

Rolf D. Hirsch

## Psychotherapie bei Menschen mit Demenz

### Psychotherapy with People Afflicted with Dementia

#### Zusammenfassung

Geht man auch immer noch eher von der Vorstellung aus, dass eine Alzheimer-Demenz primär organisch bedingt ist, so gibt es schon seit den 1980er Jahren ernst zu nehmende Hinweise auf psychosoziale Faktoren, die bei der Entstehung und dem Verlauf eine wichtige Rolle spielen können. Inwieweit dies auch auf andere Formen der Demenz (z. B. frontotemporale D.) zutrifft, ist bis auf die vaskuläre Form noch nicht untersucht. Um den Kranken je nach Stadium und individuellen Ressourcen Psychotherapie als Teil eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes zu ermöglichen, bedarf es eines erweiterten Verständnisses der Demenz. Ziele der Behandlung sind insbesondere Verbesserung der Kognition, Verringerung von emotionalen und Verhaltensstörungen (z. B. Angst, Depression, aggressive Impulse) sowie Erhaltung des Selbstbildes, der Bewältigung von bestehenden und zunehmenden Verlusten sowie der Anpassung an diese und Förderung der Selbstsicherheit. Die Psychotherapie wird je nach Methode meist bei Menschen mit einer leichten und mittelschweren Alzheimer-Demenz eingesetzt.

Als Psychotherapiemethoden werden Entspannungsverfahren (Autogenes Training und Progressive Relaxation), psychodynamische Verfahren (z. B. Fokal- und Kurzzeitpsychotherapie, Paartherapie) und kognitiv-behavioristische Verfahren eingesetzt. Zunehmend kommen auch kreative, psychotherapeutisch fundierte Verfahren wie Kunst- und Gestaltungstherapie, Musik- und Tanztherapie zum Einsatz. Eine breite Palette von kognitions- und gefühlsorientierten Verfahren werden überwiegend in Institutionen durchgeführt, wie z. B. Erinnerungstherapie, Selbsterhaltungstherapie, Validation, Dementia Care Mapping, Psychomotorische Therapie, Realitätsorientierungs-Training und Kognitives Training. Basis hierfür ist die Milieuthherapie.

Einen besonderen Stellenwert hat die Angehörigenarbeit. Neben psychoedukativer Gruppenarbeit und Beratung sind die Selbsthilfegruppen eine wichtige Stütze. Manche Angehörige bedürfen einer Psychotherapie, die überwiegend eine Beziehungsarbeit ist, Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene bearbeitet und den Angehörigen einen Gesundungsprozess vermittelt.

#### Schlüsselwörter

Alterspsychotherapie – Regression – Demenz – Angehörigenarbeit – kreative Verfahren – Kognitionsverfahren

#### Summary

Although most people assume that the main cause of Alzheimer's disease is organic, there has been some evidence since the 1980ies of psycho-social factors which can play an important role in the genesis and progress of the illness and are thus to be taken seriously. To which extent this also applies to other forms of dementia (for example frontotemporal dementia) has not yet been examined with the exception of the vascular manifestation. Extended understanding of dementia is needed to make psychotherapy available for the patient as part of a holistic treatment plan according to the stage of the disease and individual resources. Objectives of the treatment are in particular improvement of cognition, decrease of emotional and behavioural dysfunctions (for example fear, depression, aggressive impulses) and also preservation of self-image, coping with and adjusting to existing and increasing losses, and promotion of self-assurance. Depending on the method, psychotherapy is primarily used with patients having a mild to modest form of Alzheimer's dementia.

Methods of psychotherapy which are used in this context are relaxation techniques (Autogenic Training and Progressive Relaxation), psychodynamic techniques (such as Focal and Brief Psychotherapy, Couple Therapy) and cognitive behavioural techniques. Creative, psychotherapy-based techniques such as Art Therapy and Creative Therapy, Music and Dance Therapy have also been used increasingly. A broad range of cognition and emotion oriented techniques such as Reminiscence Therapy, Self-Preservation Therapy, Validation, Dementia Care Mapping, Psychomotor Therapy, Reality-oriented Training and Cognitive Training have been realised mainly in institutions. Here Milieu Therapy provides the basis.

Of particular importance is the work with family members. Beside psycho-educational group work and counselling support groups are an important backup. Some family members need psychotherapy themselves, which mainly comprises the work on relationships, deals with problems of transference and counter-transference and imparts a recovery process to the family members.

#### Keywords

psychotherapy of old age – regression – dementia – work with family members – creative techniques – cognition techniques

## ■ Einführung

*Ein 75-jähriger früherer Arzt mit einer beginnenden Alzheimer-Demenz klagt: „Ich habe Angst, so behindert zu werden, dass man mich nicht mehr verstehen kann. Ich habe das Gefühl, taubstumm zu werden.“ Ein anderer Kranker berichtet: „Gestern war ein großes Fest. Es ging mir sehr gut. Ich fühlte mich wohl. Keiner merkte etwas. Weil es mir so gut ging, glaubt mir niemand, dass es mir sehr schlecht geht.“ In einer Notiz eines Kranken mit Alzheimer-Demenz steht: „Am meisten tut mir meine Frau leid, die wie ich voller Hoffnung ist und meinem Zustand nicht gewachsen ist, denn mit gewissen Erziehungsvorhaltungen (dass ich den Kühlschrank offen lasse, die Hose öfters nicht zumache etc.) macht sie mich nicht gesünder.“*

*Die Ehefrau eines Menschen mit einer Demenz beschreibt, wie quälend es für sie wäre, Tag für Tag zu erleben, wie ihr Mann „immer weniger wird“. Sie verzweifelt manchmal. Mit keinem könne sie ihre Probleme besprechen, keinen fragen, wenn sie nicht mehr weiterwüsste. Sie ziehe sich immer mehr zurück und leide unter ihrer Isolation. Eine pflegende Tochter macht sich schwere Vorwürfe, dass sie ihre Mutter in ein Heim geben musste. „Ich habe das einfach nicht mehr geschafft. Die Kinder, der Mann und dann auch noch meine Mutter. Ich war völlig am Ende. Es ging wirklich nicht anders.“*

Vielfältig sind die Sorgen, Ängste und Nöte, über die Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen berichten. Häufig wird auch über Einsamkeit, Verzweiflung, Isolation und zunehmende Beziehungslosigkeit berichtet, unter der Betroffene und ihre Angehörigen leiden. In den Medien wird von „Tod bei lebendigem Leib“ und „menschenunwürdigem Siechtum“ gesprochen; in der öffentlichen Wahrnehmung davon, dass die Demenz z. B. den Menschen „als Person auslöscht“ oder dass ein Leben mit Demenz „kein Leben mehr“ wäre (Wissmann & Gronemeyer, 2008).

Sich in einen Menschen mit einer Demenz hineinzusetzen ist nur bruchstückhaft möglich. Wie geht es einem Menschen, der mit sich und seiner Umwelt immer weniger zurechtkommt? Dem seine bisherigen Stützen und Orientierungshilfen zunehmend wegbrechen? Wie sind die Zusammenhänge zwischen Kognition, Emotion und Verhalten? „Ein oft verzweifeltes Ringen um das Personsein und die Subjekthaftigkeit“ (Müller-Hergl, 2000). Wie lassen sich auftauchende Schwankungen ertragen? Angehörige erleben ein kontinuierliches bruchstückhaftes Sterben erst der Persönlichkeit, dann des sozialen Umfeldes und letztendlich des Körpers. Was brauchen Betroffene und ihre Angehörigen?

Welchen Betrag kann bei der Behandlung eines Menschen mit Demenz die Psychotherapie leisten? Die Datenlage hierzu ist eher spärlich. Auch der sehr differenzierte Bericht über Nutzerbewertung von nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren bei der Alzheimer-Demenz des IQWiG (2008) schreibt zusammenfassend, dass es Hinweise für einen Nutzen der Verfahren, aber auch einen Schaden gibt, jedoch noch keine Belege für eine langfristige Wirkung. Lassen sich auch die

Instrumente, die zu dieser Aussage führen, kritisch diskutieren, so kommt hinzu, dass es bei der Behandlung von Menschen mit Demenz schon ein Erfolg ist, wenn das Krankheitsbild einige Zeit stabil bleibt. Aus der Praxis, Falldarstellungen und Untersuchungen geht hervor, dass psychotherapeutische Verfahren wesentlich dazu beitragen können, Menschen mit Demenz bei der Bewältigung der sich völlig verändernden Lebenssituation innerhalb der von der strukturellen Hirnschädigung gesetzten Grenzen ein hohes Maß an Unabhängigkeit und Wohlbefinden zu ermöglichen (Diehl & Kurz, 2004). Wenn aber Psychotherapie als eine „Methode der Behandlung, Haltung und Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen“ (Wolfersdorf, Purucker & Schmelter, 2008) verstanden wird, so ist es erstaunlich, dass sie bei Menschen mit einer Demenz eher selten durchgeführt und noch lange nicht als eine „Standardmethode“ eingesetzt wird. Viele Experten und professionelle Helfer sind immer noch zu sehr verhaftet in der eher einseitigen Vorstellung, dass eine Demenz primär organisch bedingt ist und von daher nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren eher randständig sind.

## ■ Krankheitsbild der Demenzen

Demenz ist ein Sammelbegriff für Erkrankungen, die durch eine sekundäre Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit mit den folgenden Merkmalen gekennzeichnet sind (DIMDI, 1994):

- 1a. Abnahme des Gedächtnisses und (1b) anderer kognitiven Fähigkeiten (z. B. Urteilsfähigkeit, Denkvermögen)
2. kein Hinweis auf vorübergehenden Verwirrheitszustand
3. Störung der Affektkontrolle, Antrieb oder Sozialverhalten (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder Vergrößerung des Sozialverhaltens)
4. Dauer der unter 1 genannten Störungen mindestens 6 Monate

Um von einer Demenz sprechen zu können, ist es erforderlich, dass die Symptome dabei so schwerwiegend sind, dass sie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung führen. Der Verlauf ist gekennzeichnet durch eine große intra- und interindividuelle Schwankungsbreite von Kompetenzen. Die Schweregrade werden nach der ICD-10 unterteilt in (Förstl & Calabrese, 2001):

- „leicht“: herabgesetztes Lernen neuen Materials; trotz eines möglichen unabhängigen Lebens sind komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen nicht mehr möglich;
- „mittel“: nur gut gelerntes und vertrautes Material wird behalten, neue Informationen können nur kurz behalten werden, Erinnerungen sind getrübt; unabhängiges Leben kaum noch möglich, Alltagsaktivitäten sind erheblich eingeschränkt;
- „schwer“: schwerer Gedächtnisverlust und Unfähigkeit, neue Informationen zu behalten, nur Fragmente von früher Gelerntem bleiben erhalten; Fehlen nachvollziehbarer Gedankengänge.

