

Wuttke/Scheurich/Geschke/Fellgiebel (Hrsg.)

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

Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie



## Leseprobe

# 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](http://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 Demenzfrühdagnostik. 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 Frühdagnostik 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

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 erleben) 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. Bezüglich der Ausarbeitung dieses Manuals gilt besonderer Dank Julia Gunst und Annika Steinmetz, die die Recherche und Verschriftlichung mit Gewissenhaftigkeit und Tatkraft unterstützt 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
<b>1 Notwendigkeit einer dyadischen, gruppenpsychotherapeutischen Frühintervention</b> .....	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
<b>2 FRIDA – Das Gruppenprogramm in der Anwendung</b> .....	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
<b>3 Psychomotorische Aktivierung zu Beginn der Sitzung</b> .....	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
<b>4 Begleitende kognitive Stimulation und kognitives Training .....</b>	<b>35</b>
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
<b>5 Sitzungen.....</b>	<b>45</b>
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

5.5	Sitzung 5: Vorsorge- und Unterstützungsmöglichkeiten . . . . .	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 Linksammlung. . . . .	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.

Dabei kann heutzutage eine Demenzentwicklung schon sehr früh festgestellt werden. Auch wenn die Diagnose zunächst häufig ein Schock ist, schafft sie gleichzeitig Klarheit für alle Beteiligten, da die belastende Ungewissheit verschwindet. Je früher man von der Diagnose weiß, desto früher können die Weichen für eine gelingende Krankheitsbewältigung sowie zufriedenstellende Lebensplanung mit möglichst hoher Lebensqualität gestellt werden. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, das weitere Leben darauf auszurichten und die Behandlung zu planen. Denn das Leben der Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihrer Familien verändert sich grundsätzlich und dauerhaft: Die Menschen mit einer demenziellen Entwicklung können Alltägliches immer weniger wie gewohnt bewältigen, ihr Verhalten, Erleben und auch ihr Befinden verändern sich. Dies wirkt sich auf das Zusammenleben innerhalb der Familie und den Kontakt zu Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn und dem weiteren Umfeld aus.

Bezüglich der Krankheitsverarbeitung spielt bereits zu Beginn der vom Menschen mit demenzieller Entwicklung wahrgenommene Kompetenzverlust bzgl. einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung eine große Rolle. Dabei betonen Menschen mit demenzieller Entwicklung immer wieder, wie wichtig es ihnen ist, trotz der Demenz in ihrem Alltag selbstbestimmt handeln zu können (Kurz et al., 2019). Viele Menschen mit demenzieller Entwicklung erleben es zu Beginn als belastend, dass sich Kommunikationsmuster verändern und sie sich nach und nach ausgeschlossen fühlen. Die Angehörigen wiederum empfinden zu Beginn den Rollenwechsel und die Verantwortungsübernahme als belastend. Das Wohlbefinden von Menschen mit demenzieller Entwicklung hängt auch davon ab, ob sie sich gebraucht und wertgeschätzt fühlen. Aus diesem Grund sollten Ressourcen aktiviert werden, um einen Ausgleich für aufkommende Defizite zu schaffen und von einer defizitorientierten Eigenwahrnehmung loszukommen. Gleichzeitig ergeben sich häufig zu Beginn der demenziellen Entwicklung Veränderungen in der Beziehungsdynamik zu den Angehörigen. Eine Anpassung an diese Veränderungen erfordert häufig eine besondere Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit aller Beteiligten. Angehörige können dabei unterstützt werden, indem man sie in positiver, reziproker Partnerinteraktion und einer validierenden statt korrigierenden Kommunikation bestärkt. Dies hilft nicht nur den Menschen mit demenzieller Entwicklung, sondern auch den Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung.

