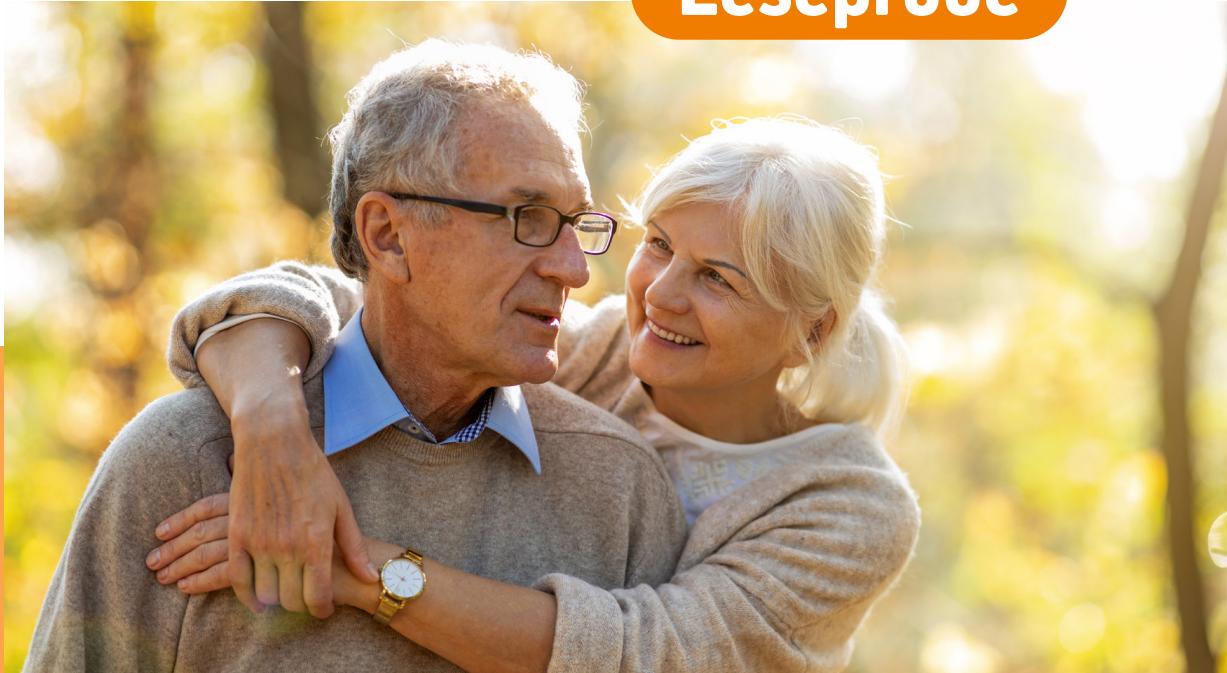


Wuttke/Scheurich/Geschke/Fellgiebel (Hrsg.)

FRIDA – Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige

Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie

Leseprobe



Wuttke/Scheurich/Geschke/Fellgiebel (Hrsg.)

**FRIDA – Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung
und deren Angehörige**

Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie

FRIDA – Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige

Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie

Herausgegeben von

Prof. Dr. Alexandra Wuttke
Dr. Armin Scheurich
Dr. Katharina Geschke
Prof. Dr. Andreas Fellgiebel

Mit Beiträgen von

Karin Dannich
Mirjam Gauch
Anna-Lena Köb
Alice Urbacki



Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-967-2

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: ADverts printing house, Riga

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Titelbild: #1543795634, pikselstock/Shutterstock.com

Vorwort

Als ich im Jahre 2001 mit dem Aufbau der Gedächtnisambulanz an der Universitätsmedizin Mainz begann, ging es mir primär um die Forschung zur Demenzfrühdiagnostik. Schnell gelang es uns mit etablierten und innovativen Verfahren (Neuropsychologie, MR-Diagnostik, Liquordiagnostik, PET), die Alzheimer-Erkrankung schon in einem sehr frühen Stadium sicher zu diagnostizieren oder auszuschließen. Viele der Patientinnen und Patienten hatten maximal eine leichtgradige Demenz. Oder sie waren „nur vergesslich“ und bekamen die Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung im Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment, MCI).

Wir klärten die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Diagnose auf und schleusten sie in diagnostische Studien ein. Ich dachte damals wie die meisten wissenschaftlichen oder medizinischen „Demenzexperten“: Es gibt zwar (noch) keine Therapie, aber Frühdiagnostik ist dennoch empfehlenswert, damit die Betroffenen ihre Prognose kennen und sich darauf einstellen können (Vorsorgevollmacht etc.). Bei früher Diagnosestellung sind Patientinnen und Patienten geistig nur leicht eingeschränkt und können bei Fragen der zukünftigen Versorgung noch mitreden oder selbst entscheiden. Zudem ist nicht jede zunehmende Vergesslichkeit im Alter gleich Alzheimer. Diagnostisch können wir z. B. eine Altersdepression und seltene oder symptomatische Demenzformen abgrenzen, die einer ganz anderen Behandlung bedürfen, teilweise dadurch auch „geheilt“ werden können. Die Patientinnen und Patienten und Angehörige waren i. d. R. dankbar über die Diagnostik und unsere Psychoedukation.

Dies änderte nichts an unserer Wahrnehmung, dass unsere Patientinnen und Patienten mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige meist hilflos, ratlos, ängstlich, gestresst und überfordert waren. Die gesamte weitere Lebensplanung und auch die Partnerschaft waren vor enorme Herausforderungen gestellt. Und das unter den Bedingungen von reduzierter Flexibilität im Alter gegenüber solcher, grundlegender Veränderungen sowie der Stigmatisierung von Alzheimer und Demenz in der Gesellschaft. Viele unserer Patientinnen und Patienten reagierten mit Rückzug aus den bisherigen gesellschaftlichen Aktivitäten, sagten beispielsweise geplante Unternehmungen und Urlaubsreisen ab.

