

Michael Rath

Das Drama der verwirrten Bühnen

***Störungsspezifische Modifikationen der
Psychodramatherapie mit Morbus Alzheimer-Patienten***

Erstbegutachterin:

Hildegard Pruckner, MSc.

Zweitbegutachterin:

Dr. Anneliese Schigutt

Abschlussarbeit

im Rahmen der fachspezifischen Ausbildung zum Psychodrama-Psychotherapeuten
in der Fachsektion Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel
im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und
Gruppendynamik (ÖAGG)

Wien, im März 2007

Meiner Großmutter Anna gewidmet.

*Und Frau Lotte Jurmann, die mich noch in ihren letzten Lebenstagen ermutigte
„doch etwas gegen diese fürchterliche Krankheit zu tun“.*

In der Vergangenheit zu leben
ist eine Methode,
die Vergangenheit zu bewältigen.

Aarts & op den Velde (2000: 299)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort & Dank	5
Einleitung	6
1. Wozu Psychodrama-Psychotherapie mit hochbetagten Menschen die an Alzheimerdemenz leiden?	8
1.1 Einführung ins Störungsbild	9
1.1.1 Formen der Demenzen aus der klassischen medizinpathologischen Perspektive	10
1.1.2 Abgrenzung zu anderen Störungsbildern	11
1.2 Die Psychosomatische Perspektive	12
1.2.1 Stress	14
1.2.2 Umkehrung der kindlichen Intelligenzentwicklung	15
1.3 Salutogenese und die Ich-Entwicklung über die Lebensspanne	16
2. Erweiterungen und Differenzierungen des Menschenbildes im Hohen Alter aus psychodramatischer Sicht	19
2.1 Der Körper als letzter Verbündeter?	19
2.1.1 Rücknahme der Sprache in den Körper	20
2.1.2 Verlust der Symbolisierungsfähigkeit	21
2.2 Emotionen	23
2.2.1 Unerwartete Rollen erscheinen — Trauma-Reaktivierung im Alter	25
2.3 Inventare an sozialen Rollen — Die Ressourcenfrage	29
2.3.1 Lebenslanges Lernen — Lebenslange Entwicklung?	30
2.3.2 Auswirkungen auf die Rollenebenen	33
2.4 Das Sterben als letzter Szenenwechsel	34
2.4.1 „Soziale Tode“ als Erwärmungsprozess	35
2.4.2 Abschiede als Wege zur Transzendenz	37

3	Störungsspezifische Modifikationen des Psychodramas in der praktischen Anwendung mit Alzheimerkranken	39
3.1	Einzelsetting	39
3.1.1	Erweiterte Flexibilisierung	40
3.1.2	Intermediärobjekte und Intraintermediärobjekte	41
3.1.3	Die drei Arbeitsbühnen	42
3.1.4	Umgang mit den Universalien Raum und Zeit	45
3.1.5	Der Doppelgänger-Dialog	46
3.2	Gruppensetting	47
3.2.1	Ausdehnung des therapeutischen Raumes	48
3.2.2	Der Einsatz von Hilf-Ichs und Hilfs-Ich-Funktionen	49
3.2.3	Die Ritualisierung des Ablaufs	51
3.2.4	Fokussierung und Themenfindung	52
3.3	Ausblick	54
	Literatur	55
	Anmerkungen	62
	Verzeichnis der Abbildungen und Fallbeispiele	64

Vorwort & Dank

Wer Neuland betritt sollte nicht ohne Proviant aus dem Haus gehen. Wer weiß schon im vorhinein, welche Abgründe sich auftun und welche Umwege ans Ziel führen. Da ich zu dieser Arbeit innerlich länger unterwegs war, benötigte ich immer wieder Wegzehrung. Ich fand sie bei den folgenden Personen:

Zu Beginn der Reise stand die Ermutigung Barbara von Farkas-Erlacher's, mich mit Hochbetagten und Verwirrten intensiver zu beschäftigen. Im Anschluss durfte ich bei Christian Jorda die Relativität von Standpunkten und Bewertungen für mein eigenes soziales Atom durchleben. Bei Manfred Stelzig stieß ich, neben dem speziell für diese Arbeit sehr wertvollen psychodramatischen Verständnis psychosomatischer Vorgänge, auf das fundierte körpernahe Arbeiten; und Norbert Neuretter ließ mich den therapeutischen Wert der Unzufriedenheit am eigenen Leib nachhaltig erleben. Schließlich lernte ich von Maria Schönherr den ritualisierten Ablauf kennen und für die Arbeit mit alten Menschen schätzen. Euch allen ein großes DANKE-SCHÖN.

Auf der Suche nach Möglichkeiten, das mit Alzheimerdementen erlebte psychodramatisch zu verorten wurde mir auch Hilfe aus der Ferne zuteil. Mein Dank gilt Reinhard Krüger für einen zur Verfügung gestellten Fachartikel, der mich durch ein gutes Stück theoretisch unwegsames Gelände brachte und Ursula Frede für den schriftlichen Austausch und die Ermutigung, das Kapitel (2.4.2) über die transzendenten Rollen noch stärker wert zu schätzen.

Am Ende aber ist man im Neuland angelangt, gehend, nicht mehr wankend, und ist dennoch blind. Es fehlen die Instrumente, das Wahrgenommene auch wirklich zu sehen, das Gesehene auch tatsächlich zu begreifen. Deshalb steht der Dank an Hildegard Pruckner hier zuletzt, denn sie war es, die mein Hinsehen schärfte, mein Begreifen festigte und mein Ausdrücken verfeinerte. Sie begleitete mich — von der Unterstufe an — durch all die Jahre, bis zur Betreuung der hier vorgelegten Arbeit, zu deren Qualität sie mit ihrem überdurchschnittlichen Engagement und beträchtlichem Fachwissen wesentlich beitrug. Vielen herzlichen Dank, Hildegard.

Einleitung

Als ich 1996 mit der Vorbereitung zur Fachausbildung zum Psychodrama-Psychotherapeuten begann, also dem Psychotherapeutischen Propädeutikum, zog mich von Anfang an eine Praktikumsstelle im Sanatorium Maimonides Zentrum (dem jüdischen Altersheim in Wien) an. Als Sohn eines im zerbombten Wien mitten im 2. Weltkrieg geborenen Vaters und eines in Stalingrad verschollenen Großvaters interessierte mich zuerst einmal das Thema Judentum, die andere, die vor mir damals verborgene Seite. Alte Menschen würden mich dabei nicht stören, dachte ich.

Nach den ersten Wochen der Einarbeitung machte ich eine Entdeckung den Ausgangspunkt dieser hier vorliegenden Arbeit darstellend: da gab es alte Menschen denen sich die Betreuer/innen und angehenden PsychotherapeutInnen (also meine KollegInnen im Praktikum) mit vollem Interesse widmeten, die umsorgt und deren Belange eifrig in den Teamsitzungen und Supervisionszirkeln beleuchtet wurden. (Manche Hochbetagte brachten es zu richtigen *Stars* - im soziometrischen Sinn - und scharten bis zu vier BetreuerInnen bzw. TherapeutInnen um sich.)

Und dann gab es jene, um die jeder einen Bogen machte und bei deren Erwähnung ich, je nach Temperament meines Gegenübers, mildes Lächeln, ärgerliche Blicke oder „tröstliche“ Worte wie: „*Na, die werden halt alle wieder wie die Kinder*“ ertete. Gemeint ist die Gruppe der *dementen* Heimbewohner/innen. Gemeint waren „hoffnungslose Fälle“, die einem heillos überforderten Pflegepersonal überantwortet und meist von den Medizinern so gut es ging sediert wurden.

Ich verstand die psychosoziale Praktikumswelt nicht: diejenigen, die ohnehin über ausgeprägte Sozialkompetenz und entsprechend viele Sozialkontakte verfügten wurden hofiert und jenen, bei denen der Handlungsbedarf *mir* so offensichtlich war gemieden. Die Zweifel, ob ich etwas sah was andere Betreuer/innen und TherapeutInnen nicht sahen, wich sehr schnell der Wut über die Ausgrenzung von *altersdementen* Menschen durch die HelferInnen. Ich begann mich mit *Validation* zu beschäftigen, einer von *Naomi Feil* in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelten Methode zum Umgang mit genau jener Zielgruppe: *AlzheimerpatientInnen*.

Ab dem Winter 1998 lernte ich dann Schritt für Schritt die psychodramatischen Techniken kennen und das Welt- und Menschenbild *Morenos* schätzen. Es musste doch möglich sein, diese heilsamen Begegnungen, diesen klärenden Umgang mit Rollen und Szenen in die Interaktion mit *alzheimerdementen* Menschen zu transferieren.

Meine ersten Versuche scheiterten kläglich. Eindrücklich in Erinnerung ist mir die Reaktion von Frau B., die, als sie mich „Lebensschnüre“ auflegen sah kreidebleich wurde und: „*Na mid de dsigeina wüü ii niggs dsum duan hom!*“ („*Nein, mit Zigeunern will ich nichts zu tun haben!*“) ausrief. Ich konnte gerade noch einen Hinauswurf aus ihrem Appartement abwiegeln.

Lange Zeit ruhte dieses „Projekt“. Ich begann mich ab 2001 intensiv mit der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen zu beschäftigen, und arbeite den Großteil meiner psychotherapeutischen Tätigkeit mit diesem Klientel und deren sozialen Atomen.

Zum Abschluss meiner Ausbildung kehre ich hier zu meinen Anfängen zurück und lege eine Skizze zu einer möglichen Modifikation mancher Psychodramatechniken vor. Es ist, das glaube ich jetzt sagen zu können, der Entwurf zu einer Skizze geworden. Oder, wie man in der Bildenden Kunst, meinem Stammbetrieb, sagt: einer Vorskizze. Sie ist an manchen Stellen recht konturiert ausgefallen, an anderen erschöpft sie sich in wenigen Strichen.

Auch den Radiergummi musste ich einige Male einsetzen. So begann ich bei der Vorarbeit an einem Kapitel über „Rahmenbedingungen und -modelle der Therapie mit Alten und Hochbetagten“ das hier nicht auftaucht. Es hätte nicht nur den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, sondern auch den Fokus zu sehr auf lebenslauftheoretische Überlegungen gelegt.

Einige Passagen mussten auch eine Art Übermalung über sich ergehen lassen und wenn ich mir das ganze so anschau, dann sind wohl die Proportionen dieser Arbeit nicht gerade ausgewogen, geschweige denn harmonisch geraten.

Schließlich tauchen einige mit dem hier Abgehandelten eng verwandte Themen gar nicht auf. So die derzeit vor allem unter amerikanischen Wissenschaftlern geführte Diskussion über die höchst widersprüchlichen Krankheitskonzeptionen der *Alzheimerdemenz* und deren sozialpolitische Folgen (vgl. Naue 2007; Whitehouse et al. 2000). Ja selbst das — aus psychodramatischer Sicht hoch interessante — Thema der Angehörigen von *Alzheimerkranken* habe ich hier ausgespart und mich ganz auf die Betroffenen und den psychodramatischen Umgang mit Ihnen zu konzentrieren.

Abhandlungen zu den hier genannten Themen sind in Planung und werden in späteren Buchbeiträgen Berücksichtigung finden.

Die Freigabe der in dieser Arbeit angeführten Fallbeispiele verlangte ein differenziertes Vorgehen. Insofern der Verwirrtheitsgrad ein ungefähres Verständnis zuließ holte ich mir die Erlaubnis zum Abdruck direkt von der/m Betroffenen. Ab einer bestimmten Schwelle der Verwirrtheit bat ich die Angehörigen um Freigabe. Die Angaben sind mehrfach anonymisiert. Sollten Sie als LeserIn dennoch den Eindruck haben, eine der beschriebenen Personen zu erkennen bitte ich Sie um rücksichtsvollen, mehr noch: um verschwiegenen Umgang mit den beschriebenen Details!

1. Wozu Psychodrama-Psychotherapie mit alten Menschen die an Alzheimerdemenz leiden?

Dieses erste Kapitel bereitet den Boden der hier vorliegenden Arbeit auf. Es gibt zunächst einen rein deskriptiven Einblick in die Dimension des Krankheitsgeschehens aus psychopathologisch-psychiatrischer Sicht. Antagonistisch dazu lasse ich diesem ein Kapitel über sozialpsychologische und psychosomatische Sichtweisen folgen. Aus zwei Beweggründen habe ich mich entschlossen diesen theoretischen Spannungsbogen aufzuziehen: erstens gehört die Diagnose *Alzheimer* nicht zum täglichen Krankheitsbild in der psychotherapeutischen Praxis und zweitens liegt mir daran, die später (in Kapitel 3) angeführten Modifikationsvorschläge der Psychodramatechniken nachvollziehbar aufzubereiten.

Allgemein gesprochen hinkt die psychotherapeutische Behandlung der *Alzheimerdemenz* ihrer Erforschung um gut 20 Jahre nach. Während die neuropsychiatrische und neurologische Forschung seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts sich intensiv mit der Materie zu beschäftigen begann (Maurer et al. 1993: 4, 8; Mielke, Kessler 1994) und mittlerweile eine nicht mehr überschaubare Zahl an Fachpublikationen vorliegt, bescheiden sich die psychotherapeutischen Ansätze auf eine Hand voll, meist verhaltenstherapeutisch orientierter Verfahren (Maurer et al. 1993; Plattner & Erhardt 2002) oder psychologischer Ansätze und Trainingssequenzen (Gutzmann 1997; Lehl 1992; Woods 2002). Eine andere Strömung grenzt die *Demenzkrankungen* — bis auf frühe Anfangsstadien — mehr oder weniger explizit von der Behandelbarkeit mit Methoden der Psychotherapie aus (Heuft et al. 2006; Kipp, Jüngling 2000; Solms-Wildenberg 1994).

Auch auf „psychodramatischem Terrain“ sind die Publikationen zum Thema Psychotherapie mit Alten und Hochbetagten äußerst rar gesät. Seit *Hilarion Petzolds* eindrucksvollem Ansatz (Petzold 1979), der sich allerdings nicht zur *Alzheimerdemenz* äußert und auch keinerlei Modifikationen zu diesem Störungsbild erwähnt, ist meines Wissens nur eine nennenswerte größere Arbeit publiziert worden.¹ Aber auch hier findet sich kein Wort über Psychodynamik oder Behandlungsmöglichkeiten von *Alzheimerkranken*.

Einen eigenständigen, integrierenden Ansatz findet man hingegen bei *Tom Kitwood*, der von einem sehr umfassenden, philosophische und transzendente Aspekte mit einbeziehenden, Begriff des *Person-Seins* ausgeht (Kitwood 2000) und teilweise auf den Religionsphilosophen *Martin Buber* zurückgreift. Hier wird eine der Brücken zu schlagen sein für das in dieser Arbeit vertretene Verständnis des psychodramatischen Umgangs mit und der psychodramatischen Behandlung von *alzheimerkranken* Menschen.

Warum nun Psychodrama-Psychotherapie mit Menschen die an der *Alzheimerdemenz* leiden? Implizit handelt der Großteil dieser Arbeit davon. Eine kurze Antwort möchte ich hier dennoch vorweg versuchen: weil meines Erachtens das Psychodrama *Morenos* in umfassender Weise den Mensch mit seinen körperlichen, emotionalen, sozialen und transzendenten Bedürfnissen ernst nimmt, in den Mittelpunkt stellt und dieser radikale Handlungs- und Denkansatz die stärksten Kräfte bei PatientInnen und TherapeutInnen mobilisiert, um dieser, das menschliche Ich und die menschliche Würde schonungslos angreifenden Erkrankung zu begegnen.

1.1 Einführung ins Störungsbild

Definition im engeren Sinn

Bei der *Alzheimerdemenz* (AD) handelt es sich um eine chronisch fortschreitende Hirnleitungsschwäche die zu Beginn und über eine lange Zeitstrecke hinweg vor allem die höheren Hirnfunktionen betrifft. Sie wird zu den degenerativen und damit irreversiblen *Demenzen* gezählt (Oswald 2000: 105). Mit der Krankheit geht ein „*schwerer Verlust geistiger Leistungen*“ (Herschkowitz 2006: 88) einher, der seinerseits einen deutlichen Niederschlag im psychischen Erleben hinterlässt. Anders ausgedrückt lassen sich die Symptome der AD „(...) *als Folgen eines gestörten Zusammenspiels von Kommunikationsvorgängen innerhalb und außerhalb der Nervenzellen auffassen*“ (Kurz 1997: 15).

Auch das ICD-10 versucht diese beiden Seiten widerzuspiegeln, indem die *Demenzen* einerseits unter F00—F09 als „*Psychische und Verhaltensstörungen*“ eingeordnet sind, und zusätzlich die zugrundeliegende Erkrankung „*Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn*“ unter G30.1 als „degenerative Krankheiten des Nervensystems“ angegeben wird (DIMDI 1994: 298, 383).

Im besonderen sind bei den betroffenen Personen Beeinträchtigungen des abstrakten Denkens und des Urteilsvermögens, im weiteren Verlauf der Erkrankung typische Beeinträchtigung höherer *kortikaler* Funktionen wie: *Aphasie*², *Apraxie*³ und *Agnosie*⁴, schließlich teils gravierende Persönlichkeitsveränderungen (Maurer et al. 1993: 6) zu finden. Stärker auf die psychotherapeutische Praxis bezogene Schilderungen gebe ich korrespondierend zu den einzelnen Fallbeispielen und in den Kapiteln 2 und 3.

Erweiterte Definition

Neben dieser ziemlich globalen Definition hat *Kitwood* (2000: 42f) eine Definition vorgeschlagen, die für psychotherapeutische Handlungsansätze fruchtbarer ist. Er bezieht sich auf eine Arbeitsgruppe von Neurowissenschaftlern und Ärzten aus den USA:

Demenz ist das Nachlassen des Gedächtnisses und anderer kognitiver Funktionen im Vergleich zu früheren Funktionsniveaus des Patienten, bestimmt durch eine Anamnese nachlassender Leistung und durch Anomalien, die anhand der klinischen Untersuchung und neuropsychologischen Tests festgestellt werden.

*Die Diagnose Demenz kann nicht gestellt werden, wenn das Bewusstsein beeinträchtigt ist oder wenn andere klinische Anomalien eine adäquate Beurteilung des Geisteszustandes verhindern. **Demenz ist eine auf Verhalten beruhende Diagnose** und kann nicht durch einen Gehirn-Scan, ein EEG oder andere Laborinstrumente bestimmt werden, obwohl sich durch diese Mittel spezielle Ursachen der Demenz identifizieren lassen.*

(McKhann et al. 1984; zit. nach Kitwood 2000: 42; Hervorhebung vom Autor)

PsychodramatikerInnen sind — unter Anwendung der Rollentheorie — darin geschult, beim wahrnehmbaren Verhalten von Personen anzusetzen und über konkret geäußerte Rollen Zugänge zu Menschen zu erschließen (vgl. O. Kruse 1997: 58-60).

1.1.1 Formen der Demenzen aus der klassischen medizinpathologischen Perspektive

Im Rahmen dieser Arbeit beschränke ich mich ausschließlich auf die (*senile*) *Demenz vom Alzheimer-Typ* (S-DAT), auch als *Alzheimerdemenz* (AD) oder *Morbus Alzheimer* bezeichnet. Dies hat zwei Hintergründe. Der eine ist rein epidemiologischer Natur: die (S-)DAT ist die mit Abstand häufigste *Demenzform* (siehe Abb. 1), manche AutorInnen sprechen gar von der AD als dem „*Paradigma einer altersabhängigen Erkrankung*“ und geben ihre Häufigkeit mit bis zu 60% an (Mielke, Kessler 1994: 11). Demgemäß häufig treffe ich Menschen, die an dieser Form der *Demenz* leiden, in meiner Arbeit an.