Es ist ratsam, Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihre Angehörigen frühestmöglich, bestenfalls direkt nach einer frühzeitig erfolgten Diagnose, in ihrer Ungewissheit, ihren Sorgen und ihrer (antizipatorischen) Trauer aufzufangen. Denn zu Beginn der demenziellen Entwicklung ist es meist noch gut möglich, Vorsorge zu treffen, eigene Belange zu regeln und verschiedene Hilfsmöglichkeiten zu planen und in Anspruch zu nehmen.

So sind in der Anfangsphase Menschen mit einer demenziellen Entwicklung meist durchaus in der Lage, ihre Vorstellungen und Wünsche zu äußern. Zum Beispiel

kann besprochen und festgelegt werden, wie sie jetzt und später leben möchten, von wem und in welchem Umfang sie betreut werden möchten und welche Wünsche sie bzgl. medizinischen und anderen therapeutischen Maßnahmen oder zur Verwaltung der Finanzen haben. Die Lebensqualität der Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihrer Angehörigen hängt nicht allein von dem Ausmaß der kognitiven Einschränkungen ab (Banerjee et al., 2006). Sie wird auch dadurch beeinflusst, wie lange bestimmte Fähigkeiten, Gewohnheiten und Vorlieben individuell bestehen bleiben. Wenn Menschen mit demenzieller Entwicklung in einem frühen Krankheitsstadium therapeutisch unterstützt werden, können sie und ihre Angehörigen sich darüber verständigen, was ihnen wichtig ist. Denn Wissen über Gewohnheiten bezüglich Körperpflege, Frisur, Kleidung, Ernährungsgewohnheiten u. a. spielen im Umgang mit Menschen mit demenzieller Entwicklung und für deren Wohlbefinden eine große Rolle. Dies gilt ebenso für soziale Kontakte, Lieblingsbeschäftigungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen.

Im Prodromalstadium demenzieller Erkrankungen bietet sich ein besonders geeignetes Fenster für psychosoziale Frühinterventionen, durch welche Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihre Angehörigen gemeinsam begleitet werden können. Mit fortschreitender Erkrankung steigt das Ausmaß an kognitiven Einschränkungen, so dass andere Interventionen dann angemessener auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen eingehen können. Somit sind in verschiedenen Stadien demenzieller Erkrankungen verschiedene Behandlungsverfahren in unterschiedlicher Weise geeignet.

Die Menschen mit demenzieller Entwicklung nehmen das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit – wenn auch meist nicht in vollem Umfang – wahr, weshalb Depressionen, verminderte Aktivität und Rückzugsverhalten häufige Reaktionen sind. Auch deshalb ist es sinnvoll und empfehlenswert, die Menschen mit demenzieller Entwicklung direkt nach der Diagnose zu unterstützen. Denn schon vor dem Einsetzen der kognitiven Kernsymptomatik zeigen sich – genauso wie im weiteren Verlauf der demenziellen Entwicklung – psychische und Verhaltenssymptome, welche auch nicht-kognitive oder neuropsychiatrische Symptome genannt werden. Fast alle Menschen mit einer beginnenden Alzheimer-Krankheit weisen mindestens ein psychisches oder Verhaltenssymptom auf. So fanden Chen et al. (2000) bei 92 % von Personen mit einem leichten demenziellen Syndrom bei Alzheimer-Krankheit neuropsychiatrische Symptome: am häufigsten Aktivitätsprobleme (73 %), gefolgt von Ängsten (69 %), depressiven Symptomen (62 %), Wahn-Symptome (58 %) und Aggression (54 %), aber auch Schlafstörungen (35 %) und Halluzinationen (15 %). Darüber hinaus spielen auch psychische Vorgänge wie das Erleben von Insuffizienz, inneren Konflikten, Enttäuschungen oder Scham eine wichtige Rolle. Laut Forstmeier und Roth (2018) erfüllen ca. 15 % der Menschen mit einer Alzheimer-Krankheit die Kriterien einer depressiven Episode. Depressive Symptome sind häufig dafür verantwortlich, dass die Lebensqualität der Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörigen sinkt (Bruvik et al., 2012). Psychische und Verhaltenssymptome wie Apathie, Depression, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität

und Hyperaktivität haben eine große praktische Relevanz. Sie hängen mit einer größeren Morbidität und Mortalität, einer reduzierten Lebensqualität der Menschen mit demenzieller Entwicklung und einer schnelleren Krankheitsprogression zusammen (Kales et al., 2015; Shin et al., 2005). Neuropsychiatrische Symptome belasten zudem die Angehörigen. Sie gehen mit einer reduzierten Lebensqualität, schlechterer Gesundheit und schlechterem Einkommen, mehr Stress und depressiven Symptomen bei diesen einher (Kales et al., 2015; Shin et al., 2005). Darüber hinaus sind psychische und Verhaltenssymptome ein primärer Prädiktor für vermehrte Aufnahmen ins Krankenhaus, erhöhte Pflegekosten und einen Übergang in ein Pflegeheim (Kales et al., 2015; Yaffe et al., 2002).

Es ist jedoch möglich, durch psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen die Lebensqualität und Stimmung positiv zu beeinflussen. Daher ist es überaus sinnvoll, die Dyaden entsprechend früh aufzufangen, da sie positive Effekte nicht nur für die Menschen mit demenzieller Entwicklung, sondern auch für die Angehörigen und die Gesellschaft bedeuten.

### 1.3 Warum dyadische, psychotherapeutische Frühintervention?

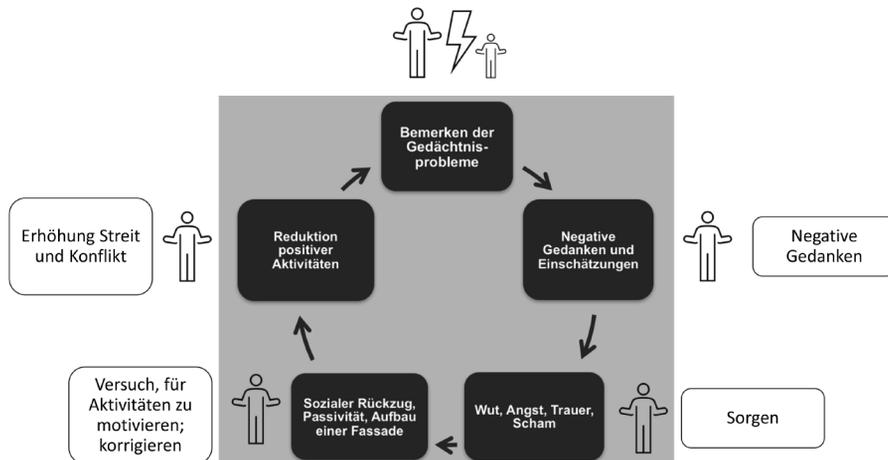
*„Wir sind als Ehepaar in die Gedächtnisambulanz gekommen und gehen als Mutter und Kind nach Hause.“ – ein Mensch mit beginnender Demenz*

*„Eigentlich ist sie meine Mutti. Aber meine Mutti ist jetzt mein Kind. Unsere Rollen haben sich vollständig umgekehrt.“ – eine Angehörige*