Stehen auch für die Diagnosestellung einer Demenz die kognitiven Störungen im Vordergrund, so treten nichtkognitive Störungen im Verlauf der Erkrankung auf („Psychological and Behavioral Signs and Symptoms of Dementia“; Finkel, 1996). Zu unterscheiden sind Störungen der Perzeption (Wahnvorstellungen [20-73%], Verkennungen [23-50%] und Halluzinationen [15-49%]), affektive Störungen (depressive Symptome [bis zu 80%] und Manien [03-15%]) sowie Persönlichkeitsveränderungen (Wesensveränderung [bis zu 90%], Verhaltensprobleme [bis zu 50%] und Aggressionen/feindselige Verhaltensweisen [bis zu 20%]). Sie sind für Angehörige und andere Bezugspersonen besonders belastend und führen eher zur Klinikeinweisung oder zur Heimübersiedlung (ca. 70% der Pflegeheimbewohner leiden unter einer Demenz; Hirsch & Kastner, 2004) als kognitive Störungen. Nichtkognitive Störungen sind nach heutiger Sichtweise nicht lediglich reaktive Erscheinungen oder nur Sekundär- bzw. Begleitsymptome (Haupt, 1999). Sie sind „die sozioökonomisch bedeutsamsten Symptome von Demenzkranken“ (Stoppe & Staedt, 1999).

Zu unterscheiden ist zwischen primären (z. B. Alzheimer-, frontotemporaler, vaskulärer und Lewy-Körperchen-Demenz) und sekundären (z. B. aufgrund eines Tumors, einer Stoffwechselerkrankung) Demenzen. Häufigste Form ist die Alzheimer-Demenz, auf die in diesem Beitrag besonders eingegangen wird. Die sekundären Demenzen (ca. 10%) beruhen auf einer meist behandelbaren Grundstörung. Manche Symptome können auch Ausdruck anderer Erkrankungen sein. Es bedarf daher meist eines sehr differenzierten und komplexen Assessments, um die Art der Demenz, deren Schweregrad sowie noch vorhandene Kompetenzen feststellen zu können.

## ■ Psychosoziale und psychologische Aspekte

Trotz großer Forschungsaktivitäten ist es bisher noch nicht gelungen, Ätiologie und Pathogenese der Alzheimer-Demenz erklären zu können. Erst seit einigen Jahren sind auch – noch in sehr beschränktem Umfang – Faktoren der Umwelt und der Persönlichkeit Gegenstand der Forschung. Entwicklungspsychologische und biographische Aspekte scheinen bei der Entstehung einer Alzheimer-Erkrankung eine Rolle zu spielen (Tab. 1). Zu beobachten ist, dass sich das Krankheitsbild und der Verlauf vieler Betroffener zwar ähneln, aber jeder, geprägt durch die Lebensbiographie und die Umwelt, über ein ihm eigenes und spezifisches Kranksein verfügt.

Beschrieben wird, dass psychosozialer Stress neurodegenerative Prozesse einleiten kann (Kropiunigg et al., 1999) und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und für die Art des Verlaufes eine wichtige Rolle bei der Alzheimer-Erkrankung spielen (Bauer, Bauer & Teising, 1994; Kropiunigg et al., 1999; Bernhardt, Seidler & Frölich, 2002). Gefunden wurde in Untersuchungen ein positiver Zusammenhang mit der Entstehung einer Demenz für Personen, die allein leben, keine engen sozialen Bindungen haben, nie verheiratet waren und an keinen sozialen oder Freizeitaktivitäten teilnahmen. Aus weiteren Studien geht hervor, dass die Demenz vom Alzheimer-Typ positiv mit psychosozialer und körperlicher Inaktivität, unproduktivem Arbeitsstil und dem Zusammenleben mit einem dominanten Partner assoziiert ist, negativ mit der Vielfältigkeit von Aktivitäten und Intensität intellektueller Aktivitäten (Bernhardt et al., 2002). Bauer, Qualmann, Stadtmüller und Bauer (1998) fanden in ihren Untersuchungen noch typische biographische Muster zwischen Alzheimer-Patienten und Vaskulär-Dementen (Tab. 2).

Tabelle 1: Ergebnisse zu psychosozialen Faktoren bei Alzheimer-Kranken (Kropiunigg, 1999)

	Wiener Studie (Kropiunigg et al., 1998)	Freiburger Studie (Bauer et al., 1995, 1998)
Kindheit	Geringere Akzeptanz durch Eltern	Kindheitstraumen
Selbst	Fehlender Selbstwert	Eingriffe in die Selbstbestimmung Konfliktvermeidungsverhalten
Beziehung	Partner dominiert die Beziehung Kein qualitatives Interesse an Familie	Inferiorität in der Hauptpartnerschaft Unterordnungsverhalten Verbale Herabsetzung Geselligkeit
Beruf	Aktiv-unproduktive Arbeitshaltung Kein qualitatives Interesse an Arbeit Nicht im Wunschberuf tätig	Vermehrte Arbeitsbelastung Motivationsverlust

Tabelle 2: Typische biographische Muster (Bauer et al., 1998)

	Alzheimer-Patienten	Vaskulär-Demente
Kindheit	Traumatische Ereignisse	Traumatische Ereignisse
Prämorbid Persönlichkeitseigenschaften	Konfliktvermeidung Unterordnungsverhalten Geselligkeit	Selbstsicherheit Dominanzverhalten z. T. Einzelgängertum
Langjähriges prämorbides Muster	Inferiorität in der Hauptpartnerschaft	Dominanz in der Hauptpartnerschaft
Entwicklung im zeitlichen Vorfeld des Erkrankungsbeginns	Eingriff in die Selbstbestimmung Vermehrte Arbeitsbelastung Verbale Herabsetzung Motivationsverlust	Verlust der Kontrolle

Insbesondere bei einem Menschen mit einer Alzheimer-Krankheit bleibt das Selbstbild, aber auch die Fähigkeit des Wollens und Strebens über einen Großteil des Krankheitsverlaufes erhalten (Diel & Kurz, 2004). Der Kranke nimmt die Diskrepanz zwischen seinem bisherigen Leistungsvermögen und seinen aktuellen Fähigkeiten wahr. Er reagiert je nach Persönlichkeit mit Beschämung, Bedrücktheit und Depression oder mit Wut und Aggressivität. Manche verleugnen in den frühen Stadien ihre Defizite oder ziehen sich aus Angst, sich zu blamieren, zurück. Eine zu fürsorgliche Haltung von Dritten kann sie verunsichern. Durch das zunehmende Scheitern an immer einfacheren Alltagsaufgaben häufen sich Versagenserlebnisse sowie Verringerung des Selbstwertgefühles und der Selbstachtung. Zunehmende Abhängigkeit von Dritten und veränderte Rollenbeziehungen verunsichern und vermehren Vermeidungsverhalten und Rückzug.

Der Krankheitsverlauf wird auch durch das Erleben, Empfinden und die Anpassungsversuche der Betroffenen beeinflusst (Haupt & Kurz, 1990). Der Krankheitsprozess verläuft auch nicht gleichmäßig fortschreitend, sondern ist gekennzeichnet von partiellen Einbußen neben noch gut erhaltenen Funktionen. Kitwood (2000) fordert einen Paradigmenwechsel. Eine Demenz könne nicht nur einseitig durch organische Defekte mit Konsequenzen, die sich linear vermehren, erklärt werden. Entscheidend wäre, die Gesamtheit einer Person zu sehen und zu verstehen. Durch ein „dialektisches Wechselspiel zwischen neurologischer Beeinträchtigung und maligner Sozialpsychologie“ könne sich individuell in sehr verschiedener Weise eine Demenz entwickeln, wenn sozialpsychologische Faktoren (z. B. „Infantilisieren“, „Etikettieren“, „Vorenthalten“, „Ignorieren“) neurologische Beeinträchtigungen negativ verstärken würden.

Einen tiefenpsychologisch orientierten Zugang zu den Phänomenen der Demenz beschreibt Radebold (1994) mit dem Konzept der Regression. Werden zu unbewussten Abwehrzwecken Gefühle, Triebbedürfnisse, Phantasien und Verhaltensweisen aus früheren Entwicklungsstufen der Kindheit partiell wiederbelebt, so könnte hierfür das Interaktionsmodell einer Mutter-Kind-Beziehung zur Erklärung herangezogen werden. Diese Modellvorstellung ist auch hilfreich bei der Beobachtung, dass manche kleine Verbesserungsschritte vermieden bzw. unterdrückt werden. Diese Gefahr besteht besonders, wenn bei zunehmender Regression als Ausdruck des sekundären Krankheitsgewinns überfürsorgliche Hilfestellung gesucht und mit dem Entzug dieser Verwöhnung entsprechend ablehnend oder aggressiv reagiert wird. Die Helfer fühlen sich dann missverstanden und reagieren ablehnend oder ihrerseits aggressiv und fördern dadurch den regressiven Prozess.

## ■ Indikationen

Hauptindikationsbereiche sind Kranke mit einer beginnenden bis zu einer mittelschweren Demenz. Demenzkranke mit mittelschweren kognitiven Leistungseinbußen, die z. B. ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen, im Einzelfall auch Schwerdemente (z. B. zur Veränderung eines herausfordernden

Verhaltens), können von verhaltenstherapeutischen Methoden profitieren (Hirsch, 2009).

Im Vordergrund der psychotherapeutischen Bemühungen steht weniger die Beeinflussung der kognitiven Störungen (diese können sich aber sekundär bessern) als die Behandlung von

- affektiven Störungen (z. B. Angst, Panik, emotionale Labilität, depressive Symptome, Aggressivität, Selbstunsicherheit, Hilflosigkeit)
- narzisstischer Kränkung über wahrgenommene Defizite und Veränderungen
- Verhaltensstörungen (auch „störende“, wie z. B. aggressives Verhalten)
- Antriebsstörungen (z. B. Unruhe, Aspontaneität, Desinteresse, Initiativlosigkeit)
- Persönlichkeitsveränderungen (z. B. Vergrößerung des Affektes, Enthemmung)
- funktionellen Störungen (z. B. Harninkontinenz)
- sozialem Rückzug und Regression.