Der zweite Grund liegt in der Psychodynamik der AD begründet. Im Gegensatz zu anderen Demenzformen — bes. der *Multiinfarktdemenz* (MID) und *Demenzen vom vaskulären Typ* (DVT) — verläuft die Krankheit, abgesehen von starken Tagesschwankungen, nicht extrem sprunghaft und ist psychotherapeutischen Interventionen gut zugänglich.

Im klinischen Bereich wurde die AD erstmals vom deutschen Psychiater *Aloys Alzheimer* bei einer damals 51-jährigen Patientin entdeckt. Er stellte ihren Fall im November 1906 vor 88 Teilnehmern und Gästen auf der 37. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Tübingen vor. Die Fachwelt antwortete mit Schweigen. Einem Schweigen das rund 70 Jahre andauerte (vgl. Maurer et al. 1993: 100ff; Rath 2001b: 10ff), obwohl *Alzheimer* eine zum damaligen Zeitpunkt fortschrittliche Gehirnautopsie vornahm und penibel alle gehirnorganischen Veränderung in einem Sektionsbuch darlegen konnte. Selbst die Protektion seines Vorgesetzten, des zu seiner Zeit überaus einflussreichen Psychiaters *Emil Kraepelin*, der 1910 vorschlug diese Krankheit nach *Alzheimer* zu benennen, verhallte ungehört (vgl. Jürgs 1999).

Diese Szene, *Alzheimer* steht vor den Fachkollegen mit einer folgenschweren Entdeckung, und wird nicht einmal ignoriert, gibt meines Erachtens ein beredtes Zeugnis über den Umgang mit einer Krankheit, die in uns die tiefsten Ängste hervorbrechen lässt und die nichts weniger bedroht als das menschliche Ich (Fuhrmann et al. 1995). Ein Phänomen das mir in meiner praktischen Arbeit täglich begegnet ist und das auch in dieser Arbeit einer unserer Begleiter sein wird. Dass es sich bei der *Alzheimerdemenz* um eine nicht vernachlässigbare Randgröße handelt, soll Abb. 1 verdeutlichen:

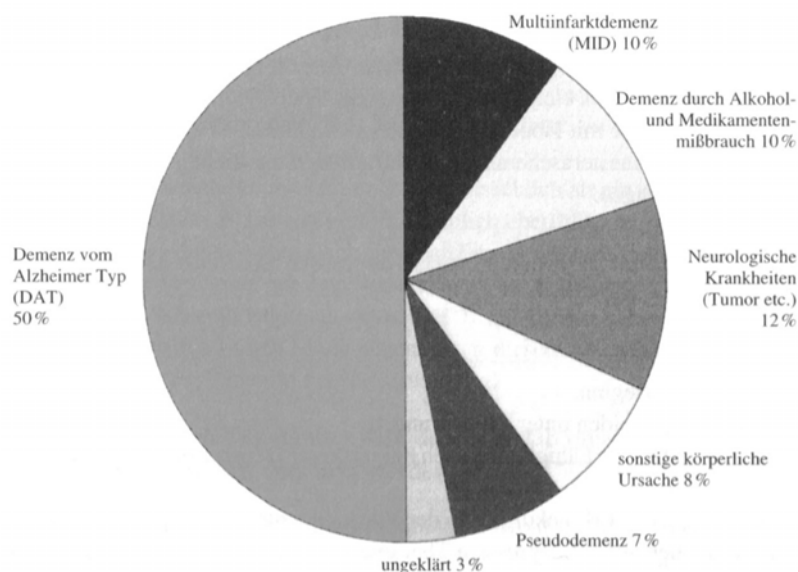


Abb. 1

Formen der Demenz (nach Ursachen) und ihre relative Häufigkeit (nach Adams & Victor 1985)

1.1.2 Abgrenzung zu anderen Störungsbildern

Früherkennung

Der Früherkennung einer *Alzheimerdemenz* und ihrer differentialdiagnostischen Abgrenzung hin zur *Depression* kommt in mehrfacher Hinsicht besondere Bedeutung zu. Zum einen entscheidet eine zuverlässige Diagnose über den weiteren Verlauf der Krankheit, weil sie eine Weichenstellung für die weitere Lebensplanung setzt und die eventuelle Einbeziehung der Angehörigen nahelegt, zum anderen sollten, gerade bei einer vorliegenden *Depression*, Chronifizierungen durch zügigen Behandlungsbeginn vermieden werden (Stoppe 1997: 17).

Umso bedauerlicher, dass gerade hier besondere Schwierigkeiten lauern: es ist zunächst der schleichende Beginn der Erkrankung (Maurer et al. 1993: 10) der in der Differentialdiagnostik die Abgrenzung zu *depressiven* Störungen erheblich erschwert. Hier gibt es in den Jahren vor der Diagnosestellung einen Überschneidungsbereich von 50% zwischen *Depression* und *Demenz* vor allem wegen der ausgeprägten Konzentrationsstörungen (Bauer 1994: 12; Stuhlmann 2004: 37). Wir kennen beispielsweise das Phänomen bei mittel- bis schwergradig depressiven Klienten: die Konzentrationsleistung nimmt ab, auf der anderen Seite steigt der Interessesverlust und die innere Unruhe (Schramm 1996).

Weitere Symptome, die überaus ähnlich zur *Demenz* sind, und häufig bei einer *Depression* auftreten sind: Denkhemmungen bei denen sich das Denken verlangsamt, sich auf wenige Inhalte einschränkt (Brosch 1995: 46) und verarmt. In letzter Folge zählen auch Wahnvorstellungen zu den gemeinsamen Symptomen (Gutzmann, Zank 2005: 31, 115; Hautzinger 2000: 6; Herschkowitz 2006: 88; Reischies 2006: 685).

Pseudodemenz (depressives Syndrom)

Durch die erwähnte große Nähe zur *Depression* und dem Umstand, dass depressive Symptome bei der Hälfte aller Menschen auftreten die an einer *Demenz vom Alzheimer-Typ* (DAT) leiden, stellt sich die Frage nach der Genauigkeit der Diagnose. Diese Frage ist keineswegs akademisch. Handelt es sich bei der Grunderkrankung um eine *Depression* muss ich therapeutisch anders intervenieren als bei einer DAT (siehe Kap. 3).

Da die klinische Diagnose der DAT weitgehend eine Ausschlussdiagnose ist (Stoppe 1997: 20), hängt die Zuverlässigkeit der Diagnose DAT zu einem nicht unerheblichen Teil vom Fingerspitzengefühl der jeweiligen TesterInnen ab (vgl. Krämer 1989: 55; Kühl 1992; Maurer et al. 1993:14; Mielke, Kessler 1994: 11). Der ausgewiesene Spezialist für Früherkennung und Behandlung von *Demenzen*, Wolf D. Oswald bemerkt dazu: „*Bedauerlicherweise gehört das hierzu erforderliche Wissen jedoch weder im ärztlichen Bereich noch im Pflegebereich zum Wissensstandard.*“ (Oswald 2000: 106).

Das „Verhaltensmosaik“

Wie begegne ich nun dieser Unsicherheit der Diagnose wenn mir Menschen vorgestellt werden „*die sicher die Alzheimerkrankheit haben*“? Ich begeben mich auf die *soziale Bühne* und sammle mit Schwestern, Pflegern, Reinigungs- und Hilfskräften ein Mosaik an Eindrücken von der betreffenden Person in allen möglichen (und oft auch unmöglichen) Lebenslagen und auch zu allen möglichen Tages- und Nachtzeiten. Durch das Wortwörtlich-Nehmen des obigen Zitats, wonach die *Demenz* „*eine auf Verhalten beruhende Diagnose*“ ist, erschließen sich bei dieser Vorgangsweise die spezifische Ausformung der Erkrankung und die relevanten Themen, auf

die es dann bei der später einsetzenden Behandlung ankommt.

Diese Informationen der *sozialen Bühne* (vgl. Pruckner 2001) erleichtern ganz wesentlich den oft sehr gewundenen Weg zur Begegnung mit dem Betroffenen. Gleichzeitig eröffnet sich mit dem Blick auf die *soziale Bühne* ein Feld für sehr effektive Interventionen auf eben dieser Bühne. Besonders deutlich wird dieses Vorgehen im Fallbeispiel 7, wo diese Intervention die entscheidende Veränderung in der Lebens- und Sterbensdynamik einer Betroffenen in Gang setzte.

1.2 Die Psychosomatische Perspektive

Neueste Forschungen legen uns zusehends ein anderes Bild als das oben referierte nahe. Ihre Ergebnisse zeigen: die *Demenz vom Alzheimer-Typ* (DAT) ist kein rein organisches Geschehen. So ordnet der bekannte deutsche Gerontologe und Psychoanalytiker *Hartmut Radebold* (1996) vor dem Hintergrund eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells die DAT in den Formenkreis der psychosomatischen Erkrankungen ein. Nach neuesten Forschungen können psychosoziale Belastungsfaktoren nämlich auch morphologische Veränderungen des *Cortex* bewirken. *Radebold* zitiert hierzu eine vorsichtige erste These aus einer Arbeit von *Bauer und Berger*:

Es erscheint denkbar, dass eine Entwicklung, die der gelernten Hilflosigkeit⁵ nicht unähnlich ist, zu einer dysfunktionalen Bedienung neuronaler Netze führte und einen Rückzug neuronaler Plastizität zur Folge hat. Dies könnte den Rückgang der mit der Demenzentwicklung eng korrelierten kortikalen Synapsendichte zur Folge haben.

(Bauer & Berger 1993; zit. in Radebold 1996: 1179)

Der hier zitierte Psychosomatiker *Joachim Bauer* steht in der Tradition *Thure von Uexküll*. Unter Zuhilfenahme von dessen *biosemiotischen* Modell untersucht er die psychobiologischen Zusammenhänge zwischen biografischer Entwicklung und Beziehungsgestaltung von AD-Patienten mit deren neuronaler Aktivität und der Schädigung ihrer synaptischen Strukturen (Bauer 1994, 2003, 2007; Bauer et al. 1998). So sehr *Bauer* einer monokausalen Erklärung der AD eine klare Absage erteilt, findet er im „*Verlust von kortikalen Synapsen*“, also von Nervenzellverbindungen, einen „*mit dem Grad der Demenz aufs engste korrelierten Befund* (...)“ (Bauer 2003: 2; vgl. auch Gutzmann, Zank 2005: 92; Maurer et al. 1993: 60ff). Denn im Gegensatz zu den von *Aloys Alzheimer* gefundenen *Amyloidplaques*, die sowohl bei symptomfreien alten Menschen und bei gesunden Menschen — bereits ab dem 24. Lebensjahr — auftreten können (vgl. Snowdon 2001: 131), ist der Rückgang der *kortikalen Synapsendichte* bei AD-Patienten signifikant über dem Normalmaß liegend (Bauer 1994: 57). Insofern ist die Pathologie der Synapsen „*der beste Marker der Alzheimer-Krankheit*.“ (Bauer 2007: 3).

Manfred Stelzig spricht in diesem Zusammenhang vom „*erlernten Vertrauensmangel*“ der am Ausgangspunkt psychosomatischer Symptome steht, geboren aus der „*Unmöglichkeit, die Intensität des Erlebten mitzuteilen* (...)“ (Stelzig 2004c: 384). Damit sind gleichermaßen *Spontaneität* und *Kreativität* blockiert, Konfliktvermeidungs- und Unterordnungsverhalten (vgl. Abb. 2) verfestigen sich zu Persönlichkeitseigenschaften im Sinne von rigiden Rollenkonserven.

Durch diese aktuellen Befunde sehen wir einen der Grundsätze der Rollentheorie *Morenos* bestätigt, der zufolge biologisch-körperliche Basis und Sozialstruktur stets in einem komplementären Verhältnis zueinander stehen (vgl. Petzold 1982a: 137). Rollen sind für ihn beo-

bachtbare Einheiten des Verhaltens die das „Selbst“ in der *Inter-Aktion* mit anderen Individuen annimmt. Insofern wird bei *Moreno* das menschliche Selbst als sich in lebenslangen komplexen Sozialisationsprozessen konstituierend gedacht (Hochreiter 2004; Mathias 1982a; Petzold 1979). Es scheint tatsächlich ein recht enger Wirkzusammenhang zwischen dem Vernetztheitsgrad neuronaler Strukturen und kreativen Handlungen im sozialen Raum (auf der sozialen Bühne) zu bestehen.

Die Anforderungen die das Leben mit seinen mannigfachen Ereignissen an uns stellt fordern von uns, unterschiedliche Rollen zu übernehmen. In unserem Lebenslauf finden wir uns immer wieder Szenen ausgesetzt, wo wir mit den bisher erprobten Rollen unseres Rollenrepertoires nichts ausrichten und vor eine zweifache Aufgabe gestellt sind. Entweder können wir früher gespielte Rollen aus unserem Rolleninventar wieder aktivieren oder müssen tatsächlich neue Rollen entwickeln. Wenn nun bestimmte Rollen — wie aus Abb. 2 ersichtlich — über die Lebensspanne nicht ausreichend oder gar nicht entwickelt werden, hat das nachhaltige Auswirkungen auf das „Selbst“ der betroffenen Person. Als Beispiel sei hier das prämorbid Muster der „Konfliktvermeidung“ näher ausgeführt (vgl. Abb. 2)⁶.

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

Abb. 2
„Typische biografische Muster“ von Dementen (aus Bauer et al. 1998: 271)

Um Konflikte auf konstruktive Art einzugehen, bedarf es einer bestimmten Erwärmung, die mit der Integration aggressiver Anteile zusammenhängt. Diese Erwärmung bringt die notwendige Spontanitätsslage die es einem Menschen erlaubt einen Konflikt einzugehen. Werden Konflikte dauerhaft vermieden, so werden auf der *sozialen Bühne* bestimmte Rollenanteile nicht ausreichend aktiviert und auf der inneren Bühne (intrapsychisch) Affekte nicht ausreichend differenziert. Wie *Reinhard Krüger* erst vor kurzem ausgeführt hat muss jeder Mensch „(...), wenn er in eine konflikthafte Krise oder in eine ihn äußerlich oder innerlich chaotisierende Situation gerät, alte Überzeugungen, Haltungen und Konfliktlösungswege infrage stellen und umwandeln.“ (Krüger 2007: 31). Um den hier beschriebenen Schritt tatsächlich zu vollziehen bedarf es eines bestimmten Maßes an Rollenflexibilität. Diese scheint bei späteren *AlzheimerpatientInnen* aufgrund der weiter oben beschriebenen „erlernten Hilflosigkeit“ nicht ausreichend gegeben zu sein.

Manfred Stelzig bezeichnet diese Vorgänge als *Induktionsinkompetenz* die er als Folge von Erlebnissen der *Inter-Aktion* zwischen Mutter und Säugling sieht. Aus dem Gefühl der Frustration die der Säugling und später das Kleinkind erfährt, wenn die Mutter seine *Rolleninduktionsversuche* als Regisseur nicht adäquat beantwortet, entstehen Eindrücke der Wertlosigkeit und Unwirksamkeit (Stelzig 2004b: 149). Es ist sehr gut vorstellbar, dass jene Eindrücke aus jungen Jahren die Herausformung dieser prämorbidem Persönlichkeitszüge (Konfliktvermeidung/Unterordnungsverhalten) wesentlich begünstigt, zumal hier ein *primärer Rollenmangel* vorliegt, der dann sehr leicht in die *Rollenunsicherheit* mündet, nicht „ (...) *ausreichend Einfluss auf die Umwelt zu haben* (...)“ und auch die zwischenmenschlichen Begegnungen nicht in ausreichendem Maß mitgestalten zu können (ders. 156), womit die von *Bauer* konstatierte „*Inferiorität in der Hauptpartnerschaft*“ erklärbar wäre (vgl. Abb. 2).

Die betroffene Person zieht sich innerlich zurück und vernachlässigt damit bestimmte soziale Rollen Aspekte. Wird dieses Verhalten jahrzehntelang beibehalten, findet dies seinen Niederschlag in den neuronalen Strukturen der betreffenden Person. Diesen Vorgang hat die moderne Hirnforschung im Phänomen der *neuronalen Plastizität* nachgewiesen. Eine Formbarkeit die ein Leben lang besteht, allerdings an das sog. „*use it or loose it*“-Prinzip gebunden ist. Damit wird die wechselseitige Bedingtheit von sozialen Aktivitäten und neuronaler Struktur ausgedrückt. Geistige (und körperliche) Aktivität führt zur *Genexpression* und damit zur Bildung neuer Schaltkreise im *Neocortex*. Fehlende Aktivität (wie z. B. durch die oben beschriebenen Phänomene *Rollenunsicherheit* und *Rollenmangel*) führt zur Auflösung synaptischer Strukturen. Damit wird dieses Hauptcharakteristikum der AD psychosomatisch erklärbar und psychodramatisch behandelbar (Bauer 2007: 4; Gutzmann 1997: 55; Herschkowitz 2006: 28, 30).

In diesem Verständnis sind Konflikte geradezu identitätsfördernd. Wie aufwändig dieses Unterfangen ist wird aus folgender Beschreibung gut ersichtlich. *Friedrich Krotz* beschreibt die Arbeit zur Identitätsbildung als:

Herstellung einer individuenspezifischen Balance zwischen angetragenen Rollenerwartungen und der Notwendigkeit, sich selbst in jeder Situation adäquat kenntlich zu machen, mit eigenen Zielen, Bedürfnissen, Interpretationen und Interessen, und dabei gleichwohl in Beziehung zu bleiben.

(Krotz 1992: 318; zit. in Schacht 2003: 37)

Diese interpersonelle Balance scheint späteren *Alzheimerkranken* sehr mangelhaft zu gelingen.

1.2.1 Stress

Im menschlichen Leben sind Stressoren allgegenwärtig. Sind wir mit einem Stressor konfrontiert, entsteht ein Spannungszustand mit dem es umzugehen gilt. Ob nun ein einzelnes stressreiches Erlebnis pathologisch auf uns wirkt hängt vorrangig von der Art unserer Spannungsverarbeitung ab (Antonovsky 1997). Aus der Stressforschung ist bekannt, dass einzelne stressreiche Lebensereignisse nicht als Krankheitsursachen aufgefasst werden können (vgl. auch Kap. 1.3). Aus dem „typischen biografischen Muster“ von *Alzheimer-Patienten* (siehe Abb. 2) geht jedoch ein Konfliktvermeidungsverhalten als „Persönlichkeitseigenschaft“ hervor. Aus verlässlichen Studien wissen wir, dass solcherart über Jahrzehnte unterdrückter Ärger sehr wohl gesundheitsschädliche Folgen hat (Schwarzer 1981: 46). Wenig überraschend ist bei *Alzheimerbetroffenen* die Adaptionleistung in Stresssituationen, der Stressbewältigungsprozess, deutlich vermindert (Maurer et al. 1993: 72).

Es entsteht in Folge der von *Hans Selye* so genannte Distress, der sich auf das *serotonerge* und *noradrenerge* System niederschlägt. Wird er zum Dauerdistress, findet er bei den Betroffenen seinen Ausdruck in Konzentrations- & Aufmerksamkeitsstörungen und auch in Antriebsarmut (Stelzig 2004a: 41f); beides Symptome der AD. In Folge chronifiziert sich ein Serotoninmangel-Syndrom welches in Angst, Gereiztheit und Depression münden kann. Zeittexten-dierte finden diese psychologischen Phänomene dann einen Niederschlag in biologische Strukturen. *Bauer* argumentiert das folgendermaßen:

Angst, Überforderung und Stress führen im Gehirn zur Abschaltung von Nervenzellwachstumsgenen und stattdessen zur Aktivierung einer Reihe von Stressgenen, deren Produkte Nervenzellen schädigen und sogar zerstören können. (...) Im Dauerstress befindliche Lebewesen, egal ob Tier oder Mensch, zeigen eine messbare Verminderung der Hirnsubstanz, (...) in einer für das Gedächtnis entscheidenden Region, (...) im Hippocampus.