Es liegen mannigfaltige, psychosoziale Interventionen für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren primäre Angehörige vor, die in Aufbau, Inhalt und Durchführung sehr heterogen sind (Van't Leven et al., 2013). Die meisten Interventionen richten sich dabei jedoch ausschließlich an die Menschen mit demenzieller Entwicklung oder die Angehörigen (Van't Leven et al., 2013) und das, obwohl ein bedeutsamer Teil der Krankheitslast auf dyadischer Ebene entsteht und gelöst werden sollte. Die beiden o. g. Zitate verdeutlichen dies eindrücklich. Denn bereits ab Beginn einer demenziellen Entwicklung verändert sich das Beziehungsgefüge zwischen den Beteiligten. Eine Beziehung, die zuvor auf Augenhöhe geführt wurde, läuft Gefahr, zunehmend in eine Schiefelage zu geraten. Es kommt zu einem Rollenwechsel, der mit einer veränderten Kommunikation, einer veränderten Beziehungsqualität und erhöhtem Stress einhergeht. Sowohl die Menschen mit demenzieller Entwicklung als auch ihre Angehörigen durchlaufen zu Beginn jeder für sich einen Teufelskreis. Während sich Menschen mit demenzieller Entwicklung zunehmend zurückziehen, um mit ihren Gedächtnisschwierigkeiten nicht aufzufallen, versuchen die Angehörigen sie für Aktivitäten zu motivieren und korrigieren dabei oft (Abb. 1). Diese beiden Verhaltensweisen verstärken sich dyadisch wech-

## Warum dyadische, psychotherapeutische Frühintervention?

selseitig und führen bei beiden zu negativen Konsequenzen. Eine gemeinsame Betrachtung der interpersonellen Aspekte kann hier eine große Chance sein.



**Abb. 1:** Darstellung der Teufelskreise, die Menschen mit demenzieller Entwicklung (innerer Kreis) und ihre Angehörigen (äußerer Kreis) durchlaufen und die in einem dyadischen Wechselspiel zu einem ungleichen Beziehungsgefüge führen

Quelle: Wuttke et al.

Der dyadische Ansatz als Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige ist sinnvoll, da die Demenz einen Stressor für alle Beteiligten darstellt (Wuttke-Linnemann et al., 2019). Die Angehörigen haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression (Cuijpers, 2005), wobei die Depression des Angehörigen wiederum ein Prädiktor für eine schlechtere Versorgungsstabilität des Menschen mit demenzieller Entwicklung darstellt (Guterman et al., 2019). Es besteht also eine Wechselwirkung zwischen den Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörigen.

Erst in den letzten Jahren hat die Bedeutung von dyadischen Interventionen – also Interventionen, die sich an die Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige gleichermaßen richten – zugenommen (Wuttke-Linnemann et al., 2019). Diese gleichberechtigte Betrachtung von beiden gilt als vielversprechend, auch wenn Effekte bislang noch nicht einheitlich und konsistent erfasst wurden (Poon, 2022). Die Psychotherapie spielt hierbei allerdings noch eine untergeordnete Rolle. Scheurich und Fellgiebel (2009) weisen darauf hin, dass die Erforschung der Psychotherapie bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen aufgrund weniger gut kontrollierter Studien noch in den Anfängen steckt.

Van't Leven et al. (2013) beschreiben, dass in den letzten Jahren dyadische psychosoziale Interventionen an Beliebtheit zugenommen haben und gleichzeitig durch eine große Heterogenität bezüglich Designs, Inhalten und Methoden gekennzeichnet

net sind. Gemeinsam ist aber allen die Kernidee, dass sich Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige dyadisch, also gegenseitig, bedingen. So können z. B. demenztypische Verhaltensänderungen die Belastung der Angehörigen erhöhen, weshalb Strategien für den Umgang mit solchen Symptomen nicht nur das Verhalten der Menschen mit demenzieller Entwicklung positiv beeinflussen, sondern auch das Kompetenzerleben und die Stimmung der Angehörigen (de Vugt et al., 2004). Psychosoziale, dyadische Interventionen können darüber hinaus zur Lebensqualität beider Mitglieder einer Dyade beitragen (Smits et al., 2007), die Kommunikation innerhalb der Dyade verbessern, den Dyadenmitgliedern ermöglichen, die jeweils andere Sichtweise einzunehmen und so gegenseitiges Verständnis zu generieren statt Diskrepanzen im Alleingang zu lösen (Whitlatch et al., 2006). Zusätzlich können sie bei der emotionalen Erregung nach einer Demenzdiagnose unterstützen und weitere Hilfsangebote aufzeigen (Whitlatch et al., 2006). Daher eignet sich eine dyadische Intervention besonders zu Beginn der demenziellen Entwicklung, bei der beide Mitglieder einer Dyade aktiv an der Intervention teilnehmen und gemeinsam Entscheidungen fällen können.