Bei der Entscheidung für eine Psychotherapie ist die Individualität eines Demenzkranken, die Einzigartigkeit seines Entwicklungsprozesses, die das aktuelle Erscheinungs- bzw. Störungsbild bestimmen, zu berücksichtigen (Junkers, 1994). Einzubeziehen ist auch die Art, wie der Kranke seine zunehmenden kognitiven Leistungseinbußen wahrnimmt, bewertet und erlebt, wie er diese zu bewältigen oder abzuwehren versucht und welche Chancen ihm von seinem sozialen Umfeld gegeben werden. Mitentscheidend ist, inwieweit Angehörige das „Andererseits“ des Kranken akzeptieren und ihn stützen können

## ■ Therapieziele

Die Therapieziele bei einem Demenzkranken sind abhängig von dessen Defiziten, Kompetenzen, Leidenschwerpunkten sowie dem Milieu, in dem er lebt. Zu berücksichtigen ist die Schwere und Progredienz der Störung. Die Therapieziele sollen am Anfang der Behandlung möglichst klar formuliert werden (Tab. 3). Unrealistische Erwartungen des Kranken und seiner Angehörigen sollten ebenso wenig genährt werden wie ein therapeutischer Nihilismus.

Kranke, die unter einem leichten dementiellen Prozess leiden, haben meist eine noch intakte Persönlichkeit. Sie leiden oft unter ihren von ihnen nicht mehr kontrollierbaren Einbußen. Sie erleben z. B., dass „im Kopf irgendetwas vorgeht“, was sie ängstigt und verunsichert. Sie können ihre Arbeit nicht mehr so rasch, so intensiv und effektiv bewältigen wie bisher. Sie fühlen sich hilflos, innerlich leer und sind irritiert.

Je weiter der dementielle Prozess fortgeschritten ist, desto mehr ist der Kranke auf Außenreize angewiesen, die auf ihn krankheitsvermindernd oder -verstärkend einwirken. Dennoch hat er noch immer ein bestimmtes Maß an Autarkie. Bei schwer Demenzkranken ist das soziale Umfeld der „Patient“. Dieses ist der primäre Ansatzpunkt der Behandlung, um dem Kranken eine Linderung seines Leidens zu ermöglichen, seine noch vorhandenen Kompetenzen zu fördern und den Krankheitsprozess zu verzögern.

Tabelle 3: Ziele der Psychotherapie bei Demenzkranken (Hirsch, 2009)

Stützung der Selbstsicherheit und des Selbstbildes und Verringerung von Hilflosigkeit und Abhängigkeit
Klärung von Gefühlen zum Selbst, dem Körper und zu den Bezugspersonen
Akzeptieren und Bewältigen der bestehenden und zunehmenden Verluste sowie Anpassung an die jeweilige Verlustsituation
Stabilisierung und Förderung von vorhandenen Kompetenzen (Ansatz der Intervention bei den vorhandenen Ressourcen) und Aktivitäten des täglichen Lebens
Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten (z. B. verbale oder physische aggressive Verhaltensweisen, Ruhelosigkeit, Weglauftendenzen, dissoziale Umgangsweisen)
Stabilisierung der Emotionen und Affekte, auch mit dem Ziel, kognitive Einbußen annehmen zu können, diese (möglichst) zu verringern und vorhandene kognitive Fähigkeiten maximal nutzen zu können
Verringerung einer frühzeitigen, dem neuropsychologischen Defizit nicht entsprechenden psychosozialen Deaktivierung
Verringerung von depressiven Symptomen, Ängsten, Rückzugs- und regressiven Tendenzen
Stabilisierung und Förderung von familiären Beziehungsstrukturen sowie sozialen Kompetenzen
Förderung von Interesse an der Umwelt und an Tätigkeiten

Die gemeinsame Zielvorstellung der am Behandlungsprozess Beteiligten soll sein, die Selbstsicherheit, die Selbständigkeit, die Identität und das Wohlbefinden der kranken Menschen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und ein hohes Maß an Lebensqualität zu ermöglichen (Hirsch, 2001; Junkers, 1994).

wenn erforderlich im Verlauf verändert werden. Deshalb ist es notwendig, alle Interventionen aufeinander abzustimmen. Die gemeinsame Zielvorstellung der Beteiligten soll sein, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der kranken Menschen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und alles zu tun, um eine persönliche Lebensqualität und Würde auch im Spätstadium der Krankheit noch zu gewährleisten.

## ■ Ort der Behandlung

Grundsätzlich kann die Psychotherapie in der Praxis eines Psychotherapeuten, in einer (gerontopsychiatrischen) Tagesklinik, in einer (gerontopsychiatrischen oder gerontopsychosomatischen) Fachklinik/-abteilung/-station, aber auch zu Hause oder im Altenheim stattfinden. Je nach Zielvorstellung können die Interventionen einzeln oder in der Gruppe sowie als Paar- oder Familientherapie durchgeführt werden. Einzu-beziehen sind alle professionellen Helfer (z. B. Hausarzt, Gerontopsychiater, Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes oder eines Altenheimes) und engere Bezugspersonen (Partner, Familienangehörige). Ausgehend von einer differenzierten Betrachtungsweise ist eine Behandlung immer mehrschichtig und bedarf einer multidisziplinären sowie oft auch einer institutionsübergreifenden Arbeitsweise. Diese ist natürlich abhängig von dem Stadium der Erkrankung, den Möglichkeiten der Bezugspersonen, den vorhandenen regionalen Versorgungsangeboten sowie dem Wissensstand der professionellen Helfer. Zwischen den einzelnen Interventionen, die z. T. berufsübergreifend durchgeführt werden, bestehen Überlappungen und Verknüpfungen. Entscheidend ist die Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Pflegeplans, in dem rationell und effizient die verschiedenen Interventionen eingesetzt und

## ■ Psychotherapeutische Methoden

Die Wahl und Durchführung psychotherapeutischer Behandlungsmethoden ist abhängig von den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patienten. Friedell (2002) hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Selbstreflexion bei einem Demenzkranken bereits früh verloren geht, allerdings primär nicht wegen neurologischer, sondern wegen psychologischer Ursachen. Vermehren sich auch Leere und Hoffnungslosigkeit, so gibt es dennoch immer noch Momente von Freude. Bei fortschreitender Erkrankung ist eine ständige Modifikation des Behandlungsansatzes und -verfahrens notwendig. Zu berücksichtigen sind folgende formale Aspekte (Diehl & Kurz, 2003, 2004):

- Vereinfachung und Verständlichkeit
- Wiederholungen
- Strukturierung des Geschehens im Behandlungsprozess
- Problem- und Alltagsorientierung
- einfache plastische Therapiemethoden
- einfache Hausaufgaben
- behutsame Konfrontation mit Leistungsgrenzen und Hilfeannahme

Neben dem Demenzkranken leiden auch seine Angehörigen (z. B. Partner oder primärversorgende Angehörige) unter den Auswirkungen dieses schweren Leidens. Ihr Verhalten beeinflusst den Kranken. Vielfältig sind die Anforderungen, denen sie oft nicht gewachsen sind. Reicht eine informelle, soziale, beratende oder medizinische Unterstützung nicht aus, ist eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich.

Welches psychotherapeutische Verfahren angewendet wird, ist abhängig von

- der Biographie des Kranken
- der Schwere und Progredienz der Demenz
- der Lebens- und Wohnsituation
- den Zielvorstellungen und dem Leidensdruck des Kranken (soweit er dies noch formulieren kann) und der Bezugspersonen
- den Angehörigen und deren psychosozialen Kompetenzen
- der Verfügbarkeit eines geschulten Psychotherapeuten und Personen, die den Behandlungsprozess unterstützen können (z. B. Pflegepersonal, Ergotherapeut, Sozialarbeiter)

Je schwerer die Beeinträchtigungen sind, desto mehr werden nonverbale, verhaltensbezogene und umweltstrukturierende Maßnahmen eingesetzt. Kognitive und emotionale Einschränkungen verringern die Möglichkeit, mit tiefenpsychologisch orientierten Methoden zu arbeiten. Ausgeprägte Gedächtnisstörungen führen dazu, dass verhaltenstherapeutische Interventionen nur dann erfolgversprechend sein können, wenn eine kontinuierliche längerfristige Behandlung in einem freundlichen und angstfreien Milieu erfolgt. Möglich ist, dass Bezugspersonen verhaltenstherapeutische Interventionen nach einer Behandlung unter fachlicher Supervision weiterführen. Eine stetige Überprüfung der Wirkung von Interventionen ist Voraussetzung einer Behandlung. Gilt nach Yalom (2002), dass der Therapeut danach streben muss, „für jeden Patienten eine neue Therapie zu kreieren“, so trifft dies für einen Menschen mit einer Demenz in besonderem Maße zu.

### ■ Entspannungstraining

Die Förderung von Entspannung hat einen positiven Effekt auf Demenzkranke. Über Erfahrungen mit dem Autogenen Training (Hirsch, 1991; Stetter & Stuhlmann, 1987) und der

Progressiven Relaxation (Suhr, Anderson & Tranel, 1999; Welden & Yesavage, 1982) wird berichtet. Demenzkranke im leicht- bis mittelschweren Stadium, die in der Lage sind, ein einfaches und geordnetes Gespräch zu führen, können von diesen Verfahren profitieren. Dies kann einzeln oder in Gruppe geschehen. Vorzuziehen ist das Lernen in der Gruppe, da dort gleichzeitig auch Sozialverhalten und Selbstsicherheit geübt wird. Notwendig ist dabei Ausdauer, Geduld des Therapeuten sowie ein entspanntes Milieu. Wichtig ist die Aufforderung zum häuslichen Üben.

Für die Vermittlung des Autogenen Trainings empfiehlt sich ein stufenweises Vorgehen. Meist reichen die ersten drei Hauptübungen (Schwere, Wärme, Atmung), beginnend mit suggestiven Elementen mit steter Wiederholung bis zum selbständigen Üben. Nach einiger Zeit können die Patienten eigenständig die Übungen durchführen. Positive Veränderungen konnten festgestellt werden, wie z. B. vermehrtes Interesse am Tagesablauf und an Alltagsaktivitäten (z. B. auch wieder Zeitung lesen), emotionale Ausgeglichenheit und Interesse an Kommunikation.

Ähnliche Ergebnisse sind mit der Progressiven Relaxation zu erzielen. Bei zusätzlichen verhaltenstherapeutischen Interventionen wird dieses Verfahren bevorzugt.

### ■ Psychodynamische Verfahren

Einen erheblichen Beitrag zum Verstehen der scheinbar unverständlichen Innenwelt des Demenzkranken und dessen Gefühlsausbrüchen, Äußerungen sowie Handlungen kann die Psychoanalyse geben. Einen wichtigen Beitrag hierzu hat Radebold (1994) mit der Beschreibung des dementiellen Prozesses als regressiven Vorgang mit entsprechenden Auswirkungen auf die Ich-Funktionen geleistet. Er beschreibt regressionsfördernde und -einschränkende Maßnahmen, die mit durch die verschiedenen Gefühle des Kranken ausgelöst werden können (Tab. 4).

