

# Umgang mit der Diagnose »Demenz« – Konzeption und Evaluation eines Gruppenprogramms zur Krankheitsbewältigung

NeuroGeriatric 2012; 9 (1): 10 – 16

© Hippocampus Verlag 2012

B. Schmitt<sup>1</sup>, L. Frölich<sup>2</sup>

## Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird ein Konzept zur Bewältigung der Diagnose »Demenz« vorgestellt. Beschrieben werden die Erfahrungen bei der Anleitung einer ambulanten Gruppe von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz. Als Grundlage für das Therapiekonzept dienten Methoden der Tanztherapie. Die Aufmerksamkeit wird auf die persönliche Geschichte, die Ressourcen und Wünsche der Patienten gelegt. Angestrebt wird eine Verbesserung der Lebensqualität der Menschen, die mit der Diagnose einer Demenz konfrontiert werden.

**Schlüsselwörter:** Tanztherapie, Demenz, Diagnose, Krankheitsverarbeitung, Pilotstudie, Erhebungsinstrumente

<sup>1</sup>Therapeutin, Dozentin, Supervisorin,  
Frankfurt am Main;

<sup>2</sup>Abteilung für Gerontopsychiatrie,  
Zentralinstitut für Seelische  
Gesundheit Mannheim

## Die Situation von Patienten mit der Krankheit Demenz

Der Patient mit einer leichten Demenz ist häufig verzweifelt bemüht, sein ursprüngliches Selbstbild und damit seine Selbstachtung aufrechtzuerhalten, was sehr viel Mühe bedeutet und zum Dauerstress wird.

Der Patient mit einer leichten Demenz kann seine Situation mit seinen Handicaps noch wahrnehmen und reflektieren, was die Ursache für die relativ hohe Suizidgefahr in diesem Abschnitt der Erkrankung darstellt.

Es stellt sich die Frage, ob früh einsetzende Psychotherapie der Patienten und auch der Angehörigen zur Entlastung von Schuld- bzw. Versagensgefühlen und zur Stützung einen günstigen Einfluss auf den Erkrankungsverlauf haben könnte. Die Aufgabe im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen wäre zudem, eine individuelle Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen, ihr Selbstwertgefühl zu erhalten und ihr Personsein zu stärken.

Psychotherapie bei dementen Menschen ist meist gleichbedeutend mit Psychotherapie im Alter, wo Themen wie Akzeptanz von Einschränkungen und Verlusten, die Überwindung des damit verbundenen Schmerzes, die Verschiebungen von Wichtigkeiten im Leben und die Suche nach Neuorientierungen eine Rolle spielen.

Im Verlauf der immer stärker werdenden Gedächtnisstörung geht dem demenzkranken Menschen der Bezug zur Gegenwart immer mehr verloren. Einzelne Ereignisse sind losgelöst aus einem sinnschaffenden Zusammenhang. Zugleich ist der Erkrankte häufig nicht mehr in der Lage, das Erlebte sprachlich wiederzugeben. Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Angst und unangepasstes Verhalten können die Folge sein. Für den Kranken bleibt

der Widerspruch zwischen der Wahrnehmung ihrer Defizite und Schwächen und andererseits der Hilflosigkeit, kognitiv und sprachlich darauf zu reagieren.

## Mögliche Ziele einer Gruppe zur Krankheitsbewältigung

Demenz ist eine Krankheit, die mit dem Verlust der Identität und mit dem Tod in Verbindung gebracht wird. Von daher war eine Überlegung bei der Konzeption der Gruppe zur Krankheitsbewältigung, eine Hilfe bei der Bewältigung der folgenden Aufgaben zur Verfügung zu stellen:

- Den Verlust als Realität akzeptieren;
- Den Verlustschmerz erfahren;
- Anpassung an neue Situation;
- Neue Ziele/Lebensinhalte finden.

Für die Trauerarbeit sind Akzeptanz und Abschiednehmen wichtige Themen. Mögliche Elemente dafür sind die Anregung des Lebensrückblicks und das Sammeln und Mitbringen von Erinnerungsstücken. Durch Musik, Bilder, Märchen, Erzählungen kann die Auseinandersetzung mit dem Leben angeregt werden.

In der vorgestellten Patientengruppe wird die Art einbezogen, wie der Kranke seine zunehmenden kognitiven Leistungseinbußen wahrnimmt, bewertet und erlebt und wie sein soziales Umfeld damit umgeht. Eine systemische Sichtweise wird einbezogen. Die Rollenveränderungen innerhalb der Familie werden betrachtet. Die unterschiedlichen Interessen und Erwartungen der Beteiligten werden geklärt.

Die Gruppe zum Umgang mit der Krankheit Demenz soll dem Austausch von Gedanken und Gefühlen, die

durch die Diagnosestellung entstehen, dienen und die Auseinandersetzung mit der Krankheit und mit den dadurch bedingten Veränderungen fördern. Bestehende Fähigkeiten und Ressourcen werden gestärkt.