(Bauer 2003: 4f)

Der *Hippocampus* ist als Teil des *limbischen Systems* jene Region die als erstes von der AD angegriffen wird und die Volumenminderung im *Hippocampus* ist besonders ausgeprägt (vgl. auch die Übersicht bei Rath 2001b: 14f). In einer umfangreichen Studie (Bauer et al. 1998) konnte ein typisches biografische Muster bei AD-PatientInnen identifiziert werden (siehe Abb. 2), das bis in die Kindheitstage der Betroffenen zurückreicht. 66% der in der Studie untersuchten *Alzheimerdementen* wiesen ein Kindheitstrauma auf. Die mit Traumata „(...) einhergehenden Stressreaktionen verhindern den Aufbau komplexer, das Denken, Fühlen und Handeln leitender Erregungsmuster im kindlichen Gehirn.“ (Hüther 2006: 58f; in Krüger 2007: 32). Aus der Traumaforschung wissen wir um das verringerte *Hippocampusvolumen* bei Menschen mit einer PTBS (van der Kolk et al. 1999: 72). Verminderte *Hippocampusfunktionen* finden ihren Niederschlag in „*Verhaltensenthemmung und Hyperaktivität auf Umgebungsstimuli*“ (van der Kolk 2000a: 213). Beide Symptome sind bei AD-PatientInnen überaus häufig anzutreffen. Auch das bei Dauerdistress vorgängige Umschalten auf das *Coritisol*system, mit der damit einhergehenden erhöhten *Cortisolkonzentration* fördert die Schrumpfung des *Hippocampus* (ders.: 215).

Antonovsky berechnete Studienergebnisse neu und seine Ergebnisse legen folgende Sicht nahe: ein hohes Ausmaß an Stress kann bei gleichzeitiger hoher sozialer Unterstützung, also einem starken sozialen Atom gesundheitsfördernd sein (Antonovsky 1997: 26).

1.2.2 Umkehrung der kindlichen Intelligenzentwicklung

Die bei *dementen* Menschen erlebbaren Ähnlichkeiten zu kindlichen Denk- und Verhaltensweisen beschäftigen die Gerontologie bereits seit längerer Zeit. Den ersten Versuch zur Systematisierung unternahm das Team um *Barry Reisberg* in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts (Rath 2001b). Sie legten das entwicklungspsychologische Modell von *Jean Piaget* zugrunde und fanden bei „*dementen Patienten (...) ein spiegelbildliches Verhältnis zum Funktionserwerb bei der kindlichen Entwicklung (...)*“ (Rath 2001b: 22).

Joachim Bauer zitiert eine Studie einer amerikanischen Arbeitsgruppe um *Matteson & Lichtenstein* (1996). Dabei wurde an über 50 *alzheimererkrankten* Personen unter Zuhilfenahme des Mini-Mental-State-Tests zunächst der Schweregrad der *Demenz* ermittelt. In einem zweiten Schritt wurden die PatientInnen mit Testinventaren untersucht, die das Entwicklungsstadium nach *Piaget* feststellen lassen (Bauer 2007: 5). Die Ergebnisse bestätigten die Hypothe-

sen von *Reisbergs* Team und sind in Abb. 3 von mir zusammengefasst.

Damit verfügen wir als PsychodramatikerInnen über eine präzise Matrix um unsere Interventionen mit *Alzheimerkranken* dem Störungsgrad zuzupassen und die jeweils geeignete Rollenebene für unsere Interventionen zu wählen.

(Wie die störungsspezifisch adaptierten Techniken im Detail aussehen siehe Kapitel 3).

	Entwicklungsstufe (nach Piaget)	Mini-Mental-State-Wert	Entsprechung in Lebensalter
Beginnende Demenz	Verlust der Fähigkeit für hypothetische Strategien und abstrakte gedankliche Operationen	≥ 23	7. - 12. Lebensjahr
Mittleres Stadium	Präoperationale Phase	≥ 14	2. - 7. Lebensjahr
Spätstadium	Sensumotorische Intelligenz	≥ 2	Die ersten beiden Lebensjahre

Abb. 3
Umkehrung der kindlichen Intelligenzentwicklung.
Zusammenfassung der Ergebnisse von Matteson et al. (1996; Grafik vom Verfasser)

1.3 Salutogenese und die Ich-Entwicklung über die Lebensspanne

Wie im Kapitel 1.2 bereits erwähnt entwickelt sich das menschliche Selbst über die Lebensspanne. Für die weitere Vertiefung der Frage nach der Ich-Entwicklung beziehe ich hier das Konzept des *Kohärenzgefühls* (*Sense of Coherence - SOC*) des Soziologen *Aaron Antonovsky* mit ein. *Antonovsky* empfing seinen ersten Impuls zur Entwicklung seines Modells der *Salutogenese* bekanntlich aus einer Datenanalyse über den — angesichts des Grauens der Schoah — erstaunlich hohen Prozentsatz an psychischer Gesundheit bei Holocaustüberlebenden. Ausgehend von der Frage was uns hilft, Spannungszustände (wie im Kapitel über Stress geschildert) angemessen zu verarbeiten, definierte *Antonovsky* zunächst die generalisierten Widerstandsressourcen (GRRs). Das allen Widerstandsressourcen gemeinsame nennt *Antonovsky* *Kohärenzgefühl* (SOC). Ich konzentriere mich hier auf jene drei zentralen Komponenten des SOC die *Antonovsky* beschreibt.

1. Verstehbarkeit als „das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen (...)“ (*Antonovsky* 1997: 34). Mit dem Aspekt der *Verstehbarkeit* ist auch die Vorhersagbarkeit von Ereignissen gemeint. Bei stark entwickelter *Verstehbarkeit* können nach *Antonovsky* überraschend auftauchende Lebensszenen eingeordnet und erklärt werden.

2. Handhabbarkeit als „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, (...)“. Wobei Antonovsky hierzu auch jene Ressourcen zählt die „(...) von legitimierten anderen kontrolliert werden (...)“ (ders. 35), psychodramatisch gesprochen handelt es sich um Ressourcen die durch Personen aus dem sozialen Atom repräsentiert werden.

Im **3. Element der Bedeutsamkeit** betont Antonovsky „das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man seine Energie in sie investiert, (...)“ (ders. 35f). Hier ist auch die Motivation angesprochen, sich stellende Lebensprobleme mehr als „willkommene Herausforderungen“ (ders. 36) zu sehen denn als möglichst zu vermeidende Belastungen.⁷

Diese drei Komponenten ergeben das *Kohärenzgefühl*. Es ist ein starkes Gefühl des Vertrauens das unser Leben durchzieht, stabil und dennoch dynamisch. Es ist wohl der integrale Bestandteil unserer Identität. In der Psychodrama-Psychotherapie nutze ich diese Komponenten vor allem auf der Begegnungsbühne zur Fokussierung der noch nicht integrierten Szenen. Einen entscheidenden Bezug liefert Augusto Blasi den Michael Schacht in seinem Werk „Spontaneität und Begegnung“ zitiert. Blasi macht als die zentralen Merkmale der Identität folgende aus:

Das Bewusstsein von sich selbst als einer kohärenten Einheit, das ein Empfinden von Loyalität und Treue zu sich selbst, ein tiefes Gefühl der Verwurzelung, des Wohlbefindens und der Selbstachtung vermittelt. Die Wahrung und kontinuierliche (Re-)Konstruktion dieser Identität wird zum überdauernden Ziel des Handelns.

(Zit. in: Schacht 2003: 37)

Exemplarisch zeige ich im 3. Kapitel wie diese Erkenntnisse nutzbringend in die psychodramatische Arbeit mit AD-PatientInnen integriert werden können. Wobei die Komponenten des SOC von Antonovsky unterschiedlich gewichtet sind. Der Primat liegt für ihn auf dem 3. Element, der Bedeutsamkeit. Er argumentiert dies mit der motivationalen Komponente der Bedeutsamkeit:

Selbst wenn man hohe Werte sowohl in Verstehbarkeit als auch in Handhabbarkeit aufweist, die Spielregeln also kennt und glaubt, dass man Ressourcen zur Verfügung hat, um erfolgreich zu spielen, wird man ohne ein tatsächliches Interesse (...) bald mit seinem Verständnis in Verzug geraten und die Verfügungsgewalt über seine eigenen Ressourcen verlieren.

(Antonovsky 1997: 38)

Das besondere an seinem Konzept ist nun die Ergänzung des pathogenetischen Modells, welches uns suggeriert Stressoren seien ausschließlich Zerstörer und Krankheiten gehörten prinzipiell bekämpft. Antonovsky hält hingegen Ausschau nach „effektiver Adaptation des Organismus“ (Antonovsky 1997: 27) und führt mit der *Salutogenese* ein multidimensionales Gesundheit-Krankheits-Kontinuum ein⁸. Sein Fokus ist auf jene Faktoren gerichtet, die einer Person helfen ihre Position auf dem Kontinuum zu halten oder in Richtung des gesunden Pols hin zu bewegen. Um diese Bewegung beurteilen zu können bedarf es eines Blicks auf den ganzen Menschen, weit über die Dimension seiner Symptome hinaus.

Das Psychodrama Morenos ist ein solcher, humanistisch ausgerichteter, ganzheitlicher Ansatz. Moreno verstand Zeit seines Lebens unter „pathologisch“ nichts Absolutes. Von ihm ist der Satz überliefert: „vom Standpunkt des Universums gibt es keine Pathologie“. Er wandte sein Interesse den Gefährdungen von Menschen in Gemeinschaften zu. (vgl. Pruckner 2004b; Stelzig 2004b; Zeintliger-Hochreiter 1996). Es wird im Detail zu zeigen sein, wie psychodrama-

tisches Selbstkonzept, die eigenständige Rollentheorie, die durchgängige Ressourcenorientierung und die psychodramatischen Behandlungstechniken hier effektive Beiträge leisten können. So wird das *Selbst* bei *Moreno* als ein, die unterschiedlichsten Ebenen von Rollen (über-/untergeordnete, dominante/inferiore) integrierendes Rollensystem verstanden (Hochreiter 2004: 140). Es wird nicht als fixe oder absolute Größe konzeptualisiert, sondern als mit dem Zueginn oder den Verlust von Rollen veränderlich gedacht (Petzold 1979: 317). Aktuelle Forschungsergebnisse über die Gesundheit im Alter bestätigen einmal mehr die Grundannahme *Morenos* von der anzustrebenden Rollenvielfalt. So bezieht sich der Entwicklungspsychologe *Ulman Lindenberger* auf Studien von *Coleman & Antonucci* (1982), diese „ (...) weisen darauf hin, dass eine diversifizierte und plurale Struktur bevorzugter „Selbst-Konzeptionen“ - etwa als Berufstätige, Partnerin, Mutter und Hobbymusikerin - die Anpassung an veränderte Entwicklungsbedingungen erleichtert und zum Beispiel positiv mit geistiger Gesundheit korreliert.“ (Lindenberger 2002: 387)

Die hier angedeutete Rollenvielfalt lässt sich durch psychodramatisches Spiel bei AD-PatientInnen erhalten und damit das durch diese Erkrankung so gefährdete *Selbst* wieder am Kontinuum von Krankheit/Gesundheit halten bzw. in Richtung des Gesundheitspols verschieben. Hier liegt eine der nachhaltigen Wirkkräfte des Psychodramas bei der Diagnose *Alzheimerdemenz* (vgl. Kap. 2.3).

2. Erweiterungen und Differenzierungen des Menschenbildes im Hohen Alter aus psychodramatischer Sicht

2.1 Der Körper als letzter Verbündeter?

Es ist eine zu wenig gewürdigte Leistung von Moreno, die somatischen Rollen formuliert zu haben; er hat damit — sozialpsychologisch fassbar — die Sozialität des Körpers und seiner Funktionen als Teil der Person hervorgehoben.

(Hochreiter 2004: 133)

Auf dem Gebiet der somatischen Rollen finden wir bei hochbetagten Personen einige Besonderheiten die hier in aller Kürze beleuchtet werden sollen. Zunächst einmal fällt die erhöhte Variabilität ins Auge. Der körperliche Gesundheitszustand einer Gruppe von 70- 80-jährigen Personen ist viel heterogener als bei jüngeren Menschen zwischen z. B. 20 oder 30 Jahren, wo die körperlichen Kräfte ihre Blütezeit erleben. Diese größere Variabilität bezieht sich auf alle Bereiche des Körpers, also Mobilität, geistige Fähigkeiten, als auch spezielle Organssysteme (Herz, Nieren, Verdauungstrakt, Kreislaufsystem etc.). Bei alten Menschen wird nun speziell der körperliche Alterungsprozess zu einer Art „Organisator“ der Entwicklung in dieser Lebensspanne. Zeit wird jetzt vorwiegend über die somatischen Rollen definiert. Der alte Mensch malt sich aus, was er zu einer bestimmten Zeit alles noch tun können wird und - als Antagonismus dazu - was er alles nicht mehr können wird (Heuft et al. 2006: 22f, 63). Psychodramatisch ausgedrückt existieren wir im Alter teilweise wieder vorwiegend psychosomatisch (Schacht 2003: 42). Bei Menschen die an einer AD leiden werden diese Vorgänge oft symbolisch verschlüsselt bzw. wird eine Adaption durch die Zuhilfenahme des Körpers selbst versucht (vgl. die beiden Folgekapitel).

Fallbeispiel 1

Die alzheimerdemente Frau T. ist seit über einem Jahr bettlägerig. Verschiedenste Atrophien bringen es mit sich, dass sie nur noch den Hals drehen und die beiden Hände bewegen kann. Auf diese Weise hat sich ihr Gesichtsfeld massiv einzuschränken begonnen. Wenn kein Besuch zugegen ist starrt sie gegen eine weiße Wand. Die Gleichförmigkeit ihrer Tage ist kaum zu überbieten. Die Pflegepersonen die mit ihr in Kontakt treten berichten, dass Frau T. zu Beginn jeder verbalen und auch nonverbalen Interaktion (z. B. bei Pflegehandlungen) ihr Alter anzugeben pflegt. Ihre Affekte signalisieren Dringlichkeit. Zu Beginn der Bettlägerigkeit gibt sie ihr Alter korrekt mit „91 Jahren“ an, nach einem Monat ist sie „120“, nach 2 Monaten „150“, nach drei Monaten subjektiv bereits „300“ Jahre alt. Kurz vor ihrem Tod berichtete ein junger Pfleger sie habe sich ihm als „Tausendjährige“ vorgestellt.

In diesem Zusammenhang rückt die Frage in den Vordergrund wie der betreffende alte Mensch bisher mit seinem Körper umging. Relevant sind sowohl Ernährungsgewohnheiten, die Regulation des Körpergewichts, der Umgang mit biologischen Rhythmen, mit Substanzge- und -missbrauch, wie auch die Organisation von Aktivitäts- und Ruhephasen (Radebold 2000).

Damit die aus psychodramatischer Sicht angestrebte Rollensicherheit, Klarheit und Kommunikationsfähigkeit voll entwickelt werden können, muss auf der Ebene der somatischen Rollen bereits in frühester Kindheit „(...) eine ausreichende Versorgung gegeben sein (...), um sich in diesen Rollen und in der „Haut“, in seinem Körper wohl zu fühlen, zu spüren und später zu reflektieren.“ (Stelzig 2004b: 156).

Wie wir aus den Studien zur Psychosomatik der AD von *Joachim Bauer* und Team gesehen haben (vgl. Abb. 2) ist bei später an *Alzheimerdemenz* erkrankten Personen sehr häufig ein Kindheitstrauma im Spiel, sodass das Erleben dieser grundlegende Wohligkeit — sich im Körper zu spüren — bereits von Anfang an brüchig ist. „*Diese Kinder sind dann in vielen emotional bedeutsamen Kontexten nicht fähig, sinnvolle Erfahrungseinheiten — also Szenen — zu konstruieren.*“ (Pruckner 2002: 160). Ihre Mimik ist oft eingefroren und verzerrt, die körperlichen Bewegungsabläufe seltsam stereotyp. Es entsteht eine „(...) *erstarrete, quasi eingefrorene Körperhaltung* (...)“ (dies. 170). Körperhaltungen die auch bei *Alzheimerkranken* (im Anfangsstadium) sehr häufig zu beobachten sind. Zudem verlieren Betroffene ab dem mittleren Stadium die Fähigkeit, einzelne Körperteile, und später ganze Körperregionen, als zu ihrem Ich zugehörig zu verstehen (Rath 2001b; Sramek 2003). Das Körperbild wird desintegriert, die Betroffenen empfinden es subjektiv so, als würde sich die eigene Haut allmählich auflösen.

Einen besonders nachhaltigen Eindruck hinterlassen hier innerpsychische Bewertungen. So sind z. B. körperliche Funktionseinbußen für jene Menschen am schwersten zu ertragen, die Zeit ihres Lebens Freude und Behaglichkeit als vorwiegend körperliches Wohlbefinden verstanden und als solches bewertet haben. Hier bietet die Psychodrama-Psychotherapie mit dem gezielten Fördern, Ermuntern und Einüben von *transzendenten Rollen* konkrete Ansätze in der Behandlung der Betroffenen und ebnet den Weg zur Lösung einer der wesentlichen Aufgaben dieser Lebensspanne nach *Robert Peck*, der „*Transzendenz des Körperlichen*“ (vgl. Kap. 2.3.1 und Peck 1968: 540 f). Dieser Weg ist m. E. aber nur über die Brücke des *Körperbildes* der Betroffenen einzuschlagen. Unter diesem Begriff versteht *Paul Schilder* die psychische Seite, nämlich das Erleben unseres Körpers das auch sämtliche Erinnerungsspuren beinhaltet. Erinnerungen daran wie wir mit unserem Körper umgingen und Erinnerungen an das Handeln anderer an unserem Körper, von Säuglingstagen an (Kämmerer 1997: 100).

Hier finden wir uns abermals in einer polaren Situation: auf der einen Seite sind viele körperliche Klagen von PatientInnen als (unbewusste) Anklagen zu sehen, auf der anderen Seite beinhalten Schmerzen auch die Option zur Kommunikation, auf die uns der Schriftsteller *Siegfried Lenz* hinweist :

Der Schmerz ist auch geeignet, unsere Wahrnehmung zu schärfen, und mitunter verdanken wir ihm einen Zuwachs an Erkenntnis. Wir stellen fest, dass Vorläufigkeit und Unsicherheit zu unserem Dasein gehören. (...) Durch den Schmerz entdecken wir den anderen, den Mitleidenden, wir werden gewahr, dass wir nicht allein sind, jeder nur ein Fremder, der sich im Gegensatz zur Welt befindet.

(Lenz; zit. in: Kruse 2002: 985)

2.1.1 Rücknahme der Sprache in den Körper

Besonders ab dem mittleren Stadium der AD sehen wir häufig wie sich die betroffenen Personen selbst körperlich stimulieren. Als würden sie eine eigene Form von somatischen Startern an sich erproben. Der alternde Körper wird „(...) *immer mehr zum letzten Partner bzw. zum letzten und einzigen Verbündeten.*“ (Radebold 2000: 197). Um hier ins Rollenhandeln zu kommen setzt der/die PsychodramatikerIn an eben dieser Rollenebene an.