Alle zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen kontaktierten Fachleute, inkl. niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Demenz-Beratungsstellen, wirkten ebenso hilflos, ratlos und überfordert – für die einen waren die kognitiven Einschränkungen schon zu stark, für

Vorwort

die anderen die Erkrankung noch zu leicht ausgeprägt. Daher entschlossen wir uns, ein eigenes Therapieangebot in Form einer psychotherapeutischen Gruppentherapie zu entwickeln, primär für leicht betroffene Patientinnen und Patienten (MCI oder leichtgradige Demenz) und ihre Angehörigen.

Das Konzept erstellte Dr. Armin Scheurich, der als psychologischer Psychotherapeut, Neuropsychologe und Mitglied meiner wissenschaftlichen Arbeitsgruppe über das notwendige Wissen und die Praxiserfahrung verfügte. Ziele der Gruppe waren neben klassischer Psychoedukation das Aufrechterhalten oder der Aufbau positiver, gemeinsamer Aktivitäten und Teilhabe, Reduktion von sozialem Rückzug, Stärkung der Partnerschaft. Zudem setzten wir auf die bekannten unspezifischen Wirkfaktoren der Gruppentherapie: Universalität des Leidens (es gibt viele Menschen, die das Schicksal einer Demenzentwicklung als selbst Betroffene oder als Angehörige erleiden) und Lernen am Modell (es gibt immer ein Paar in der Gruppe, das schon weiter ist, seine Aktivitäten aufrechterhält und für andere als positives Beispiel dienen kann).

Die Gruppen leitete Dr. Scheurich therapeutisch zunächst selbst, später wurden sie durch ihn supervidiert. Die Gruppentherapie wurde von den Teilnehmenden sehr gut angenommen, sehr selten kam es dazu, dass ein Paar die Gruppe vor Ende verließ, obwohl gerade die Patientinnen und Patienten, im Gegensatz zu ihren Angehörigen, zu Beginn häufig bzgl. einer Teilnahme eher skeptisch waren.

In einer ersten Evaluation konnten wir Hinweise auf antidepressive Effekte, eine Reduktion des sozialen Rückzugs und der wahrgenommenen Stigmatisierung demonstrieren (Scheurich et al., 2008). Eine kontrollierte, randomisierte Wirksamkeitsstudie planen wir als nächsten Schritt.

Mittlerweile ist die psychotherapeutische Gruppe seit über 20 Jahren fester Bestandteil des Behandlungsangebotes der Gedächtnisambulanz der Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, und konnte erfolgreich an weitere Standorte „exportiert“ werden.

Der erfolgreiche Ansatz und die Struktur haben sich über die Jahre bewährt und wurden nicht grundlegend geändert. Inhalte und Themen haben wir sukzessive an unsere fortlaufenden Erfahrungen und den neusten Erkenntnisstand angepasst – v. a. durch Dr. Katharina Geschke und Prof. Dr. Alexandra Wuttke – so dass heute Aspekte der Resilienz und der dyadischen Modulation des chronischen Stresses mehr in den Vordergrund gerückt sind. Dazu gehört auch eine noch stärkere Orientierung auf Ressourcenaktivierung, was auch ein Gegengewicht zu der häufig defizitorientierten Sicht auf demenzielle Erkrankungen darstellt. Dies spiegelt sich auch im Sprachgebrauch der Gruppe wider, in der wir bewusst von Menschen mit demenzieller Entwicklung/Menschen mit kognitiver Einschränkung und nicht von Betroffenen, Patientinnen und Patienten oder Erkrankten sprechen. Zuweilen geben Hospitierende in der Gruppe am Ende der Sitzung die Rückmeldung, dass sie nicht genau feststellen konnten, wer der Mensch mit demenzieller Entwick-

lung/kognitiver Einschränkung und wer Angehörige oder Angehöriger war. Eine solche Rückmeldung zeigt eindrucksvoll, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihren Angehörigen gelingen kann.

Was ich in meiner über 20-jährigen intensiven, wissenschaftlichen und klinischen Beschäftigung mit dem Thema Demenz gelernt habe: Der immer noch in der Fachwelt kursierende Satz „Es gibt ja (noch) keine Therapie“ ist falsch.

Mittlerweile kennen wir zahlreiche primär- und sekundär-präventive Maßnahmen und wirksame therapeutische Interventionen, die zu einer deutlichen Verzögerung einer Demenzentwicklung beitragen und ein gutes Leben mit Demenz ermöglichen können. Wir müssten dafür nur den etablierten therapeutischen Nihilismus überwinden und es schaffen, wirksame präventive, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen „bedarfsgerecht“ in unsere Regelversorgung zu etablieren.

Das gilt aus der Sicht der Herausgebenden auch für die hier dargestellte Therapiegruppe, die einen wirksamen Baustein in der frühen Behandlung bei Demenzentwicklung darstellen kann.

An dieser Stelle möchten wir uns aufrichtig und herzlich bei allen teilnehmenden Dyaden bedanken, die uns im Laufe der Jahre das Vertrauen für die Gruppe ausgesprochen haben. Ebenso danken wir allen Gruppenleitungen, die das Rational der dyadischen Frühintervention mitgetragen und durchgeführt haben. Bezuglich der Ausarbeitung dieses Manuals gilt besonderer Dank Julia Gunst und Annika Steinmetz, die die Recherche und Verschriftlichung mit Gewissenhaftigkeit und Tatkräft unterstüzt haben.