## Gruppe zum Umgang mit der Diagnose Demenz

### Methodik

#### *Patientenstichprobe*

An der Studie nehmen 5 ambulante Patienten mit der Diagnose einer Alzheimer-Demenz oder einer Vaskulären Demenz nach ICD-10 teil. Die Patienten werden durch Öffentlichkeitsarbeit über die Patientengruppe informiert und melden telefonisch ihren Wunsch zur Teilnahme an. Die Einschlussbedingungen der Teilnahme an der Gruppe werden abgeklärt. Am ersten Gruppentermin wird über Ziele und Inhalte der Gruppe aufgeklärt und die Anschriften und Telefonnummern der Patienten eingeholt. Ein Einzeltermin für den informed consent (Einverständniserklärung) und die Baselinediagnostik wird vereinbart.

#### *Untersuchungsablauf und Messzeitpunkte*

Der Einzeltermin für den informed consent und die Baselinediagnostik (To) findet zwischen der ersten und zweiten Gruppensitzung statt. Zu To findet eine genaue Information über die Gruppeninhalte und -ziele statt und es wird über die gruppenbegleitenden Erhebungen aufgeklärt. Bei Einverständnis wird die Baselinediagnostik erhoben. Eine zweite Erhebung (T1) findet nach der letzten (8.) Gruppensitzung statt. Dabei werden die bei der Baselinediagnostik verwendeten Instrumente eingesetzt.

#### *Erhebungsinstrumente*

Bei der Auswahl der Erhebungsinstrumente für die Evaluierung der Gruppe zur Krankheitsbewältigung bei der Diagnose Demenz wurden Erhebungsinstrumente gewählt, die möglichst wenig Zeit beanspruchen und dabei doch Parameter wie kognitive Leistungsfähigkeit, Depressivität, Einstellungen zum Körper, zum eigenen Selbstwert und zu Problembewältigungsformen berücksichtigen. Mit der Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit wird gleichzeitig eine Einstufung des Schweregrades der Erkrankung Demenz vorgenommen, mit der Erhebung der Ausprägung einer möglichen Depressivität die Stimmung und auch eine mögliche Gefährdung durch Suizid wahrgenommen. Weitere Überlegungen waren, dass mögliche Veränderungen durch tanztherapeutische Interventionen sich mit Erhebungsinstrumenten zu Einstellungen zum eigenen Körper und dem eigenen Selbstwert wiedergeben lassen. Durch das Burden Interview wird zudem die Belastung der Angehörigen erfasst.

Im Folgenden werden die in der Pilotstudie verwendeten Instrumente beschrieben:

#### ■ *Mini-Mental State Examination (MMSE)* [3, 6]

Der MMSE erfasst mit insgesamt 30 Punkten die kognitive Leistungsfähigkeit (30 Punkte stellen den

## Coping with dementia by group therapy – a pilot study

B. Schmitt, L. Frölich

### Abstract

The specifics of creative therapies aim at activating the creative potential of the patients in sense of acceptance of and coping with their illness diagnosed as dementia and at improving their quality of life. Dance therapy in the treatment of dementia offers the advantage of working in a nonverbal way with these patients, whose cognition and often also verbal communication are affected.

This work presents the experience with dance therapy in order to help patients accept dementia as their illness and eventually cope with it. Possible evaluation instruments are considered as well.

**Key words:** dance therapy, dementia, diagnosis, pilot study, evaluation instruments

NeuroGeriatric 2012; 9 (1): 10 – 16

© Hippocampus Verlag 2012

höchsten erreichbaren Wert dar) und ermöglicht eine Einschätzung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung.

#### ■ *Geriatrische Depressionsskala (GDS)* [4]

Die GDS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und wurde speziell für die Abschätzung der Depressivität älterer Patienten entwickelt. Die Skala besteht aus 15 Fragen, die mit »ja« bzw. »nein« zu beantworten sind. Ab einem Ergebnis von 5 Punkten aufwärts ist von einer depressiven Störung auszugehen. Die GDS kann sowohl mündlich als auch schriftlich vorgegeben werden.

#### ■ *Burden Interview (BI)* [14]

Das Burden-Interview ist konzipiert, Stress bei Angehörigen abzubilden, die sich um ältere und beeinträchtigte Personen kümmern. Der Fragebogen kann vom Angehörigen selbst ausgefüllt werden. Die Angehörigen werden darin gebeten, 22 Items zu beantworten, die den Einfluss der beeinträchtigten Patienten auf das Leben der Angehörigen selbst abbilden sollen. Jedes Item soll von den Angehörigen in eines der folgenden Beschreibungen abgebildet werden: nie, selten, manchmal, häufig, immer. Der Scorebereich reicht von 0 bis 88. Je höher der erreichte Score, desto größer ist die Belastung des Angehörigen.