Viele Handlungen von Demenzkranken halten wir für „sinnlos“. Kennen wir die Lebensgeschichte und verstehen etwas von Symbolen, so lassen sich viele „Irrungen“ nachvollziehen. Scheinbar unverständliche Worte, Handlungen und Verhaltensweisen von Demenzkranken können sich nach psychodynamischer Sichtweise sehr wohl als „sinnvoll“, aber

Tabelle 4: Regressionsfördernde und -hemmende Maßnahmen (n. Radebold, 1994)

Regressionsfördernde Maßnahmen	Regressionshemmende Maßnahmen:
Neutralisieren als „Fall“	Kennenlernen der bisherigen Umwelt
Passivierende Pflege („satt“, „sauber“, ruhig u. a.)	Kennenlernen der Lebensgeschichte
Infantilisierende Umwelt	Kompetenzerhaltende bzw. fördernde Maßnahmen
Ausschließen bei Familiengesprächen	Angehörigengespräche
Psychopharmaka	Stabile Bezugspersonen
„Fürsorgliche Fixierung“	Vertraute Umwelt

für „Normale“ nicht verstehbar herausstellen. Diesbezügliche Deutungen fördern den Behandlungsprozess. Manche Äußerungen von Demenzkranken können als Material interpretiert werden, das mit freien Assoziationen vergleichbar ist. Weniger die Deutung ist hier sinnvoll, als vielmehr den Kontakt zwischen Nicht-Subjekt und Subjekt zu ermöglichen und damit als eine Art „Prothese“ zu wirken (Junkers, 1994). Im Vordergrund steht Hilfestellung zu geben zur Anpassung an innere Realitäten. Erreicht werden kann z. B. eine Verbesserung des Kontaktverhaltens. Einzubeziehen sind dabei immer wieder die engsten Bezugspersonen.

Eine psychoanalytische Psychotherapie, deren Behandlungsebene auf vorbewusste bis unbewusste Inhalte unter Übertragungsdeutungen zielt, ist schon wegen der abnehmenden Introspektionsfähigkeit und des Zugangs zu unbewusstem Material nicht indiziert.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieverfahren (Fokaltherapie, Kurztherapie) arbeiten am Schnittpunkt der Lebensgeschichte des Patienten und der Einsichtsvermittlung im Dreieck

- aktuelle interpersonelle Beziehung Patient – Therapeut
- symptomauslösende/-verstärkende interpersonelle Situation
- aktuelles soziales Umfeld mit seinen pathogenen Interaktionsmustern

Diese Verfahren geben dem Patienten die Chance, seine Ich-Kräfte zu stärken und trotz (leichter) kognitiver Veränderungen seinen Einbußen nicht hilflos ausgesetzt zu sein. Vom Therapeuten bedarf es eines hohen Einfühlungsvermögens und eines kreativen, manchmal auch unkonventionellen Handelns.

Die Behandlung kann einzeln oder in der Gruppe durchgeführt werden. Insbesondere am Anfang sollte eine Bezugsperson an den Sitzungen teilnehmen, um Ängste, Projektionen u. a. zu verringern. Die zeitliche Begrenzung der Behandlung sollte immer wieder thematisiert werden, um Autarkiebestrebungen zu fördern und realistische Zukunftsperspektiven zu bearbeiten. Themenschwerpunkte können sein:

- Bearbeitung der Trauer über zunehmende kognitive Verluste
- Bearbeitung von realen und unbewussten Ängsten (aktiviert in der Beziehung Therapeut – Patient)
- Bezug der depressiven Symptome zur Lebensgeschichte und deren Bewältigung
- Bearbeitung der Scham und Hilflosigkeit
- Bearbeitung von bestehenden Konflikten, die eine Wiederholung früherer Traumata sind

Der Bezug zwischen Gegenwart und früheren Konflikten fördert das Verstehen der derzeitigen Schwierigkeiten. Für den Therapeuten ist es wichtig, dass er Aspekte der Gegenübertragung immer wieder verbalisiert und während Übertragungsmomente zulässt, um eine tragende und haltende Behandlungssituation herstellen zu können, aus der dann einzelne im Vordergrund stehende Konflikte bearbeitet werden können.

## ■ Kognitiv-behavioristische Verfahren

Voraussetzung kognitiv-behavioristischer Interventionen ist eine patientenorientierte Therapieplanung, die besonders auch die Beobachtungen von Bezugspersonen einbezieht.

Die Verhaltenstherapie verfügt über bewältigungsorientierte Verfahren, die Demenzkranken eine Anpassung an verloren gegangene Fähigkeiten sowie eine Verringerung von nicht-kognitiven Begleitsymptomen und Verhaltensproblemen ermöglichen soll. Haupteinsatzpunkte der Verhaltenstherapie bei Demenzen sind (Ehrhardt & Plattner, 1999; Haupt, 1993; Hirsch, 1999; Junkers, 1994):

Um Verhaltensweisen zu verändern, werden im Frühstadium der Erkrankung eher kognitive Techniken (z. B. Selbstinstruktion, Selbstkontrolle, kognitive Depressionsbehandlung, Rollenspiel, kognitive Umstrukturierung) und Selbstsicherheitstrainings, in späteren Stadien hauptsächlich operante Methoden und Modelllernen eingesetzt. Zur Modifikation einzelner Verhaltensweisen, wie z. B. selbständiges Essen, Ankleiden, Waschen, Toilettengang, aggressives Verhalten, können Methoden wie positive verbale oder materielle Verstärkung u. a. eingesetzt werden (Tab. 5).

Gegen einen dementiellen Prozess „anzutrainieren“ hilft wenig und deprimiert Patienten, Angehörige und Pflegepersonen sowie Therapeuten (Gutzmann, 1997). Konnten auch z. T. sehr eindrucksvolle Ergebnisse durch die Anwendung von verhaltenstherapeutischen Methoden erzielt werden, so treten häufig schon kurz nach Beendigung der Behandlung die früheren Verhaltensmuster wieder auf, wenn nicht zumindest in gewissen Zeitabständen weiterbehandelt wird.

Für Alzheimer-Patienten im Frühstadium wurden in den letzten Jahren die folgenden beiden Verfahren entwickelt:

- **Verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining VKT** (Ehrhardt & Plattner, 1999): Dieses ist für Einzelbehandlung und Kleingruppen konzipiert und setzt sich aus sechs Therapiemodulen zusammen: 1. Therapieplanung und Verhaltensanalyse, 2. Psychoedukation, 3. Stressmanagement, 4. Aktivitätenaufbau, 5. Förderung sozialer Kompetenz, 6. Modifikation depressiogener Kognitionen. Das VKT hat zum Ziel, den Patienten bei der Bewältigung der Belastungen, die sich aus der Erkrankung selbst sowie aus der Diagnosestellung ergeben, zu unterstützen.

Vorhandene Ressourcen sollen mobilisiert werden, um eine frühzeitige – den neuropsychologischen Defiziten nicht entsprechende – Deaktivierung zu vermeiden. Zudem sollen depressive Symptome verringert werden. Die diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse sind erfolgversprechend.

- **Interpersonelle Psychotherapie in „late life“-Form** (Bauer, 1997): Die grundlegenden Arbeitstechniken bestehen aus Exploration, Affektermunterung, Klärung, Kommunikationsanalyse und verhaltensmodifizierenden Techniken. Durch diese Behandlung soll ein „Prozess des Sich-selbst-Aufsuchens“ in Gang gesetzt werden. Zudem

Tabelle 5: Verhaltensmodifikationen (n. Hirsch, 1999)

Symptom	Auffälliges Verhalten	Reaktion der Umwelt	Interventionsmöglichkeiten
Zunehmende Vergesslichkeit	Verlegen und Suchen von Gegenständen, Fremdbeschuldigungen, Verwechslungen, Fehlantworten, Fehlhandlungen	Ungeduld, Ärger, Fehlinterpretation	Gedächtnishilfen („Eselsbrücken“) Konzentrationsübungen, Tagesstrukturierung, beruhigende Interaktion, klare Umweltstrukturierung, Modelllernen
Orientierungsstörungen	Verlaufen, Nichterkennen oder Verwechseln von Bezugspersonen, Tageszeit-Verkennung, Fehleinschätzung der Situation	Angst, Besorgnis, „fürsorgliches“ Fixieren, Einsperren, Einweisung in die Psychiatrie	Räumliche und lokale Orientierungshilfen, Realitätsorientierungs- Training, soziales Training, Training, bestimmte Orte, Zimmer, Bett u. a. wiederzufinden, Shaping, Chaining
Affektlabilität	Plötzliches Weinen, aggressives Verhalten (in Worten und Handlungen), Misstrauen	Sedierende Medikamente, Erwidern der Aggressionen, Einsperren, Fixieren, Schuldgefühle	Beruhigendes Milieu, einfühlsame Umgangsweisen, Ernstnehmen der Situation und nach Bewältigungsmöglichkeiten suchen, Entspannungstraining, beziehungsfördernde Maßnahmen
Verringerte Einsichts- und Kritikfähigkeit	Vertuschen von Fehlern, erhebliche Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, Verweigerung von Hilfsangeboten ohne Grund	Ärger, Wut, Streitgespräche, Beweisenwollen, Besorgnis, Drohen oder Durchführung von Gewaltmaßnahmen	Emotional beruhigende Atmosphäre, Hinlenkung auf vorhandene Kompetenzen und deren Förderung (Modelllernen, Chaining, Shaping, Time-out)

wird untersucht, in welchen interpersonellen Situationen sich Unsicherheit und Nüchternheit des Patienten verstärken bzw. durch welche Bedingungen Leistungen des Patienten begünstigt werden. Erste Erfahrungen zu diesem Verfahren sind ermutigend.

### ■ Kreative psychotherapeutisch fundierte Verfahren

Kreative Verfahren basieren meist auf einer psychotherapeutischen Grundlage. Sie nutzen nonverbale Mittel (Kunst und Gestaltung mit unterschiedlichen Materialien, Musik, Tanz) in der Beziehung Patient – Therapeut. Diese Medien stehen als Kommunikationsform im Vordergrund. Die Aktivitäten mit ihnen können Menschen mit Demenz im Rahmen ihrer Möglichkeiten helfen, emotionale, soziale, kognitive und psychomotorische Schwierigkeiten und Bedürfnisse zu erkennen, zu überwinden, zu vermindern oder zu akzeptieren. Die eingesetzten Mittel erleichtern den Zugang zum Patienten. Gefühle, Gedanken und Handlungsweisen können nonverbal ausgedrückt, wiederholt und bearbeitet werden. Kreative Therapien setzen an den persönlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten des Patienten an und sind strukturierend, lindernd und verarbeitend. Meist werden sie im Gruppenrahmen durchgeführt. Es herrscht dort häufig eine freundliche Atmosphäre, und manchmal kommt auch Heiterkeit auf. Diese Stimmung wirkt ansteckend auf die Gruppenteilnehmer und verbessert gleichzeitig Aufmerksamkeit, Motivation und Konzentration.