Wir wünschen dem Handbuch viele interessierte Lesende, vor allem aber hoffen wir, dass unser Gruppenkonzept Inspiration ist und viele Nachahmende finden wird!

Darmstadt und Mainz

Prof. Dr. Andreas Fellgiebel für die Herausgebenden

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	V
1 Notwendigkeit einer dyadischen, gruppenpsychotherapeutischen Frühintervention	1
1.1 Einleitung	1
1.2 Warum psychotherapeutische Frühintervention?	1
1.3 Warum dyadische, psychotherapeutische Frühintervention?	4
1.4 Warum dyadische, gruppenpsychotherapeutische Frühintervention?	7
2 FRIDA – Das Gruppenprogramm in der Anwendung	9
2.1 Ziel des Gruppenprogramms	9
2.2 Wirkfaktoren des Gruppenprogramms	9
2.3 Rahmen, Setting und Indikation des Gruppenprogramms	10
2.4 Was bedeutet dyadisch im vorliegenden Programm?	14
2.5 Grundregeln der (dyadischen) Gruppenpsychotherapie	16
2.6 Allgemeines zum Sitzungsaufbau	18
2.7 Benötigtes Material	19
2.8 Benötigte personelle Ressourcen	20
2.9 Materialien	21
Gesprächsleitfaden für Erstkontakt	22
Ablaufplan	23
Hintergrund des Gruppenprogramms	24
3 Psychomotorische Aktivierung zu Beginn der Sitzung	25
3.1 Rational für die psychomotorische Aktivierung zu Beginn	25
3.2 Worauf muss geachtet werden? Was ist sinnvoll?	26
3.3 Beispielhafte Übungen für die Sitzungen	27
Reaktions-Balance-Wortspiel	27
Balance-Wortspiel	28
Würfel-Wurfspiel	29
Wurf-Denkspiel	30
Ball-Tuch-Wurfspiel	30
Uhren-Übung	31
Mein Hut, mein Stock, mein Regenschirm	32

Inhaltsverzeichnis

Zusatz für die Übungen im Stehen	33
Denkaufgaben	33
Musik	33
Eigenübungen für zuhause	34
4 Begleitende kognitive Stimulation und kognitives Training	35
4.1 Einleitung	35
4.2 Rational und Ausgangslage	35
4.3 Welche Bedeutung haben Leistungsrückmeldungen für das kognitive Training und die kognitive Stimulation?	37
4.4 Was ist bei der Umsetzung von kognitivem Training zu beachten?	38
4.5 Hintergrund zu Gedächtnisfunktionen	39
4.6 Ableitung von kognitiver Stimulation und kognitivem Training für die Gruppensitzungen	41
4.7 Ressourcen zur Auswahl von Übungsaufgaben	44
5 Sitzungen	45
5.1 Sitzung 1: Begrüßen und Kennenlernen	45
5.1.1 Ablauf	45
5.1.2 Herausforderungen	46
5.1.3 Materialien	49
Vorstellungsspiel / Einstiegsquiz – Wer ist Wer?	50
Zusammenfassung: Ziel der Gruppe	51
5.2 Sitzung 2: Alter und Altern	53
5.2.1 Hintergrund für die Gruppenleitung	53
5.2.2 Ablauf	55
5.2.3 Herausforderungen	56
5.2.4 Materialien	57
Was bedeutet Alter(n)?	58
Was passiert beim Altern?	60
5.3 Sitzung 3: Kognitive Stimulation	62
5.3.1 Hintergrund für die Gruppenleitung	62
5.3.2 Ablauf	62
5.3.3 Herausforderungen	65
5.3.4 Materialien	66
Kognitive Stimulation und kognitives Training	67
5.4 Sitzung 4: Demenzielle Entwicklung und Behandlung	71
5.4.1 Hintergrund für die Gruppenleitung	71
5.4.2 Ablauf	71
5.4.3 Herausforderungen	73
5.4.4 Materialien	74
Was ist eine Demenz?	75
Wie wird eine demenzielle Entwicklung behandelt?	78

Inhaltsverzeichnis

5.5	Sitzung 5: Vorsorge- und Unterstützungs möglichkeiten	80
5.5.1	Hintergrund für die Gruppenleitung	80
5.5.2	Ablauf	81
5.5.3	Herausforderungen	82
5.5.4	Materialien	84
	Begriffserläuterungen – Was ist was?	85
	Weiterführende Informationen und Adressen sowie Linkssammlung	93
5.6	Sitzung 6: Umgang mit der demenziellen Entwicklung	95
5.6.1	Ablauf	95
5.6.2	Herausforderungen	97
5.6.3	Materialien	99
	Reflektion über Veränderungen durch die demenzielle Entwicklung	100
	Umgang mit Gedächtnisschwierigkeiten	102
	Kommunikation über die demenzielle Entwicklung	106
5.7	Sitzung 7: Selbstfürsorge	107
5.7.1	Ablauf	107
5.7.2	Herausforderungen	109
5.7.3	Materialien	111
	Reflektion über Veränderungen in Aktivitäten seit Beginn der demenziellen Entwicklung	112
	ICH – DU – WIR – Unsere Vorstellung von positiven Aktivitäten	113
	ICH – DU – WIR – Unsere Aktivitätenplanung	116
	Positivtagebuch	117
5.8	Sitzung 8: Kommunikation	119
5.8.1	Hintergrund für die Gruppenleitung	119
5.8.2	Ablauf	122
5.8.3	Herausforderungen	123
5.8.4	Materialien	124
	Kommunikation bei demenzieller Entwicklung	125
	ABC-Modell aus Powell (2005)	126
5.9	Sitzung 9: Wohnen und technische Hilfsmittel	127
5.9.1	Ablauf	127
5.9.2	Herausforderungen	129
5.9.3	Materialien	131
	Reflektion über Wohnsituation im Alter	132
	Sicher und Selbstbestimmt durch den Alltag – Der Kompromiss zwischen Sicherheitsbedürfnis und Autonomiebedürfnis	133
	Austausch zu Wohnarrangements im Alter	135
5.10	Sitzung 10: Sprache und Ernährung	136
5.10.1	Hintergrund für die Gruppenleitung	136

