequenzen erfordern besondere Stabilität vom Therapeuten, da solche Gefühle ausgehalten und nicht „weg - interveniert“ werden sollen. Wichtig auch hier: zulassen, stehen lassen können, nicht sofort hinterfragen, wenn, dann sehr behutsam. Gefühle benennen, auch die eigenen! Zum Beispiel: „ich spüre eine große Einsamkeit bei Ihnen...“oder: „Ihre Tränen berühren mich sehr...“ Das gibt die Möglichkeit zur Interaktion, der Patient erhält dadurch die „Erlaubnis“, seinen für ihn so schmerzlichen Gefühlen unzensuriert freien Lauf lassen zu dürfen. Im Alltag wird er meist mit so gängigen Plattitüden konfrontiert, wie: „Kopf hoch, das wird schon wieder.“ Gerade bei alten Menschen jedoch „wird´s nicht wieder“. Dann ist es wichtig, zuzulassen, dass auch Trauer, Schmerz und Abschied ihren Platz bekommen. Nach solch emotional tiefgreifenden Stunden ist es unabdingbar, einen Endpunkt für diese Sitzung zu finden. Möglicherweise, zu hinterfragen, was der Patient gerade jetzt braucht. Vielleicht, einfach noch einen Moment der Stille bei ihm zu verweilen oder über das erlebte sprechen zu wollen.

7.4. Imaginationen oder „Der Tanz mit dem Besen - Kavalier“

Die inzwischen verstorbene Großmutter eines Freundes pflegte in ihrer Küche oft mit ihrem Besen zur Radio - Musik zu tanzen. Wurde sie dabei überrascht, war es ihr

peinlich. In Gedanken versunken schwebte sie über den Boden und redete mit dem Besen. Er war in jenem Moment ihr längst verschiedener Ehemann.
Diese Art von Vorstellungen und inneren Bildern birgt großes Potential.

Da sich - gerade bei Alten - vieles vor dem inneren Auge abspielt, ist es wichtig, diese Möglichkeit des therapeutischen Bearbeitens mittels Imaginationen mit einzubeziehen. Allerdings ist diese Form für Patienten mit hirnorganischen Störungen, also bei fortschreitender Demenz und somit also auch bei der Alzheimer - Erkrankung, kontraindiziert. In der Arbeit mit rüstigen Gruppen jedoch entwickeln sich durch Imaginationen oft erstaunliche Ergebnisse.

Nach Hilarion Petzold werden folgende Punkte ganz besonders stimuliert:

- Erinnerung
- Identifikation
- Ausdruck
- Austausch

Ein Beispiel aus seiner Praxis hat mir sehr gefallen. In Anlehnung daran habe ich meiner Seniorengruppe unterschiedliche Variationen dessen angeboten, die sich zumeist großer Beliebtheit erfreuten:

“Wer ist Ihr Idol? Von wem könnten Sie sagen, ich möchte gern ein bisschen so sein, wie sie oder er“?

Verschiedene Namen werden genannt: Die Liste reicht von Bismark bis Roy Black, von Zarah Leander bis Hans Albers, von Marlene Dietrich, Kaiser Wilhelm, Ilse Werner bis zur eigenen Mutter. Manche beginnen sofort zu erzählen, man sieht kleine Veränderungen in den Augen, in der Haltung oder Bewegung, hört sie in der Stimme. Die Therapeutin: “Beschreiben Sie eine Situation, ein Bild, vielleicht eine Filmszene, in der Sie Ihr Idol vor sich sehen. Zeigen Sie uns: Wie war die Haltung die charakteristische Bewegung, die Stimme, wie hat Ihr Idol geguckt?”

Die Gruppenteilnehmer/innen kramen in ihrem Gedächtnis, wundern sich, wie mühelos ihnen etwas einfällt; imitieren den durchdringenden Blick von Hans Albers, das kecke Pfeifen von Ilse Werner...(*28)

Aus dieser Imagination lassen sich die unterschiedlichsten Interventionen ableiten. So kann man beispielsweise dazu auffordern, bestimmte Haltungen und Posen einzunehmen. Vielleicht eine kleine Filmszenen zu erinnern, diese mit einem Partner nachzuspielen, ein Lied von Roy Black anzusingen und jemanden dazu zum Tanz aufzufordern. Bei diesen Übungen ist sofort spürbar, wie sich das Klima innerhalb einer Gruppe verändert, plötzlich wird die Stimmung eine komplett andere - es wird fröhlicher, munterer, ja koketter! Man schwelgt in Erinnerung, fühlt sich jünger, leichter. Abgelenkt von den Problemen des Tages, die normalerweise wie ein Stein auf der Seele liegen.