#### ■ *Frankfurter Körperkonzeptskala zur Gesundheit und zum körperlichen Befinden (SGKB)* [1]

Die Skala SGKB versucht Einstellungen des Individuums zur eigenen Gesundheit und zum körperlichen Empfinden zu bestimmen, das die gegenwärtige Sicht und das Selbstbild des Individuums zu Gesundheit und körperlichem Wohlbefinden zusammenfasst. Die Skala besteht aus 6 Items, die den Sachverhalt umschreiben, ob sich das Individuum eher gesund und körperlich kräftig oder eher krank und kraftlos fühlt. Eine Antwort zu einem einzelnen Item wird in der Auswertung mit einem bis zu sechs Punkten gewichtet. Die Antwortmöglichkeiten reichen über die Abstufung der zustimmenden Antworten »trifft sehr zu«, »trifft zu«, »trifft etwas zu«

bis zu der Abstufung der ablehnenden Antworten »trifft eher nicht zu«, »trifft nicht zu«, »trifft gar nicht zu«. Bis zu einem Summenwert von 18 ist von einem negativen Selbstbild auszugehen, ab einem Summenwert von 24 von einem positiven Selbstbild. Je höher der Summenwert, desto positiver stellt sich die Sicht des Individuums zu seinem körperlichen Wohlbefinden dar.

■ **Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung (FSAP) [2]**

Mit Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung werden Einstellungen des Individuums zur eigenen Fähigkeit umschrieben, Probleme oder Schwierigkeiten des Alltags selbstständig zu regeln, es wird die Bewertung des eigenen Durchhaltens in erschwerten Situationen durch den Probanden oder Patienten gekennzeichnet. Die Skala besteht aus 10 Items. Eine Antwort zu einem einzelnen Item wird in der Auswertung mit einem bis zu sechs Punkten gewichtet. Die Antwortmöglichkeiten reichen über die Abstufung der zustimmenden Antworten »trifft sehr zu«, »trifft zu«, »trifft etwas zu« bis zu der Abstufung der ablehnenden Antworten »trifft eher nicht zu«, »trifft nicht zu«, »trifft gar nicht zu«. Bei einem Summenwert von kleiner/gleich 30 Punkten ist von einer negativen Selbstwerteinschätzung auszugehen. Je höher der erreichte Punktwert ist, desto positiver stellt sich der psychische Zustand des Individuums dar.

■ **Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Selbstwertschätzung (FSSW) [2]**

Unter Selbstkonzept der allgemeinen Selbstwertschätzung des Individuums werden die Einstellungen zur eigenen Person verstanden, die sich auf Selbstachtung, auf Gefühle der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der eigenen Person und auf Gefühle von Nützlichkeit beziehen. Der Grad der Selbstwertschätzung wird mit Hilfe von 10 Aussagen bestimmt.

Eine Antwort zu einem einzelnen Item wird in der Auswertung mit einem bis zu sechs Punkten gewichtet. Die Antwortmöglichkeiten reichen über die Abstufung der zustimmenden Antworten »trifft sehr zu«, »trifft zu«, »trifft etwas zu« bis zu der Abstufung der ablehnenden Antworten »trifft eher nicht zu«, »trifft nicht zu«, »trifft gar nicht zu«. Bei einem Summenwert von kleiner/gleich 30 Punkten ist von einer negativen Selbstwerteinschätzung auszugehen. Je höher der erreichte Punktwert ist, desto positiver stellt sich der psychische Zustand des Individuums dar.

Kriterien für die Teilnahme an der Patientengruppe:

- Diagnose einer Demenz nach ICD-10;
- Ausreichendes Hör- und Sehvermögen;
- Mindestens teilweise erhaltenes Urteilsvermögen;
- Fähigkeit, kognitiv Gesprächen zu folgen und sich sprachlich sinnzusammenhängend zu äußern;
- Kein störendes Verhalten.

**Rahmen**

Die Gruppe fand über einen Zeitraum von 8 Monaten jeden ersten Donnerstag im Monat von 10.30 bis 12.00 Uhr statt. Ab dem zweiten Gruppentermin wurde die Gruppe als geschlossene Gruppe geführt, d. h. es kamen keine neuen Teilnehmer hinzu. Die Gruppe wurde mit 5 Teilnehmern durchgeführt. Das Alter der Teilnehmer lag zwischen 49 und 74 Jahren. Die Gestaltung der Gruppe war struktur- und prozessorientiert, integrierte also die aktuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse der Patienten.

Zu Beginn und nach dem Ende der Gruppentermine wurde mit den Teilnehmern der Gruppe und den Angehörigen der Teilnehmer je ein einstündiges Einzelgespräch geführt.

Grobstruktur des Aufbaus einer Therapieeinheit (1,5 Stunden):

- Körperaktivierung;
- Begrüßungsrunde;
- Thema;
- Pause;
- Thema;
- Austauschrunde;
- Kreistanz.

Inhalte der Gruppe zur Krankheitsbewältigung bei Patienten mit der Diagnose »Demenz« waren folgende:

- Körperarbeit;
- Austausch in der Gruppe über Wünsche und Erwartungen;
- Biographiearbeit;
- Klärung von Emotionen;
- Austausch von Kompetenzen und Ressourcen;
- Kreative Arbeit (Schreiben, Gestalten, Bewegung);
- Austauschrunden (Mitnahme von Erfahrungen in der Gruppe in den Alltag).

