

Herausforderung Demenz

Gestalttheoretische Aspekte

Sabine Krause und Katharina Schuldner (Wien)

Zusammenfassung

Dieser Beitrag ist aus einem Arbeitskreis im Rahmen der fachspezifischen Ausbildung in Gestalttheoretischer Psychotherapie der ÖAGP heraus entstanden. Ziel der Arbeit war eine Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz unter dem Blickwinkel gestaltpsychologischer Aspekte. Dies wurde anhand der Fallgeschichte eines fiktiven, an Alzheimerdemenz erkrankten Patienten erläutert. Der vorliegende Artikel folgt dem inhaltlichen Aufbau des Arbeitskreisvortrags.

Zuerst beschäftigen wir uns mit einer allgemeinen Einführung in die derzeitigen Auffassungen zum Thema Demenz, die wir danach zu verschiedenen Aspekten der Gestalttheorie in Beziehung setzen. Anschließend wenden wir uns verschiedenen Fragen des Umgangs mit Demenzerkrankten zu sowie den daraus resultierenden Implikationen für die Psychotherapie.

Allgemeines zur Demenz

Der Begriff „Demenz“ leitet sich aus dem Lateinischen ab: „de“ = fehlend, ohne; „mens“ = Geist, Verstand. Demenz ist ein Überbegriff für unterschiedliche Erkrankungsbilder, die mit fortschreitendem Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit wie Denken, Erinnern, Orientieren und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und schließlich dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können.

In der einschlägigen Fachliteratur wird grundsätzlich zwischen primären und sekundären Formen der Demenz unterschieden.

Bei primären Demenzen wird angenommen, dass der Krankheitsprozess direkt im Gehirn beginnt. Dazu gehören neben der Alzheimer-Krankheit mit einem Anteil von 50-70% aller Fälle noch einige weitere Formen. Die häufigsten darunter sind die Vaskulären Demenzen mit 10-25%, die Lewy-Body-Demenz und die Frontotemporale Demenz. Diese primären Demenzen nehmen nach heutigem Kenntnisstand

einen irreversiblen Verlauf. Dieser kann jedoch durch bestimmte medikamentöse und/oder (psycho-)therapeutische Interventionen verlangsamt werden, vor allem bei Behandlungen im frühen Krankheitsstadium.

Als sekundäre Formen werden hingegen solche bezeichnet, deren Verursachung nicht im Gehirn, sondern in anderen geschädigten oder



erkrankten Körperorganen gesehen wird. Sekundäre Demenzen machen bis zu 10% aller Krankheitsfälle aus. Bei solchen sekundären Formen wird angenommen, dass diese zumindest zum Teil behandelbar sind und dass hier manchmal auch eine Rückbildung der Demenzsymptomatik möglich ist.

Auf diese beiden in der Literatur beschriebenen Formen der Demenz und die daraus resultierenden Annahmen über Heilbarkeit werden wir im letzten Kapitel „Implikationen für die Therapie“ noch einmal zurückkommen.

Alzheimer-Demenz nach ICD-10

1901 beschrieb der deutsche Psychiater und Neuropathologe Alois Alzheimer den ersten Fall einer Alzheimer-Demenz. In der Tabelle 1 sind die Diagnosekriterien der Alzheimer-Demenz nach ICD-10 aufgelistet.

gerecht zu stellen, müssen bei den ersten beiden aufgelisteten Kriterien in dieser Tabelle massive Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben des Betroffenen feststellbar sein, welche über einen Zeitraum von über sechs Monaten angehalten haben müssen.

Symptomatik und Verlauf

Die wichtigsten von Demenz betroffenen Bereiche lassen sich mit der sogenannten „ABC-Regel“ ausdrücken: A für „Activities of daily life“ (Alltagsaktivitäten), B für „Behaviour“ (Verhalten) und C für „Cognition“ (Kognition, Lernen, Gedächtnis). Verbreitet ist die Einteilung des Demenzverlaufs in ein frühes, mittleres und spätes Stadium. Die Zuordnung zu diesen Stadien wird nach Art und Schwere der kognitiven Störungen und Fehlleistungen im Alltag vorgenommen.