Inhaltsverzeichnis

5.10.2 Ablauf	139
5.10.3 Herausforderungen	141
5.10.4 Materialien	142
Empfehlungen zur effektiven Kommunikation mit Menschen mit demenzieller Entwicklung	143
Beispielhafte Übungen zu Wortfindung, -bildung und -abruf	144
Kritische Nährstoffe (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2022)	146
Empfehlungen bei Inappetenz und Nahrungsverweigerung	148
Anzeichen für eine Schluckstörung	150
5.11 Sitzung 11: Musik und Demenz	152
5.11.1 Hintergrund für die Gruppenleitung	152
5.11.2 Ablauf	153
5.11.3 Herausforderungen	154
5.11.4 Materialien	155
Fragen zur Reflexion zum Gebrauch von Musik im Alltag	156
Meine persönliche Musikgeschichte	157
Erinnerungskarte Musik	159
5.12 Sitzung 12: Verabschiedung	161
5.12.1 Hintergrund für die Gruppenleitung	161
5.12.2 Ablauf	161
5.12.3 Herausforderungen	162
5.12.4 Materialien	163
Blick zurück nach vorn – Fragen zur Reflexion der Gruppe	164
<i>Literatur</i>	165
<i>Verzeichnis der Herausgeberinnen und Herausgeber sowie Autorinnen</i>	173
Die Herausgeberinnen und Herausgeber	173
Die Autorinnen	174

1 Notwendigkeit einer dyadischen, gruppenpsychotherapeutischen Frühintervention

Alexandra Wuttke, Armin Scheurich, Katharina Geschke, Andreas Fellgiebel

1.1 Einleitung

Durch psychosoziale Beratung und Interventionen können im Rahmen demenzieller Entwicklungen, wie zum Beispiel der Alzheimer-Demenz, Lebensqualität gefördert, der Krankheitsverlauf verlangsamt und ein selbstständiges Leben länger aufrechterhalten werden. Dabei kommt der Dyade – d. h. dem Zweiergespann aus Menschen mit demenzieller Entwicklung und primären Angehörigen – eine besondere Bedeutung zu. Denn beide sind bereits zu Beginn der Erkrankung durch demenzbedingte Veränderungen des Alltags und der Beziehung zueinander belastet. Besonders die Angehörigen, die auch häufig als unsichtbare, zweite Patientinnen und Patienten bezeichnet werden, laufen Gefahr, durch chronischen Stress selbst psychisch und/oder physisch zu erkranken. Demenzielle Entwicklungen wie bei der Alzheimer-Krankheit lassen sich heute schon im Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung, wenn das Gedächtnis zwar bereits nachgelassen hat, aber die Fähigkeiten insgesamt noch nicht so stark beeinträchtigt sind, dass man von einer Demenz sprechen kann, sicher diagnostizieren. Die frühe, auch Prodromalstadium genannte Erkrankungsphase eröffnet ein wichtiges therapeutisches Fenster für Interventionen, welche dyadisch Ressourcen und Resilienz stärken, um anhand einer gemeinsamen Krankheitsbewältigung Lebens- und Beziehungsqualität zu bewahren sowie im Idealfall den Verlauf durch Stressreduktion zu verzögern und geistige Fähigkeiten länger zu bewahren. Genau hier setzt die dyadische Gruppenpsychotherapie an. Sie richtet sich an Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung bzw. leichtgradigem demenziellen Syndrom und ihre primären Angehörigen auf Augenhöhe und hat zum Ziel, ressourcenfördernd und resilienzstärkend den Widrigkeiten der demenziellen Entwicklung gemeinsam zu begegnen.

1.2 Warum psychotherapeutische Frühintervention?

Viele Menschen haben Angst, eine Demenz zu entwickeln und begeben sich nicht in ärztliche Behandlung, auch wenn sie erste Symptome wie Vergesslichkeit oder verschlechterten Orientierungssinn bei sich bemerken. Schätzungen zu Folge werden etwa 50 % der Demenzdiagnosen nicht gestellt (Eichler et al., 2015). Gründe hierfür sind außer der Verdrängung und der Angst vor Stigmatisierung auf Seiten der Menschen mit demenzieller Entwicklung u. a. auch eine zu geringe Sensibilisierung, fehlendes Wissen und häufig eine nihilistische Einstellung gegenüber der Sinnhaftigkeit von Diagnostik und der Wirksamkeit jedweder therapeutischen Intervention in den hausärztlichen Praxen.



