

ersten fertigen Backwaren – dieses Ereignis weckt eine Fülle von Erinnerungen, die in der Projekteinheit wiederbelebt werden können.

Wir haben in diesem Beispiel zu zeigen versucht, dass wir die Tätigkeiten der Betroffenen intentional wieder richtig verankern können, d.h. die Absicht des Tuns noch im Vorgang seiner Ausführung rückkoppeln können, sodass immer gewusst wird, was und wozu etwas getan wird. Alle Schritte können wir erzählen und kommentierend begleiten. Wir versuchen, den zeitlich-räumlichen Zusammenhang, quasi den Rhythmus mehrerer Tätigkeiten in ihrem Kontext erinnern und wiederaufleben zu lassen.

Bildnerisches Gestalten – räumliche Rekonstruktion: „Unser Heimatort“

Menschen mit Demenz fallen aus den Zeit- und Raumbezügen. Die Sinnesmerkmale wollen aber zeit- und räumhaft gestaltlich und dinghaft aufeinander bezogen und neuronal-gestalthaft synthetisiert sein. Mit dem folgenden kunsttherapeutischen Angebot wollen wir demonstrieren, wie wir dies mit bildnerischem Gestalten erreichen können. Wir haben als Thema gewählt: „Unser Heimatort“. Wir setzen dieses Thema um, indem wir auf einer Styropor-Platte, die wir mitbringen, den entsprechenden farblichen und formhaften Untergrund gemeinsam in der Gruppe anlegen und

Abbildungen 22–26: Leben wieder „verorten“ – den Heimatort gestalten



mit farbiger Knete die jeweilige Dorfstruktur um das eigene Heimathaus inmitten des Dorfes platzieren.

Das Projekt versucht, den zentralen Ort der frühen Kindheit aufzusuchen, den Ort, an dem wir aufgewachsen sind, dessen Eingebundenheit in Häuserblocks, Straßen und Plätze wir kennen, den wir wieder räumlich zu rekonstruieren versuchen.

Mit diesem Thema lässt sich das vormalige Leben der von uns begleiteten älteren Frauen und Männer wieder „verorten“. Wir möchten anregen, mit den älteren Männern und älteren Frauen vor allem das zu tun, was sie oft taten und was ihnen lieb geworden ist. Auch wenn uns manches als allzu klischeehaft erscheint (Backen, Bauen), unter geschlechtsspezifischer Hinsicht als allzu konservativ, – alles was wir tun, dient dazu, den altersverwirrten Menschen in die Prozesse des Lebens wieder einzubinden, ihn aus seiner biographiegeschichtlichen und sozialen Isolation zu befreien.

Deshalb sollten wir uns nicht scheuen, in unserer therapeutischen Arbeit weibliche und typisch männliche Klischees zuweilen zu bedienen. Um Angehörige einer anderen Generation sinnvoll zu begleiten, müssen wir darüber nachdenken, was typischerweise Männer und was typischerweise Frauen dieser Generation getan haben. Lehr (1987, 2000) hat wichtige Anmerkungen zur geschlechtsspezifischen Kompetenzeinschätzung bei älter werdenden Frauen gemacht. Die Funktions- und Reaktionsfähigkeit von Frauen, die außerhalb ihrer Familie berufstätig waren, ist im Alter (untersucht wurden 74- bis 82-Jährige; Lehr 2000) gegenüber den zeitlebens in ihren Familien arbeitenden Frauen noch erhöht. Deshalb sollten wir die verbleibenden Fertigkeiten der von uns Betreuten nicht alle gleich einschätzen, sondern die individuelle Biographie mit einbeziehen. Das kann hinsichtlich der Erfassung von Informationen auf männliche wie weibliche Kompetenzen im Alter übertragen werden (Lehr 2000, 108f). Wir wollen dies an einem Projektbeispiel illustrieren, wohl eingedenk des Umstandes, dass die „Gender-mentalmap“-Forschung noch in den Kinderschuhen steckt.

Doreen Kimura (o. J., 66f) begründet und beweist die sich lebenslang ausprägenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit dem Einfluss der Hormone auf das sich entwickelnde Gehirn. Unterschiede, wie sie im Orientierungs- und Wegfindungsverhalten (Frauen merken sich mehr Einzelheiten, Männer lernen den Verlauf der Wege besser), im Zuordnen von Bildern (Frauen schneiden besser ab), beim Problemlösen (Männer gehen kämpferisch-aggressiver vor) beispielsweise angeführt sind, erscheinen in unserem Zu-

sammenhang wenig ergiebig. Wenn es um Befunde an Hirngeschädigten geht, scheint die Geschlechtsspezifität allerdings beachtenswert: Aphasien (zentrale Sprachstörungen) und Apraxien (Einschränkung sinngerichteter Bewegungen) treten bei Frauen eher auf, wenn das Hirn vorne, bei Männern, wenn das Hirn hinten verletzt ist (S. 72f)) Da lokale Hirnschädigungen innerhalb einer Hemisphäre eher im hinteren Gehirn auftreten, sind Männer auch eher betroffen. Und da Frauen stärker von den vorderen Hirnarealen abhängig sind (was besonders ihre gut ausgeprägten Sprachkompetenzen betrifft), sind sie gegebenenfalls in beiden vorderen Hirnhälften stärker als Männer hinsichtlich ihrer produktiven Sprachkompetenzen zu beeinträchtigen. Die Aufzählung mag verdeutlichen, dass die „Gender-mental-map“-Forschung abgesehen von dem Zusammenhang Hormon- und Hirnorganisation noch einer Theoriebildung bedarf.

Zurück zu unserem Praxisbeispiel: Wir wissen aus der neurologischen Forschung, dass bei Männern die räumliche Orientierung besser ausgeprägt ist als bei Frauen (Pöppel 1993, 22). Warum sollen wir nicht der Faszination von Männern, Dinge zu ordnen, Dinge an ihren Platz zu tun, Genüge tun? Die „Gender-mental-map“-Forschung hat gezeigt, dass es Männern leichter fällt, einen Raum mit Hilfe einer geistigen Karte abzubilden. „Interessanterweise schneiden im Durchschnitt Männer etwas besser ab als Frauen, wenn Aufgaben der Raumvorstellungen zu lösen sind“ (Pöppel 1993, 22).

Also beschäftigen sich die Männer auf den Pflegestationen oft innerlich viel mit jenen Räumen, in denen sie tätig waren. Die sog. Grounded Theory (Glaser 1978; 1992) hat die unterschiedlichen Gruppen von Männern und Frauen verglichen und festgestellt, dass im Erleben von Männern und Frauen jeweils andere Themen vorherrschen. Bosch (1998, 75f) konnte diese frühe Recherche bestätigen:

„Männer beschäftigen sich weniger mit dem Thema ‚(Zu)Haus‘ als Frauen. Wenn sich Männer mit früher beschäftigen, geht es mehr um ihre Arbeit und ihre Erfahrungen im Vereinsleben. Das Verhalten von Männern im Hinblick auf ihre früheren Aktivitäten wird von den Pflegenden häufig positiver erlebt als die Beschäftigung von Frauen mit dem (Zu)Haus und dem ‚nach Hause wollen‘. Die Daten scheinen zu ergeben, dass Männer sich auf gerontopsychiatrischen Pflegestationen nach einer kurzen Eingewöhnungszeit mehr zu Hause fühlen als Frauen (von Ausnahmen abgesehen) und weniger die Neigung haben, weg zu wollen“ (1998, 79).