Vom anfänglichen, **frühen Krank-**

Langzeitgedächtnis noch gut erhalten ist. Betroffene vergessen in diesem frühen Stadium beispielsweise häufig Namen, Telefonnummern oder Verabredungen. Sie versuchen sich mit dem Anlegen von Listen zu helfen. Komplexere Handlungsabläufe können nicht mehr fehlerfrei durchgeführt werden. Im Verlauf kommt es zu einem weiteren Abbau der intellektuellen Fähigkeiten, die Konzentration lässt nach, das Denken verlangsamt sich und die Auffassungsgabe nimmt ab. Es können Schwierigkeiten bei der Wortfindung und Ausdrucksfähigkeit entstehen. Die Orientierung ist beeinträchtigt, vor allem in nicht vertrauter Umgebung. Den Betroffenen fällt es zunehmend schwer, Entscheidungen zu treffen.

Vom **mittleren Stadium** spricht man, wenn rezente, also erst kurz zurückliegende Ereignisse nicht mehr erinnert werden, gut Gelerntes beziehungsweise vertrautes Material jedoch noch behalten wird. Zugleich werden meist deutliche Schwierigkeiten beobachtet, alleine zu leben. Viele Betroffene benötigen bereits Hilfe beim Anziehen und bei der Körperhygiene. Die Schwierigkeiten mit Ausdruck und Sprache verstärken sich. Es kommt auch zum Auftreten des sogenannten Wandertriebes. Aggressives Verhalten tritt auf, wofür als Hintergrund oft ein Mangel an örtlicher, zeitlicher, insbesondere jedoch auch situativer Orientierung vermutet wird.

Das **späte Stadium** wird als dadurch gekennzeichnet gesehen, dass selbst Angehörige, Freunde und vertraute Dinge nicht mehr erkannt werden. Weiters dadurch, dass die Gedächtnisstörungen nun ausgeprägt sind und auch ein mit der Krankheit einhergehender körperlicher Verfall sichtbar wird. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium verändert sich häufig auch die Persönlichkeit der Betroffenen und

Merkmale nach ICD-10 F00	Bemerkungen
Abnahme des Gedächtnisses	Kurzzeitgedächtnis nimmt ab / Langzeitgedächtnis im Verlauf ebenso
Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten, Orientierungen, Urteilsvermögen, Planungsvermögen, Verhalten im täglichen Handeln	Abstraktes Denken vermindert, Neuropsychologische Symptome (Aphasie, Agnosie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Akalkulie)
Es dürfen keine qualitativen oder / und quantitativen Bewusstseinsstörungen vorhanden sein.	Ausschluss von Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma, Eintrübung, Verschiebung, Einengung
Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens (mind. eines: emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergröberung des Sozialverhaltens)	Späte Veränderung der Persönlichkeit, jedoch können psychopatische Symptome zusätzlich auftreten wie Wahn, Halluzinationen etc.
Die Störungen müssen bereits mind. 6 Monate bestehen, bevor eine abgesicherte Diagnose erstellt wird.	Ist Voraussetzung für Diagnose.
Es muss eine körperliche Erkrankung nachweisbar sein.	Ist Voraussetzung für Diagnose.
Schleichender Beginn mit stetiger Verschlechterung	Verlauf in der Form ist Voraussetzung für Diagnose.
Ausschluss fehlender klinische Hinweise oder Befunde andere Demenzursache (z. B. Hirnblutung)	Ist Voraussetzung für Diagnose.

Tabelle 1: Diagnosekriterien nach ICD-10 (nach Dilling & Freyberger 2008)

Um eine Diagnose der dementiellen Erkrankung nach ICD-10 regel-

heitsstadium spricht man, wenn es zu Gedächtnisstörungen kommt, die sich hauptsächlich in der Merkfähigkeit und im Kurzzeitgedächtnis bemerkbar machen, während das

es zeigen sich Depressionen, verstärkte Aggressivität, Affektlabilität und Wahnvorstellungen.