2 FRIDA – Das Gruppenprogramm in der Anwendung

Alexandra Wuttke, Armin Scheurich, Katharina Geschke, Andreas Fellgiebel

2.1 Ziel des Gruppenprogramms

Ziel des in dem vorliegenden Manual beschriebenen Gruppenprogramms ist es, durch eine dyadische Frühintervention das Bewusstsein für die Herausforderungen der Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihrer Familien zu wecken und sie darin zu unterstützen, besser mit den demenzbedingten Veränderungen umzugehen. Gerade da zu einem frühen Zeitpunkt nach der Diagnosestellung noch viele wichtige Weichenstellungen für die Krankheitsverarbeitung, Lebensgestaltung und Pflegeplanung möglich sind, wird dieses psychotherapeutische Gruppenprogramm angeboten. Den Dyaden wird praktisch aufgezeigt, dass es möglich ist, trotz der Gedächtnisprobleme am Leben aktiv teilzunehmen und sich so möglichst lange eine hohe Lebensqualität zu erhalten. Inhaltlich ist der Ansatz ressourcenorientiert, d. h. er baut auf den vorhandenen Stärken und Möglichkeiten jedes Einzelnen auf.

Das Gruppenprogramm verfolgt dabei konkrete Ziele, welche zunächst erläutert werden:

- Die Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihre Angehörigen werden schonend und professionell über demenzielle Erkrankungen aufgeklärt.
- Das Gruppenprogramm stellt eine Möglichkeit dar, Gespräche zur Krankheitsverarbeitung zu führen und zu fördern.
- Im Rahmen des Gruppenprogramms wird ein kognitives Trainingsprogramm eingeführt und im Verlauf der Sitzung monitoriert.
- Die Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihre Angehörigen werden zur Aufrechterhaltung positiver Aktivitäten angehalten.
- Die Beziehung zwischen den Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihren Angehörigen wird geschützt und möglichst lange aktiv aufrechterhalten.
- Der Umgang mit Gedächtnisproblemen wird geübt und entkatastrophisiert.
- Die Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihre Angehörigen werden in die Pflegeplanung bei Fortschreiten der Demenz eingeführt.

2.2 Wirkfaktoren des Gruppenprogramms

Neben den allgemeinen Wirkfaktoren von Gruppenpsychotherapie bestehen in dieser Gruppe zusätzlich demenzspezifische Faktoren. Die allgemeinen Wirkfaktoren von Gruppenpsychotherapie umfassen nach Yalom (2007) elf unspezifische Elemente, u. a. Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Techniken des mitmenschlichen Umganges, nachahmendes Verhalten, interpersonales Lernen und Gruppenkohäsion. Hier wird der interpersonale Fokus bereits deutlich, der vor allem für die Begleitung von Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörigen wichtig ist. Das hier beschriebene Manual legt zusätzlich

weitere Schwerpunkte auf Psychoedukation, Aktivitätenaufbau, Kommunikationstraining und kognitive Stimulation oder kognitives Training. Wie in Kapitel 1 beschrieben sind diese Inhalte empirisch gut begründet, entfalten anti-depressive Wirkungen und eine Stressreduktion bei allen Beteiligten und stellen somit die zentralen, demenzspezifischen Wirkfaktoren des Gruppenprogramms dar.

2.3 Rahmen, Setting und Indikation des Gruppenprogramms

Um die o. g. Ziele zu erreichen, werden als Behandlungsgruppe Menschen mit einer demenziellen Entwicklung und deren primäre Bezugspersonen/Angehörige, z. B. Partnerinnen und Partner, empfohlen. Denkbar ist aber auch die Teilnahme eines Kindes oder anderer enger Vertrauter.

Es ist zweitrangig, ob eine leichte kognitive Beeinträchtigung oder ein leichtgradiges demenzielles Syndrom vorliegt, ob eine neurodegenerative Erkrankung wie Alzheimer- und Lewy-Körperchen-Krankheit oder eine vaskuläre Demenz die Ursache sind. Wichtig ist, dass die Diagnose einer demenziellen Entwicklung gesichert ist. Demnach bieten sich Patientinnen und Patienten einer Gedächtnisambulanz bzw. -sprechstunde an.

Definition: Demenzielle Entwicklung

In diesem Manual wird bewusst der Begriff der demenziellen Entwicklung verwendet. Er steht sowohl für leichte kognitive Beeinträchtigungen, die nach Durchführung einer Differentialdiagnostik ursächlich auf eine demenzielle Erkrankung zurückgeführt wurden und somit prognostisch progredient sind (Prodromalstadium), als auch leichtgradige demenzielle Syndrome bei neurodegenerativen und vaskulären Erkrankungen, bei denen die kognitiven Defizite bereits eine Alltagsrelevanz haben.

Eine eindeutige und sichere Diagnose ist jedoch unbedingte Voraussetzung zur Teilnahme an diesem Gruppenprogramm, da sich auch zahlreiche andere Erkrankungen wie eine demenzielle Erkrankung im Frühstadium äußern können, die jedoch anders behandelbar sind, z. B. Depressionen, Schilddrüsenerkrankungen, Flüssigkeitsmangel und Nebenwirkungen bestimmter Medikamente.

Die folgenden Punkte sollten auf die Gruppenteilnehmenden zutreffen:

- Diagnostisch gesicherte spezifische Diagnose einer demenziellen Entwicklung (s. Kasten)
- Angehörige mit enger Beziehung zum Menschen mit demenzieller Entwicklung und häufigen Kontakten im Alltag (idealerweise Lebenspartnerinnen und -partner)