Im Folgenden werden einige Methoden der durchgeführten Gruppe zur Krankheitsbewältigung Demenz in Stichpunkten aufgeführt:

1. Eigene Körperwahrnehmung und Wahrnehmung der anderen Teilnehmer der Gruppe mit den jeweiligen Themen:
  - Übungen zum Wahrnehmen einzelner Körperteile, Veränderungen in der An- und Entspannung der Muskeln, Ausstreifen des eigenen Körpers, Abklatschen des eigenen Körpers, um die Spannung zu nehmen, das Gewicht auf eine andere Ebene als die Kognition zu lenken, Lockerheit, Vertrautheit im eigenen Körper zu schaffen, anzukommen im Raum.
  - Wahrnehmung und Akzeptanz körperlicher Bedürfnisse wie z. B. Ruhe, Bewegung, Atmung, Wärme, Berührung als Gegenpol zu der Konzentration auf die kognitive Krankheit.
2. Biographiearbeit mit Körperausdruck und kreativen Medien:
  - Schriftliche Mitgabe des nächsten Termins und der Aufgabe: Lebensgeschichte vorbeiziehen lassen,

wichtige Ereignisse verteilt auf die Zeit notieren, jeweils Bilder/Fotos dazu auswählen und, wenn gewünscht, mitbringen.

- Zeit für die Erinnerung eines Lebenserebnisses, Symbolgestaltung, Bewegungsgestaltung, Überschriftgebung/auf ruhiger Musik – Austausch in der Kleingruppe.
  - Austausch in der Gesamtgruppe (Vorstellung der Bewegung, des gestalteten Symbols und der erfundenen Überschrift).
  - Schriftliche Mitgabe des nächsten Termins und der Aufgabe: das eine wichtigste Bild zum nächsten Termin mitbringen.
  - Wichtigste Photographien – Bewegungen und Überschriften dazu finden, Austausch in der Gesamtgruppe.
  - Nacheinander legen die Teilnehmer ihre Bilder auf dem Tisch in der Mitte aus, erzählen und bestimmen das für sie wichtigste Bild. Sie stellen die Gefühle in Bewegung dar, die sie zu diesem wichtigsten Bild haben.
3. Abschlusskreis mit Musik:
- Interaktion mit den Teilnehmern der Gruppe – Kreistanz (das gemeinsame Tanzen und der gemeinsame Rhythmus ermöglicht das Erleben von Gemeinschaft, Interaktion mit anderen und das Erleben dieser Erfahrung in der Auswirkung für sich selbst).
  - Kreistanz zur Verabschiedung gegenseitig und als Ritual am Ende des Treffens.

## Ergebnisse

In den folgenden Abbildungen 1–6 werden die Ergebnisse der Erhebungen der Geriatrischen Depressionskala GDS, des Mini-Mental-Status-Tests MMST, der Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung FSAP, der Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Selbstwerteinschätzung FSSW, der Frankfurter Körperkonzeptskala zur Gesundheit und zum körperlichen Wohlbefinden SGKB und des Burden Interviews BI dargestellt. Die Abbildungen stellen jeweils für die einzelnen Patienten die Erhebung zu Beginn der Gruppe im Vergleich zu den Werten am Ende der Gruppe dar. In Abbildung 7 wird ein Mittelwert der Ergebnisse in den einzelnen Erhebungen über alle 5 Patienten gebildet.

Da diese Pilotstudie nur mit 5 Patienten durchgeführt wurde, können keine sinnvollen Statistiken errechnet werden. Was aber sichtbar wurde ist, dass die gewählten Erhebungsinstrumente sensibel auf Veränderungen in der tanztherapeutisch orientierten Gruppe zum Umgang mit der Diagnose Demenz reagierten.

Bei den Auswertungen aller Erhebungen, die bei den 5 Teilnehmern der Gruppe und deren Angehörigen durchgeführt wurden, kommt es durchschnittlich zu einer Stabilisierung oder zu einer Veränderung der Parameter im Sinne einer Verbesserung.

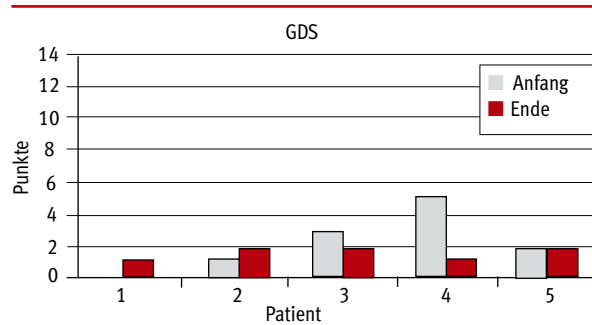


Abb. 1: In Abbildung 1 werden die Ergebnisse aller 5 Patienten in der Geriatrischen Depressionskala (GDS) am Anfang und am Ende der Interventionsperiode aufgezeigt.