Fallbeispiel 2

Frau M. ist seit 3 Jahren in einem Sanatorium untergebracht. (Symptomatik: *Alzheimerdemenz* im mittleren Stadium.) Aufgrund ihrer jüdischen Wurzeln lebte sie zwischen 1940 und 1945 in einem Versteck bei deutschen Christen. Im Sanatorium selbst fällt sie durch ihre besonders gepflegten Umgangsformen und ihre elegant ausgewählte Kleidung auf. Im Kontakt ist sie betont höflich und auch noch nach einem halben Jahr regelmäßiger wöchentlicher Termine sehr zurückhaltend, speziell mit ihren Emotionen. Eines Tages quetscht sie sich den Zeigefinger der rech-

ten Hand an einer Bettvorrichtung. Eine Woche lang bleibt er verbunden und sie hält ihn für alle deutlich sichtbar gegen den Himmel gerichtet. Zuerst denke ich, sie wählt diese doch recht unbequeme und auf Dauer sicherlich strapaziöse Körperhaltung um sicher zu stellen, dass ihre körperlichen Schmerzen nicht übersehen werden. Doch als die, nach ärztlicher Auskunft sehr leichte Wunde gänzlich abgeheilt und nichts mehr zu sehen ist, hält Frau M. den Finger weiterhin senkrecht nach oben gestreckt. Der Finger wird zum *präsentativen* Symbol (vgl. Kap. 2.1.2). Er nimmt die Bedeutung eines Mahnmals an. Er sagte nun: Ich bin immer noch da. Subtext: auch der Holocaust konnte mich nicht auslöschen. Nach weiteren Wochen schält sich die Bedeutung dann ganz klar heraus. Frau M. bietet ihren Zeigefinger als IIO an. Er ist an die Stelle ihres Selbst getreten. Über die Kommunikation mit dem Finger verbringen wir in Folge viele Stunden mit einander. Sie sind allesamt gekennzeichnet durch große Nähe und existenziellen Themen wie Ausgeliefertsein, Scham, Schuld, Schande, furchtbares Scheitern und den nahenden Tod. Dabei spreche ich immer den Finger an und Frau M. antwortet als Finger. Wir kreieren Szenen über weitere Symbolisierungen des Fingers. Versuche ich einmal direkten Augenkontakt mit ihr aufzunehmen versiegt die Kommunikation augenblicklich. Wir setzen die existenziellen Gespräche bis zu ihrem Tod fort. Das Pflegepersonal berichtet, dass Frau M. entgegen den Prognosen auf ganz ruhige Weise aus dem Leben gegangen ist. Das letzte Glied das sich an ihr regte sei ihr rechter Zeigefinger gewesen.

Bei dem hier geschilderten Beispiel wurde eine Region des Körpers als IIO eingesetzt. Die theoretischen Hintergründe für den Einsatz von IO und IIO sind in Kap. 3.1.2 beschrieben. Gleichzeitig baute ich mit der Patientin an einem fortwährenden Ritual in dessen Rahmung alles einen Namen und eine Zeitstruktur erhielt. Damit wurden für diese Augenblicke „(...) *die Ich-Funktionen und die bergende soziale Hülle wieder hergestellt.*“ (Kämmerer 1997:100)

Als Ziel der psychodramatischen Arbeit versuche ich — dem Verständnis von *Wolfgang Kämmerer* folgend — den Körper wieder sprechend zu machen. *Kämmerer* sieht körperliche Beschwerden dann auftreten, „(...) *wenn die Fähigkeit zur psychosozialen Bewältigung von Konflikten v. a. die Symbolisierung durch Sprache gestört ist. Statt verbaler treten nun Beschwerden in und über einen Körper auf, der mit einem Mal fremd statt verborgen-unscheinbar und selbstverständlich-dazugehörig erlebt wird.*“ (Kämmerer 1997:101; vgl. auch Rath 2001b; Stelzig 2004c). Viele bizarr anmutende Körperbewegungen von *Alzheimerdementen*, besonders ab dem mittleren Stadium, lassen sich vor diesem Hintergrund verstehen.

2.1.2 Verlust der Symbolisierungsfähigkeit

Ich beziehe mich in diesem Abschnitt auf den Symbolbegriff wie ihn die Philosophin *Susanne Langer* und der Psychoanalytiker *Alfred Lorenzer* beschrieben haben und wie er von verschiedenen PsychodramatikerInnen u. a. auch von *Michael Schacht* verwendet wird (Übersicht bei Schacht 2003: 402). *Langer* klassifiziert Symbole in *diskursive* und *präsentative*. *Diskursive* Symbole beziehen sich auf den verbalen Ausdruck und sind demgemäß den Gesetzen der Sprache unterworfen. In *diskursiven* Symbolen lässt sich nur ausdrücken was sich den sprachlichen Strukturen des Nacheinander unterwirft. Als Gegenpol eignet sich die *präsentative* Symbolik zum Ausdruck von Gleichzeitigkeiten. Es handelt sich um das Reich der Imagination, in dem Bedeutungen aus Zusammenhängen erschlossen werden müssen. „*Präsentative Symbole sind immer kontextabhängig. Es gibt keine ein für alle Mal festgelegten Bedeutungen*“ (Schacht 2003: 402).

Bei der AD vollzieht sich ein allmählicher Rückgang der Fähigkeit zu *diskursiver* Symbolbildung, den *Joachim Bauer* auch als „*Verlust der Fähigkeit zur Symbolisierung der Welt*“ bezeichnet (Bauer 2007). Gleichzeitig beginnen an AD erkrankte Personen immer mehr sich auf der psychodramatischen Rollenebene mittels *präsentativer* Symbole mitzuteilen. Wobei ich hier die von manchen Autoren der *Validation* unternommenen Klassifizierungsversuche für

unangebracht halte. Ich schließe mich der Psychodramatikerin *Jutta Fürst* an, die das Individuelle dieses Prozesses betont: „*Wofür ein Symbol steht, hängt von dem ab, der es benutzt und lässt sich auch nur über den Benutzer bzw. die Benutzerin erschließen.*“ (Fürst 2004a: 253). Folgendes Beispiel aus der psychotherapeutischen Arbeit im Einzelsetting sollen diese Vorgänge verdeutlichen:

Fallbeispiel 3

Frau B. (Heute 90 Jahre und seit 7 Jahren in einem Pensionistenwohnhaus lebend) war als uneheliches Kind von ihrer Stiefmutter im Kindergartenalter bei der Fürsorge abgegeben und im Alter von 8 Jahren als Hilfsmagd ins Waldviertel gebracht worden, wo sie sich, ziemlich auf sich alleine gestellt, irgendwie durchgekämpft hatte. Während dieser Jahre war sie vielerlei Willkürakten Erwachsener ausgesetzt. Folgende Szene aus der Gegenwart erinnert die Patientin an ihre „Waldviertler Jahr“:

Frau B. vermisst in ihrem Zimmer immer wieder Gegenstände, darunter auch kleine Zierpolster, die aber nach kurzer Zeit ausnahmslos wieder auftauchen. Aus der Vorbehandlung liegt der Verdacht nahe, dass sie es selbst ist, die die Dinge versteckt, weil sie sich in ihrem Appartement nicht mehr sicher fühlt und es Dieben schwer machen möchte sie zu bestehlen. Ein dahinter liegendes Thema ist das Schwinden ihres Urteilsvermögens. Sie drückt diese innerpsychisch bedrohliche Lage mit folgendem symbolreichen Bild aus. Fr. B.: „Stellen sie sich vor, gestern seh‘ ich einen kleinen Buben mit einem Leiterwagerl vor unserem Haus. Das Wagerl war übervoll mit Polstern. Ich hab‘ ihn angesprochen und gefragt was er denn mit den vielen Polstern will. Er hat ganz erschrocken geantwortet: ‚Nicht böß sein, ich mach das nur für den Onkel. Der hat gesagt ich soll die Polster mit dem Wagerl ins Kinderheim bringen. Dafür hat er mir einen Schilling gegeben.‘ Stellen sie sich vor, jetzt werden sogar schon Kinder für so was missbraucht.“

Frau B. hatte sich selbst oft in solchen Szenen befunden. Statt als Kind sich dem Spiel hingeben zu können, musste sie körperlich schwere Arbeiten verrichten. Nun wird sie bei kognitiven Verlusten an diese Szenen ihrer Kindheit erinnert (vgl. Kap. 2.2.1) und versucht mittels Symbolbildungen so viel wie möglich Struktur zu erhalten. Indem ich diese Symbole aufgreife und mit ihr über mehrere Monate hinweg in *Doppelgänger-Dialogen* (vgl. Kap. 3.1.5) das Thema verbreitere und vertiefe, wird die „Urszene“ (Kinderarbeit) für Frau B. in Sprache ausdrückbar und einige Monate später mit Biegepuppen darstellbar. Je mehr das Symbolbild des Jungen mit dem polsterbeladenen Leiterwagerl verblasst umso deutlicher konturieren sich schmerzhaftige Erinnerungsbilder traumatischer Szenen.

An diesem Beispiel wird deutlich welches Bedürfnis das Symbol des kleinen Buben mit dem Leiterwagerl für Frau B. erfüllt. Es kann als Versuch gewertet werden sich traumatisierende Szenen ihrer Kindheit über den Schutz von Symbolbildungen zu nähern. Wie *Jutta Fürst* für den Einsatz von Symbolen beschreibt ist es der Versuch „(...), *Wahrnehmungen und Erinnerungen zu strukturieren und Ordnungen zu schaffen, die die Kontrollmöglichkeit erhöhen.*“ (Fürst 2004a: 253).

Alzheimerkranke ähneln in ihrem Verhalten dabei Psychose-Patienten, diese „(...) *überlassen ihre Selbstorganisation der Traum-Logik und wandeln innere Vorstellungen in äußere Wahrnehmungen um.*“ (Krüger 2001: 68; vgl. auch Fallbeispiel 10). Tatsächlich ist eine flüchtige Wahnsymptomatik bei AD-PatientInnen besonders häufig anzutreffen (Bauer 1994: 15; Gutzmann, Zank 2005: 31, 115; Herschkowitz 2006: 88; Reischies 2006: 679, 685).

Krüger nennt dies (unter Bezug auf psychoanalytische Konzepte und deren Begrifflichkeiten) einen Einbruch der Traumlogik in die Alltagslogik. Dieser kommt zustande wenn das sprachliche Denken geschwächt wird und demgemäß dem bildlichen Denken der Traumlogik Vorrang zukommt. Auch das „*Eingebunden-Sein in Prozesseinheiten der eigenen Lebenswelt* (...)“ (Krüger 2001: 55) sehen wir bei *Alzheimerkranken* brüchig werden, Umstände, die das Hervortreten der Traumlogik fördern (vgl. auch Kap. 3.1.5).

Sind wir als PsychodramatikerInnen in der Lage, die hinter den Symbolen liegenden Bedürfnisse und Motive zu erkennen, helfen wir den Betroffenen „(...), *Erfahrungen und Zuständen der Vergangenheit Bedeutung zu verleihen und sie anzunehmen.*“ (Aarts, op den Velde 2000: 299). Durch solch eine Vorgangsweise gehen wir an der Seite der PatientInnen den Weg von der Traumlogik wieder zurück zur Alltagslogik und konnotieren die inneren Bilder mit den dazugehörigen äußeren Erlebnissen. Nach meiner bisherigen Erfahrung sinkt in Folge dieses

Vorgehens die Häufigkeit von Wahnbildern bei den betroffenen Personen.

Wie der Umgang mit dem Körper des Alzheimerkranken vor sich geht, habe ich an anderer Stelle beschrieben (Rath 2001: 56-59). Einzelne Aspekte werden in den Fallbeispielen berücksichtigt.

2.2 Emotionen

Wenig überraschend ist auch das Gefühlsleben von AD-PatientInnen starken Veränderungen ausgesetzt. Die Psychiatrie spricht von der stets auftretenden Affekt- und Stimmungs labilität (Bauer 1994: 12; Gutzmann, Zank 2005: 31; Maurer et al. 1993: 10; Stoppe 1997: 21). Ich möchte hier die verschiedenen Störungen nicht vorrangig als Folge des zerebralen Abbaus der Gehirnstrukturen deuten⁹, sondern die Emotionalität als eigenen, vom Kognitiven unterscheidbaren Bereich begreifen, der mit minimalen kognitiven Prozessen auskommt (Krotz 1997: 76; vgl. auch die Auffassung von *Zajonc* in Schacht 2003: 388).

Die Funktionsweise dieser kognitiven Prozesse sind von der *Alzheimerdemenz*, mit ihrer besonders selektiven Symptomatik, nicht oder erst in einem sehr stark fortgeschrittenen Stadium betroffen. Die Route die ich hier einschlage geht über die psychosomatischen Rollenebene mit den dazugehörigen Rollen, denn: *„Die psychosomatischen Rollen bauen die Brücke zum Gefühlsleben. Mit den somatischen Rollen werden Gefühle verbunden von Schutz, Geborgenheit, Versorgtwerden, von Zuwendung und Liebe, aber auch von kränkenden und verletzenden Rollen, die die psychosomatische Sicherheit und Rollenklarheit gefährden.“* (Stelzig 2004b: 156).

Oft stand bei meinen persönlichen Erlebnissen mit *Alzheimerkranken* der emotionale Rückzug im Vordergrund¹⁰. Hier kommt die *„Entwicklungsgeschichte“* der menschlichen Emotionalität ins Spiel, auf die *Otto Kruse* (1997: 68) hingewiesen hat. Gerade bei einem über acht oder neuen Jahrzehnte andauernden Leben schichten sich große Mengen von Erfahrungen übereinander. Durch das reduzierte Urteils- und damit auch das reduzierte Differenzierungsvermögen von AD-PatientInnen können *occurring emotions*¹¹ nicht in ein bewusstes Empfinden übergeführt werden.

Da im Verlauf der *Alzheimerdemenz* die Informationsverarbeitung zusehends gestört wird, diese aber *„ (...) fortlaufend innere und äußere Vorgänge auf ihre Bedeutsamkeit hin (...)“* (Schacht 2003: 17) bewertet, benötigen AD-PatientInnen nach unterschiedlichen Stadien abgestufte Hilfs-Ich-Funktionen zur Strukturierung und Bewertung ihrer auftauchenden (teilweise aufschießenden) Affekte seitens der Psychodrama-TherapeutInnen (vgl. Kap. 3.2.2). Konkret lässt sich am Körperausdruck ansetzen. Auch *Friedrich Krotz* betont die körperliche Dimension der Gefühle und weist darauf hin, dass *„ (...) durch die Einnahme spezifischer Körperhaltungen oder das Durchführen spezifischer Bewegungen, ein intensives Gefühlserlebnis angeregt (...)“* wird (Krotz 1997: 81; Rath 2001: 56-59).

Fallbeispiel 4

Herr T. wurde nach dem Tod seiner Gattin auf die Bettenstation eines Altersheimes verlegt. Nach mehreren aggressiven Durchbrüchen und einigen Handgreiflichkeiten mit den männlichen Pflegern wurde ich zu Rate gezogen. Ich finde Herrn T. sehr oft in einer ganz spezifischen Körperhaltung vor. Sein rechter Arm ist nach oben gestreckt und sein Oberkörper dabei so weit wie es ihm möglich ist nach vorne geneigt. Der durch diese Körperhaltung vermittelte emotionale Ausdruck entspricht dem einer *„aggressiven Hilflosigkeit“* und der Suche nach sozialem

Anschluss. Dazu stößt Herr T. in besonderer Regelmäßigkeit laute, aggressive und doch auch flehende „Hallo, Hallo“-Rufe aus. Schnell steigt in mir das Bild einer Gasthausszene hoch. Herr T. verwendet zwar das, vor allem in Ostösterreich übliche Wort „Ober“ nicht, aber mir ist es den Versuch wert und ich suche einem Weg zu ihm über die Rolle des Kellners. Therapeut [in dienender Haltung leicht gekünstelte Eleganz]: „Der Herr wünschen?“ Herr T. [ändert sofort seine Körperhaltung]: „Na endlich, dass da einer daherkommt!“ Therapeut [mit leicht verlegenem Ausdruck]: „Heute ist sehr viel los. [Zeigt auf die umtriebiger umhereilenden Schwestern der Station:] Sie sehen es ja selbst.“ Herr T. [Deutlich entspannte Sitzhaltung. Emotionaler Ausdruck: Erleichterung] „Na Hauptsache, sie sind jetzt da!“ Das Gespräch läuft noch einige Zeit weiter. Im Verlauf unserer Unterhaltung wird deutlich, dass Herr T. einst ein gut gehendes Café-Restaurant in Wien betrieb und er, um Personalkosten zu sparen, oft in der Rolle des Kellners fungierte. Hier nun, im Altersheim, hatte er in die Komplementärrolle gewechselt. Es entspricht seiner sozialen Lernerfahrung, Bedürfnisse über den gestischen Ausdruck des Gastes in einem Lokal sozial zu äußern. Die lauten „Hallo, Hallo“-Rufe sind nach drei solchen „Sitzungen“ nicht mehr zu hören und auch die Pfleger berichten in Folge von keinerlei aggressiven Durchbrüchen mehr. Der emotionale Ausdruck von Herrn T. wandelt sich im Laufe weiterer 10 Behandlungen von Verzweiflung und Hilflosigkeit hin zu Geborgenheit und dem sicheren Ausdruck verstanden zu werden. Dadurch wird Herr T. handlungs- und erzählfähig und verharrt nicht mehr in der, auf niedrigerem Organisationsniveau angesiedelten, Geste der Forderung.

An diesem Beispiel sieht man sehr schön den Beziehungsaspekt von Gefühlen. Über die Betroffenheit definierte Herr T. seine aktuelle Lage und so konnte mir die subjektive Bedeutung seines Gefühlsausdrucks zugänglich werden. Nach *Krotz* wird das Individuum

(...) erst durch die Herstellung von aktuellen Umweltbeziehungen auf der Basis von Gefühlen handlungsfähig, weil es dadurch in die Situation hineingezogen, diese für es überhaupt erst relevant und damit existent wird und es Stellung zu den anderen Beteiligten bzw. Anwesenden bezieht.

(Krotz 1997: 84)

Herrn T.‘s Zorn, den die männlichen Pfleger der Station abbekommen hatten galt seinem Vater, der ihm, mit der schwierigen Entscheidung, ein eigenes Restaurant (quasi aus dem Nichts) auf die Beine zu stellen, alleine ließ und ihm seine Unterstützung versagte.

Um die soziale Funktion von Emotionen bei *Alzheimerpatienten* zu illustrieren habe in Abbildung 4 typische Starter der Betroffenen zusammengefasst. In der linken Spalte finden sich die verbalen Äußerungen der Betroffenen, in der rechten Spalte sind die emotionalen Aspekte der Rollen angeführt. Mit diesen Rollenaspekten lässt sich meiner Erfahrung nach sehr gut in die konkrete Arbeit mit dem Patienten einsteigen. Ich nutze hierbei den Umstand, dass sich Emotionen auch als „ (...) *vorübergehende soziale Rollen* (...)“ begreifen lassen, als „ (...) *wechselseitig aufeinander abgestimmte, intentionale Handlungen* (...)“ (Schacht 2003: 18).

Vignette	Emotionale Aspekte der Rolle die „gestartet“ wird
„Ich muss sofort nach Hause kochen ...“	Die Gebrauchte oder die Überforderte
„Man hat mir ... gestohlen“	Die Schutzlose
„Unter meinem Bett liegt ein Mann“	Die Sinnliche
„Hier gibt es nur glatzige Männer und alte Weiber“	Die Isolierte
„Dee saan olle debbadd! Wos haasd ii stingg?“ („Die sind alle dumm! Was heißt ich stinke?“)	Der Überforderte, mit seinem Leid allein Dastehende

Abb. 4

Typische psychische Starter bei DAT-Patienten als vorübergehende soziale Rollen.