Geht man davon aus, dass jeder in seinem Leben zumindest im weitesten Sinne etwas malen, singen und tanzen gelernt hat bzw. mit diesen Tätigkeiten sozialisiert wurde, so können diese Handlungen, untermauert mit einer psychotherapeutischen Theorie, wertvolle Medien für die Behandlung von Menschen mit Demenz sein. Allerdings sind die empirischen Untersuchungen zu diesen Verfahren derzeit noch eher spärlich, auch wenn ihr Wert bei der Behandlung von Menschen nicht mehr bestritten werden kann.

### ■ Kunst- und Gestaltungstherapie

Die Mittel in der Kunst- und Gestaltungstherapie sind vielfältig, wie z. B. Ton, Stein, Holz, Kreide und vielfältige Malutensilien. Grundsätzlich geht es nicht um ein möglichst gutes Ergebnis oder um Leistung, sondern um schöpferisches und kreatives Handeln unter künstlerischer Anleitung, das keiner Bewertung unterliegt. Der Hauptfokus der Kunsttherapie, basierend auf unterschiedlichen psychologischen und psychotherapeutischen Theorien, liegt dabei eher auf dem ästhetisch-künstlerischen Gestalten („Ergebnis“), das der tiefenpsychologisch fundierten Gestaltungstherapie auf dem erlebnisorientierten gestalterischen Prozess (Schottenloher, 2003).

Ziel der Kunsttherapie bei Menschen mit Demenz ist, das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu stärken, die Wahrnehmungs- und Erinnerungsfähigkeit zu fördern und durch Unterstützung von positiven Erfahrungen mit den



künstlerischen Medien Kreativität und Erinnerungsvermögen anzuregen (Dunker, 1994; Gaertner, 2003; Liermann, 2006). Durch das Experimentieren mit den Materialien wird eine spielerische milieustabilisierende Haltung gefördert, die auftretende Defizite und Ängste leichter zu verarbeiten. Freude am Schaffen wird geweckt und Ausdauer gefördert. Entgegenwirkt wird Depression und Aggressivität. Wiederholungen, Tendenzen mancher Demenzkranker können bildnerisch dargestellt und bearbeitet werden. Durch die Kunsttherapie können die Erlebnisfähigkeit im Hier und Jetzt des Kranken sowie der Halt in sich und seine Lebendigkeit vermehrt und gestützt werden.

In der Gestaltungstherapie wird versucht, kreatives (bildnerisches und darstellerisches) Tun für die Behandlung fruchtbar zu machen (Franzke, 1989; Schrode, 1983). So besteht die Chance, Vergangenes und Gegenwärtiges zu gestalten, zu wiederholen, zu verbinden und zu reflektieren. Im symbolhaften Handeln mit Materialien können Ängste, depressive Gefühle und kognitive Einbußen bearbeitet und verringert werden. Wiederholungen der Prozesse fördern Stabilisierung und Selbstsicherheit. Zudem fördert der Gestaltungsprozess eine spielerische Haltung bei kleinen Missgeschicken und Einbußen, die in entspannter Atmosphäre unter Nutzung eines Mediums gelockert und verringert werden können. Durch ein leistungsfreies und nicht bewertendes Handeln wird das Selbstwertgefühl gestärkt und ein positives Selbstbild unterstützt (Ganß & Linde, 2004).

### ■ Musiktherapie

Musik ist eine Form der Kommunikation, die zur Phantasie inspiriert sowie Gefühle und Erinnerungen weckt (Kaiser, 2001, Müller-Schwarz, 1994). Sie ist eine gemeinschaftsbildende Kraft, die sich schon beim Singen beobachten lässt. Sie fördert ein freundliches und fröhliches Milieu. Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit (Muthesius, 2007; Seidel, 2007). Gearbeitet wird mit Klängen, Rhythmen, Harmonie, Melodien und Geräuschen. Unterscheiden kann man rezeptive (Hören von Musik und deren Auswirkungen) und aktive Musiktherapie (Spielen von Instrumenten, Singen). Zur Musikwahrnehmung werden kaum kognitive Fähigkeiten benötigt, für die Musikverarbeitung dagegen bedarf es vieler Interaktionen in den verschiedenen Gehirnbereichen. Mit Hilfe von Musik besteht die Möglichkeit für Demenzkranke, Ausdruck zu finden, in Kontakt zu kommen und Sinnhaftigkeit zu erleben (Muthesius, 2002).

Die Eigenschaften von Musik werden bei der Behandlung von Menschen mit Demenz genutzt (Aldridge, 2004; Muthesius, 2002):

- emotionalisierende (erhalten und reaktivieren, Verstehenszugang für Bedeutungen)
- ordnende und strukturierende (Synchronisation von Handlungen, Koordinieren von Reizen, Restrukturierung emotionaler Fähigkeiten)

- erinnerungsauslösende (Reaktivieren des Altgedächtnisses und des Gefühls der Identität, Wiederholungen)
- kreativitätsfördernde (Suche nach vertrauten, generationsspezifischen Kreativitätsformen, Experimentieren und Ausprobieren von Klängen)
- interaktions- und gesellschaftsfördernde (Erleben von Zugehörigkeit, von Verstehen, von Beziehungen)
- bewegungsfördernde (kognitive und emotionale Erinnerung an Tanzmusik, Ermöglichung von Körperkontakt und aktiver Bewegung)

Wichtig ist, die historischen und kollektiven Bedeutungen von Musik in Zusammenhang mit den individuellen im Lebenslauf eines Menschen mit Demenz in Einklang zu bringen, um sie therapeutisch nutzbar machen zu können.

### ■ Tanztherapie

Die Tanztherapie nutzt Tanz (im weitesten Sinn: jede rhythmische Bewegung des Körpers) und Bewegung zur Integration von körperlichen, emotionalen und kognitiven Prozessen sowie zur Persönlichkeitsförderung. Jeder Mensch lebt sozusagen in jeder Bewegung seine „eigene Choreographie“ (Krüger, 2004). Er kann mit seinem Körper lebensbiographische und aktuelle Gefühle und Stimmungen mitteilen, die in der Tanztherapie mit dem Medium „Tanz“ aufgegriffen und bearbeitet werden. Sehr deutlich sind die großen inter- und intraindividuellen Unterschiede im Bewegungsverhalten alter Menschen. Die Tanztherapie ist eine Form der künstlerischen Therapie und der Körpertherapie mit einem Fokus auf der Symbolik der Bewegung.

Die Behandlungsziele bei Demenzkranken sind u.a. die Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperbildes, der Eigen- und Fremdwahrnehmung. Ausdrucks-, Anpassungs- und Kommunikationsverhalten sind in Muskelspannung, Atmung, Rhythmen, Formen, Haltung und Bewegungsdynamik beobachtbar und tanztherapeutisch beeinflussbar (Sohni & Reck, 2006). Methodische Hauptelemente der Tanztherapie sind Tanztechnik (einfache Bewegungen wie Gesten und Drehungen u. a.), Nachahmung (Imitation führt zu eigener Bewegungsform), Improvisation (nicht geplantes Geschehenlassen, Entstehung von Bewegungen aus Impulsen) und Gestaltung (Verstärkung von Gefühlen und Stimmung durch Bewegung). Einige Formen der Tanztherapie, die aus der Praxis entwickelt wurden, sind im Sitzen möglich (Grümme, 1995). Bei kommunikationsfördernden Tänzen können soziale Prozesse angeregt werden, bei Tänzen nach altbekannten Melodien und den thematisch gebundenen Tänzen steht die Erinnerungs- und Erlebnisaktivierung sowie die Anregung von Phantasie im Vordergrund. Bewegungslieder, Singtänze und Tänze mit Handgeräten fördern die Reaktions-, Konzentrations- und Koordinationsfähigkeit.

## ■ Kognitions- und gefühlsorientierte Verfahren

Die Palette psychologischer, psychosozialer, fachpflegerischer u. a. nichtmedikamentöser Interventionen zur Beeinflussung von Alzheimer-Kranken, die nicht zur Psychotherapie zählen (hierzu gehören auch die Behandlungsformen der Ergotherapie und Bewegungstherapie), ist in den letzten Jahren erheblich größer geworden. Sie wird im Rahmen eines integrativen Konzeptes eingesetzt.

Eine Basisfunktion hat hierbei die Milieutherapie: Die Umgebung eines Menschen mit Demenz fördert oder verringert sein Befinden und seine Kompetenzen. Das „Milieu“, in dem ein Mensch mit Demenz lebt, umfasst die in seiner Umwelt tätigen Personen (z. B. Angehörige, Therapeuten, Pflegepersonen, Mitbewohner/-patienten), die Gestaltung des Tagesablaufs und die räumlich-dingliche Umwelt wie Räume, Möbel, Farben, Gerüche und Geräusche (Wächtler, 2001). Da alle Interventionen, auch psychotherapeutische, am erfolgreichsten sind, wenn sie in ein integratives Konzept eingebunden sind, kommt der Milieutherapie eine Basisfunktion zu (Hirsch, 1999; Wächtler, Feige, Lange & Zeidler, 2005). Die wichtigsten Komponenten der Milieutherapie sind:

- konstante einfühlsame und vertraute Beziehungsperson, die einen respektierenden Umgang ohne Barrieren und Ängste ermöglicht (Basisverhalten);
- wohlstrukturierter Tagesablauf, der Bekanntheit und Vertrautheit schafft. Mahlzeiten, Spaziergänge, Spiele, Kaffeerunden und Schlafzeiten sollten auch in Institutionen möglichst dem üblichen Tagesablauf entsprechen;
- klare überschaubare Strukturierung und Übersichtlichkeit der Wohn- und Lebenswelt („Umweltprothesen“), die vor Über- oder Unterforderung schützt, brachliegende Fähigkeiten fördert, positive Veränderungen im Erleben und Verhalten stimuliert und gleichzeitig soziale Sicherheit vermittelt;
- Kenntnis der Biographie, um bisherige Tätigkeiten systematisch in den Tagesablauf einbeziehen und das Verhalten Alzheimer-Kranker verstehen zu können.

Trotz weniger empirisch gesicherter Evidenz, die z. T. auch auf unzureichenden Untersuchungsdesigns beruht (IQWiG, 2008), ist der Stellenwert der kognitiven und gefühlsorientierten Verfahren nicht mehr zu bestreiten. Sie können zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Demenzkranken und ihren Bezugspersonen führen (Ehrhardt & Plattner, 1999; Gutzmann, 1997; Hirsch, 1994; Tackenberg & Abt-Zegelin, 2000), wie z. B.