Die praktische Bedeutung dieser Stadieneinteilung und der damit verbundenen Einordnungskriterien besteht vor allem darin, dass sie auf eine Früherkennung (seitens Angehöriger oder Betroffener selbst) mit der nachfolgenden genaueren Diagnostik abzielen. Die Behandlung einer Demenzerkrankung gilt als umso aussichtsreicher im Sinne einer Hemmung des Verlaufs (bei den primären Formen) oder auch einer Rückbildung der Symptomatik (bei den sekundären Formen), je früher sie diagnostiziert wird, je weniger weit der biologische Krankheitsverlauf also bereits fortgeschritten ist.

Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen der Demenzerkrankungen gelten nach wie vor als nicht geklärt, weshalb die Störungen derzeit auch nicht ursächlich behandelt werden können. Es konnten jedoch bestimmte Risikofaktoren, welche solche Erkrankungen offenbar begünstigen können, gefunden werden. Als solche Vulnerabilitätsfaktoren gelten ein höheres Lebensalter, geringe Schulbildung, frühe Schädel-Hirn-Verletzungen. Dem werden in der Literatur meist gewisse protektive Faktoren wie hohe Schulbildung oder ein geistig und körperlich aktives Leben gegenübergestellt.

Die meisten heutigen Erklärungsansätze gehen von einem Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren im dementiellen Geschehen aus und werden dementsprechend in sogenannten biopsychosozialen Modellen beschrieben. Als biologische Faktoren werden dabei vor allem genetische Dispositionen, frühe Schädel-Hirn-Traumata oder andere organmedizinische Aspekte angesehen. Auch die Rolle von prä-morbiden, also der Erkrankung vor-

ausgehenden Faktoren für die Entwicklung der Erkrankung wird ins Auge gefasst, etwa die psychische Konstitution (z.B. ängstliche oder misstrauische Persönlichkeitszüge), oder vorhandene Ressourcen und Bewältigungsstrategien (z.B. Vereinsamung, sozialer Rückzug bis hin zur Isolation). Es wird angenommen, dass alle drei Aspekte

in einer Wechselwirkung zueinander stehen, sich also wechselseitig beeinflussen. So hat die psychische Befindlichkeit Auswirkungen auf das soziale Umfeld, die Betroffenen verheimlichen aus Schuld- und Schamgefühlen sowie aus Angst vor Zurückweisung ihre Erkrankung vor anderen; dies verstärkt wiederum soziale Rückzugstendenzen.

Exkurs: Lewins Lebensraumkonstrukt

Der Lebensraum (oder auch das Psychologische Feld) wird bei Kurt Lewin (1969; vgl. Schubert 1988) als „dynamisch nicht geschlossene Welt“ dargestellt (vgl. dazu auch Abbildung 1). Das Verhalten einer Person wird darin als Funktion einer Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt beschrieben $V = F(P, U)$. Das Verhalten hängt vom Zustand der Person (P) und ihrer Umwelt (U) ab, wobei P und U wechselseitig abhängig sind.



Abbildung 1: Jordankurve

Die psychologische Person ist Teil des Lebensraums und wird von der psychologischen Umwelt völlig umgeben. Sie besteht nach Lewin aus zwei großen unterscheidbaren Bereichen, dem innerpersonalen Bereich und dem sensomotorischen Bereich, der den ersteren komplett einschließt. Der innerpersonale Bereich einer Person hat somit keinen direkten Kontakt zur psychologischen Umwelt. Im innerpersonalen Bereich differenziert Lewin in zentrale und periphere Bereiche. Die peripheren Bereiche einer Person liegen direkt am sensomotorischen Bereich an und sind somit leichter durch die Umwelt beeinflussbar. Sie können auch leichter über die Sensomotorik ihren Ausdruck finden und in die Umwelt hinauswirken. Zwischen den einzelnen innerpersonalen Bereichen einer Person gibt es ebenfalls dynamische Abhängigkeiten. Dies besagt, dass ein Bereich mehr oder weniger stark auf andere einwirkt. Diese gegenseitige Beeinflussung der einzelnen Bereiche belegt Lewin mit dem Begriff „dynamische Kommunikation“.