In dieser Art und Weise lässt sich viel Erinnerungsarbeit leisten. Können vergessen geglaubte Facetten wieder ans Tageslicht treten. Plötzlich wird jemand wieder zum

frechen jungen Mädels, das ganz ohne Scheu auf den Nachbarn zugeht. Normalerweise würde sie das nie tun! Oder zum Draufgänger, der er mal war, der schönste Mann auf dem Tanzparkett: die Haltung ändert sich, der Körper strafft sich, die Augen blicken wach in der Runde herum. Anfänglich peinliche Scham weicht der Lust, sich zu bewegen, aufeinander zuzugehen, sich zu necken.

Besonders in einem Heim - Setting ist diese Art der Gruppenarbeit für verloren gegangene soziale Kontakte sehr wichtig. Anknüpfend an eine solche Stunde entstehen oft auch darüber hinaus noch Begegnungen, Gespräche und zaghafte Annäherungen.

8. Schlussbemerkungen

Einen großen Unterschied bei der Tanz – und Bewegungstherapeutischen Arbeit mit alten Menschen im Vergleich mit anderen Patientengruppen macht eindeutig der Fakt, dass es kein „Therapieziel“ im herkömmlichen Sinne gibt. Es gibt keine Chance auf Genesung, keine Heilung. Aber es gibt unendliche viele Chancen und Möglichkeiten, dieses letzte Stück des Lebensweges angenehmer zu machen. Auch der alte Leib kann in Einklang mit sich gebracht werden. Ein Zustand, dem viele ein Leben lang verzweifelt hinterherhetzen. Alte Menschen werden an ihrer Einsamkeit krank, an dem unsäglichen Gefühl, völlig überflüssig geworden zu sein. Tanz – und Bewegungstherapie mit Alten heißt vor allem, ein Stück Lebensqualität wiederzu- erlangen. Sei es, durch Aktivierung, durch die Förderung von Kohäsion und nonverbaler Kommunikation, Motivation oder Interaktion. Zwischenleibliches Erleben, wie es beispielsweise bei Familienmitgliedern der Fall ist oder bei sehr guten Freunden, kann auch im Klinik – oder Heimsetting durch Tanz- und Bewegungstherapie ermöglicht werden.

Egal, in welchem gesundheitlichen Stadium sich ein Mensch befindet, ob er „einfach nur alt geworden ist“, oder ob er an einer Form der Demenz leidet – er spürt und fühlt genau wie jeder andere Trauer, Schmerz, Freude, Angst...

Diese Gefühle ernst zu nehmen, heißt, den ganzen Menschen ernst zu nehmen. Ihm jenen Respekt entgegenzubringen, den er verdient. Ihm Zuwendung zu geben, Nähe und Verständnis.

9. Epilog

Während ich diese Arbeit schrieb, erschien ein Aufsehen erregendes Buch, das das Thema „Alt werden“ zumindest für eine Weile in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stellte; „Das Methusalem – Komplott“ von Frank Schirrmacher. Schonungslos zeigt der Autor auf, wie verheerend es in unserem Kulturkreis geworden ist, ein bestimmtes Alter zu überschreiten. Er schreibt: „...es gibt ein Leiden, das uns der älter werdende Körper verursacht. Wie ein Auto, das einmal der Stolz der Straßen war und alle Blicke auf sich zog, nun, im Laufe seines Älterwerdens seinem Besitzer zwar noch nützlich, aber zunehmend eine Last und sogar peinlich wird...Aber es gibt ein noch gefährlicheres Leid, das die Gesellschaft dem alternden Lebewesen bereitet. Sie jagt das alternde Auto auf der Autobahn, wenn es nicht freiwillig zur Seite geht, sie stört sich an seinen Geräuschen, hält es für eine Umweltbelastung und entzieht ihm am Ende die Zulassung, auf öffentlichen Strassen und Plätzen in Erscheinung zu treten“ (*29)

Schirrmacher beschwört seine Leser nahezu, wenn wir, die heute 30, 40 oder 50-jährigen, nicht gegen die Diskriminierung des Alters vorgehen, wenn wir nicht endlich begreifen, das wir selbst es sind, die uns das alt werden so schwer machen, dann werden wir in späteren Jahren in die seelische Sklaverei gehen.