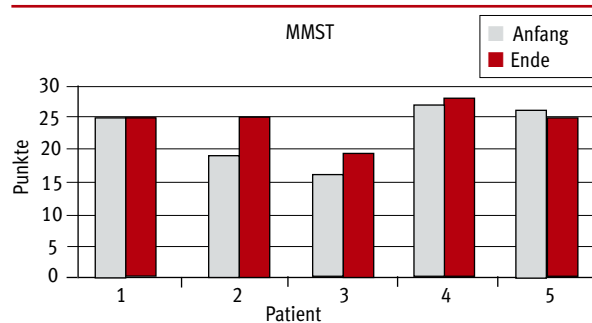


Abb. 2: In Abbildung 2 werden die Ergebnisse aller 5 Patienten im Mini-Mental-Status-Test (MMST) am Anfang und am Ende der Interventionsperiode aufgezeigt.

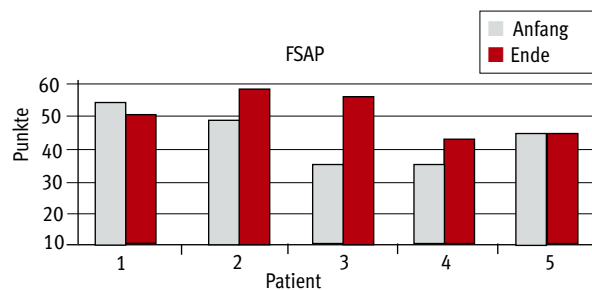


Abb. 3: In Abbildung 3 werden die Ergebnisse aller 5 Patienten in der Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung (FSAP) am Anfang und am Ende der Interventionsperiode aufgezeigt.

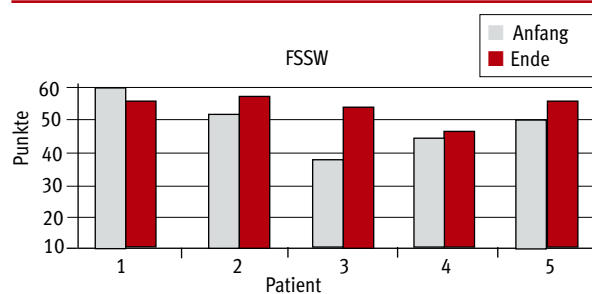


Abb. 4: In Abbildung 4 werden die Ergebnisse aller 5 Patienten in der Frankfurter Selbstkonzeptskala (FSSW) zur allgemeinen Selbstwerteinschätzung am Anfang und am Ende der Interventionsperiode aufgezeigt.

Im Folgenden werden Rückmeldungen zu Themen der Teilnehmer in Stichpunkten dargestellt, die innerhalb der Gruppe behandelt wurden. Diese Darstellung soll auch einen Überblick geben, welche Themen bei den Menschen, die die Diagnose Demenz gestellt bekamen, eine Rolle spielten.

Als Wünsche und Erwartungen an die Gruppe wurden von den Gruppenteilnehmern die Folgenden genannt:

- Austausch untereinander, bezüglich der Schwierigkeiten und der guten Dinge;
- Überblick über die Krankheit;
- Hilfe suchen beim Umgang mit dem Vergessen;
- Problem der Isolierung von anderen Menschen, früheren Kontakten;
- Problem der Abhängigkeit von anderen Menschen;
- Annehmen der Veränderungen lernen.

Als Themen und Überschriften gab es bei der Biographiearbeit die Folgenden:

- »Weihnachten 1944«, Symbol: Panzer auf gelbem Papier;
- »Hände hoch«, Symbol: rotes Papier (sollte Kommunismus darstellen), als Pfeil geformt;
- »Verwirrung, Bewegung«, Symbol: gelbes Papier, gefaltet;
- »Kontakt, Kommunikation«, Symbol: grünes Papier, Ecken umgelegt, soll Brief symbolisieren;
- »der Krieg ist vorbei«, Symbol: rosa Papier, gefaltet, soll Wege symbolisieren.

In der Abschlussrunde nach der Biographiearbeit war ein Fragment der Rückmeldung:

- »Beschäftigung mit der Vergangenheit ist für mich neu, teils anstrengend, aber auch gut«.

Meist haben die von den Gruppenteilnehmern aus ihrer Lebensgeschichte ausgewählten Fotos positive Gefühle repräsentiert, die Kirschenerte mit der Enkelin, eine Hochzeit und ein Familienbild.

Zu diesen vorgestellten wichtigsten Fotografien sollten die Gruppenteilnehmer Bewegungen und Überschriften finden. Anschließend gab es den Austausch in der Gesamtgruppe. Beispiele gefundener Überschriften waren:

- Hochzeitsbild »Freude«;
- Bild mit Enkelin »Kirschenerte«;
- Bild mit Familie »Familie«;
- Haus der Großeltern »Haus«.

Bei einem sich anschließenden Spiel mit dem Inhalt »Was kann ich gut« wurden folgende Ressourcen von den Gruppenteilnehmern genannt:

- »wandern«;
- »Fahrrad fahren«;
- »flirten, freundlich sein«;
- »Witze machen, andere zum Lachen bringen«.