Wie wichtig ein Adressieren der Angehörigen in psychosoziale Interventionen ist, konnte auch eine Studie von Mittelman et al. (1996) zeigen: Eine psychosoziale Intervention für die Angehörigen konnte eine Heimeinweisung um ein bis zwei Jahre verzögern. Auch Poll und Guggel (2009) sowie Parker et al. (2008) sprechen sich für die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie aus, da diese aufgrund der anspruchsvollen Situation (zunehmende Pflege- und Versorgendenrolle, gepaart mit den Verhaltensänderungen der Menschen mit demenzieller Entwicklung, was häufig zu einer Vernachlässigung der eigenen Gesundheit, Interessen, Hobbies und sozialer Kontakte führe) oft die kognitiven Defizite wie Gedächtnis- und Orientierungsstörungen kompensatorisch ausgleichen und damit sowohl die alltägliche Funktionsfähigkeit wie auch die Umsetzung therapeutischer Inhalte zu einem Großteil mitbestimmen. Die Versorgungsstabilität der Menschen mit demenzieller Entwicklung hängt am seidenen Faden der Gesundheit der Angehörigen. Daher ist es auch wichtig, über eine dyadische Gruppenbehandlung, die Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige auf Augenhöhe betrachtet, die einzelnen Bedürfnisse aller Beteiligten wahrzunehmen. Es kann durchaus sinnvoll sein, zusätzlich Angehörigen den Besuch einer Selbsthilfegruppe oder das Wahrnehmen eines eigenen therapeutischen Angebots zu empfehlen und bei der Anbahnung behilflich zu sein.

### **Pflegende Angehörige**

Etwa dreiviertel der Menschen mit Demenz werden von ihren Angehörigen in der Häuslichkeit versorgt. Diese Angehörigen sind überwiegend weiblich und kümmern sich entweder um ihren Ehemann (Paar-Dyaden) oder ihre Mutter (Eltern-Kind-Dyaden). Gemeinsam ist ihnen, dass sie sich zu Beginn der demenziellen Entwicklung nicht als pflegende Angehörige identifizieren. Denn Pflege ist

kulturell auf körperliche Pflegeleistungen begrenzt. Hier ist allerdings die Frage berechtigt, ab wann „Pflege“ beginnt. Es ist durchaus denkbar, diesen Begriff auszuweiten. Denn gerade zu Beginn der demenziellen Entwicklung sind die (pflegenden) Angehörigen stark emotional gefordert und übernehmen mannigfaltige Aufgaben. Diese sind zwar weniger körperlich anstrengend, aber psychisch und emotional. In der Literatur werden daher auch alternative Begriffe für Angehörige von Menschen mit Demenz vorgeschlagen, zum Beispiel Kümmerer, Fürsorgende oder An- oder Zugehörige.

### 1.4 Warum dyadische, gruppenpsychotherapeutische Frühintervention?

Eine dyadische Behandlung von Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörigen kann in Form von paartherapeutischen Ansätzen ermöglicht werden. Gleichzeitig bieten sich gerade hier gruppenpsychotherapeutische Settings an. Denn eine Gruppenpsychotherapie kann spezifisch gegen Rückzugstendenzen und Isolation der betreffenden Paare eingesetzt werden und greift zudem auf bestimmte motivierende Gruppenwirkfaktoren zurück. Unabhängig von demenziellen Erkrankungen wurde die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie auf übergeordneter Ebene u. a. durch Yalom (2007) nachgewiesen (s. auch Kapitel 2.2 Wirkfaktoren des Gruppenprogramms). Gruppenpsychotherapie gilt allgemein als gleich effektiv wie Einzelpsychotherapie (McRoberts et al., 1998). Als zentraler Wirkmechanismus wird oft die soziale Unterstützung, die in einer Gruppe erlebt wird, beschrieben (Yalom, 2007). Zudem ergibt sich bei bestimmten Interventionen durch die bessere Ökonomie ein weiterer Vorteil für das Gruppensetting, so z. B. bei der kognitiven Stimulation (Spector et al., 2003).