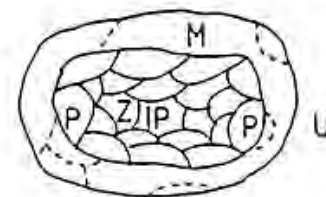


Abbildung 2: Lebensraum mit innerpersonalem (IP) und sensomotorischem Bereich (M)

Die Aufbaustruktur des Lebensraums lässt sich in unterschiedlichen Dimensionen erfassen. Davon scheinen nach den experimentellen Überprüfungen der Forschergruppe um Lewin die psychologisch grundlegendsten die Zeitperspektive und die Realitäts- und Irrealitätsdimension zu sein. Wesentliche Unterschiede von Person zu Person und von Situation zu Situation zeigen sich auch hinsichtlich des Grades und der Art der Differenzierung des Lebensraumes, das heißt in der stärkeren oder schwächeren Entwicklung der Teilbereiche und im unterschiedlichen Grad ihrer wechselseitigen Abgrenzung.

Materialunterschiede wiederum beschreiben die individuelle Art und Weise, in der sich die Struktur ändert, zum Beispiel Weichheit, Elastizität, Sprödigkeit, Härte, Flüssigkeit. Diesen Unterschieden entsprechend können unterschiedliche Spannungszustände länger aufrechterhalten werden oder sich eben auch rascher auflösen.

Darüber hinaus ist die psychologische Konstitution einer Person durch unterschiedliche inhaltliche Bedeutung der Lebensraumbereiche bedingt. Diese hängen in hohem Grad von spezifischen historischen Lebensinflüssen ab.

Gestalttheoretische Aspekte

Als wir im Zuge der Recherche für den Arbeitskreis auf die Arbeit „Eine dynamische Theorie des Schwachsinnigen“ von Kurt Lewin (1933) gestoßen sind, fielen uns bereits beim Lesen gewisse Parallelen zur Demenz auf. Es folgte eine nähere Auseinandersetzung damit, im Zuge derer wir in Anlehnung an Kurt Lewin einige Überlegungen zu einer „dynamischen Theorie der Demenz“ angestellt haben. Wir beziehen uns dabei auf Kurt Lewins Lebensraumkonstrukt, das im beigefügten Exkurs in Erinnerung gerufen wird.

Überlegungen zu einer dynamischen Theorie der Demenz

Es stellte sich uns die grundsätzliche Frage nach der „Natur der Demenz“, welcher wir uns anhand von Lewins Lebensraumkonstrukt anzunähern versuchten. Dazu machten wir uns Gedanken über verschiedene mögliche Besonderheiten der *Aufbaustruktur des Lebensraumes* von Demenzkranken. In die nachfolgende Darstellung sind auch bereits Ergebnisse der Diskussion dieser Überlegungen mit aufgenommen.¹

Grad/Art der Differenzierung

Bezogen auf den Grad beziehungsweise die Art der Differenzierung des Lebensraumes lassen sich einige bei Demenzkranken beobachtbare Phänomene als eine Verarmung der Struktur sowie als Ausfall von Teilsystemen verstehen: Die Betroffenen zeigen Einschränkungen des Planungsvermögens, die Fähigkeit zum abstrakten Denken nimmt ab und es gehen vorher gut und differenziert beherrschte Fertigkeiten wie das eigenständige Anziehen und Waschen wieder

verloren. Man kann dies so verstehen, dass eine vorher mit der Entwicklung der Person einhergehende zunehmende Differenzierung zum Stillstand kommt (neue Informationen und Erlebnisinhalte werden nicht mehr überdauernd verfügbar gemacht), sondern diese sogar zurückgeht (Erinnerungen gehen verloren, aber auch durch eingeschränkte Mobilität und Orientierung und Rückgang der sozialen Fähigkeiten sind bestimmte Orte nicht mehr zugänglich), der Lebensraum also schrumpft.