Vielen fällt es schwer, einen alten Menschen als gleichberechtigt zu akzeptieren. Sich seiner anzunehmen und auf ihn zuzugehen. Wozu Ressourcen verschwenden, wenn sich dieses Problem über kurz oder lang sowieso von selbst erledigt? Warum vergessen wir nur allzu gern, dass auch wir selbst, so Gott will, irgendwann alt sein werden?

Ich wünschte, mit dieser Arbeit einen kleinen Schritt getan zu haben, der das respektvolle Miteinander erleichtert. Zumindest das Verständnis dafür, dass es lohnt, nicht wegzuschauen. Die Liebe, die wir geben, fällt auf uns selbst zurück.

Meine Urgroßmutter, der ich diese Arbeit gewidmet habe, ist im Jahre 2003 im Alter von 101 Jahren gestorben. Danke für den Weg, den Du vor mir gegangen bist. Danke für Deine Liebe!

10. Quellenverzeichnis

Nr.	Titel	Autor	Verlag
*1	Katathym-Imaginative Psychotherapie mit älteren Menschen	Albert Erlanger	E.Reinhard Verlag München,1997
*2	Statistisches Bundesamt/ Pressemitteilung	Presseabteilung	http://www.statistik-bund.de
*3	„Satt und sauber“/ Artikel	Carola Rybka	Süddeutsche Zeitung, 17.06.2000
*4	Wörterbuch der Medizin	Dr.med.Norbert Boss	Urban&Schwarzenberg DTV München 1995
*5	Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer Patienten	Alexander Kurz	Georg Thieme Verlag Stuttgart- New York, 1999
*6	Wörterbuch der Medizin	Dr.med.Norbert Boss	Urban&Schwarzenberg DTV München 1995
*7	Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer Patienten	Alexander Kurz	Georg Thieme Verlag Stuttgart- New York 1999
*8 /*9	Artikel im „American Journal of Geriatric psychiatrie“	Dr. Jorge Barrio	veröffentlicht in „Die Welt“, 11.01.2002
*10	Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer Patienten	Alexander Kurz	Georg Thieme Verlag Stuttgart- New York 1999
*11/ *12	Diagnose Alzheimer: Helmut Zacharias	Sylvia Zacharias	Hirnliga e.V. Agentur Qbus Köln
*13/ *14	Tanztherapie in Theorie und Praxis -ein Handbuch	Elke Wilke/Gerd Hölter/ Hilarion Petzold	Jungfermann Verlag Paderborn 1999
*15	Tanztherapie – ein Weg zum ganzheitlichen Sein	Petra Klein	Verlag J. Pfeiffer München 1993
*16/ *17	Tanztherapie in Therorie und Praxis – ein Handbuch	Elke Wilke/ Gerd Hölter/ Hilarion Petzold	Jungfermann Verlag Paderborn 1999
*18	Tanztherapie-ein Weg zum ganzheitlichen Sein	Petra Klein	Verlag J. Pfeiffer München 1993
*19	Die Kunst der Bewegung	Rudolf von Laban	Florian Noetzel Verlag, Wil- helmshaven 1988
*20	Tanztherapie-ein Weg zum ganzheitlichen Sein	Petra Klein	Verlag J. Pfeiffer München 1993

- | | | | |
|-------------|--|--|--|
| *21/
*22 | Meyers Lexikon der Psychologie | | Bibliografisches Institut Mannheim 1986 |
| *23 | Irren ist menschlich
Lehrbuch der Psychiatrie | Klaus Dörner
Ursula Plog | Psychiatrischer Verlag Bonn 1996 |
| *24 | Tanztherapie in Theorie und Praxis | Elke Wilke/ Gerd Hölter/
Hilarion Petzold | Jungfermann Verlag Paderborn 1999 |
| *25 | Validation in Anwendung und Beispielen | Naomi Feil | Ernst Reinhard Verlag München Basel 2000 |
| *26 | Tanztherapie in Theorie und Praxis | Elke Wilke/ Gerd Hölter/
Hilarion Petzold | Jungfermann Verlag Paderborn 1999 |
| *27 | Frauen Körper Tanz | Fe Reichel / Gabriele Klein | Quadrige Verlag Berlin 1992 |
| *28 | Tanztherapie in Theorie und Praxis | Elke Wilke/ Gerd Hölter/
Hilarion Petzold | Jungfermann Verlag Paderborn 1999 |
| *29 | Das Methusalem Komplott | Frank Schirmmacher | Karl Blessing Verlag 2004 |