3 Psychomotorische Aktivierung zu Beginn der Sitzung

Karin Dannich

3.1 Rational für die psychomotorische Aktivierung zu Beginn

Psychomotorische Übungen, die Menschen mit demenzieller Entwicklung zusammen mit ihren Angehörigen durchführen, haben eine positive Wirkung auf die physische und psychische Gesundheit aller Beteiligten. Forschungsergebnisse der letzten zehn Jahre zeigen, dass körperliche Inaktivität ein Risikofaktor für die Entstehung einer Demenz, v. a. einer Alzheimer-Krankheit, darstellt (Luck und Riedel-Heller, 2016). Im Gegensatz dazu wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf die Hirngesundheit aus (GCBH, 2016). Auch in der Leitlinie der WHO zur Demenzprävention (2019) hat körperliche Aktivität bei Menschen mit geringen kognitiven Einschränkungen einen hohen Stellenwert zur Vorbeugung einer demenziellen Entwicklung. Es wird ausreichend Bewegung in Verbindung mit kognitivem Training und sozialer Interaktion empfohlen. Zur Prävention und Intervention bei Menschen mit demenzieller Entwicklung werden laut Studienlage multidimensionale Ansätze empfohlen (Kivimäki et al., 2015). Dazu zählt ein regelmäßiges aerobes Training mittlerer Intensität von 150 Minuten pro Woche (WHO, 2019) in Form von Alltagsaktivitäten wie zum Beispiel Gehen, Treppensteigen und Gartenarbeit oder sportlichen Freizeitaktivitäten wie Wassergymnastik, Radfahren, Gesellschaftstanz (Kabath, 2017), Schwimmen und Wandern – ausgerichtet und durchgeführt nach den individuellen Präferenzen. Zusätzlich wirkt sich ein Kraft- und Balancetraining zweimal pro Woche positiv aus. Weitere Untersuchungen zeigen, dass „motorisch-kognitive Komplexleistungen (Dual-Task) [...] bei Menschen mit leichter bis mittelgradiger Demenz durch einen spezifischen Trainingsansatz deutlich verbessert werden“ können (Zieschang et al., 2012). Die soziale Interaktion weckt eine emotionale Komponente, die positive Gefühle erzeugt, die Motivation zum Teilnehmen steigert und antidepressiv wirkt. Aus diesem Grund ist es ideal, die psychomotorische Aktivierung im dyadischen Gruppensetting durchzuführen.

„Gehirne sind entstanden, um Bewegung zu ermöglichen. Egal, was wir denken oder tun, Bewegung ist das Ergebnis“ (Kempermann, 2017)

Diese Aussage macht deutlich, dass Kognition und Bewegung aneinandergekoppelt sind.

Nicht zu unterschätzen ist der Einsatz von Musik bei Bewegung, insbesondere Musik, die sich an der Biografie und den individuellen Vorlieben der Menschen mit demenzieller Entwicklung orientiert. Laut Kressig (2022) hat diese nicht nur positive Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome, sondern auch auf Kognition, Gleichgewicht und Gangsicherheit. Beobachtungen in Gruppentherapien der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz

Psychomotorische Aktivierung zu Beginn der Sitzung

zeigen eine positive Auswirkung auf Emotion, Motivation und Bewegungsqualität der Teilnehmenden. Gembbris (2014) vermutet, dass der Grund für die motorisch-emotionale Wirkung der Musik darin zu sehen ist, dass diese Orientierung uns ein Gefühl von Sicherheit gibt.

3.2 Worauf muss geachtet werden? Was ist sinnvoll?

Bei der Durchführung eines Gruppentrainings mit Menschen mit demenzieller Entwicklung empfehlen Hauer und Schwenk (o. J.) Trainingsrichtlinien, welche psychosoziale Aspekte, verbliebene Ressourcen und Beeinträchtigungen der Teilnehmenden berücksichtigen:

- Vermittlung von Sicherheit und zielgerichtetes Training durch einfache und klar strukturierte Trainingsorganisation
- Adaptation der Übungsauswahl und Übungsvermittlung an die verbliebenen Fähigkeiten der Teilnehmenden
- Anpassung des Wechsels zwischen vertrauten Übungselementen und neuen Trainingssituationen an das verminderte Lerntempo der Teilnehmenden

Daraus ergeben sich „Richtlinien zur Trainingsanleitung“:

- Verwendung einfach strukturierter Übungen
- Behutsame Steigerung des Schwierigkeitsgrades
- Häufige Wiederholung von Übungen
- Betonung von Trainingsfortschritten.“ (Hauer/Schwenk, o. J.)

Zu Beginn jeder Sitzung der dyadischen, gruppenpsychotherapeutischen Frühintervention werden psychomotorische Übungen im Sinne eines Dual-Task-Trainings angeleitet: körperliches Training vorwiegend über das Schulen von Gleichgewicht, Koordination und Geschicklichkeit in Verbindung mit geistigem Training in Form von Wortspielen und Rechenaufgaben. Bei dynamischen Übungen und in der Fortbewegung eignet sich der Einsatz von Musik.

Bei den aufgeführten Übungen in Kapitel 3.3 ist darauf zu achten, dass bei den vorgeschlagenen Ausgangstellungen – a) geschlossener Stand, b) Semi-Tandemstand, c) Tandemstand – individuell diejenige gewählt wird, die für die Teilnehmenden eine machbare Herausforderung bietet, jedoch nicht sturzgefährdet ist (s. Abb. 4). Zur Steigerung der Schwierigkeit bei Gleichgewichtsübungen können auch weiche Unterlagen wie zum Beispiel ein Balance Pad oder Kissen verwendet werden. Anstelle des Stands ist auch ein Gehen, Marschieren auf der Stelle oder – bei ausreichendem Platz – durch den Raum möglich. Letzteres ist im Sinne des Dual-Task-Trainings eine größere Herausforderung. Generell ist es für das Gleichgewicht eine höhere Herausforderung, wenn das vestibuläre System durch Kopfbewegungen zusätzlich irritiert wird. Deshalb ist eine Steigerung der Gleichgewichts-Übungen dadurch möglich, dass die Teilnehmenden dazu aufgefordert werden, den Blick vom Boden zu lösen und durch Kopfdrehung nach rechts, links