Scott und Clare (2003) beschrieben Effekte für verschiedene gruppenpsychotherapeutische Interventionen bei Menschen mit Demenz. In Gruppen mit kognitiver Stimulation und Gedächtnistraining konnten signifikante Verbesserungen in der kognitiven Testleistung gezeigt werden, wobei die Übertragbarkeit in den Alltag in Form von relevanten Verbesserungen nicht immer nachgewiesen werden konnte. Ishizaki et al. (2002) führten eine Gruppentherapie für Menschen mit beginnender Demenz oder milder kognitiver Beeinträchtigung durch, jedoch ohne die Beteiligung von Angehörigen. Das Programm enthielt Bausteine der Realitätsorientierung in Form von kognitiver Stimulation sowie Bausteine der Reminiszenztherapie. Zudem wurde die soziale Interaktion gefördert, Spiele, Übungen und ergo- sowie kunsttherapeutische Aufgaben bearbeitet oder gemeinsam Musik gehört oder gesungen. Das Funktionsniveau der Teilnehmenden verbesserte sich im Vergleich zu einer passiven Kontrollgruppe signifikant. Nach der Intervention stellte sich eine Verbesserung der Wortflüssigkeit, des sozialen Interaktionsverhaltens und des klinischen Gesamteindrucks ein und die kognitiven Funktionen wurden stabilisiert.

Darüber hinaus bestätigten Haupt et al. (2000) die Wirksamkeit einer kombinierten Gruppentherapie für Menschen mit einem mittelschweren demenziellen Syndrom bei Alzheimer-Krankheit und deren pflegende Angehörige. Die Interventionen umfassten motorische Bewegungsübungen, Übungen der sensorischen Wahrnehmung und der kognitiven Aktivierung, Entspannungsübungen, Besprechung von Themen aus dem sozialen Umfeld und den alltäglichen Aufgaben, aber auch von angenehmen Aktivitäten wie Reisen, Interessen oder Erinnerungen aus dem Berufsleben. Die Angehörigen wurden zudem intensiv psychoedukativ über die eingeschränkten Fertigkeiten und Fähigkeiten aufgeklärt. Es wurden die krankheitsbedingt sich ergebenden Interaktionsschwierigkeiten aufgegriffen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Nach über 5 Monaten wöchentlicher Intervention kam es zu einer Konsolidierung von Alltagsfertigkeiten in gedächtnisbezogenen Leistungen und sozialen Verhaltensweisen. Ferner wurde seitens der Menschen mit Demenz ein Rückgang von Anspannung, aggressivem Verhalten und Gereiztheit erreicht sowie das verbale Kommunikationsverhalten und das sprachliche Vermögen positiv beeinflusst. Bei den Angehörigen stellte sich eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens in Form von mehr innerer Ruhe und Entspannung ein. Zudem ergab sich ein Rückgang auffälliger Interaktionsmuster.

Ähnliche Ergebnisse berichten Scheurich et al. (2008) für die hier beschriebene Gruppenpsychotherapie für Menschen mit beginnender demenzieller Entwicklung sowie deren Angehörige. Ein besonderer Fokus dieser Gruppe liegt darauf, die Teilnehmenden zu ermutigen, positive Aktivitäten und Bewegung in der Freizeit (wieder)aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten, da laut Teri et al. (1997) Sport und positive Aktivitäten antidepressive Wirkung haben. Zudem stehen diese in der Gruppenpsychotherapie belastenden Themenblöcken gegenüber. In der Verlaufsbeobachtung nach Gruppenteilnahme zeigten sich verschiedene signifikante Verbesserungen: So reduzierte sich bei den Menschen mit demenzieller Entwicklung Antriebslosigkeit und Rückzugsverhalten sowie die Angst, „entdeckt zu werden“ (Stigmatisierung) und „mit dem Problem allein zu sein“. Bei den Angehörigen reduzierten sich die Reizbarkeit, Schlafstörungen und Aggressivität. Alle Teilnehmenden äußerten sich sehr positiv und beschrieben einen Lebensqualitätserhalt (Scheurich et al., 2008).