- **Erinnerungstherapie:** Die Erinnerung spielt für einen Demenzkranken eine ambivalente Rolle. Sie kann einerseits zur Selbstbestätigung in einer Situation der Selbstvergewisserung dienen und andererseits eine Inkongruenz zur gegenwärtigen Situation bringen. In der Erinnerungstherapie werden Demenzkranke angeregt, Erinnerungen und Gefühle aus Kindheit, Jugend, Berufs- und Familienleben auszutauschen, um eine Atmosphäre der Geborgenheit und der Orientierungsförderung herzustellen. Versucht

werden kann, jeweils erhaltenes biographisches und selbstbezogenes Wissen gezielt zu reaktivieren und wiederholt zu üben sowie bruchstückhaft Erinnertes zu stabilisieren (Fuchs, 1995). Eine Variante der Erinnerungstherapie ist die „Oral-History-Group“. In dieser Gruppe, die weitgehend formalisiert ist, werden mit dem Zweck eines alltagsbezogenen Gedächtnistrainings autobiographische Erinnerungen zur Alltagsgeschichte erfragt (Delius, 1990).

- **Selbsterhaltungstherapie:** Dieses Therapieverfahren, das zu den neuropsychologischen Trainingsverfahren gezählt werden kann, strebt ein möglichst langes Erhalten der personalen Identität an. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass das Selbst der Demenzkranken gefährdet ist durch Verletzung der personalen Kontinuität, Erlebnisarmut, Veränderung der Persönlichkeit sowie des Gefühlslebens und Selbstwissensverlust. Angeknüpft wird an erhaltene Kompetenzen. Diese werden trainiert und führen so eher zu Erfolgserlebnissen, die stabilisierend für den Kranken sind. Nicht Selbst-Korrektur, sondern Selbst-Erhalt sind angestrebt (Romero, 2004).
- **Validation:** Dieser aus mehreren Umgangsprinzipien und psychotherapeutischen Richtungen bestehende Ansatz soll dem Helfer ermöglichen, die hinter einem verwirrten Verhalten liegenden Gefühle, Erlebnisweisen und Antriebe zu erspüren und diese als dessen Realität zu akzeptieren (Richard, 1994). Angenommen wird, dass emotionale Erinnerungen bei Demenzkranken rationales Denken ersetzen können. Nach Auffassung von Feil ist es besser, auf die Gefühle des Demenzkranken zu reagieren, als dessen Fehler oder Gedanken zu korrigieren. „Der Validations-Anwender hat die Signale seines Patienten aufzufangen und in Worte zu kleiden“ (Feil, 1999). Validation ist eher eine grundsätzliche Haltung zum Phänomen der Verwirrtheit sowie dem Anderssein des Demenzkranken und vermittelt konkrete Umgangsweisen mit ihnen („Wiedergewinnung der Würde“) in jedem Demenzstadium. Nach dem Motto „In den Schuhen des anderen gehen“ sollen Demenzkranke in ihre innere Erlebniswelt begleitet werden (Scharb, 1996). Inzwischen wurden vielfältige Techniken und Arbeitsunterlagen vorgestellt (Feil, 1999). Dieser Ansatz ist inzwischen in Alteneinrichtungen sehr populär geworden.
- **Dementia Care Mapping:** Diese Methode basiert auf einem personenzentrierten Ansatz von Kitwood (2000), den er als Abkehr von der Vorstellung, dass eine Demenz nur eine organische Erkrankung ist, verstanden wissen will. Er sieht die Demenz als Behinderung. „Wie ein Mensch dadurch beeinträchtigt wird, hängt ganz entscheidend von der Pflegequalität ab.“ Mit dieser Methode wird versucht, alle Kommunikationen, über die ein Demenzkranker verfügt, anhand von Kategorien zu „lesen“, zu begreifen und das Positive zu fokussieren (Kitwood, 2000; Müller-Hergl, 2000). Nach Erstellung eines individuellen Verhaltensprofils werden vorhandene Kompetenzen verstärkt und Umwelteinflüsse optimiert. Problematische Verhaltensweisen

von Demenzkranken werden als Versuch der Kommunikation im Zusammenhang mit einem Bedürfnis interpretiert. Versucht werden soll, diese Botschaft zu verstehen, um so auf ein unbefriedigtes Bedürfnis eingehen zu können.

- **Psychomotorische Therapie:** Dieser Ansatz geht über das bekanntere „Snoezelen“ (Förderung der Sinnesreize) hinaus. Ausgangspunkt sind Aspekte des nonverbalen Verhaltens und der nonverbalen Kommunikation (Augenkontakt, Abstand, Berührung, Haltung, Tempo). Durch die „primäre Aktivierung“ (Aufnehmen und Erfahren von angenehmen Wahrnehmungen) der Sinnesorgane (Fühlen, Sehen, Hören, Riechen, Schmecken) soll ein Demenzkranker sich wieder wohlfühlen lernen und genussfähiger werden. Hierzu ist ein beruhigender Raum mit wohlthuenden und einladenden Aktivierungsreizen (z. B. Raumausstattung, Lichteffekte, Farbtonung) notwendig. Die primäre Aktivierung kann als zielgerichtete Aktivität oder als Unterstützung einer anderen Aktivität (z. B. Kochgruppe, Bewegungsgruppe, Musikaktivitäten) eingesetzt werden (von Sedlitz-Herpertz, 2004).
- **Realitäts-Orientierungs-Training (ROT):** Dieses baut auf lerntheoretischen Grundsätzen auf und soll die Orientierung, Gedächtnis, Wahrnehmung, Verhalten und soziale Fähigkeiten beeinflussen (Holden & Woods, 1982). Es eignet sich auch für Patienten mit fortgeschrittener Symptomatik. Eingesetzt wird es meist im Gruppenrahmen. Zwei Modelle werden alternativ oder oft in Kombination eingesetzt. Einmal werden wichtige Informationen zur Orientierung „wie in der Schule“ kontinuierlich wiederholt und gelernt („Classroom ROT“). Erheblich mehr durchgesetzt hat sich das „24-Stunden-ROT“. Das Training findet praktisch „rund um die Uhr“ statt. Jeder Kontakt wird als orientierungsförderndes Element genutzt. Daneben gibt es eine Vielzahl von Vorgaben zur Gestaltung von orientierungsfördernden Reizen. Zum ROT gibt es für alle Trainingsarten praktische Vorschläge in Form einer Kartei (Weitzel-Polzer, 1987; Rasehorn, Weitzel-Polzer & Kimbel, 1986). Kritisch wird hinterfragt, ob Orientierungstrainings für den Kranken sinnvoll sind und ob es nicht viel wichtiger ist, mit Behinderungen leben zu lernen (Rasehorn, 1994).
- **Kognitive Trainings:** Diese sollen die fluiden kognitiven Funktionen und Alltagskompetenzen fördern. Abgekommen ist man vom reinen „Gehirn-Jogging“, da deren Generalisierungseffekt bisher nicht nachgewiesen werden konnte. Werden allerdings die Grundparameter der kognitiven Leistungsfähigkeit gefördert und inhaltsbezogen trainiert (Oswald & Engel, 2006), so kann dies zu einer Erhaltung der Alltagskompetenz führen. Über bei Demenzkranken nachweislich positive Effekte eines „5-Punkte-Gedächtnistrainingsmodells“ der Basler Memory Clinic (Ermini-Fünfschilling & Meier, 1995) wird berichtet, das im Gruppenrahmen durchgeführt wird. Stengel (1989) versucht mit ihrem Training, Gedächtnisstörungen spielerisch durch heitere Übungen zu beeinflussen (z. B.

mündliche oder schriftliche Bild- und Tonspiele, Rätsel, Sprichwörter). Folgende Bereiche sollen durch diese Methode beeinflusst werden: Konzentration, Wortfindung, Merkfähigkeit, Reproduktion von Gedächtnisinhalten und Formulierung.

## ■ Psychotherapie für Angehörige

Angehörige von Demenzkranken sehen sich häufig hilflos dem Geschehen ausgeliefert. Sie ziehen sich zurück und isolieren sich damit selbst. Durch die zunehmende Hilflosigkeit und Abhängigkeit des Demenzkranken fühlen sie sich für ihn immer mehr verantwortlich, werden überfürsorglich und trauen sich dann kaum noch, ihn allein zu lassen. Nachts können sie z. T. wegen der nächtlichen Unruhe des Kranken nicht mehr schlafen. Wut, Verzweiflung, Schuldgefühle, Angst vor der Zukunft, Unverständnis vonseiten der Umwelt, völlige Überforderung, Hilflosigkeit, Trauer und Verlust, mangelnde soziale Unterstützung und physische Erschöpfung können zu einem Circulus vitiosus führen, aus dem sich ein Angehöriger meist selbst nicht befreien kann.

Seit Mitte der 1970er Jahre hat sich allmählich ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Angehörigenberatung entwickelt (Bruder, 1988; Gunzelmann, 1991; Stuhlmann, 1997). Ziele von Angehörigengruppen sind Informationsvermittlung, Hilfestellung, Anregung von Lernprozessen, Verhaltensänderung gegenüber dem Kranken und Prävention von Belastungsauslösern (Haupt et al., 2000). Selbst in Institutionen wird die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Angehörigenarbeit längst bejaht. So werden in mancher Klinik z. B. Visiten mit allen Beteiligten (Patient, Bezugspersonen, Pflegepersonal) nach systemischer Sicht durchgeführt (Johannsen, 1996). Wir verfügen heute über umfangreiche Kenntnisse der Problem-bereiche von Angehörigen. Sehr positive Ergebnisse gibt es bei systematischer Angehörigenberatung und -unterstützung (einzeln, Familie und in Gruppe), wie z. B. Entlastung, Kontaktaufnahme zu anderen Betroffenen, Aufbau von Selbsthilfegruppen (Gunzelmann & Schumacher, 1997). Die Arbeit der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft mit ihren örtlichen Vereinen als Anlaufstelle und Hilfe ist bei der Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nicht mehr wegzudenken.

Umwelt und Mitwelt des Kranken sollten so gestaltet sein, dass sie auf die krankheitsbedingten Veränderungen individuell ausgerichtet sind. Hierauf bezieht sich die „mediatorzentrierte Interaktionstherapie“ (Haupt, 1993). Sie kann bei jedem Demenzkranken, gleich welcher Schwere der Erkrankung, eingesetzt werden, im Heim und in der häuslichen Umgebung. Das Prinzip dieser Therapie liegt darin, Emotionen des Kranken durch eine Verhaltensmodifikation der Bezugsperson zu reduzieren. Die Bezugsperson soll durch einen geeigneten – neu erlernten – Umgangsstil zu einer Verringerung der Verhaltensstörung beitragen. Diese verhaltenstherapeutische Intervention setzt nicht direkt am Kranken, sondern an dessen Bezugsperson an. Sie stellt eine Form von „Kontingenzma-

nagement in der natürlichen Umgebung“ dar und zielt darauf ab, der Einschränkung der Kontinuität, der Kompetenz, der Kongruenz und der Kommunikation des Demenzkranken entgegenzuwirken. Überwiegend kommen die operanten Methoden zum Einsatz.