4 Begleitende kognitive Stimulation und kognitives Training

Alexandra Wuttke, Armin Scheurich, Katharina Geschke, Andreas Fellgiebel

4.1 Einleitung

Die kognitiven Symptome, also die kognitiven Einbußen, stellen das Kernmerkmal demenzieller Entwicklungen dar. Sie bestimmen das Bild auch in der Alltagswahrnehmung. Gleichzeitig gehören die kognitive Stimulation und das kognitive Training zu den wenigen Interventionen, deren Wirksamkeit bei demenziellen Entwicklungen in Studien empirische Unterstützung erfährt. Überdies kann den Menschen mit demenzieller Entwicklung mit Hilfe der kognitiven Stimulation und des kognitiven Trainings gezeigt werden, dass viele kognitive Ressourcen durchschnittlich und alltagstauglich sind.

Daher ist kognitive Stimulation und kognitives Training wichtiger begleitender Bestandteil der Gruppenpsychotherapie, um gezielt Kognition zu fördern und zu erhalten und den Menschen mit demenzieller Entwicklung Erfolgsergebnisse zu vermitteln. Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot mit einfachen Trainingsprogrammen. Die hohe Prävalenz der Symptomatik lässt es utopisch erscheinen, alle Menschen mit demenzieller Entwicklung in individueller neuropsychologischer Therapie zu behandeln. Die Gruppentherapie soll genutzt werden, um in diesem frühen Zeitfenster den günstigen Einfluss der kognitiven Stimulation und des kognitiven Trainings vielen Menschen zugänglich zu machen. Natürlich wird auf die fachlich ausgereiften neuropsychologischen Therapiebausteine zum Beispiel im Manual von Finauer et al. (2019) hingewiesen.

4.2 Rational und Ausgangslage

„Die Diagnose Demenz ist für viele allerdings das „Todesurteil-Verblödung“, sehr hart und solange man noch „bei Sinnen ist“ schlimmer als Krebs, denn bei Krebs behalte ich bis zum Schluss noch meine Würde und Persönlichkeit. Bei der Demenz wird sie stufenweise ausgelöscht. Zum Schluss ist man ein lebendes Stück Fleisch, traurig und sehr hart. Ich habe es im Bekanntenkreis so schmerzlich erlebt.“ (Leserkommentar Zeit online, 2016)

Die wiedergegebene Meinung ist natürlich keineswegs repräsentativ für die öffentliche Meinung und Wahrnehmung. Im Gegenteil haben sich durch die intensive öffentliche Berichterstattung über betroffene Prominente und die einfühlsame Darstellung der Demenz in Spielfilmen die öffentliche Wahrnehmung und das öffentliche Verständnis deutlich verbessert.

Dennoch ist die Demenz eine der Erkrankungen, kurz nach den Krebserkrankungen, vor denen die meisten Menschen große Angst haben.



5 Sitzungen

Alexandra Wuttke, Armin Scheurich, Katharina Geschke, Andreas Fellgiebel

5.1 Sitzung 1: Begrüßen und Kennenlernen

Ziel der Sitzung ist es, einen positiven Einstieg in die Gruppe zu schaffen, losgelöst von demenzbezogenen Themen und auf Augenhöhe. Die Ressourcen und Stärken aller Teilnehmenden werden lobend hervorgehoben, statt auf Fehler oder Defizite hinzuweisen. Es geht nicht darum, andere zu korrigieren, sondern darum, sie zu validieren. Alle Teilnehmenden sollen sich gleichermaßen einbringen und ihre Ressourcen aktivieren, um Erfolgserlebnisse zu schaffen.

Hinweis

Im Laufe der Gruppe werden immer wieder Handouts, Arbeitsblätter oder andere Materialien ausgeteilt. Es ist empfehlenswert, allen Teilnehmenden einen Ordner zur Verfügung zu stellen, in dem diese Materialien gesammelt werden können und nicht einzeln verloren gehen. In Klarsichtthüllen können die Broschüren eingehefbtet werden. Bei den Handouts und Arbeitsblättern ist stets darauf zu achten, diese vorher zu lochen.

5.1.1 Ablauf

Die Gruppenleitung begrüßt die Teilnehmenden und heißt sie herzlich willkommen. Um alle Teilnehmenden auf den gleichen Stand zu bringen, stellt sie zuerst sich und dann das Gruppenprogramm vor. Neben dem inhaltlichen Ablauf (s. Kapitel 5.1.3 – Materialien) der Sitzungen mit den psychomotorischen Übungen (ab Sitzung 2), der kognitiven Stimulation und dem kognitiven Training (ab Sitzung 3), themenbezogenen Informationsblöcken und dem Erfahrungsaustausch werden auch die Hintergründe und Indikation des angebotenen psychotherapeutischen Gruppenprogramms vorgestellt. Ferner werden zu Beginn offene Fragen geklärt und Gruppenregeln für die weitere Zusammenarbeit eingeführt. Die Gruppenregeln haben eine hohe Bedeutung dafür, allen Teilnehmenden eine positive Erfahrung in der Gruppe zu ermöglichen. Es ist unabdingbar, sich darauf zu einigen, dass in der Gruppe keine Aggression, keine Ausgrenzung sowie keine Kritik vor anderen geübt werden darf. Als Vorgehen zur Erarbeitung der Gruppenregeln bietet es sich an, zunächst Ideen der Teilnehmenden an einem Flipchart zu sammeln und diese anschließend interaktiv zu besprechen. Erfahrungsgemäß werden oft Punkte wie Schweigepflicht oder Pünktlichkeit, aber auch die Frage, ob man sich duzen oder siezen möchte, genannt. Sobald sich die Teilnehmenden auf bestimmte Regeln geeinigt haben, können die eigenen Regeln ergänzt werden (s. Kapitel 2.5). Dabei ist die Betonung – keine Aggression, keine Ausgrenzung, keine Kritik vor anderen – besonders relevant und spiegelt sich auch in den