Bei einer offenen Austauschrunde, in der Wünsche an die Gruppe und an Inhalten von den Teilnehmern rückgemeldet werden konnten, gab es folgende Beiträge:

- »Gut, wie es ist«;
- »Ein Teilnehmer erzählt, dass er sich am Vorabend abends bis nachts hingesetzt habe und die für ihn wichtigste Zeit seiner Biographie aufgeschrieben habe. Er würde dies gerne der Gruppe vorlesen«;
- »Ein Teilnehmer hatte seine wichtigsten Lebensstationen aufgeschrieben und möchte dies gerne der Gruppe mitteilen«;

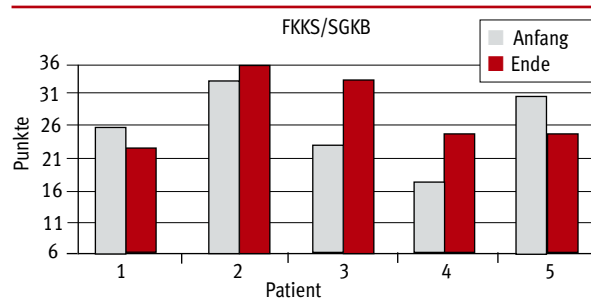


Abb. 5: In Abbildung 5 werden die Ergebnisse aller 5 Patienten in der Frankfurter Körperkonzeptskala zur Gesundheit und zum körperlichen Wohlbefinden (FKKS/SGKB) am Anfang und am Ende der Interventionsperiode aufgezeigt.

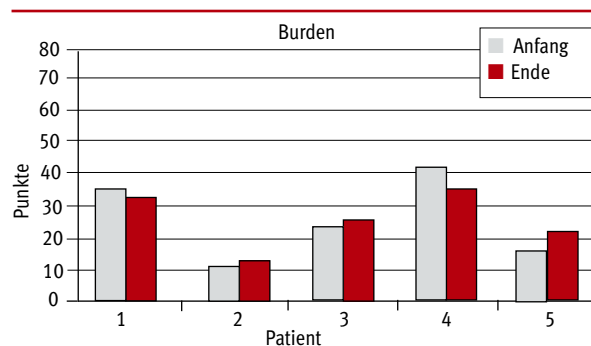


Abb. 6: In Abbildung 6 werden die Ergebnisse aller 5 Angehörigen der Patienten in den Burden Interviews am Anfang und am Ende der Interventionsperiode aufgezeigt.

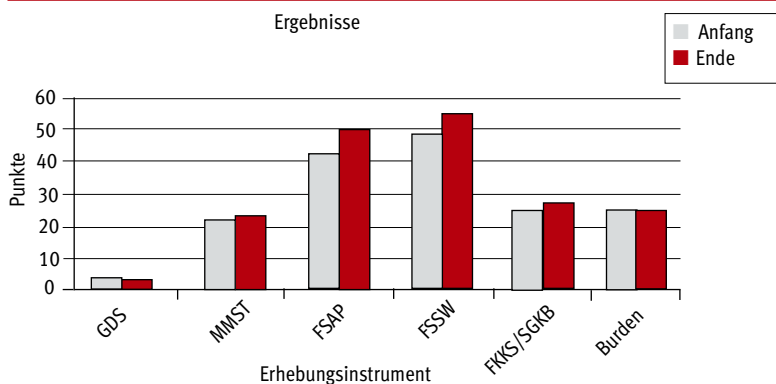


Abb. 7: In Abbildung 7 werden die gemittelten Ergebnisse aller 5 Patienten und Angehörigen über die in der Abzisse genannten Erhebungsinstrumente dargestellt (jeweils für den Anfang und für das Ende der Interventionsperiode).



- »Alles sei gut, er wollte zuerst nicht in die Gruppe, weil er nicht mit Negativem konfrontiert werden wollte, aber jetzt gefällt es ihm sehr gut. Er würde am liebsten die nächsten 25 Jahre weitermachen«;
- »Das Wiegen im Kreistanz tut gut«.

Auf die Frage, was den Gruppenteilnehmern grundsätzlich wichtig sei, kamen die folgenden Antworten:

- »Fallenlassen in Familie wichtig«;
- »Unabhängigkeit ist wichtig«;
- »Bewegung ist wichtig – möchte gerne auf einen hohen Berg steigen«;
- »Es sei ihm wichtig, keine Angst vor der Zukunft zu haben – im Moment habe er keine Angst«;
- »Kann die Angst jetzt eher zulassen, muss sie nicht mehr verdrängen«;
- »Selbstständig im Haus leben ist wichtig, gute Freunde sind wichtig«.

Auf die Frage am letzten Gruppentermin »Welchen Ballast möchte ich hier lassen, an den Kreis abgeben, was möchte ich den anderen mitteilen?« wurden die folgenden Antworten gegeben:

- »Geborgener Halt«;
- »Wunsch nach Weitergehen der Gruppe«;
- »Neue Aufgaben für die Gruppe suchen«;
- »Kein Ballast«;
- »Fühlt sich frei und möchte das weiterhin«;
- »Möchte gerne die Angst vor der Zukunft in der Gruppe lassen und abstreifen«;
- »Wohlfühlen in der Gruppe«;
- »Alzheimer-Ballast hier lassen«;
- »Sorge um den Fortgang der Krankheit hier lassen«;
- »Dinge, die ihn berühren, möchte er mehr machen«.