Zu einem weiteren Aspekt der Emotionalität zitiert Krotz den Philosophen und Schriftsteller *Jean Paul Sartre*:

Das Subjekt (...) erfasst durch alle seine Handlungen hindurch ununterbrochen die Welt. Scheitern seine Versuche und ärgert es sich darüber, dann ist auch sein Ärger noch eine Weise, wie ihm die Welt erscheint. Und keineswegs muss das Subjekt zwischen der missglückten Handlung und dem Zornausbruch zu sich selbst zurückkehren und ein reflexives Bewusstsein dazwischenschieben.

(Sartre 1964 zit. in Krotz 1997: 87)

Vor Behandlungsbeginn war Ärger tatsächlich zu einem unreflektierten Modus des Seins bei Herrn T. geworden. Damit entschwanden ihm aber sämtliche Möglichkeiten zur Differenzierung des Geschehens. Der Ärger trat als „reine“ Emotion (*occurrence of emotion*) auf, die *Schacht* (a.a.O.) zu den *Affekten* zählt, weil sie nicht alle Komponenten¹² des komplexen Phänomens Emotionen beinhalten. Störungen der Emotionalität führt *Schacht* auf den Umstand zurück, „(...) dass die einzelnen Teilprozesse des emotionalen Erlebens entkoppelt sind, dass einzelne Komponenten zu wenig entwickelt sind bzw. ganz ausfallen.“ (Schacht 2003: 18). Bei der *Alzheimerdemenz* fallen mit fortschreitender Erkrankung einige Komponenten dieses mehrstufigen Verarbeitungsprozesses aus. Vorrangig betroffen sind Komponente 3, die Handlungsabsichten auswählt und Handlungspläne bahnt¹³ und die Komponente 4, die die Umsetzung der Handlungen und der Kommunikation mit der Umwelt steuert. Hier sind die Hilfs-Ich Funktionen der Psychodrama-TherapeutInnen und seiner/ihrer AssistentInnen speziell in der Rolle als DoppelgängerInnen in ganz besonderer Weise gefordert (vgl. Kap. 3.1.5 und Kap. 3.2.2).

2.2.1 Unerwartete Rollen erscheinen — Trauma-Reaktivierung im Alter

Die Psychodramatikerin *Jutta Fürst* betont jene besondere Eigenschaft der Psychodramabühne, nämlich innen und außen, also Vorstellung und Realität zu verbinden. Sie spricht von einer inneren und einer äußeren Bühne. In Bezug auf das Gedächtnis folgert sie:

Wir könnten von der Annahme ausgehen, dass das gespeicherte Material in der Requisitenkammer unseres Gedächtnisses einfach in Unordnung geraten ist und nun rein zufällig in verschiedensten Kombinationen auf die Bühne tritt, oder wir stützen uns auf die Theorie, dass allen auf unserer inneren Bühne produzierten Szenen eine tiefere Bedeutung zugrunde liegt und wir mit ihnen Zugang zu unserem Unbewussten bekommen.

(Fürst 2004a: 245)

Die in dem Zitat beschriebene Unordnung in der Requisitenkammer unseres Gedächtnisses ist eine der Kernsymptomatiken der *Alzheimerdemenz*. Allen Gedächtnisstörungen zum Trotz ist das sogenannte „*Priming*“ auch bei AD-Patienten im mittleren Stadium noch intakt. Es handelt sich dabei um ohne bewusste Anstrengung „einschießende“ Erinnerungen aus dem *impliziten Gedächtnis*. Diese können durch kleine Alltagsdetails wie einem gehörten Lied aus der Kindheit, einem taktilen Sinneseindruck, wie er durch die Berührung bestimmter Stoffe zustande kommt, oder auch verschiedenen Gerüche u. ä. „zünden“ (Ancochea Serraima 2006; Herschkowitz 2006: 75; Rath 2007b).

Dadurch können aber auch frühere Traumatisierungen angetriggert werden, als traumatisch empfundene äußere oder innere Stimuli. Auch die Wiederbelebung durch ein aktuell erlebtes, die *Alzheimerkrankheit* begleitendes, Gefühl der Angst kann alte Ängste aktualisieren und psychosomatische Symptombildungen (z. B. akute Atemnot) hervorbringen. Man spricht in

der Psychiatrie von *intrusiven Symptomen* (nach DSM IV) bei denen über *flash backs* die traumatische Situation wiederbelebt wird. Diese zwanghaften Bilder treten bei Tag und Nacht auf, häufig einhergehend mit Schlafstörungen und Alpträumen.

Heuft, A. Kruse & Radebold haben die Hintergründe dieser psychodynamischen Prozesse bei älteren Menschen genauer untersucht und dabei folgende drei Faktoren heraus destilliert, die sie als miteinander in Wechselwirkung oder gar als einander begünstigend ansehen. Zu Trauma-Reaktivierungen kann es diesen Autoren zufolge dadurch kommen, dass

- ➔ *ältere Menschen, befreit vom Druck direkter Lebensanforderungen durch Existenzaufbau, Beruf und Familie, „mehr Zeit“ haben, bisher Unbewältigtes wahrzunehmen;*
- ➔ *sie zudem nicht selten auch den vorbewussten Druck spüren, noch eine unerledigte Aufgabe zu haben, der sie sich stellen wollen und stellen müssen;*
- ➔ *darüber hinaus der Altersprozess selbst (z. B. in seiner narzisstischen Dimension) traumatische Inhalte reaktivieren kann.*

(Heuft et al. 2006: 113)

In der zeitgemäßen Psychodrama-Psychotherapie wird die Traumaverarbeitung mit einem speziellen mehrteiligen Szenenaufbau realisiert. Hier werden dem Betroffenen zwei bis drei alternative Verarbeitungsräume angeboten (siehe z. B. Kellermann, Hudgins 2000; Krüger 2002a, 2002b; Ottomeyer 2004; Pruckner 2002).

Ich möchte hier in aller Kürze auf mir notwendig erscheinende Modifikationen bei *Alzheimerkranken* fokussieren. Wie wir in Kap. 1.2 gesehen haben, sind traumatische Ereignisse in der Kindheit von *Alzheimerbetroffenen* weit überdurchschnittlich häufig anzutreffen (Bauer et al. 1998: 271). Aus der Traumaforschung wissen wir, dass Erwachsene, die als Kinder chronisch traumatisiert wurden, unter generellen Gedächtnisstörungen leiden, was allgemeine und auch autobiografische Ereignisse betrifft. *„Es ist sehr wahrscheinlich, dass ihre autobiografischen Gedächtnislücken und ihre ständige Dissoziation es diesen Patienten sehr schwierig machen, ihre vergangene und auch ihre aktuelle Realität exakt zu rekonstruieren.“* (van der Kolk 2000b: 224f).

Diese generellen Gedächtnisstörungen bei Trauma-Betroffenen gehen in der Regel mit einem *„(...) Rückzug aus sozialen und räumlichen Bezügen, die mit dem Trauma zusammenhängen.“* einher und lassen sich *„(...) als Antwort auf die Überflutung durch die intrusiven Symptome (...)“* verstehen (Ottomeyer 2004: 349). Die *Demenz vom Alzheimer-Typ* mit ihrem strukturellen Verarbeitungsdefizit versetzt den Betroffenen nun in eine noch ungeschütztere und verwirrendere Situation als dies bei TraumapatientInnen ohnehin schon der Fall ist. Hier muss der therapeutische Rahmen mehrfach abgesichert werden. Wie dies geschehen kann ist im folgenden Fallbeispiel illustriert. Ich habe mich entschlossen, an dieser Stelle den Fallverlauf nur punktuell wiederzugeben. Mir geht es bei dieser Darstellung um die spezifische Modifikation und den veränderten zeitlichen Ablauf.

Fallbeispiel 5

Frau S. wächst in einem kleinen Dorf nahe Brünn auf. Ihre Eltern betreiben dort eine sehr gut gehende Bäckerei. Frau S. spielt im angeschlossenen Garten mit einem kleinen Rehkitz, welches ihr der Vater nach einer Jagdsaison eines Tages zur Aufzucht bringt. Wegen seines umgänglichen Wesens, seines Humors und der großzügigen Art genießt der Vater von Frau S. hohes Ansehen im Dorf. Im Alter von 14 Jahren wird Frau S. aus dieser „goldenen Kindheit“ (Eigenbeschreibung Fr. S.) herausgerissen und findet sich am „Brünner Todesmarsch“ wieder. Im Verlauf dieser Deportation verliert sie ihre Eltern aus den Augen. Sie trifft sie erst viele Monate später, ohne in der Zwischenzeit irgend ein Lebenszeichen von ihnen erhalten zu haben, in Wien wieder. Weitere Jahre später, nunmehr selbst verheiratet, „flüchtet“ sie sich in eine Partnerschaft mit einem sehr eloquenten Prokuristen eines großen Industriebetriebs *„der mir alle Wünsche von den Augen ablas“* und eindeutig die Richtung in der Partnerschaft vorgab (*„Inferiorität in der Hauptpartnerschaft“* nach Bauer et al. 1998: 271). Auf die Geburt des ersten Kindes

(einer Tochter) reagiert Frau S. mit heftiger Migräne, die erst beim Auszug der Tochter aus der elterlichen Wohnung „wie plötzlich“ erlischt. Die aktuelle Situation im Alter lässt sich wie folgt beschreiben: Frau S. marschiert jeden Tag viele Kilometer durch die Straßen Wiens, mittlerweile in Begleitung einer 25-jährigen slowakischen Betreuerin, die mit dem Tempo von Frau S. kaum mithalten kann. Das macht sie immer „wenn mir die Decke am Kopf fällt“, was, nach Auskunft der Betreuerin, mehrmals täglich vorkommen kann. Darüber hinaus zeigt die Patientin auch innerhalb der Therapiesitzung starke Atembeschwerden, die sich mir wie ein „Vergessen auf das Ausatmen“ darstellen.



Abb. 5a
 Mehrteiliger Szenenaufbau
 „Hilfsmaterialien“



Abb. 5b
 Mehrteiliger Szenenaufbau
 „Hilfsmaterialien“

Zur konkreten Umsetzung des mehrteiligen Szenenaufbaus wird dieses in der Vorbesprechung mit Frau S. von mir auf ein Zeichenblatt skizziert (siehe Abb. 5a). Da sie in der Jahreszahl unsicher ist wurde zunächst ihre Angabe „so ungefähr 1943“ im Blatt eingetragen, wissentlich, dass der Brünner Todesmarsch historisch exakt zwischen 31. Mai und 5. Juli 1945 stattfand (Glötz 2004: 188), doch ging es hier natürlich um subjektives Befinden und um dissoziierte Rollenfragmente und nicht um ein Historiendrama. Der Ablauf zur Einrichtung dieses Settings erfolgte in folgender Zeitdimension:

- Zwei Sitzungen verbringen wir mit diesem Blatt (siehe Abb. 5a) indem ich der alle Einzelheiten des Aufbaus und der Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens erläutere und sie ermutige, mir alle ihre diesbezüglich in den Sinn kommenden Fragen zu stellen. Es ist zu bemerken, wie sich Frau S. innerlich für dieses methodische Vorgehen erwärmen konnte.
- In der dritten Sitzung bauen wir am „Sicheren Ort“ (siehe Abb. 6b), in dem wir in der vierten Sitzung einen inneren Helfer, den humorvollen Geist des Vaters (symbolisiert als grüne Jäger-Fingerpuppe; im linken unteren Bildrand) einführen.



Abb. 6a
 Mehrteiliger Szenenaufbau
 „Zuschauerraum“



Abb. 6b
 Mehrteiliger Szenenaufbau
 „Sicherer Ort“

- In der fünften und sechsten Sitzung kommt der Aufbau des Zuschauerraumes hinzu (Abb. 6a; hier ist eine für AD-Patientinnen im Anfangsstadium typische Körperhaltung zu sehen: die stets fest umklammerte Handtasche). Am Ende der sechsten Sitzung gibt mir Frau S. die Einwilligung ein Hilfs-Ich in der Folgestunde in „unsere Therapiestunde“ einzuladen. Zuvor wird nochmals der Zusammenhang zwischen ihren psychosomatischen Beschwerden und dem traumatischen Geschehen exploriert.
- Mit dem Hilfs-Ich, einer knapp 50-jährigen Praktikantin, verbrachten wir zunächst eine „harmlose“ Stunde des Kennenlernens mit der zu Stundenbeginn offen deklarierten Frage „Frau S., trauen sie der Frau X. (Praktikantin) zu, dass sie in ihre Rolle von damals schlüpft?“ Allein die Bereitschaft der Praktikantin löst bei Frau S. tiefe Berührung aus. Frau S. [zur Praktikantin gewandt]: „Das würden sie wirklich tun?“ Zu dritt erörterten wir nochmals den Zusammenhang zwischen der Symptomatik der Patientin und dem Traumaschehen. Die Praktikantin scheint (noch gar nicht in die Rolle eingekleidet) Frau S. tatsächlich an manche Eigenschaften bei sich selbst zu erinnern. Diese siebente Stunde beendet Frau S. mit folgendem Kommentar: „Wissen sie, ich bin immer so beschwingt nach ihren Stunden, aber heute könnt‘ ich geradezu fliegen!“
- Für vier Stunden lang sitze ich dann neben Frau S. im „Zuschauerraum“ und blickt mit ihr gemeinsam auf ihre Doppelgängerin, das 14 Jahre alte Fräulein S. Die Ergebnisse sind verblüffend. Frau S. tastet sich immer näher an mögliche traumatisierende Szenen heran. Ihre Erinnerung wird dabei immer klarer und ihre Emotionen bekommen eine ganz neue Dimension von Spontaneität. Obwohl kein Rollenspiel im herkömmlichen Sinne entsteht, komplettiert sich die durch das Trauma zerbrochene Erzählung (Ottomeyer 2004: 350) und die Erinnerungsspuren leuchten stärker hervor. Zusätzlich wird die Rigidität der Rollenkonserve von Frau S. durch die jene existenzielle Funktion des Spiegels (Schacht 2006) etwas aufgelöst, die im Gegenübersitzen im Zuschauerraum zur Wirkung kam. Im „Sicheren Ort“, sich immer wieder an ihrem *protektiven Faktor*, dem Humor, auftankend, ist eine steigende „Elastizität und Rollen kreativität“ (Ottomeyer 2004: 353) an Frau S. zu bemerken. Die psychosomatischen Atembeschwerden nehmen sukzessive ab.

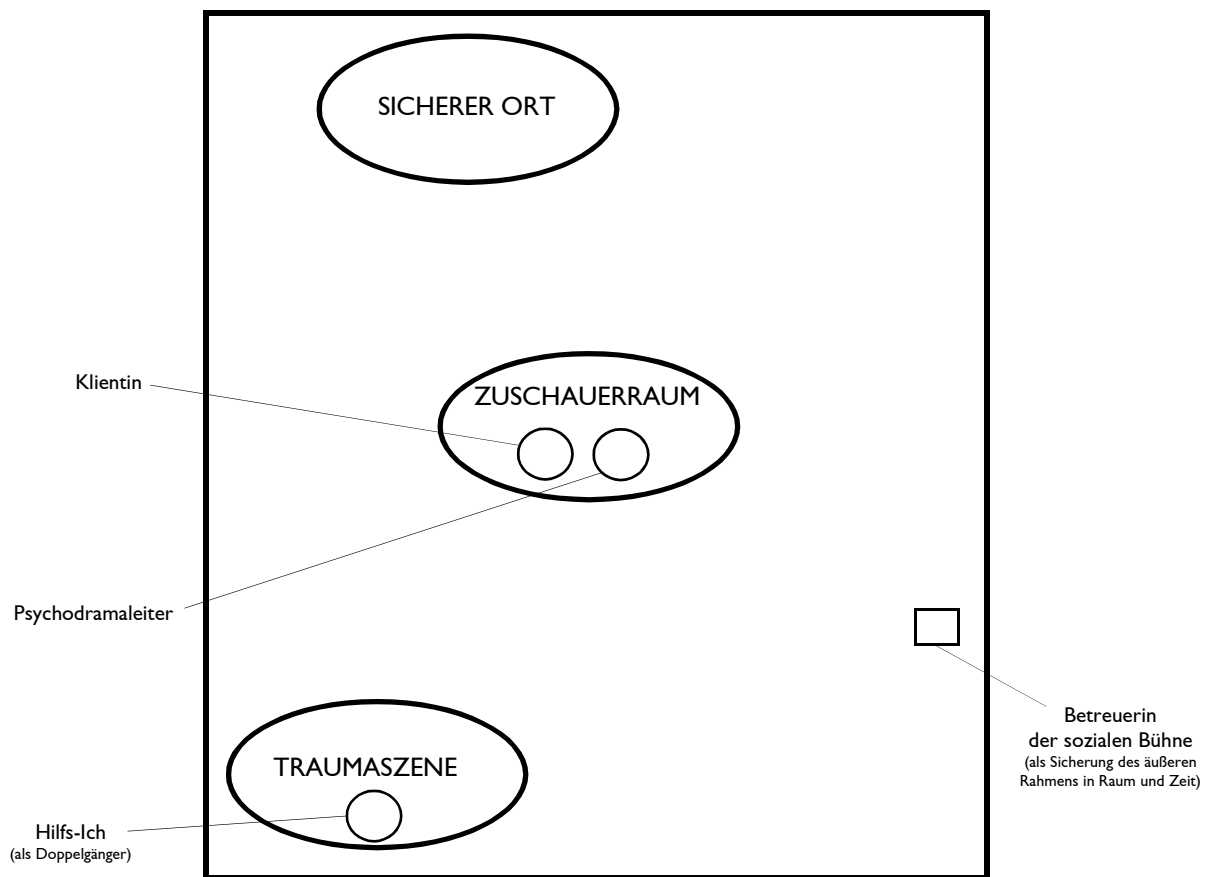


Abb. 7
 Mehrteiliger Szenenaufbau
 „Modifizierte Raumordnung“

Das Blatt mit den drei großen Kreisen (Abb. 5a) wurde zu unserem „Bühnen-Kompass“ mit dessen Hilfe wir jederzeit bestimmen konnten wo im Raum wir uns befinden und was hier (auf dieser Bühne) gerade möglich und angesagt ist. Er erweist sich als unverzichtbares Hilfsmittel (IO zur örtlichen und zeitlichen Orientierung), gerade in Momenten, in denen starke Emotionen aufsteigen, die die Orientierung im Bühnenraum (und die Trennschärfe zwischen inneren und äußeren Bühnen) phasenweise völlig zu verschwinden zu bringen drohen. Wenn der therapeutische Prozess ins Stocken kommt helfen wir uns mit zwei anderen Zeichenblättern weiter. Diese symbolisieren Hindernisse auf dem Weg zur Heilung (siehe Abb. 5b), das Trauma und die *Alzheimerdemenz*. Ich setzte sie nur dann ein, wenn Frau S. unter ihrer Langsamkeit zu verzweifeln beginnt.

Die Reduzierung der bei Frau S. häufig auftretenden und vom Trauma herrührenden Angstsymptomatik „Ich bin hier völlig vergessen, keiner wird mich je hier abholen!“ (Zit. Fr. S.) gelingt mittels einer anderen Modifikation, die Abb. 7 wiedergibt. Hier wird die private Betreuerin von Frau S. aus der sozialen Bühne in den Bühnenraum als stilles Hilfs-Ich geholt. Damit strukturiert diese Hilfs-Ich-Funktion die Relation zwischen den Lebensphasen von Frau S. und der Realität im *Hier und Jetzt*, der Tatsache, dass sie, im Gegensatz zu damals auf dem Marsch, heute eine permanente Begleitung hat und sie auf der realen *sozialen Bühne* (vgl. Kap. 3.1.3) der Gegenwart nicht vergessen wird.