Demenzkranken sind aufgrund ihrer kognitiven Einbußen in der Kommunikation und Aufnahmefähigkeit eingeschränkt und verlieren früher bestehende Interessen. Oftmals fällt auch durch Institutionalisierung (Übersiedlung ins Heim) der Kontakt zu Freunden, Bekannten und Nachbarn weg. Verschärft wird die zunehmende Vereinsamung noch durch den Verlust von engen Verwandten (Ehegatten, Geschwister) und Jugendfreunden durch deren Tod. Bereits durch die Pensionierung fallen oft ein lebenslang gewohntes Tätigkeitsfeld und damit ein Teil der Tagesstrukturierung weg. Auch das können ungünstige Bedingungen für die Aufrechterhaltung eines hoch differenzierten Lebensraumes sein.

In der Wahrnehmung von Demenzkranken sind „starke Gestalten“ eher repräsentiert, so werden zum Beispiel starke Kontraste zwischen Zimmertür und Wand besser gesehen oder ein einfärbiger Boden bevorzugt, weil bestimmte Muster leicht verwirren. Solche Befunde fließen bereits in die Planung von Einrichtungen für ältere Personen und im Speziellen von Demenzstationen ein und sollen der besseren Orientierung dienen. Damit wird also darauf reagiert, dass die Differenzierungsfähigkeit im Wahrnehmungsbereich oft zurückzugehen scheint. Wie die Gesamtwirkung

solcher als Entlastung gedachter Maßnahmen sein wird, bleibt abzuwarten.

Zeitperspektive

Die Zeitperspektive von Menschen im höheren Alter ohne Demenz ist oft durch Thematiken einer biographischen Aufarbeitung ihres Lebens und durch den Drang bestimmt, bisher Unerledigtes in der verbleibenden Lebensspanne noch zu erledigen. Dabei kann nicht Abgeschlossenes wieder auftauchen, der sogenannte Zeigarnik-Effekt und der Ovsiankina-Effekt, welcher besagt, dass man sich unter bestimmten Voraussetzungen an unterbrochene, unerledigte Aufgaben besser erinnert als an erledigte, abgeschlossene Aufgaben, und dass diese bevorzugt wieder aufgenommen werden (siehe die Beiträge dazu in diesem Heft).

Betroffene leben oftmals Kriegserlebnisse nochmals durch oder gehen auch durch andere traumatische oder belastende Situationen mit allen zugehörigen Affekten und Strebungen. In vielen Fällen kommt es zu Schuldgefühlen, wobei Schuld hier auch im Sinne Lewins als ein Verhältnis zwischen der realen und der Wunschkonstellation der Vergangenheit zu sehen ist. Ziel solcher Wiederaufnahmen ist das Finden eines geeigneten Abschlusses für das Unabgeschlossene.

Über die Zeitperspektive im Lebensraum von Demenzkranken kann keine generelle Aussage getroffen werden. Die psychologische Zeitperspektive des Lebensraums besagt ja, ob und inwiefern die psychologische Vergangenheit und die psychologische Zukunft das Erleben und Verhalten eines Menschen mitbestimmen. So reicht etwa die verhaltensbestimmende Zeitperspektive eines Menschen auf dem Sterbebett weit über sein Leben hinaus in die Zukunft, wenn er gerade

¹ Einige der hier vorgenommenen Präzisierungen und Ergänzungen gehen auf Vorschläge von Gerhard Stemberger zurück.

Verfügungen über seinen Nachlass oder zur Regelung anderer Angelegenheiten seiner Familie trifft. Wie sich bei einer dauerhaften Einschränkung des Langzeitgedächtnisses von Demenzkranken deren Zeitperspektive verändert, darüber könnte ohne entsprechende Forschungen nur spekuliert werden. Aus dem Wegfall von länger zurückreichenden Erinnerungen kann jedenfalls nicht einfach auf eine Verkürzung der Zeitperspektive geschlossen werden, da an die Stelle von Erinnerungen an tatsächlich Geschehenes auch eine auf anderem Wege konstruierte psychologische Vergangenheit treten kann. Auch kann aus dem Wegfall von Er-

innerungen nicht zwangsläufig auf die Auflösung der Spannungssysteme geschlossen werden, die durch „unerledigte Geschäfte“ erzeugt wurden – dazu gehört auch die Ausrichtung von Erleben und Verhalten auf Lebenspläne, also auf die psychologische Zukunft. Auch in dieser Hinsicht bleibt die Zeitperspektive im Lebensraum von Demenzkranken Forschungsaufgabe.