Als Abschiedsritual wurde das Thema behandelt: »Was nehme ich von der Gruppe in meinen Alltag mit?« (Arbeit mit Steinen, Murneln, Muscheln – jeder Gruppenteilnehmer konnte ein Symbol mit einem Wunsch der Mitnahme einer Idee aus dieser Gruppe in den Alltag auswählen und als Geschenk mitnehmen).

Der am häufigsten genannte Wunsch der Mitnahme aus der Gruppe in den Alltag war:

- »Gemeinsamkeit, Freude, Kraft«.

## Diskussion

Der Einsatz von kreativen und tanztherapeutischen Methoden bietet bei Demenzerkrankungen aufgrund der Veränderungen im kognitiven und sprachlichen Bereich ideale Voraussetzungen, Hilfen bei der Krankheitsbewältigung und Verbesserung der Lebensqualität zur Verfügung zu stellen. Hokkanen et al. [5] beschrieben 2003 eine Verbesserung der Spontansprache nach den Tanztherapieeinheiten und eine Verbesserung der sozialen Interaktion. Diese Verbesserung der sozialen Interaktion und auch einen stärkeren Gefühlsausdruck beschrieben Palo-Bengtsson et al. 1998 [8]

und 2002 [7]. Palo-Bengtsson et al. begleiteten vor allem soziale Tanzveranstaltungen. Durch die Auswertung ihrer erstellten Videos zeigten sie auf, dass Menschen mit einer Demenz durch den sozialen Tanz ihren Gefühlsausdruck verstärkten, sich gut in der sozialen Situation der Tanzveranstaltung zurechtfinden und keine Schwierigkeiten mit der Bewegung der Tänze hatten. Der Körper der Demenzkranken wurde als ein Erinnerungsbecken sozialer Interaktion und von Gefühlen beschrieben. Diese Beobachtung teilten auch Rösler et al. 2002 [9] in ihrer Studie. Sie verglichen das Bewegungslernverhalten von Alzheimerkranken im Vergleich zu depressiven Patienten und zeigten in ihrer Studie auf, dass die Alzheimerkranken ein sehr gutes Bewegungsgedächtnis behielten, im Vergleich zu den depressiven Patienten in der Bewegungsentwicklung und Rhythmisität sogar besser abschnitten. Wilkinson et al. [12] beschrieben 1998 qualitativ Momente des Kontakts und Lachens, Wege des Gefühlsausdruckes und ein verstärktes Selbstvertrauen durch die kreative Therapie. Sie konnten diese beschriebenen Verbesserungen nicht in Veränderungen ihrer Untersuchungsinstrumente nachweisen.

Allgemein lässt sich anhand der beschriebenen Untersuchungen zur Tanztherapie bei Demenz sagen, dass einige Verbesserungen, vor allem in der Spontansprache und im Bewegungsausdruck [11], beschrieben werden. Diese Verbesserungen sind zwar noch nicht eindeutig durch randomisierte, kontrollierte Studien belegt, werden aber in kontrollierten Studien beschrieben [10].

Kreative Methoden mit aktiver Beteiligung des Patienten im Sinne produktiver Gestaltung sind nur begrenzt zu standardisieren, weil diese Therapieformen sehr individuell und prozessorientiert auf die aktuellen Themen der Gruppe gestaltet werden. So können grobe Abläufe wie Begrüßung, Vertrautwerden mit der Situation (»warming up«), Themenentwicklung, Verarbeitung und Ablegen des Themas (»warming down«) und Abschluss aufgeteilt werden, aber die genauen Inhalte müssen, um der Therapieform gerecht zu werden, situationsgerecht und prozessorientiert aufbereitet werden. [10].

Bei der Erfassung der Parameter muss darauf geachtet werden, dass der Umfang der Messungen nicht die eigentliche Therapiesituation stört.

Die Erfassung von Aktivität, Teilnahme, Lebendigkeit, eigenen Beiträgen der Teilnehmer und Bewegung sind zur Wiedergabe der spezifischen Wirkungsweisen der kreativen Therapien sinnvoll.

Die Orientierung auf wissenschaftliche Methodik darf nicht zur Vernachlässigung der eigentlichen Inhalte führen.

Wie sehen die Konsequenzen für die Praxis aufgrund der eigenen Erfahrungen eines Gruppenprogramms für Patienten zum Umgang mit der Krankheit »Demenz« aus?