Die psychoedukative Gruppenarbeit mit pflegenden Angehörigen ist ein weiterer empirisch gut belegter Ansatz, um bei Demenzkranken und ihren Angehörigen Behandlungseffekte erzielen zu können. Inhalt der Gruppenarbeit sind Aufklärung und Information über die Krankheit, Beseitigung von Unsicherheit und Motivation unter Einbeziehung verschiedener psychotherapeutischer, zumeist supportiver Techniken. Durch diese Gruppenarbeit können z. B. gedächtnisassoziierte Alltagsleistungen, motorische Unruhezustände und Angst bei Demenzkranken nachweislich verringert werden (Haupt et al., 2000). Berichtet wird auch über Behandlungseffekte von Gruppen mit Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen (Haupt et al., 2000). Belegt wurde, dass durch diese Gruppenarbeit z.B. eine Konsolidierung des Funktionsniveaus des Kranken sowie eine Verbesserung des Kommunikationsverhaltens und eine deutliche Entlastung der pflegenden Angehörigen ermöglicht wurde.

Gibt es auch viele Stützen für Angehörige, so reichen diese oft nicht aus. Hinzu kommt, dass einige von ihnen neben körperlichen Erkrankungen selbst auch unter psychischen Störungen (Psychosomatosen, Neurosen u. a.) leiden, deren Symptome sich durch ihre Situation verstärken und/oder vermehren. Eine Psychotherapie ist daher bei manchen Angehörigen indiziert. In dieser Behandlung geht es dann primär nicht um den dementen Angehörigen, sondern um ihn selbst. Treten hierbei Fragen nach besseren Umgangsmöglichkeiten mit dem Demenzkranken auf, so können sie zwar kurzzeitig Inhalt einer Behandlungsstunde sein, sollten aber nicht zu sehr thematisiert werden. Oft sind sie Verdrängung eigener Bedürfnisse. Ziel dieser Behandlung ist neben einer Verringerung der Symptomatik eine Förderung der Selbstsicherheit, der Ich-Funktionen, der Genussfähigkeit, der Trauerfähigkeit, des Kontaktvermögens, der Arbeitsfähigkeit und der Ausbalancierung von Nähe und Distanz zum Demenzkranken.

Folgende Indikationen für die Psychotherapie eines Angehörigen lassen sich nennen:

- psychophysischer Erschöpfungszustand
- Nicht-bewältigen-Können der Trauerarbeit
- reaktiv-depressive Symptomatik
- Wiederauftreten eigener früherer psychischer Störungen
- Auftreten eigener nicht bewältigter Konflikte
- psychosomatische Störungen
- narzisstische Krise durch Identifikation und Verschmelzung mit dem Kranken
- Angstzustände und Panikattacken, ausgelöst durch Überforderung in der Pflege.

Je nach psychischer Störung ist das entsprechende psychotherapeutische Verfahren auszuwählen. Mit dem Patienten ist zunächst zu klären, ob die Störungen am besten eher durch ein klärungsorientiertes (z. B. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie) oder ein problembewältigungsorientiertes (kognitiv-behavioristisches) Vorgehen behandelt werden können. Wichtig dabei ist, die bisherige Beziehung zwischen Demenzkranken und Angehörigem zu problematisieren, da hieraus wichtige Schlüsse für die Behandlung zu ziehen sind. Häufig bestehen – unabhängig vom Demenzkranken – psychische Störungen beim Angehörigen, mit denen er bisher allein mehr oder weniger gut zurechtgekommen ist. Diese treten stärker zutage unter den Belastungen, die durch das Leben mit einem Demenzkranken entstanden sind und für die die Abwehrkräfte nicht mehr ausreichen. Teil der Behandlung ist, Möglichkeiten der Entlastung zu erarbeiten, eigene Bedürfnisse zu verwirklichen lernen und einer sozialen Isolation entgegenzuarbeiten (Tab. 6).

### ■ Ausblick

Eine Behandlung findet immer in Beziehungen statt. Ist diese auch zwischen einem Menschen mit einer Demenz und einem Therapeuten oft schwierig und anders als eine „normale“ (was ist „normal“?), so sind Resignation und Fatalismus nicht angebracht. Wer Demenzkranke und deren Angehörige behandelt, erfährt, wie kompliziert, abstrakt und menschenfeindlich

Tabelle 6: Psychotherapeutische Ziele für Angehörige zu einem adäquaten Umgang mit dem Demenzkranken (modifiziert n. Junkers, 1994)

Zugang zu dem scheinbar Unverständlichen der Äußerungen (verbal und nonverbal) des Kranken: Vermittlung des Regressionskonzeptes

Verstehen, dass affektives Erleben der Gegenwart Wurzeln in der Vergangenheit hat: Dieses öffnet den Zugang zum Hier und Jetzt.

Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen: Orientierende und strukturierende Reize von außen fördern die innere Sicherheit des Demenzkranken und verringern sein inneres Chaos.

Erfassung und Verstärkung von früher entwickelten Gewohnheiten und Ritualen in Form von Handlungsabläufen: Diese vertrauten Umgangsweisen fördern die Selbstwertgefühle des Kranken

Körperlicher Kontakt ist die früheste Ebene der Kommunikation. („Das Ich ist primär ein körperliches“, sagt Freud): Diese Urkommunikation schafft Vertrauen und verringert Angst und Panik.

unsere Welt geworden ist. Notwendig ist, den Demenzkranken nicht als einen Menschen mit Defekten zu sehen, sondern als einen Menschen, der in einer uns unverständlichen Welt unverstanden lebt, auf unsere therapeutische Hilfe angewiesen ist und über manche Kompetenzen verfügt, die wir schwer erkennen.

Wir verfügen derzeit über vielfältige nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden (Tab. 7), die es im Rahmen eines integrierten Konzeptes einzusetzen gilt. Die Psychotherapie mit ihren unterschiedlichen Ansätzen ist hiervon ein wichtiger, bisher noch vernachlässigter Baustein. Ist es bei jeder psychotherapeutischen Behandlung wichtig, „auf das Hier und Jetzt“ (Yalom, 2002) einzugehen, so gilt dies besonders bei Menschen, deren aktuelles Verhalten und Fühlen nicht nur von der Biographie abhängig ist, sondern auch von dem

gegenwärtigen Milieu. „Ich hoffe ja, dass mich jemand versteht. Denn ich leide so!“, artikuliert ein Demenzkranker seine Not. Dieses Leid zu verringern ist auch eine Aufgabe der Psychotherapie. Psychotherapeutische Methoden bei diesen Kranken einzusetzen ist aber auch eine Herausforderung, der sich Psychotherapeuten mehr stellen sollten.

■ Literatur

Aldridge, D. (2004). Musiktherapie in der Behandlung von Demenz. *Geriatric-Journal*, 4, 24-27.  
 Arbeitskreis Case-Management-Demenz im Auftrag vom und Zusammenarbeit mit dem BDA – Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband e.V. (Hrsg.). (2000). *Case-Management Manual Demenz*. Emsdetten: Kybermed.

Tabelle 7: Indikation nichtmedikamentöser Therapien im Verlauf von Demenzerkrankungen (n. Diel & Kurz, 2004; Hirsch, 1999, 2009; Techtmann, 2008; Wächtler et al, 2005; modifiziert und ergänzt)

<b>Demenzstadium</b>	<b>leicht</b>	<b>mittelgradig</b>	<b>schwer</b>
Psychotherapie	Modifizierte tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie Kognitive Psychotherapie Interpersonelle Psychotherapie Entspannungstraining Klassische Verhaltenstherapie Modifizierte Verhaltenstherapie	Klassische Verhaltenstherapie Modifizierte Verhaltenstherapie	Modifizierte Verhaltenstherapie
Psychotherapeutisch orientierte Verfahren	Erinnerungstherapie Selbsterhaltungstherapie Musiktherapie Tanztherapie Kunsttherapie Gestaltungstherapie Kunsttherapie	Erinnerungstherapie Selbsterhaltungstherapie Musiktherapie Tanztherapie Kunsttherapie Gestaltungstherapie Kunsttherapie Dementia Care Mapping	Erinnerungstherapie Selbsterhaltungstherapie Musiktherapie Tanztherapie Kunsttherapie Gestaltungstherapie Kunsttherapie Dementia Care Mapping Validation
Soziotherapeutische Methoden	Milieuetherapie	Milieuetherapie	Milieuetherapie
Andere Verfahren	Gedächtnistraining Psychomotorisches Training Ergotherapie Bewegungstherapie	Ergotherapie Bewegungstherapie Snoezelen Realitätsorientierungstraining	Ergotherapie Bewegungstherapie Snoezelen Realitätsorientierungstraining Basale Stimulation
Angehörige	Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie Kognitive Psychotherapie Psychoedukative Gruppe Selbsthilfegruppe Beratung	Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie Kognitive Psychotherapie Psychoedukative Gruppe Selbsthilfegruppe Beratung	Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie Kognitive Psychotherapie Psychoedukative Gruppe Selbsthilfegruppe Beratung