2.3 Inventare an sozialen Rollen — Die Ressourcenfrage

Der Begriff *Rolleninventar* bezieht sich auf jene Rollen einer Person die diese zwar aktuell nicht zu spielen vermag, die aber prinzipiell verfügbar, weil als Szenen im *Leibgedächtnis* gespeichert sind (vgl. Hochreiter 2004; Petzold 1979; Zeintlinger-Hochreiter 1996). Da bei *Alzheimerkranken* das *episodische Gedächtnis* — also Inhalte die sich auf eine zeitliche Abfolge beziehen, wie die Dinge die ich letzte Woche getan habe — bereits früh im Krankheitsverlauf beeinträchtigt wird (Rath 2001b: 10; Reischies 2006: 680), kommen den im *Leibgedächtnis* gespeicherten Szenen ganz besondere Bedeutung zu. Im Laufe der Jahre wurde es mir zum obersten Ziel, so viele vom betroffenen *Alzheimerkranken* in seinem Leben jemals positiv gespielten Szenen mittels Interviewtechnik „herauszukitzeln“ um die damit verbundenen Rollen, und in der Gegenwart zumeist bereits vergessenen Rollen, für die aktuelle Lage der/des Betroffenen nutzbar zu machen. Man könnte dieses Vorgehen auch als „Anzapfen der Ressourcen“ durch Vergegenwärtigung bereits erfolgreichen Copings bezeichnen (vgl. auch Petzold 1979: 343, Antonovsky 1997; Kitwood 2000). In diesem Zusammenhang ist *Hilarion Petzold* zuzustimmen, wenn er als einen Aspekt seiner sog. „*Counter Strategie*“ bei *Rollenregression* vorschlägt:

Rollen aus dem Rolleninventar müssen, wo immer möglich, reaktualisiert werden, um Lücken, die aus unvermeidbarem Rollenverlust oder nicht aufzuhaltender Rollenatrophie entstanden sind, aufzufüllen. Nur so kann ein Involutionsprozess des Rollenrepertoires und –inventars (...) aufgehalten werden.

(Petzold 1979: 325)

Gerade die für Institutionen typische reizarme Umgebung¹⁴ muss hier von den PsychodramatikerInnen aktiv durchbrochen werden.

2.3.1 Lebenslanges Lernen — Lebenslange Entwicklung?

Die psychodramatische Rollentheorie (...) trägt das Rollenkonzept in alle Dimensionen des Lebens hinein; sie beginnt bei der Geburt und hält das ganze Leben des Menschen und des socius hindurch daran fest.

J. L. Moreno (1961: 106)

Moreno verstand die Entwicklung des Menschen stets als lebenslangen Lern- und Sozialisationsprozess (Mathias 1982a: 246). Er selbst hat zwar keine differenzierte Entwicklungspsychologie zur Lebensspanne erarbeitet (Zeintlinger-Hochreiter 1996: 172ff), dennoch weisen seine verstreuten Bemerkungen zur Rollentheorie eindeutig in diese Richtung (vgl. Petzold 1982a: 114). Diese Auffassung *Morenos* war höchst fortschrittlich und, bis auf wenige Ausnahmen, ganz gegen den Trend der Zeit. Dieser findet sich besonders gut charakterisiert bei *Charlotte Bühlers* klassischem dramaturgischen Modell des „Lebenshöhepunktes“ von 1933. Hier wird Alter als Zeit des Rückschlusses, der Regression und Restriktion verstanden und einem Defizit-Modell des Alterns Tür und Tor geöffnet (Lehr 1978: 316). *Moreno* verstand diesen Verlauf hingegen diametral entgegengesetzt: „Die Vorstellung, dass Liebe und Spontaneität nur den jungen Menschen zustünden und dass sich die alten auf den Tod vorbereiten sollten, ist eine überholte Grausamkeit.“ (Moreno 1947: 95). Eine Auffassung die von der modernen Gehirnforschung eindrucksvoll bestätigt wird. So belegen morphologische Untersuchungen von *Buell* und *Coleman*, dass sowohl die Länge als auch die Verzweigung von Nervenzellfortsätzen bei bestimmten Untergruppen von Neuronen zwischen dem 50. und dem 80. Lebensjahr signifikant zunehmen (vgl. Bauer 1994; Herschkowitz 2001).

In den letzten Jahren setzt sich unter AltersforscherInnen erfreulicher Weise ein Trend durch, der die persönliche Lebensgeschichte von Betroffenen stärker gewichtet. Es handelt sich um die sogenannte „Lebensspannenperspektive“, eine Auffassung, die die individuellen Reaktionen auf die im Alter wartenden Herausforderungen in das Verständnis der jeweiligen Lage mit einbezieht (Aarts, op den Velde 2000: 298; Radebold 2003; Wahl, Heyl 2004: 42). Die stärkste Inspiration zu diesem Verständnisansatz ging mit Sicherheit von *Erik Eriksons* Modell der Identitätsbildung mit ihren acht Phasen des Lebenszyklus aus. Dieses Modell nimmt eine stufenartige Entwicklung der menschlichen Identität über die gesamte Lebensspanne an, wobei sich jede Stufe durch eine charakteristische Herausforderung und damit einhergehenden psychosozialen Krisen von den anderen Stufen unterscheidet. *Erikson* bezeichnet diese Konstellationen als *Entwicklungsaufgaben* (Erikson 1966, 1988). Im folgenden skizziere ich zwei Weiterentwicklungen die dem Phasenmodell *Eriksons* folgen und darüber hinaus speziell die letzte Lebensphase weiter differenzieren:

Lebensspannen-Konzeption von Havighurst

Robert Havighurst's Konzeption der Lebensspanne eignet sich für die psychodramatische Arbeit mit *Alzheimerbetroffenen* vor allem deshalb, weil *Havighurst* sozial-psychologische Aspekte stärker betont. Weiterführend ist hier seine Sicht der „Übergangsphasen“ („*transitional phases*“) im Lebenslauf, die er als durch Rollenwechsel ausgelöst ansieht. Seine Ausführungen zum Aufgeben von alten Rollen und der Übernahme von neuen Rollen könnten geradezu von *Moreno* stammen. Auch wenn ich die strenge zeitliche Ordnung der nach *Havighurst* zu lösenden Aufgaben in Form von modellhaften Lebenssituationen („*developmental tasks*“) nicht teile¹⁵, hat seine Beschreibung von Entwicklungsaufgaben für mich Praxisrelevanz. Ihm zufolge

handelt es sich um

(...) eine Aufgabe, die (...) in einer Phase im Leben eines Individuums auftritt, deren erfolgreiche Bewältigung zu Zufriedenheit und zu Erfolg mit späteren Aufgaben führt, während Misserfolg in der Unzufriedenheit des Individuums, der Missbilligung der Gesellschaft und Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben resultiert.

(Havighurst 1948/1972: 2; zit. in: Martin, Kliegel 2005:43)

Unzufriedenheit wird von *dementen* Menschen als Rollenzuschreibung dann in der überwiegenden Mehrheit der Fälle als „Vorwürfe gegen die anonymen anderen“ geäußert (Rath 2007a).

In diesem Ansatz wird Entwicklung ebenso wie im Psychodrama als Ergebnis von *Inter-Aktionen* in Rollen gesehen. So beschreibt *Havighurst* die Lebensaufgabe für das späte Erwachsenenalter mit: „*Energien auf neue Rollen lenken, Akzeptieren des eigenen Lebens, eine Haltung zum Sterben entwickeln*“ (Havighurst 1963; in: Martin, Kliegel 2005: 43). Indem wir mit psychodramatischen Mitteln *Inter-Aktion* fördern, befördern wir auch Entwicklung. Wie persönliche Unzufriedenheit mit sozialen Prozessen zusammenspielt zeige ich anhand der bereits vorgestellten Frau B.

Fallbeispiel 6

[Fortsetzung von Fallbeispiel 3]

Frau B. ist höchst unzufrieden mit ihrer Lebenssituation. Seit 40 Jahren verwitwet hat sie sich „keinen neuen Mann mehr angetan“ (Zit. Fr. B.) und alle auf das Thema Partnerschaft bezogenen Sehnsüchte und Rollen tief in ihrem Rolleninventar versenkt. In Folge gerät sie vermehrt in soziale Konflikte. Die Patientin lässt bis auf einen Neffen und dessen Frau niemanden mehr in ihr Zimmer. Die sich mit einem Zentralschlüssel selbst Zugang verschaffende Bedienerin wird von ihr schon lange verdächtigt, Gegenstände aus ihrer Wohnung zu entwenden. Der Lebensradius von Frau B. ist durch diese Dynamik immer enger geworden. Diese Haltung verstärkt Vorgänge die zum sozialen Tod führen.

In einer Stunde erzählt Frau B. von einem Zusammenstoß mit einer Dame im Speisesaal. Fr. B.: „Stellen sie sich vor, die wollt mich einfach an einen andern Platz umsetzen. Dabei sitz' ich schon auf diesem Platz seit ich im Haus bin.“ Therapeut: „Na, das haben sie sich hoffentlich nicht gefallen lassen!“ Fr.B.: (mit eher schwacher Stimme) „Nein.“ Therapeut: (im spiegelnden Doppeln¹⁶) „Nein, keinesfalls. Ich behaupte meinen Platz, schließlich habe ich hier Rechte und die wird mir niemand so einfach wegnehmen.“ Fr. B.: (mit kräftiger, klarer Stimme) „Ja, das ist mein Platz und die sollen schauen wo sie ihren finden!“

Kurz vor dem nächsten Termin erhalte ich einen Anruf aus der Direktion des Hauses. Frau B. hatte im Speisesaal eine lautstarke „Unterredung“ mit einer Büroangestellten, die sie gebeten hatte, wegen neuer Gäste ihren Platz im Speisesaal zu tauschen. Frau B. hätte auf ihren Standpunkt beharrt und sei nicht von der Stelle gewichen. In den Folgewochen ist die Symptomatik der Beschuldigungen stark zurückgegangen.

Die neue Rolle für Frau B. war in diesem Fall diejenige, die ihren Platz im Leben behauptet. Nach einem schweren Kindheitstrauma¹⁷ und wiederkehrenden Noxen in der Biografie war dieses scheinbar unflexible und so gar nicht spontane erscheinende Verhalten für sie der große persönliche Fortschritt. Sie trat aus ihrer rigiden Rollenkonserve der „Konfliktvermeiderin“ heraus. Wie der weitere Verlauf zeigte, hatte sie seither mehr soziale Anerkennung bekommen und ihre regelmäßigen Beschwerdegänge zur Direktion versiegten nach und nach.

Der genuine Wirkfaktor war hier die Verstärkung der Konflikte auf der sozialen Bühne. Während andere Helfergruppen (speziell in Altenheimen) glauben unter den Bewohnern eine tolerante Haltung im Umgang miteinander fördern zu müssen, und damit konfliktverdeckend agieren, war hier das entscheidende Agens Frau B. — mittels *spiegelndem Doppeln* — zur Einnahme einer Rolle zu ermutigen, die sie in ihrer bisherigen Biografie viel zu selten aktiv gespielt hatte. Das durch die Technik des *spiegelnden Doppelns* bereitgestellte soziale Feedback (vgl. Schacht 2006 und Anm. 16) erfüllte eine Brückenfunktion für den Transfer der

Handlung auf der sozialen Bühne. Durch die Einnahme dieser Rolle in einer realen sozialen Szene wirkte Frau B. auch auf der somatischen Ebene auf ihre neuronalen Synapsenverbindungen positiv ein und hemmte dadurch das weitere Fortschreiten ihrer Erkrankung. Der eingangszitierte Psychosomatiker *Joachim Bauer* (vgl. Kap. 1.2) bestätigt die hier vertretene Annahme, wenn er über das Phänomen Plastizität spricht:

Das erstaunliche Ausmaß möglicher neuronaler Plastizität im Alter kann im Grunde nicht überraschen, da das Altern kein Defizitgeschehen ist, sondern in hohem Maß aktive Adaptionsprozesse erfordert und vom Individuum kreativ gemeistert werden muss.

(Bauer 1994: 58)

Insofern kann die Auffassung *Morenos*: „*Es ist wahrscheinlich einfacher, durch soziatri-sche Eingriffe die Störungen des sozialen Atoms zu behandeln als körperliche und seelische Beschwerden.*“ (Moreno 1947: 95) hier folgendermaßen erweitert werden: durch ein verändertes Rollenhandeln auf der sozialen Bühne verändern sich körperliche und seelische Beschwerden, weil sich die strukturellen und neurologischen Grundlagen sukzessive verändern. Die Strukturen gewinnen, zumindest kurzfristig, wieder an Komplexität womit der Differenzierungsgrad der spontan-kreativen Prozesse steigt und mit ihm steigen die Chancen zur Konfliktbewältigung (Krüger 1997: 27).

Psychologische Entwicklungsstufen nach Peck

Auch der Entwicklungspsychologe *Robert Peck* hat seinen Entwurf am Stufenmodell der psychosozialen Krisen von *Erik Erikson* orientiert. *Erikson* hatte als letzte Stufe der Identitätsentwicklung das Begriffspaar „*Integrität gegen Verzweiflung*“ (Erikson 1966, 1988) genannt und damit die Grundpolarität dieser letzten Lebensphase umrissen. *Peck* differenziert weiter und konkretisiert einen Zusammenhang zwischen „*typischen biografischen Situationen und typischen Reaktionen des Individuums*“ (Thomae 1978: 298). Er beschrieb für das „höhere Alter“ folgende drei Aufgaben:

- 1 Ich-Differenzierung oder Verhaftetbleiben in der Berufsrolle
- 2 Transzendenz des Körperlichen oder Verhaftetsein in körperlichen Beschwerden
- 3 Ich-Transzendenz gegenüber Ichbefangenheit

(Peck 1968: 539-542)

Die von *Peck* beschriebenen psychologischen Stufen sind dynamischer konzipiert als es zunächst den Anschein hat. So räumt er z. B. Personen, die sich in der selben Stufe befinden starke Unterschiede „*(...) hinsichtlich des chronologischen Alters (...)*“ (Peck 1968: 542) ein. Damit unterscheidet sich *Pecks* Ansatz von vielen statischen Stufenmodellen die das Lebensalter in sehr eng definierten Grenzen halten. Psychodramatisch wertvoll wird diese Einteilung durch die pointierte Beschreibung der Stufen in polaren Gegensätzen (siehe oben). Insofern kann der/die PsychodramatikerIn vor diesem Hintergrund Komplementärrollen und Antagonistenrollen generieren bzw. auch verkörpern, die der jeweiligen psychologischen Stufe entsprechen.

Bei zahlreichen *Alzheimerdementen* konnte ich verzweifelte Versuche erleben, über die Einnahme längst ins Rolleninventar übergegangener Berufsrollen, Zugang zu sozialen Szenen zu finden. Speziell ab dem mittleren Stadium werden von den Betroffenen dann typische Arbeitsbewegungen gestisch nachgeahmt, verbal aber nicht mehr symbolisiert. So bleibt der Sinn dieser Handlungen verborgen, solange nicht die einfühlende, begleitenden Übersetzungsarbeit von PsychodramatikerInnen (in verschiedenen Varianten des Doppelns), als Hilfs-Ichs die

Symbolisierungsfunktion übernehmen. Aus dieser Rollenübernahme heraus lassen sich in Folgeschritten dann sukzessive die den Körperbewegungen zugehörigen sozialen Rollen aus den Inventaren der *Alzheimerkranken* aktivieren, aktualisieren und damit einer Bearbeitung zugänglich machen.

Die Auffassung vom lebenslangen Entwicklungsprozess wird von der modernen Kognitionsforschung und Neurobiologie zunehmend bestätigt und findet in den letzten Jahrzehnten endlich auch Eingang in die Alterspsychotherapie (siehe auch: Knight et al. 2002).

2.3.2 Auswirkungen auf die Rollenebenen

Altern kann unter bestimmten Bedingungen den Abbau der Rollenverpflichtungen bedeuten. Unter anderen Bedingungen aber erfolgt nur ein Austausch von Rollenbeziehungen oder eine Veränderungen der Intensität ihrer Pflege.

(Schneider 1974; zit. in Petzold/Bubolz 1976a: 128)

Im Lauf der individuellen Entwicklung eines Menschen sollte die *psychosomatische* allmählich durch die *psychodramatische* und *soziodramatische Rollenebene* ergänzt werden. Michael Schacht weist auf die den unterschiedlichen Aufbau dieser drei Ebenen hin. Nach seinen Überlegungen weist die *psychosomatische Rollenebene* das breiteste Wirkungsfeld auf womit er ihr Priorität einräumt. Sie bildet „(...) die Basis der Existenz von der Geburt bis zum Tod.“ (Schacht 2003: 42).

Die in Kap. 1.2.2 angeführte „Umkehr der kindlich Intelligenzentwicklung“ bei *Alzheimerkranken* zeigt deutlich die Rückkehr zur *psychosomatischen Rollenebene*, die sich dann in der spezifischen Form der „symbolischen Körpersprache“ äußert (Kap. 2.1.1 und Kap. 2.1.2). Von der Intelligenzentwicklung her gesehen befinden sich AD-Patienten des Anfangsstadiums auf einem Niveau, das dem Alter zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr entspricht. In dieser Entwicklungsphase ist das erste Niveau der Perspektivübernahme (nach Selman) handlungsbestimmend (vgl. Schacht 2003: 197-203). Als Kind ist man sich erstmals bewusst, dass man über eine eigene Innenwelt verfügt. Auch als *Alzheimerkranker* ist man sich dieser Innenwelt noch bewusst. Dadurch wird allerdings die Trennung vom Anderen (vom Mit-Mensch, vom „Du“), dem Nichtbetroffenen, noch schmerzlicher erlebt. Während sich die kindliche Entwicklung von der *psychodramatischen* zur *soziodramatischen Rollenebene* hin bewegt, droht *Alzheimerkranken* ein Verlust an Rollen auf eben dieser *soziodramatischen* Ebene. Für die Sprachentwicklung bei Kindern beschrieb Moreno einen gravierenden Umbruch folgendermaßen: „Früher war die Sprache ein Teil des Körpers. Nun wird sie als Werkzeug benutzt.“ (Moreno 1978: 178; zit. nach Schacht 2003: 240).

Diese Fähigkeit der Sprachverwendung als Werkzeug geht beim Übergang vom Frühstadium ins mittlere Stadium der DAT allerdings vermehrt verloren, sodass mit Recht behauptet werden kann, dass *Alzheimerkranken* ab dem mittleren Stadium die Sprache wieder als Teil des Körpers verwenden (vgl. hierzu das Fallbeispiel 2). Dass gleichzeitig von den Betroffenen plötzlich einschließende Erinnerungen aus dem Leibgedächtnis mit den dazugehörigen Worten und Sätzen von den Betroffenen auch wiedergegeben werden können (Herschkowitz 2001; Rath 2007b), darf unseren Blick von den hier willentlich verfügbaren Fähigkeiten, die ja auf der *psychodramatischen* und *soziodramatischen Rollenebene* spielen, nicht ablenken.