Realität-/Irrealitätsschicht

Hinsichtlich der Realitäts- und Irrealitätsebene im Lebensraum von Demenzkranken kann es zu einer zunehmenden Verunsicherung über das als real und das als unreal Erleb-

te kommen, vor allem durch die zunehmende Diskrepanz zwischen dem eigenen Realitätserleben und dem ihres Umfelds. Bei zunehmendem Fortschreiten der Erkrankung verstärken sich diese Diskrepanzerfahrungen, womit die Durchlässigkeit der Grenzen zwischen Realitäts- und Irrealitätsschicht im Lebensraum der Demenzkranken zunehmen dürfte. zusehends. Für Außenstehende kann daraus der Eindruck entstehen, der Demenzkranke würde in einer irrealen Phantasiewelt leben. Das stimmt jedoch nur aus der Außenperspektive und nach dem Maßstab der Realitäts-einschätzungen des nicht von Demenz Betroffenen. Für den De-

werde ich dann den Radio noch hören können?
den Radio bedienen können?
den Radio noch hören wollen?
wissen, was ein Radio ist?
was wird mir abgehen?



menzkranken selbst muss das keineswegs der Fall sein. Aber auch hier gilt wie schon bei der Zeitperspektive, dass es noch eingehender Forschungen bedarf, um über die Beschaffenheit der Realitäts-/Irrealitätsdimension im Lebensraum von Demenzkranken tragfähige Aussagen zu treffen.

Neben diesen Aspekten der Aufbaustruktur machten wir uns auch Gedanken über mögliche *Materialunterschiede* im Lebensraum von Demenzkranken:

Demente Menschen entwickeln zunehmend Sprödigkeit und Unbeweglichkeit in ihrem Verhalten, was als Hinweis auf zunehmende Rigidität ihrer Strukturen und Gewohnheiten verstanden werden kann. Gleichzeitig kommt es zu einer fortschreitenden „Versteifung“ der Systeme in materialer Hinsicht. So wehren sich beispielsweise Betroffene gegen Neues, gleichzeitig sind Demenzerkrankte aber auch immer weniger in der Lage, Neues überhaupt zu erfassen beziehungsweise zu verstehen, wodurch der geistige Abbau weiter voran schreitet. Zusammenhänge werden schwieriger erkannt, abstraktes und logisches Denken gehen zunehmend verloren.

Laut Wolfgang Köhler besteht der Akt der Einsicht dynamisch in einer Umstrukturierung des Feldes, (die etwa der schlagartigen Veränderung von sogenannten Kippfiguren in vielem verwandt ist). Die ganzheitlichen Zusammenhänge im Wahrnehmungs- und Denkfeld verändern sich. Barrieren sind schwieriger zu überwinden und Lebensbereiche verschwimmen bis hin zum völligen Gestaltzerfall.

Zuletzt widmeten wir uns der Frage der *inhaltlichen Bedeutungen* im Lebensraum von Demenzkranken. Der Sinn der verschiedenen Lebensbereiche, in die sich der Lebensraum gliedert, ist schon bei

unbeeinträchtigten Menschen von Person zu Person unterschiedlich und stark von ihrer individuellen Biographie und Lebensausrichtung auf bestimmte Ziele und Ideale hin bestimmt. Es ist unvermeidlich, dass sich mit dem Zerfall der biographischen Erinnerungen der Person und ihrer Lebensausrichtung auch Veränderungen der inhaltlichen Bedeutungen in ihrem Lebensraum vollziehen müssen. Auch dies ist aber im konkreten Einzelfall zu untersuchen und kein Fall für vorschnelle Spekulationen.