Sitzungen

dyadischen Grundregeln, v. a. „Wir reden miteinander und nicht übereinander“, wider. Hier kann die Gruppenleitung auch direkt um Verständnis bitten, dass auf diese Regel sehr häufig hingewiesen wird: Dies solle jedoch keinen Affront darstellen, sondern den Teilnehmenden lediglich signalisieren, dass sich alle – Menschen mit demenzieller Entwicklung sowie deren Angehörige – auf Augenhöhe und wertschätzend begegnen sollen. Sollten Probleme bestehen, die für Einzelne die Arbeit in der Gruppe schwierig machen, so wird dies getrennt mit der Gruppenleitung besprochen – nicht aber vor der Gruppe. Die festgesetzten sowie individuell ergänzten Regeln sollen nochmals den ressourcenorientierten Ansatz und die Zusammenarbeit aller Teilnehmenden auf Augenhöhe untermauern.

Über die Gruppenregeln hinaus wird besprochen, wie vorzugehen ist, wenn ein Mitglied der Dyade krank ist oder sogar beide an einem Termin nicht teilnehmen können. Wichtig: Wenn eine Person allein kommt, dann wird nicht über das abwesende Mitglied der Dyade gesprochen.

Nachdem die Teilnehmenden einen umfassenden Überblick darüber erhalten haben, was sie die folgenden elf Sitzungen erwarten, folgt eine Vorstellungsrunde. Diese kann durch das Einstiegsquiz „Wer ist Wer?“ (s. Kapitel 5.1.3 – Materialien) spielerisch gestaltet werden. Hierzu werden die Teilnehmenden per Losverfahren einem anderen Gruppenmitglied (ausgenommen dem anderen Mitglied der eigenen Dyade) zugeordnet und bilden 2er-Teams. Es ist egal, ob sich zwei Menschen mit demenzieller Entwicklung bzw. Angehörige oder eine Mischung aus einem Menschen mit demenzieller Entwicklung und einer bzw. einem Angehörigen in einem Team befinden. Aufgabe der Übung ist es, sich zuerst anhand des Interviewleitfadens am Ende des Kapitels gegenseitig zu befragen und die Antworten zu notieren. Sobald alle Gruppen mit dem gegenseitigen Interviewen fertig sind, beginnt die eigentliche Vorstellungsrunde, in welcher die Teams jeweils ihre Interviewpartnerin bzw. ihren -partner den restlichen Gruppenteilnehmenden vorstellen. In diesem Zuge werden auch für jeden Teilnehmenden Namensschilder angefertigt, welche am Ende jeder Sitzung eingesammelt und zu Beginn jeder neuen Sitzung wieder ausgeteilt werden.

Nach der Vorstellungsrunde wird langsam das Ende der Sitzung eingeläutet. Als Zusammenfassung der ersten Sitzung erhalten alle Teilnehmenden das Handout (s. Kapitel 5.1.3 – Materialien), welches einmal zusammen mit der Gruppenleitung durchgegangen wurde.

5.1.2 Herausforderungen

Die Besonderheit des psychotherapeutischen Gruppenprogramms besteht darin, dass die Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige bei bzw. nach dem Vorgespräch, welches nach erfolgter Diagnose mit potenziellen Dyaden geführt wird, oftmals unterschiedlicher Meinung sind, ob sie am Programm teilnehmen möchten oder nicht. Die Angehörigen sind erfahrungsgemäß häufig



Menschen mit beginnender Demenz und ihre Angehörigen fühlen sich in der neuen Situation häufig alleingelassen und überfordert. Die therapeutische Gruppenarbeit kann hier zielführend sein. FRIDA beschreibt das psychotherapeutische Konzept der dyadischen Frühintervention im Gruppensetting. Das Besondere: die gemeinsame Behandlung von Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren primären Angehörigen in einem Setting, das durch eine Begegnung auf Augenhöhe gekennzeichnet ist. Dazu werden Perspektiven aus Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Bewegungstherapie und Logopädie vereint.

Im einleitenden Theorieteil werden das dyadische Konzept und die Chancen des Ansatzes im Rahmen einer gruppentherapeutischen Frühintervention differenziert beleuchtet. Es folgen die Leitfäden für die einzelnen Gruppensitzungen mit einer praxisnahen Darstellung von Ziel, Hintergrundwissen und Ablauf. Konkrete Handouts für die Teilnehmenden runden jeden Sitzungsleitfaden ab.

Leseprobe



Prof. Dr. Alexandra Wuttke,
Professorin für Prävention von Demenz und Demenzfolgeerkrankungen am Zentrum für psychische Gesundheit (ZEP) am Universitätsklinikum Würzburg und Leiterin des Zentrums für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA) in Mainz.

Dr. Armin Scheurich,
Leitender Psychologe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, Psychologischer Psychotherapeut und Weiterbildungsermächtigter für Neuropsychologie mit Sonderbedarfszulassung für ambulante neuropsychologische Behandlung.

Dr. Katharina Geschke,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin des Zentrums für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA) in Mainz.

Prof. Dr. Andreas Fellgiebel,
Leiter des Zentrums für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA) Mainz und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am AGAPLESION Elisabethenstift in Darmstadt.