- Bauer, J. (1997). Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung bei Alzheimer-Patienten im Frühstadium der Erkrankung. *Nervenarzt*, 68, 421-424.
- Bauer, J., Bauer, H. & Teising, M. (1994). Psychosomatische Aspekte der Alzheimer-Demenz. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 47-61). Darmstadt: Steinkopff.
- Bauer, J., Qualmann, J., Stadtmüller, G. & Bauer, H. (1998). Lebenslaufuntersuchungen bei Alzheimer-Patienten: Qualitative Inhaltsanalyse prämorbiditer Entwicklungsprozesse. In E. Brähler, M. Bullinger, H. P. Rosemeier & B. Strauss (Hrsg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (S. 251-274). Göttingen: Hogrefe.
- Bernhardt, T., Seidler, A. & Frölich, L. (2002). Der Einfluss von psychosozialen Faktoren auf das Demenzerkrankungsrisiko. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 70, 283-288.
- Bruder, J. (1988). Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung Kranker, insbesondere dementer alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 95-101.
- Delius, P. (1990). Das Kompetenzmodell des Alters: Möglichkeiten klinisch psychiatrischer Umsetzung am Beispiel einer Geschichtsgruppe (Oral-History-Gruppe). *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 293-299.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (1994). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Diel, J. & Kurz, A. (2003). Innovative kausale Therapieverfahren. In H. Förstl (Hrsg.), *Antidementiva* (S. 211-230). München, Jena: Urban & Fischer.
- Diel, J. & Kurz, A. (2004). Psychotherapeutische Strategien bei Demenz und anderen organisch bedingten psychischen Störungen des höheren Lebensalters. In E. Leibing, W. Hiller & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 3, S. 169-177). Verhaltenstherapie. München: CIP-Medien.
- Dunker, D. (1994). Kunsttherapie bei Demenzkranken. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 167-171). Darmstadt: Steinkopff.
- Ehrhardt, Th. & Plattner, A. (1999). Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Göttingen: Hogrefe.
- Ermini-Fünfschilling, D. & Meier, D. (1995). Gedächtnistraining: Wichtiger Bestandteil der Milieuthérapie bei seniler Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 190-194.
- Feil, N. (1999). *Validation* (5. Aufl.). München: Reinhardt.
- Finkel, S.I. (1996). New focus on behavioral and psychological signs and symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 8, 215-216.
- Förstl, H. & Calabrese, P. (2001). Was ist Demenz? In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (S. 3-6). Berlin u. a.: Springer.
- Franzke, E. (1989). *Der Mensch und sein Gestaltungserleben* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Friedell, M. (2002). Awareness: a personal memoir on the declining quality of life in Alzheimer's. *Dementia*, 1 (3), 359-366.
- Fuchs, Th. (1995). Auf der Suche nach der verlorenen Zeit – die Erinnerung in der Demenz. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 63, 38-43.
- Gaertner, A. (2003). Pädagogische Kunsttherapie für Patienten mit einer Demenzerkrankung. In H. Wormstall & H.-J. Wilhelm (Hrsg.), *Alterspsychiatrie im Wandel* (S. 111-123). Oberhausen: Athena.
- Ganß, M. & Linde, M. (Hrsg.). (2004). *Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Grümme, R. (1995). Tanzen im Sitzen. *Altenpflege*, 8, 520-525.
- Gunzelmann, Th. (1991). Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, 41-56.
- Gunzelmann, Th. & Schumacher, J. (1997). Psychologische Betreuungs- und Behandlungskonzepte für Demenzkranke. In S. Weis & G. Weber (Hrsg.), *Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie* (S. 1147-1172). Weinheim: PVU.
- Gutzmann, H. (1997). Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In C. Wächtler (Hrsg.), *Demenzen* (S. 40-59). Stuttgart, New York: Thieme.
- Haupt, M. (1993). Therapeutische Strategien gegen Angst und Aggression bei Demenz. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 14, 325-339.
- Haupt, M. (1999). Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 159-166.
- Haupt, M., Karger, A., Baumgärtner, D., Kuminoti, D., Jänner, M. & Schneider, F. (2000). Verbesserung von Unruhezuständen und Angst bei Demenzkranken nach psychoedukativer Gruppenarbeit mit pflegenden Angehörigen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 68, 216-223.
- Haupt, M. & Kurz, A. (1990). Alzheimersche Krankheit: Erleben, Empfinden und Reaktionsformen der Kranken. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 211-213.
- Hirsch, R.D. (1991). Depressive werden wieder aktiv. Autogenes Training bei Alterspatienten. *Ärztliche Praxis*, 43, 22-24.
- Hirsch, R.D. (Hrsg.). (1994). *Psychotherapie bei Demenzen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Hirsch, R.D. (1999). *Lernen ist immer möglich. Verhaltenstherapie mit Älteren* (2. aktual. Aufl.). München: Reinhardt.
- Hirsch, R.D. (2001). Sozio- und Psychotherapie bei Alzheimerkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 92-100.
- Hirsch, R.D. (2009). Zur Psychotherapie. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (S. 367-382). Heidelberg: Springer.
- Hirsch, R.D. & Kastner, U. (2004). *Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise*. Köln: KDA.
- Holden, U.P. & Woods, R.T. (1982). *Reality orientation: Psychological approaches to the „confused elderly“*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2008). *Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung)*. Köln: IQWiG.
- Johannsen, J. (1996). Zu Therapie- und Interventionsmöglichkeiten bei Demenzkranken aus systemischer Sicht. In C. Wächtler, R.D. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.), *Demenz – Die Herausforderung* (S. 235-245). Singen: Ramin.
- Junkers, G. (1994). Psychotherapie bei Demenz? In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 93-106). Steinkopff: Darmstadt.
- Kaiser, M. (2001). Beschäftigung mit Musik als Teil der Lebenskultur dementer Menschen. In *Deutsche Alzheimer Gesellschaft* (Hrsg., S. 573-579). Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

- Kitwood, T. (2000). Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern et al.: Huber.
- Kropiunigg, U. (1999). Kompensation und ephemere-fragile Selbst: Eine individual-psychologische Analyse der Alzheimer-Krankheit. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 24, 186-202.
- Kropiunigg, U., Sebek, K., Leonhardsberger, A., Schemoer, M. & Dal-Bianco, P. (1999). Psychosoziale Risikofaktoren für die Alzheimer-Krankheit. *Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie*, 49, 153-159.
- Krüger, I. (2004). „Wenn nichts mehr so wie früher ist ...“ Tanz- und Bewegungstherapie mit alten Menschen/Schwerpunkt Alzheimer Patienten. Abschlussarbeit. Langen Institut Monheim/Tanztherapie Institut Berlin.
- Liermann, B. (2006). Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gerontopsychiatrie. *Psychotherapie im Alter*, 3 (2), 23-33.
- Müller-Hergl, C. (2000). Personen – Programme – Prozeduren. In P. Tackenberg & A. Abt-Zegelin (Hrsg.), *Demenz und Pflege* (S. 117-134). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Müller-Schwarz, A. (1994). Musiktherapie mit Demenzkranken. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 159-166). Darmstadt: Steinkopff.
- Muthesius, D. (2002). Musiktherapeutische Interventionen für altersdemente Patienten: Begegnungen in Vergangenheit und Gegenwart. In H. Gutzmann, R.D. Hirsch, M. Teising & R. Kortus (Hrsg.), *Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen* (S. 419-429). Stuttgart: Kohlhammer.
- Muthesius, D. (2007). Musiktherapie in der Betreuung von Menschen mit Demenz. In M. Teising, L.M. Drach, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus & D.K. Wolter (Hrsg.), *Alt und psychisch krank* (S. 377-383). Stuttgart: Kohlhammer.
- Oswald, W.D., Engel, S. (2006). Prävention. In W.D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie* (S. 149-153). Stuttgart: Kohlhammer.
- Radebold, H. (1994). Das Konzept der Regression: Ein Zugang zu spezifischen, bei dementiellen Prozessen zu beobachtenden Phänomenen. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 63-70). Darmstadt: Steinkopff.
- Rasehorn, E. (1994). Übungs- und Trainingsprogramme mit Dementen unter Berücksichtigung ihrer Emotionalität. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie bei Demenzen* (S. 129-140). Darmstadt: Steinkopff.
- Rasehorn, E., Weitzel-Polzer, E. & Kimbel, V. (1986). Neue Wege der Pflege und Betreuung verwirrter alter Menschen im Heim. Modellprojekt. Johannes-Kirchner-Stiftung, Frankfurt.
- Richard, N. (1994). Integratives validierendes Arbeiten. In C. Wächtler, R.D. Hirsch, R. Kortus & G. Stoppe (Hrsg.), *Demenz – Die Herausforderung* (S. 215-224). Singen: Egbert Ramin.
- Romero, B. (2004). Selbsterhaltungstherapie (SET): Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 17 (2), 119-134.
- Scharb, B. (1996). Validation – ein humaner Zugang zu alten, verwirrten Menschen. In H.G. Zapotoczky & P.K. Fischhof (Hrsg.), *Handbuch der Gerontopsychiatrie* (471-479). Wien, New York: Springer.
- Schottenloher, G. (2003). Kunst- und Gestaltungstherapie – Eine praktische Einführung (6. Aufl.). München: Kösel.
- Schrode, H. (1983). Gestaltungstherapie als Therapie mit bildnerischen Mitteln auf tiefenpsychologischer Grundlage. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 28, 117-134.
- Sedlitz-Herpertz, S. v. (2004). Aktivierende Förderung mit älteren Menschen. München: Reinhardt.
- Seidel, A. (2007). Musiktherapie auf dem Wege der Professionalisierung und der Spezialisierung. In M. Teising, L.M. Drach, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus & D.K. Wolter (Hrsg.), *Alt und psychisch krank* (S. 366-376). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sohni, M. & Reck, M. (2006). Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie. *Kreativtherapien in der Alterspsychiatrie Münsterlingen. Psychotherapie im Alter*, 3 (2), 91-103.
- Stengel, F. (1989). Gedächtnis spielend trainieren. Stuttgart: Klett.
- Stetter, F. & Stuhlmann, W. (1987). Autogenes Training bei gerontopsychiatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 236-241.
- Stoppe, G. & Staedt, J. (1999). Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 153-158.
- Stuhlmann, W. (1997). Beratung der Angehörigen. In C. Wächtler (Hrsg.), *Demenzen* (S. 69-80). Stuttgart, New York: Thieme.
- Suhr, J., Anderson, S. & Tranel, D. (1999). Progressive muscle relaxation in the management of behavioral disturbance in Alzheimer's disease. *Neuropsychologic Rehabilitation*, 9, 31-44.
- Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.). (2000). *Demenz und Pflege*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Teichtmann, G. (2008). Zur Effektivität der Versorgung und Therapie bei Demenz. Saarbrücken: VDM.
- Wächtler, C. (2001). Milieuthérapie statt Neuroleptika? Zum Stellenwert milieuthera-peutischer Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie und speziell bei Demenzkranken. *Krankenhauspsychiatrie*, 12, 125-128.
- Wächtler, C., Feige, A., Lange, J. & Zeidler, M. (2005). Psychotherapeutische Konzepte bei Demenz. *Psychotherapie im Dialog*, 6, 295-303.
- Weitzel-Polzer, E. (Hrsg.). (1987). *Therapie. Kartei praktischer Vorschläge zur psychosozialen Therapie mit verwirrten alten Menschen*. Hannover: Vincentz.
- Welden, S. & Yesavage J.A. (1982). Behavioral improvement with relaxation training in senile dementia. *Clinical Gerontology*, 1, 45-49.
- Wissmann, P. & Gronemeyer, R. (2008). *Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Yalom, I.D. (2002). *Der Panama-Hut* (9. Aufl.). München: btb.
- Wolfsdorf, M., Purucker, M. & Schmelter, T. (2008). Psychotherapie und Psychoedukation in der klinischen Psychiatrie. *Psychotherapie*, 13 (1), 46-48.

## ■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. med. Rolf-Dieter Hirsch  
 Rheinische Kliniken Bonn Abt. Gerontopsychiatrie  
 Kaiser-Karl-Ring 20 | 53111 Bonn  
 r.hirsch@lvr.de