Die in dieser Arbeit vorgeschlagenen Interventionen zielen darauf ab, den Betroffenen wieder Türen zu den anderen Rollenebenen zu öffnen, denn die Freiheitsgrade der *psychosomatischen Rollenebene* sind eng begrenzt. Hier weist die *soziodramatische Rollenebene* die größten Freiheitsgrade auf. Schacht betont: „*Komplexere Strukturen sind vergänglicher und verfügen über einen begrenzten Wirkungskreis; sie sind jedoch in diesem lokalen Feld dominant im Sinne von Überlegenheit (supremacy).*“ (Schacht 2003: 42).

Der größte Freiheitsgrad, darauf hat uns Ursula Frede (1992) hingewiesen, liegt aber auf der Ebene der transzendenten Rollen (vgl. Kap. 2.4.2). Dieser ist in der gänzlich andersartigen Genese *transzendenter Rollen* begründet. Frede beschreibt den Unterschied zur *soziodramatischen Rollenebene* so:

Während die sozialen Rollen vor allem an die Interaktion mit den im sozialen Atom enthaltenen Personen gebunden sind, entstehen die transzendenten Rollen in der Auseinandersetzung mit den Idealen, Werten und Zielen, an denen sich der Betreffende orientiert.

Frede (1992: 195)

Damit eröffnet sich auf dieser, erstmals von Grete Leutz formulierten Rollenebene besonders für die psychodramatische Arbeit mit *Alzheimerbetroffenen* ein neues Feld für Interaktionen. Es gilt sich zu fragen, ob Menschen die an einer *Alzheimerdemenz* leiden zu dieser Rollenebene Zugang finden können.

2.4 Das Sterben als letzter Szenenwechsel

Sterben zu lernen, musst du wissen, ist eine höchst einträgliche Wissenschaft, und sie steht über allen anderen Wissenschaften. Zu wissen, dass man sterben muss ist nichts ungewöhnliches, denn kein Mensch wird ewig leben oder kann darauf hoffen oder bauen. Du wirst aber wenige finden, die die Klugheit besitzen, das Sterben zu lernen.

Heinrich Seuse

Erich Loewy (2003: 120) führt uns zu einem wichtigen Aspekt des Sterbens: es ist die Erlaubnis gehen zu dürfen. Mit diesem interpersonellen Motiv rückt die Sozialität des Todes ins Licht unserer Betrachtung. Es ist gerade diese Dimension des Sterbens, die es *Alzheimerkranken*, aus mehrfacher Hinsicht erschwert den „letzten Szenenwechsel“ – als den ich das Sterben hier zu begreifen versuche – zu vollziehen.

Fallbeispiel 7

Frau C. liegt seit mehreren Jahren mit multiplem Organversagen im Sterben. Die behandelnden Ärzte haben sie vor mehreren Jahren als medizinisches Phänomen bezeichnet. Sie können sich nicht erklären, was Frau C. noch am Leben erhält. Weil das medizinische Fachpersonal nichts tun konnte, wurde die Patientin in jenes Sanatorium zurück überstellt aus dem sie zuvor überwiesen worden war.

In einem Gespräch mit ihr wird schnell deutlich, dass sie sich um ihre Tochter sorgt. Die war zehn Jahren zuvor nach Amerika gegangen. Aufgrund verschiedenster, unglücklicher Ereignisse ist infolge der Kontakt zwischen beiden abgerissen. Als wir — auf der sozialen Bühne der Patientin — die Tochter in den USA ausfindig machen können und ihr von der Unmöglichkeit ihrer Mutter zu Sterben und deren Sorge um sie als Tochter berichten, entschließt sie sich kurzerhand nach Wien zu reisen. Am Krankenbett der völlig entkräfteten Mutter berichtet sie dieser von ihrer glücklichen Ehe und den beiden Enkelkindern die Frau C. nun habe. Sie zeigt Fotografien und versichert, dass in diesem fremden Land alle wohl auf wären und sie grüßen lassen. Am Tag nach der Abreise der Tochter verstirbt Frau C. auf friedliche Weise. Ihr Gesicht ist verzaubert von einem selig, erlösten Lächeln.

Die andere Schwierigkeit die *Alzheimerkranke* bei diesem Szenenwechsel ereilt, geht auf den Verlust der Fähigkeit, Zeitabläufe zu strukturieren und Erinnerungen chronologisch zu verorten, einher. Die Betroffenen leben intrapsychisch sehr oft in Szenen ihrer biografischen Vergangenheit, zu denen „ (...) *der Tod noch keinen Zugang hat.*“ (Wojnar 2004: 246). So ist eine 96-jährige Dame mit der Sorge um eines ihrer Kinder beschäftigt, das gerade den ersten Schultag absolviert. In ihrem Bewusstsein spielt sie eine Szene durch, bei der sie 30 Jahre alt und ihr individueller Tod tatsächlich kein unmittelbares Thema ist. Ab dem mittleren Stadium der *Alzheimerdemenz* wird die *psychodramatische Rollenebene* performanzbestimmend. Auf dieser ist das „*Zeiterleben (...) viel stärker (...), vom emotionalen Erleben geprägt.*“ (Schacht 2003: 153). Gleichzeitig lösen magische Erklärungen kausale Erklärungsmodelle ab. In diesem Verständnis kann die Mutter der 96-jährigen Dame ohne weiteres erst 80 Jahre alt sein.

Haben an *Alzheimer* erkrankte Menschen also gar keine Chance, sich für diesen letzten Szenenwechsel zu erwärmen?

Hier kommen wir als PsychodramatikerInnen ins Spiel. Wir lenken, durch eine fokussierte Lebensrückschauintervention, die Aufmerksamkeit des Betroffenen auf dessen individuelle Beiträge zu *dauerhaftem Sinn*¹⁸ und bringen im Verlauf des Erinnerungsprozesses den Tod gezielt ins Spiel. Erikson erinnert uns, dass sich diese letzte Lebensphase nicht nur im antagonistischen Begriffspaar *Integrität vs. Verzweiflung* erschöpft, sondern mit dem Element *Hoffnung* der Lebenszyklus wieder zu seinen Anfängen zurückkehrt (Erikson 1988: 80). Mit seinem Blick auf soziometrische Prozesse hat Moreno diese Perspektive früh beschrieben:

Der Mensch lebt durch sein soziales Atom nach seinem körperlichen Tod weiter. Er stirbt, wenn sein soziales Atom stirbt. Der körperliche und der individuelle Tod sind nicht das Lebensende, sie können als Funktion einer älteren Einheit, nämlich der sozioatomaren Prozesse, in die beide eingebettet sind, aufgefasst werden.

(Moreno 1947: 97)

Zu dieser Lebensrückschau gehört auch die jeweils angemessene Würdigung der zum sozialen Atom zählenden Menschen die vor dem Betroffenen selbst starben (Leutz 1974: 12). Nicht selten findet sich dann der *Alzheimerkranke* in der Rolle des „letzten Überlebenden“ wieder, in der Rolle „des letzten, der diese Geschichte noch erzählen kann“, wie ich es in Dialogen mit Betroffenen oft bezeichne. Die Qualität dieser Rolle überschreitet meines Erachtens nach bereits den Bereich der sozialen Rollen in Richtung transzendente Rollen. Denn „(...) *die transzendenten oder integrativen Rollen (...) repräsentieren die ideelle Ausrichtung eines Menschen, die Wertorientierung, (...)*“ (Frede 1992: 164). Diese Orientierung können wir als PsychodramatikerInnen gezielt fördern, indem wir auf der Begegnungsbühne die Hilfs-Ich-Kompetenz des Zuhörers, der ZuhörerIn nochmals neu, und zwar auf einem ethischen Niveau begreifen.

2.4.1 „Soziale Tode“ als Erwärmungsprozess

Auf dem Weg der Erwärmung zum letzten Szenenwechsel tritt uns noch eine weitere Schwierigkeit entgegen. Im Kap. 2.1 war von den Defiziten des Körperbildes von *Alzheimerdemenden* die Rede, speziell von dem nicht ausreichend ausgebildeten Wohlfühlen im Körper, in der eigenen Haut. Bei fortschreitender *Demenz* löst sich das Körperbild, das Körperbewusstsein zusehends auf. Einzelne Körperteile werden als nicht mehr zum eigenen Körper zugehörig erlebt. Eine Art Depersonalisierung tritt ein, die Körperglieder werden lose erlebt, erscheinen unzusammenhängend. Das sich uns bietende Bild scheint gänzlich paradox geworden zu sein: auf der somatischen Ebene schon mehr aufgelöst und jenseitig, thematisiert der Betroffene Themen, die weit vom Lebensende entfernt sind.

Hier wartet auf die Psychodramatikerin, den Psychodramatiker die besonders heikle Aufgabe, zwischen der *psychosomatischen*, der *psychodramatischen* und der *soziodramatischen Rollenebene* zu vermitteln und — als Kompensationsmöglichkeit für unwiederbringliche Verluste — Rollen auf der *transzendenten Rollenebene* anzuregen und zu fördern. Persönlich habe ich bisher versucht, Sterbefälle die meine Gegenüber berührten, im Rahmen der SOC-Kriterien: *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* emotional zu verorten um die aus dem lebenslangen Umgang mit dem Thema Tod erwachsenen Ressourcen bewusst und stückweise auch handhabbar zu machen. Denn nach wie vor gilt was *Moreno* vor mittlerweile 60 Jahren über unsere lebenslange Vertrautheit mit dem Tod sagte: „*Aus diesem Grund spüren wir von Kindheit an durch die Netzwerke unseres sozialen Atoms die Bedeutung des Todes, lange bevor dieser mit den Anzeichen körperlicher und geistiger Schwäche tatsächlich eintritt.*“ (Moreno 1947: 95)

Ein anderer Zugang eröffnet sich, wenn wir die Art des Abschiednehmens thematisieren. Ich tue dies in ritualisierter und damit haltgebender Weise z. B. über das Medium des gesprochenen Wortes und des Gesanges (Texte als Intermediärobjekte). Als eine der bisher wirkungsvollsten Textstellen hat sich die dritte Strophe des sogenannten „Hobelliedes“ aus Ferdinand Raimund's Zaubermärchen „Der Verschwender“ (1834) erwiesen, die ich im folgenden wiedergebe:

Zeigt sich der Tod einst mit Verlaub
und zupft mich: »Brüderl, kumm!«,
da stell' ich mich im Anfang taub
und schau' mich gar nicht um.

Doch sagt er: »Lieber Valentin,
mach keine Umständ', geh!«,
da leg' ich meinen Hobel hin
und sag' der Welt ade.

Hier wird, durchaus in spielerischer Weise, die Art des Abschiednehmens thematisierbar. Kaum ein alter Mensch (in Österreich) der dieses Lied nicht kennt und — mindestens ebenso wichtig — dieses Lied nicht mitsingen kann.

Bei gläubigen Menschen bietet sich der Psalm N° 23 aus den „Büchern der Preisungen“ (Altes Testament) an. Die Schlüsselpassage ist m. E.:

(...) Die Seele mir bringt er zurück,
Er leitet mich
In wahrhaftigen Gleisen
Um seines Namens Willen. -
Auch wenn ich gehen muss
Durch die Todschattenschlucht,
Fürchte ich nicht Böses,
Denn Du bist bei mir,
Dein Stab, Deine Stütze -
Die trösten mich. (...)

(übersetzt von Buber 1962: 38)

2.4.2 Abschiede als Wege zur Transzendenz

„Moreno hat von Anfang an den Bezug des Menschen zum Überindividuellen (Spiritualität) als eine psychotherapeutisch relevante Ebene erkannt (...)“

Hochreiter (2004: 133)

Das nun folgende Beispiel illustriert anhand eines Gruppengeschehens wie die von *Grete Leutz* (1974) so benannten *transzendenten Rollen* ins Spiel gebracht werden können:

Fallbeispiel 8

Frau L. ist eine sehr kleine, leicht mollige 102-jährige Dame. Seit ihrem 89. Lebensjahr lebt sie auf der Bettenstation eines Pensionistenwohnheimes der Gemeinde Wien und ist seit 2,5 Jahren Mitglied der von mir geleiteten Alzheimergruppe. Sie selbst weist eine mittelgradige *Demenz vom Alzheimerstyp* auf. Zusätzlich leidet sie noch unter *Morbus Parkinson* und Bluthochdruck. Sie ist inkontinent und bei der Fortbewegung mittels Rollstuhl auf die Hilfe von Pflegekräften angewiesen. Auch bei den Mahlzeiten benötigt sie „zur Essenszufuhr“ Hilfe von Pflegepersonen. Durch ihre körperliche Statur, ihr harmlos wirkendes Äußeres und ihre leise Art ist sie im Stationsalltag vielfältigen Übergriffen ausgesetzt. Meist wird sie mit ihrem Rollstuhl ohne befragt zu werden herumgeschoben, ständig ohne ihre Einwilligung geduzt und im allgemeinen stark infantilisiert.

In der wöchentlich stattfindenden Gruppe für AD-PatientInnen ist ihr ein fixer Platz neben mir reserviert (zur soziometrischen Sitzordnung siehe Kap. 3.2.3). Da es ihr meist schwer fällt sich bemerkbar zu machen, wird sie immer dann von mir befragt, wenn sich die Gruppe bei einem Thema gerade uneinig ist. Ein für solche Szenen typischer Dialog läuft so: ich sage [zur Gruppe gewandt]: „Jetzt ist es an der Zeit Frau L. zu fragen.“ [und weiter, zu Frau L. gewandt]: „Frau L. sie sind unsere ‚weise alte Dame‘, was sollen wir denn da tun? Die sind sich alle uneins.“ Frau L. [mit klarer deutlicher Stimme, verhältnismäßig laut]: „Do hüfft nua aans. Ees miassds dsoammhoiddn. Nua waun ma olle dsammhoiddn cumman maa weida. Dee gemeinschoffd daaf sii ned ausanonda zaign lossn!“ („Da hilft nur eines. Ihr müsst zusammenhalten. Nur wenn wir alle zusammenhalten kommen wir auch weiter. Die Gemeinschaft darf sich nicht spalten lassen!“)

Ich habe über einige Jahre hinweg regelmäßig erlebt, wie um belanglose Details streitende Gruppenmitglieder durch diese Aufrufe von Frau L. zu Ruhe und Besinnung gebracht wurden. Die transzendente Rolle der „alten weisen Frau“ entfaltete eine ungemeine Kraft, die der Gruppendynamik oft entscheidende Wendungen gebracht hat. Ihre äußerliche Hinfälligkeit wirkt hierbei geradezu als Schutz. Niemals wird sie von anderen attackiert oder auch nur kritisiert. Noch eine Woche vor ihrem Tod helfe ich ihr aus dem Rollstuhl, weil sie ihre Botschaft unbedingt im Stehen an die Gruppe richten will. Diese Botschaft hat ihr Leben überdauert. Sie war zu einer moralischen Instanz der Gruppe geworden.

An der kleinen, unscheinbaren, sozial in vielfacher Hinsicht hilflosen Frau L., zeigt sich sehr schön jener Aspekt der *transzendenten Rollen* den *Grete Leutz* beschreibt:

Werden transzendente Rollen aktualisiert, so erscheinen sie dem Menschen als außergewöhnlich, numinos, archetypisch. Er fühlt sich durch sie in seiner Existenz gefordert und hält die Rolle oft für wichtiger als seine Person.

(Leutz 1974: 52)

An anderer Stelle bezeichnet *Leutz* diese auch als *integrative, ethische* oder *religiöse Rollen*, als „(...) Rollen, die sich nicht aus äußeren Bedürfnissen verstehen lassen, (...)“ (Leutz 1974: 50) und grenzt sie, *Moreno* folgend, von den sozialen Rollen deutlich ab. Auch *Petzold* betont den besonderen Wert *transzendenten Rollen* in der Arbeit mit alten Menschen. Er gibt als ein Ziel seiner „*Counter-Strategien*“ bei Rollenregression und drohender Atrophie des sozialen Atoms das folgende an: „*Der Aufbau und die prägnante Ausformung transzendenten Rollen muss angestrebt werden, um kompensatorische Möglichkeiten zu fördern und die Integrationsleistungen des alten Menschen zu unterstützen.*“ (Petzold 1979: 325)

Gerade im Gruppensetting lassen sich über die gezielte Herausarbeitung, Modellierung und Förderung *transzendenten Rollen* durch entsprechende Inszenierungen (vgl. Fallbeispiel 8),

der, besonders in Altenheimen ständig drohenden Deprivation und Reizarmut gezielt entgegen arbeiten (vgl. auch Petzold, Bubolz 1976a).

Ein mich persönlich sehr berührendes Erlebnis mit einem Sterbenden gibt die folgende Fallvignette wieder:

Fallbeispiel 9

Herr M. (91, seit wenigen Wochen verwitwet) wird im mittlerem Stadium der *Demenz* auf eine Pflegewohnung verlegt. Er war, bis zu seiner späten Pensionierung mit 70, Direktor eines Wiener Gymnasiums. Seine Tochter, die einzige Besucherin, erzählt, dass ihr Vater, seit sie denken kann, ein strenger Atheist gewesen sei. Bis zu seiner Beförderung in die Direktion sei er hoch motivierter Lehrer gewesen, der dann als Direktor nur noch Dienst nach Vorschrift gemacht hätte.

Beim Erstgespräch erhalte ich eine philosophische Belehrung über die Tugenden der Ehe (Herr M. wirkt dabei sehr aufgesetzt). Die Conclusio von Herrn M.: „Es ist anstrengend, eine gute Ehe zu führen.“ Nach zwei weiteren Terminen, bei denen er sich als sehr skeptischer, zweifelnder Denker präsentiert, beklagt er (symbolisch) auch die Reizarmut im Heim. Hr. M.: „Hier herinnen bin ich zu einer null gewachsen!“. Im Anschluss halten wir bei der Unfassbarkeit des Todes seiner Frau inne. Am Ende dieser Stunde steht der Faktor Zeit: er brauche Zeit zu begreifen, was da passiert ist.

Unser vierter Kontakt verläuft wie folgt: Ich trete ins Dreibettzimmer ein und finde Herrn M. im Bett liegend mit geschlossenen Augen vor. Nachdem ich mich an sein Bett gesetzt habe vergehen nochmals fünf Minuten bis Herr M. die Augen öffnete. Sein erster Satz: „Ich werde sterben!“. Wir kreisen um die Frage, wie sich der letzte Augenblick wohl anfühlen(!) werde? Ob sich das Sterben überhaupt begreifen ließe? Das ganze Gespräch verläuft in einer gelassenen, nahezu hoffnungsfrohen Grundstimmung. Ich steige in einen Doppelgängerdialog (vgl. Kap. 3.1.5) mit ihm ein und wir nähern uns dem Punkt (Herr M.): „... wo sich die Seele vom Körper löst ... und hinüber geht ... mit dem letzten Atemzug.“ Als ich Herrn M. im Anschluss (wieder auf der Begegnungsbühne) seine Gelassenheit zurückmelde, laufen dem, bisher immer so nüchtern auftretenden Schuldirektor a. D., die Tränen über die Wangen.

Bei der nächsten Sitzung schaut er mich mit geweiteten Augen an. Herr M. [mit großer Ruhe in der Stimme]: „Sie sind ein eigenartiger Mensch.“ Ich frage nach: „Verwirrt sie diese Eigenart?“ Herr M.: „Nein, ganz im Gegenteil!“ In der letzten Stunde vor seinem Tod zeigt sein Gesicht großes Erstaunen. Herr M.: „Es ist nicht hinzunehmen, dass mit dem Tod alles vorbei ist.“ Dann macht er eine lange Pause, seine Stirn legt sich in tausend Falten: „Das wäre ja das ewige Leben!“, um sofort nachzusetzen: „Ein unmöglicher Gedanke!“. Zwischen diesen beiden Polen laufen die Gedanken noch oftmals hin und her. An der emotionalen Färbung war zu bemerken, dass der erste Gedanke die wesentlich größere Intensität in Herrn M. entfaltet und er sich diese transzendente Rolle des „Ewig Lebenden“, quasi im letzten Moment, noch aneignen will. Demgemäß entspannt verläuft dann sein letzter Szenenwechsel in den Tod.