# Mit Demenz umgehen

## 4-teilige Online-Schulung für Pflegende

„Die erfahrenen Referent\*innen erklären das Grundlagenwissen zur Demenz auf anspruchsvolle und zugleich verständliche Weise. Besonders hervorzuheben ist, dass sie die betroffenen Angehörigen ermutigen und entlasten: alles sei erlaubt, was deeskaliert und hilfreich erscheint. Wie dies gelingen kann, wird in kurzen Filmsequenzen veranschaulicht, die praktische Anregungen für das Verhalten in schwierigen Situationen geben.“

*Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Inhaber des Lehrstuhls für Gerontologische Pflege und ehem. Dekan der Pflegewissenschaftliche Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.*

### **Grundlagen – Was ist Demenz?**

Referentin: Dr. Katharina Geschke,  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachkunde Geriatrie

### **Kommunikation mit Menschen mit Demenz**

Referentinnen: Dr. Katharina Geschke und Dr. Alexandra Wuttke-Linnemann,  
Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin Zentrum für psychische Gesundheit im Alter

### **Hören, Schwerhörigkeit und Demenz**

Referent: Prof. Dr. Andreas Fellgiebel, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie & Neurologie, Leiter Zentrum für psychische Gesundheit im Alter

### **Selbstfürsorge für Pflegende**

Referentin: Dr. Alexandra Wuttke-Linnemann

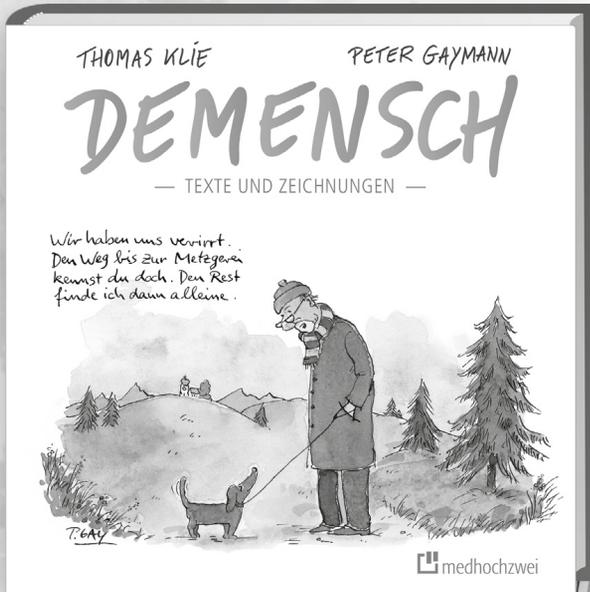
Von RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH  
mit 4 Fortbildungspunkten zertifiziert.



**Jetzt  
buchen!**

# Texte und Zeichnungen für einen menschenfreundlichen Umgang mit Demenz

Jetzt bestellen!



Hardcover, 21 x 21 cm  
2. Auflage, 128 Seiten; € 29,00.  
ISBN 978-3-86216-979-5



Menschen mit Demenz als Mitmenschen sehen und ihnen als solche begegnen: Das fällt mit dem Buch leichter.



# Einschränkungen erkennen und vorbeugen ...

Menschen mit Demenz  
unterstützen!

144 Seiten mit Schaubildern | € 24,99

ISBN 978-3-86216-613-8 | [www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)



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.



**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.