Implikationen für die Psychotherapie

Heute in der Fachwelt gängige Annahmen gehen, wie im ersten Kapitel „Allgemeines zur Demenz“ beschrieben, davon aus, dass primäre Demenzen, also solche, bei denen der Krankheitsprozess nach heutigem Kenntnisstand direkt im Gehirn zu beginnen scheint, irreversibel sind. Bei den sekundären Formen hingegen wird angenommen, dass diese zumindest zum Teil behandelbar sind und manchmal auch eine Rückbildung der Demenzsymptomatik möglich ist.

Geht man mit Lewin von einer dynamischen Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt aus, liegt die Annahme nahe, dass der Umgang mit Demenzkranken jedenfalls Einfluss auf ihren Lebensraum und damit auch auf ihr Erleben und Verhalten, auf ihre Gefühle, ihre Wahrnehmungen und ihre Bewegung in diesem ihrem Lebensraum nimmt. Solange auch Angehörige, TherapeutInnen und andere Personen, aber auch konkrete materielle Lebensumstände bis hin zu baulichen Aspekten in den Lebensraum eingehen, können sie eine Wirkung und damit auch eine therapeutische Wirkung entfalten.

Geht man weiters davon aus, dass Körper und Psyche eine Einheit bil-

den (wie es etwa bereits 1934 Kurt Goldstein in seinem Buch „Der Aufbau des Organismus“ beschreibt) und keine voneinander getrennten Teilsysteme sind, dann liegt auch die Annahme nahe, dass bestimmte Veränderungen der Wahrnehmung und der Gefühle von Betroffenen zumindest potentiell günstige Auswirkungen auf ihren Körper, also auch auf ihr Gehirn, haben können. Das wiederum würde im Gegensatz zu gängigen Annahmen eine Haltung nahe legen, Demenz (sowohl primäre als auch sekundäre Formen) nicht vorschnell als irreversible Erkrankung festzuschreiben, sondern eben Wege zu suchen – wenn nötig, auch neue Wege, wie Psychotherapie zu gestalten ist, um in der Behandlung von Demenzerkrankten hilfreich wirken zu können.

Die unterschiedlichen Denkmodelle und Annahmen machen einen Unterschied im Verhalten aus. Gehe ich davon aus, dass Demenz unheilbar ist (zumindest primäre Formen), könnte das in weiterer Folge die Annahme nahe legen, dass eine Therapie ohnehin „nichts hilft“, und über das damit verbundene Verhalten zur selbsterfüllenden Prophezeiung werden.

Dieser möglichen Schlussfolgerung halten wir für die Gestalttheoretische Psychotherapie entgegen, dass nach unserem Ansatz die Frage nach der Verursachung und Prognose nicht an erster Stelle steht. Es geht uns vielmehr darum, wie es den Betroffenen mit ihren phänomenal gegebenen Umständen in ihrem gegenwärtigen Lebensraum geht und welche Kräfte und Möglichkeiten der Veränderung in dieser Situation selbst angelegt sind. Daher sehen wir es so, dass es immer – selbst wenn uns ein echter Heilungsprozess unwahrscheinlich bis unmöglich erscheinen sollte – sinnvoll und wichtig ist, dass sich der Patient die Gesamtheit seines Erlebens und seiner Verhaltens-

möglichkeiten so prägnant verfügbar macht, wie es eben möglich ist. Dadurch kann unserer Überzeugung nach auch die Lebensqualität von Demenzkranken erhalten und gesteigert werden.

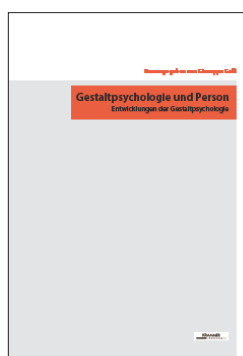
Eine wertschätzende Anteilnahme und auch Akzeptanz der Besonderheiten der Welt des Betroffenen sowie die möglichst allseitige Einbeziehung der kognitiven, emotionalen und somatischen Aspekte seines Lebens als Einheit sollte in jeder Therapie eine Selbstverständlichkeit sein. Auch Biografiearbeit kann dabei eine wesentliche Rolle für eine prägnantere Strukturierung des Lebensraums spielen (so hat sich beispielsweise gezeigt, dass durch Erinnerungen auch das Selbstwertgefühl von Betroffenen steigt), aber wenn sie nicht mehr möglich sein sollte, haben sich damit die Möglichkeiten einer heilsamen therapeutischen Beziehung noch lange nicht erschöpft.