Bei den Auswertungen aller Erhebungen, die bei den 5 Teilnehmern der Gruppe und deren Angehörigen durchgeführt wurden, kommt es durchschnittlich zu

einer Stabilisierung oder zu einer Veränderung der Parameter im Sinne einer Verbesserung. Dieses Ergebnis ist gerade im Hinblick auf die Progredienz der Erkrankung Demenz zu bemerken, welche schon eine Stabilisierung der Ergebnisse zu einem Erfolg macht. Die Ergebnisse der Datenerhebung sind natürlich unter der Gegebenheit zu betrachten, dass die Stichprobengröße für eine statistisch aussagefähige Auswertung zu gering war. Trotzdem wurde hier in einer Pilotstudie ein neuer Ansatz des therapeutischen Umgangs mit den Menschen mit einer Demenz und auch mögliche Erhebungsinstrumente auf ihre Verwendbarkeit ausgetestet. Erhebungsinstrumente waren: die Geriatriische Depressionsskala GDS, der Mini-Mental-Status-Test MMST, die Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung FSAP, die Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Selbstwert einschätzung FSSW, die Frankfurter Körperkonzeptskala zur Gesundheit und zum körperlichen Wohlbefinden SGK und das Burden Interview BI. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente reagierten bei dieser kleinen Stichprobengröße sensibel und können von daher weiter bei Studien mit Menschen mit einer beginnenden Demenz eingesetzt werden.

### Fazit und Ausblick

- »Gedächtnistraining« stellte keinen Inhaltspunkt der Gruppe dar. Das Gedächtnis sollte eher implizit durch Aktivierung der eigenen Biographie und des Gedanken- und Gefühlsaustausches, auch auf körperlicher Ebene, aktiviert werden.
- Der Schwerpunkt des Inhalts dieser Gruppe für Menschen mit einer leichten Demenz lag auf einer Förderung des emotionalen Gedächtnisses. Den Hintergrund dafür bildet die Erkenntnis, dass das emotionale Gedächtnis bei Menschen mit einer Demenz am längsten erhalten bleibt, auch wenn neue Fakten verloren gehen.
- Die Selbststärkung sollte über Körperarbeit, Malen, Reden und Austausch in der Gruppe geschehen.
- Die vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wurden aktiviert, um Dinge zu tun, die Interesse erregen oder Spaß machen.

Die Erfahrungen mit diesem Gruppenangebot lassen sich qualitativ folgendermaßen beschreiben: Die Teilnehmer der Gruppe zeigten am Ende eine größere Offenheit und Mitteilungsbereitschaft als am Anfang der Termine. Sie wirkten lebendig und teilten alle mit, dass sie sich über die Interaktion mit den anderen Teilnehmern freuten. Von den Bewegungen war ihnen das Wiegen miteinander im Kreis und das Eintauchen in die eigene Lebensgeschichte wichtig und hilfreich. Die eigenen Schwächen konnten bei Ende der Gruppe besser akzeptiert und in die eigene Identität integriert werden. Ein größeres Selbstbewusstsein und Sicherheit waren die Folge. Bei allen Teilnehmern bestand der Wunsch nach einem Aufrechterhalten der Gruppe.

Der Einsatz von Tanztherapie bietet bei Demenzerkrankungen aufgrund der Veränderungen im kognitiven und sprachlichen Bereich ideale Voraussetzungen, Hilfen bei der Krankheitsbewältigung und Verbesserung der Lebensqualität zur Verfügung zu stellen.

Aufgrund der nur eingeschränkten Möglichkeiten, den Demenzkranken medikamentös zu helfen, und der Grenze der kognitiv-rationalen Psychotherapie bei Demenzen ist eine Förderung des Einsatzes von Tanztherapie zur Hilfe bei Krankheitsbewältigung und Verbesserung der Interaktionsfähigkeit sowie Lebensqualität zu empfehlen.

### Literatur

1. Deusinger IM. Die Frankfurter Körperkonzeptskalen. Hogrefe Verlag, Göttingen 1998.
2. Deusinger IM. Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen. Hogrefe Verlag, Göttingen 1996.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189-198.
4. Guggel S, Birkner B. Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatriischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1999; 28: 18-27.
5. Hokkanen L, Rantala L, Remes AM et al. Dance/movement therapeutic methods in management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51 (4): 576-577.
6. Kessler J, Markowitsch HJ, Denzler PE. MMST: Mini-Mental-Status-Test. Beltz Test GmbH, 1990.
7. Palo-Bengtsson L, Ekman S-L. Emotional response to social dancing and walks in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2002; 17 (3): 149-153.
8. Palo-Bengtsson L, Winblad B, Ekman S-L. Social dancing: a way to support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1998; 545-554.
9. Rösler A, Seifritz E, Kräuchi K et al. Skill Learning in patients with moderate Alzheimer's disease: a prospective pilot-study of waltz-lessons. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002; 17: 1155-1156.
10. Schmitt B, Frölich L. Kreative Therapieansätze in der Behandlung der Demenz (ein systematischer Überblicksartikel). *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2006; 74: 1-9.
11. Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W. Cognitive and behavioral effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation* 2004; 18: 253-260.
12. Wilkinson N, Srikumar S, Shaw K et al. Drama and movement therapy in dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy* 1998; 25 (3): 195-201.
13. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1983; 17: 37-49.
14. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park, PA, Pennsylvania State University 1983, 1990.

### Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

### Korrespondenzadresse:

Dr. Beate Schmitt  
Schwindstr. 23  
60325 Frankfurt/M  
E-Mail: mail@beate-schmitt.de