In frühen Stadien kann in der Therapie auch im Sinne einer Psychoedukation an der Krankheitseinsicht gearbeitet werden. Indem Betroffene zum Beispiel ihre Vergesslichkeit verstehen und akzeptieren ler-

nen, kann dieses Erleben – eingebettet in eine tragfähige zwischenmenschlich-solidarische Beziehung - leichter integrierbar und somit auch besser bewältigbar werden. In der Therapie geht es in der Regel nicht vorrangig darum, das Verhalten von Demenzerkrankten direkt zu verändern, sondern ihnen einen möglichst strukturierten Ablauf in ihrem Alltag und damit auch den Halt des Gewohnten zu gewährleisten. Dazu gehört schon die Gestaltung der therapeutischen Rahmenbedingungen. So wird etwa optimalerweise die Therapie immer im selben Raum, zur gleichen Zeit beziehungsweise am selben Tag stattfinden. Um die intellektuelle Beweglichkeit trotz bereits eingetretener Einschränkungen zu fördern, sind auch weiterhin Anregung und Ermutigung zu kreativen, dem Betroffenen adäquaten Beschäftigungen sinnvoll. Das Um und Auf wird aber auch in der Arbeit mit Demenzkranken immer die Beziehungsgestaltung sein, als Ausdruck und Auftrag gelebter solidarischer Mitmenschlichkeit.

Literatur

- Dilling, H. & H.-J. Freyberger (Hrsg., 2008): *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Köhler, Wolfgang (1968): *Werte und Tatsachen*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.
- Lewin, Kurt (1933): *Eine dynamische Theorie des Schwachsinnigen*. In K. Lewin *Werkausgabe, Band 6*. Bern/Stuttgart: Huber/Klett 1982. 225-266.
- Lewin, Kurt (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. *Ausgewählte theoretische Schriften*. Bern/Stuttgart: Hans Huber.
- Moser, U., Kasper, S. & Winkler D. (2010): Therapie der Alzheimer-Demenz: Status quo und Zukunftsperspektiven. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11(4), 72-78.
- Möller, Hans-Jürgen et al. (1996): Organisch psychische Störungen. In: Möller et al., *Psychiatrie. MLP Duale Reihe*, Stuttgart: Hippokrates Verlag, 160-204.
- ÖGPB (Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie) 2006: Demenzerkrankungen, Konsensus-Statement - State of the art. *CliniCumpsy Sonderausgabe* November 2006.
- Petzold, Hilarion (2004): *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie, 3 Bände*. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann.
- Schubert, Doris (1988): *Die Person im Lebensraum. Eine Einführung in die dynamische Theorie von Kurt Lewin*. Lindau: Sektion Psychotherapie.
- Soff, Marianne (2008): Entwicklungspsychologie unter gestalttheoretischer Perspektive. In H. Metz-Göckel et al: *Gestalttheorie aktuell. Handbuch zur Gestalttheorie, Band 1*. Wien: Krammer, 97-132.
- Zeigarnik, Bluma (1927): Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen. *Psychologische Forschung* 9, 1-85.



Gestaltpsychologie und Person

Entwicklungen der Gestaltpsychologie

Herausgegeben von Giuseppe Galli

154 Seiten, € 18,-
ISBN 978 3 901811 43 2

Die Gestaltpsychologie der Berliner Schule ist vor allem als Psychologie der kognitiven Prozesse bekannt. Ein Werk über die Beziehungen zwischen Gestalttheorie und Person fehlte. Das vorliegende Buch will diese Lücke schließen.

Das Buch ist Frucht der Arbeit einer Gruppe von Psychologen, die sich mit folgenden Aspekten der Person befassen: die Person und ihr Ich; die Person in Aktion; die Person in Beziehung; die Entstehung der Person; die Person im Dialog; die Person und die Zentrierung.