Gegen seine ureigenste Art zu denken und zu Handeln (also gegen seine lange praktizierte soziale Rolle) setzte sich bei Herrn M. ein Erleben durch, welches seine Person überragte. Dabei handelt es sich wieder um ein Spezifikum transzendenter Rollen, da diese „(...) *als der Person übergeordnet, die gesamte Person umfassend*“ (Frede 1992: 165) erscheinen.

3.

Störungsspezifische Modifikationen des Psychodramas in der praktischen Anwendung mit Alzheimerkranken

Um die hier vorgestellten Modifikationen besser nachvollziehen zu können, beginne ich diesen Abschnitt mit einer Auflistung an Therapiezielen, die mir für diese Diagnosegruppe zutreffend erscheinen. Auf der allgemeinsten Stufe gilt das Motto: Identität stützen, damit Identität weiterentwickelt werden kann. Die dazu passende Grundüberzeugung könnte folgendermaßen lauten: „*Dem negativen Sog der Krankheitsdynamik einen positiven Wahn entgegenstellen.*“ (Stelzig, pers. Mitteilung 2006).

Die Ziele im einzelnen:

- Die 3 Bühnen als unterschiedliche Realitätsebenen schützen und entwirren
- Bewusstes Einbeziehen der sozialen Bühne und Interventionen auf dieser um dem sozialen Tod entgegen zu wirken
- Teilrestitution von Raum & Zeit durch gezielte Begleitung im Sinne des Gefährtentums
- Den Erfahrungen der Vergangenheit Bedeutung geben
- Förderung der transzendenten Rollen¹⁹
- Der Verarmung des Rollenrepertoires vorbeugen (vgl. Petzold 1979: 325). Zum Einnehmen von und Experimentieren mit neuen Rollen ermutigen
- Selbstkohärenz und Selbstkontinuität²⁰ stärken um sich mit dem gelebten Leben aussöhnen zu können (entspricht der *Integration* nach *Erikson*). Förderung der Fähigkeit, die Verluste von sozialen Rollen zu betrauern.
- Durch Rollenspiel Rollen aus dem Rolleninventar wieder ins Rollenrepertoire befördern (vgl. Petzold 1979: 325).

3.1 Einzelsetting

Wie teilweise bereits aus den Fallbeispielen hervorgeht verwende ich in der monodramatischen Arbeit IO, IIO; vor allem persönliche Fotografien der KlientInnen, vorgefertigten Bildkarten, Schnüre, Hand-, Finger- und Biegepuppen, sowie Zeichnungen, Texte, Gebete und Gesänge.

Da, wie schon an mehreren Stellen dieser Arbeit betont, unter *Alzheimerkranken* ein signifikant hoher Anteil an Traumatisierten anzutreffen ist, setze ich oft und gerne Rituale ein, wie sie besonders *Hildegard Pruckner* (2002) für die Arbeit mit Traumatisierten vorgeschlagen hat. Zur Strukturierung des Erzählflusses nutze ich das in Kap. 1.3 vorgestellte Konzept des *Kohärenzgefühls* (SOC) von *Antonovsky*. Bei hochbetagten *alzheimerdementen* Personen bietet die Rückerinnerung an das gelebte Leben einen ausgezeichneten Einstieg in die Therapie:

Findet die Behandlung nicht in einem Rahmen statt, in dem der Einzelne als Mensch geschätzt und respektiert wird und wird dessen persönliche Lebensgeschichte nicht berücksichtigt, so kann die Behandlung weder im Interesse desjenigen mit einer Demenz sein noch derjenigen, die für sie oder ihn Sorge tragen.

(Woods 2002: 353)

Doch die Berücksichtigung der persönlichen Lebensgeschichte allein wäre noch zu wenig. Die von der AD Betroffenen benötigen wesentlich mehr Strukturierungshilfe, um aus dem Meer an Erinnerungssplittern, Assoziationen und (teilweise fragmentierten) Szenen jene allmählich herauszuschälen, die noch nicht ausreichend oder nicht mehr in das Selbst integriert sind. Zur Annäherung an diese Ziele habe ich in der Praxis die folgenden psychodramatischen Techniken als besonders zweckmäßig erfahren:

- Doppelndes Spiegeln (siehe Kap. 2.3.1 und Anmerkung 16)
- Doppelgängerdialog (siehe Kap. 3.1.5)
- suggestives, provokatives und paradoxales Doppeln (siehe Kap. 3.2.2)
- Interviewtechnik
- Gezielte körperliche Berührungen

Meiner bisherigen Erfahrung nach hat sich das Fokussieren auf die drei Komponenten *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* im Rahmen der Befragung der PatientInnen mittels Interviewtechnik, zur Steigerung der Selbstkohärenz und Selbstkontinuität in der praktischen Herangehensweise bewährt. In der Regel ist bereits nach 5-10 Einheiten eine deutliche Stabilisierung der KlientInnen zu bemerken. Ich rechne diese Effekte dem Umstand zu, dass es sich beim SOC um den Kern aller Widerstandsressourcen handelt und ein Vorgehen in der geschilderten Art stets auch diese Ressourcen mitstärkt.

3.1.1 Erweiterte Flexibilisierung

Settingflexibilisierungen werden in den letzten Jahren in der Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie von unterschiedlichen Autoren diskutiert (Lehrl 1992; Plattner & Ehrhardt 2002; Wächtler et al. 1995; Woods 2002). Bei *Alzheimerdementen* habe ich mit der Zeit gelernt das Setting flexibel an das jeweilige Ausmaß der strukturellen Störung anzupassen. Insofern unterscheiden sich die Settings nach dem Schweregrad der *Demenz* was die Dauer der Stunde, die Frequenz, den Ort, die Wahl der Medien und der eingesetzten psychodramatischen Techniken betrifft.

Grob skizziert dauern Therapie in den Anfangsstadien der AD länger (50-90 Minuten), während sie in den fortgeschrittenen Stadien kürzer (20-30 Minuten) dafür aber in dichterem Frequenz (2-3 Mal pro Woche) stattfinden.

Auch die Orte, an denen die Therapie stattfindet, können wechseln. Ich habe bisher in Zimmern, Vorräumen, Behandlungsräumen, Gängen (mit dem/r Betroffenen auf und ab gehend) Gruppenräumen und in Ecken von Stiegenhäusern gearbeitet²¹. Diese wechselnden Orte sind oft vor dem Hintergrund einer Krisenintervention zu sehen. Bei akut auftretenden Wahnbildern oder Flashbacks kann der Gang ins eigene Zimmer der Person (in dem ich eigentlich zu arbeiten vorziehe) kontraindiziert sein. Womöglich wird das Zimmer gerade als Kriegsverließ gesehen und ich wäre ein miserables Hilfs-Ich, würde ich meine Klientin dort hinein drängen, „weil es sich (rein professionell gesehen) dort besser und ungestörter arbeiten ließe“.

Bei bestimmten Konfliktlagen beziehe ich Angehörige und gelegentlich auch die NachbarInnen der PatientInnen in die psychodramatische Arbeit mit ein. Letzteres vorwiegend zu soziometrischen Fragestellungen auf geschlossenen Stationen, wo die Krankenhausstruktur wenig Spielräume zur Wahl des geeigneten Ortes lässt. Ausgewählte Elemente der Einzelarbeit sind in den nun folgenden Kapiteln im Detail dargestellt.

3.1.2 Intermediärobjekte und Intraintermediärobjekte

Jedes Instrument ist nur dann nützlich, wenn man seine Anwendungsmöglichkeiten, Indikationen und Techniken kennt. (...) Instrumente sind festgelegt in einer bestimmten Art und Weise ihres Einsatzes, was der Therapeut akzeptieren muss, indem er seine Interventionen im psychodramatischen Bereich modifiziert. Dieser Schritt ist notwendig, um die Psychotherapie und das Psychodrama von der Kunst zur Wissenschaft hinzuzuführen.

(Rojas-Bermúdez 2003: 342)

Bei Intermediärobjekten (IO) und Intraintermediärobjekten (IIO) handelt es sich um jegliche Art von Hilfsobjekten (Gegenstände, gestaltete Materialien, Zeichnungen, Fotografien, Videos, etc.), die in der psychodramatischen Arbeit Verwendung finden. *Rojas-Bermúdez*, der dieses Konzept ab 1965 entwickelt hat, unterscheidet dabei drei grundlegende Funktionen:

- 1 Unterstützende Funktion
- 2 Vermittelnde Funktion
- 3 Kreative Funktion

Hildegard Pruckner hat diese Theorie weiterentwickelt und spricht sich für eine settingadäquate, altersgemäße und störungsspezifische Modifikation aus (Pruckner 2004: 274). Für die Arbeit mit *Alzheimerkranken* soll dies hier versucht werden. Im ersten Beispiel zeige ich den Übergang von der Warming-up-Phase zur Spielphase mittels IO.

Fallbeispiel 10

[Fortsetzung von Fallbeispiel 5]

Frau S. (77) leidet unter einer AD, die im Jahre 2002 in einer Memory Clinic im Rahmen eines achttägigen stationären Aufenthaltes diagnostiziert wurde. Im Herbst 2003 werde ich von der Tochter von Frau S. konsultiert mit der Anfrage, ob eine Psychotherapie Sinn mache. Seit einem guten halben Jahr leide die Mutter unter plötzlich auftretender Atemnot und breche die Kontakte mit ihrem sehr großen Freundschaftskreis unter fadenscheinigen Begründungen immer öfter ab. Die Tochter fürchtet um völlige Isolierung ihrer Mutter, und dass diese ihren Verstand verliere.

Frau S. zeigt sich im Erstgespräch von ihrer allerbesten Seite, und macht es mir so schwer wie möglich, ihre AD zu erkennen. Fragen nach der Gegenwart weicht sie geschickt aus. Auf die Frage nach ihrem sozialen Atom erfahre ich „*wie komisch die anderen*“ seien. Sehr bald kommen wir zu ihren Kindheitserinnerungen, die, neben allerlei männlichen Idealbildern, um eine alte Frau aus dem Dorf (Frau S. wuchs in einem kleinen Dorf nahe Prag auf) kreisen, „*die zum Schluss den Schnittlauch ins Fenster gestellt hat!*“. Mit dieser Äußerung prägte Frau S. ein sprachliches Bild und symbolisierte damit die Verwirrungszustände wie sie im Zuge einer *Demenz* auftreten. Dieses Bild der den Schnittlauch ins-Fenster-Stellenden (gemeint war der Verlust an kognitiven Fähigkeiten, der dazu führte, dass die Patientin nicht mehr zwischen Blumen und Küchenkräutern zu unterscheiden vermag) taucht in den folgenden Stunden regelmäßig auf. Frau S. verwendet es ausschließlich antagonistisch: als Schreckensbild. So werde sie nicht enden! Da der Schreck in Gestik und Tonfall sehr intensiv spür- und sichtbar ist, aber das Bild für eine Weiterarbeit zu stark aufgeladen war entschieße ich mich für den Einsatz eines IO. Zu Beginn der nächsten Stunde, drücke ich Frau S., gleich nach der Frage nach der aktuellen Befindlichkeit, ein Portrait des Psychiaters Aloys Alzheimer in die Hand (siehe Abb. 8).

Therapeut: „Dieser Mann hat die Krankheit entdeckt, unter der sie leiden.“

Frau S.: „Wirklich? Das ist ja furchtbar! (Pause) Der gehört ja eingesperrt, so etwas in die Welt zu setzen.“

Therapeut: [Weist auf das am unteren Bildrand vermerkte Sterbedatum hin] „Er lebt nicht mehr.“

Frau S.: „Na, das geschieht ihm recht, solche Leute gehören ausgelöscht!“

Therapeut: [Spiegelndes Doppeln] „So **etwas** möchte **man** am liebsten auslöschen, so etwas sollte es gar nicht

- geben.“
- Frau S.: „Ja, das macht ja richtig Angst.“
- Therapeut: „Es macht Angst so **jemandem** ins Gesicht zu schauen.“
- Frau S.: [Nimmt die Fotografie und beseht sie zunächst streng.] „Na, sagen sie das nicht. Der hat ja eine Brille auf, so einen Zwicker, [ihr Blick verliert an Strenge] und eigentlich schaut er für einen Psychiater recht freundlich drein, [Pause] eher wie ein Pfarrer ...“

In dieser Sequenz stand das Portrait von *Alzheimer* für das intrapsychische Verarbeitungsgeschehen von Frau S., oder, anders gesagt für den Kampf auf ihrer *inneren Bühne* mit der Akzeptanz dieser Erkrankung. Mit zusätzlicher Hilfe des spiegelnden Doppelns gelang es Frau S., ihre auf die Erkrankung bezogenen Affekte besser zu regulieren. Eine Wirkung die *Michael Schacht* dem spiegelnden Doppeln zuschreibt (Schacht 2006). In Folge entdeckte die Patientin andere Seiten des Themas, indem sie, auf der Ebene der *präsentativen* Symbolik des Alzheimerportraits, in dessen Gesichtszügen andere Merkmale wahrnahm.

Wir haben in den folgenden Stunden noch einige solcher Warming-ups. Am Ende dieser Sequenz hat sich das Krankheitsbild für Frau S. soweit gewandelt, dass wir uns an einen Szenenaufbau wagen können. Für den Aufbau dieser Szene benutzen wir Intermediärobjekte (IO). Das Thema: „Verlust der geliebten Menschen“ (siehe Abb. 9). Frau S. sucht zunächst für sich und dann für ihren Vater, ihren Bruder und ihren Gatten Biege- bzw. Fingerpuppen aus.

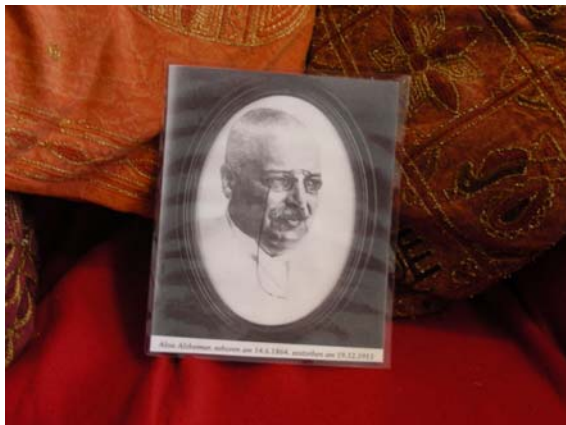


Abb. 8
Portrait von Aloys Alzheimer als Schaukarte.
Angefertigt zum Einsatz als IO.



Abb. 9
Aufstellung der „geliebten Menschen“ von Frau S. (Fallbeispiel 10) mittels IO. Im Hintergrund die Universalien Raum und Zeit.

Ab dem mittleren Stadium der AD lassen sich auch Zonen des eigenen Körpers der Betroffenen als IO einsetzen. Sie werden teilweise von den Patienten selbst für Kommunikationsprozesse angeboten (vgl. Fallbeispiel 2). Das Fallbeispiel 5 zeigt den Einsatz von IO zur Unterstützung der zeitlichen und örtlichen Orientierung.

3.1.3 Die drei Arbeitsbühnen

In den vorangegangenen Kapiteln und in einigen Fallbeispielen war immer wieder die Rede von der *sozialen Bühne*. Ich versuche hier die Bedeutung dieser Bühne für die Arbeit mit Menschen die an *Morbus Alzheimer* leiden kurz zusammenzufassen. Als Ausgangspunkt greife ich auf die Konzeption der *drei Arbeitsbühnen* zurück, wie sie erstmals von *Hildegard Pruckner* (2002) für die psychodramatische Arbeit mit traumatisierten Kindern eingeführt wurde. Da wir es bei *Alzheimerkranken* vorwiegend mit Menschen zu tun haben die in ihrer Kind-

heit oder Jugend²² ein Trauma erlitten haben (vgl. Kap. 1.2 und Kap. 1.2.1) scheint mir die Übernahme dieses 3-Bühnen-Modells theoretisch gerechtfertigt.

Bereits in Kap. 1.1.2 dieser Arbeit (Stichwort „Verhaltensmosaik“) habe ich angedeutet, wie sich der gezielte Blick auf die *soziale Bühne* als diagnostisches Instrument einsetzen lässt, wobei in der Arbeit mit Traumatisierten der psychodramatischen Technik des Szenenaufbaus zentrale Bedeutung zukommt (Krüger 1997: 87-115; Pruckner 2002: 149). Traumatisierte sind zumeist nicht in der Lage eine Bühne zu gestalten, „(...) vom Szenenaufbau her herrscht totales Durcheinander, (...)“ (Pruckner 2002: 150). Durch die zusätzlichen starken kognitiven Beeinträchtigungen von *AlzheimerpatientInnen* schlage ich vor, von den *verwirrten Bühnen* zu sprechen und das Handeln auf diesen Bühnen als *Drama der verwirrten Bühnen* zu begreifen. Diesem Gedanken folgend lege ich viel Augenmerk auf die Ordnung eben jener Bühnen, damit ein Szenenaufbau auf den einzelnen Bühnen (Soziale Bühne, Begegnungsbühne, Spielbühne) ansatzweise gelingen kann, denn „In der Arbeit mit Traumatisierten ist der Szenenaufbau, (...) zunächst oft bereits **die Arbeit**, jedenfalls ist es immer ein wesentlicher Teil, den es zu beachten gilt.“ (Pruckner 2002: 149; Hervorhebung von der Autorin).

Der Begriff der *sozialen Bühne* ist eng mit der Soziometrie *Morenos* und seinem Denken in sozialen Netzwerken verbunden. Teilweise müssen solche Bühnen erst von der Psychodramatikerin, vom Psychodramatiker eröffnet werden: „Oft sind auch Interventionen nötig, um dem Kind überhaupt erst eine Bühne zu schaffen, auf der es in der Therapie Erarbeitetes auch real in Szene setzen kann.“ (Pruckner 2002: 154). Bei *Alzheimerbetroffenen* können solche Intervention wie folgt aussehen:

Fallbeispiel 11

Frau K. (94 Jahre, seit 5 Jahren verwitwet) ist vor 10 Jahren mit ihrem Mann zusammen in ein Pensionistenwohnhaus eingezogen. Nach dem Tod ihres Gatten reagiert sie mit einer schweren Depression und verlässt oft wochenlang nicht ihr Appartement. Nach einigen Monaten psychodramatisch-psychotherapeutischer Behandlung hellt sich die Depression überraschend rasch auf. Mein Verdacht auf *Morbus Alzheimer* wurde von einem beigezogenen Psychiater eher bestätigt²³. Angesichts dieser Diagnose war klar, dass Frau K. in ihrem Eizelappartement ihre soziale Isolation nicht überwinden würde können. Eine Intervention auf der *sozialen Bühne*, dem Altersheim, ist indiziert. Mit der leitenden Stationschwester vereinbare ich eine Übersiedlung von Frau K. auf eine Pflegewohnung. Dort wäre sie in einem Zweibettzimmer untergebracht und könnte (aufgrund des dort geltenden höheren Personalschlüssels) tagsüber mehr in den Stationsalltag eingebunden werden.

Nach einer ca. zweiwöchigen Adaptionsphase nimmt Frau K. in dieser neuen Umgebung tatsächlich wieder soziale Kontakte auf. Die *demenzielle* Symptomatik stabilisiert sich und bleibt konstant bis in ihre letzte Lebenswoche hinein. Dazwischen gibt es symptomfreie Phasen, die sich aber nicht dauerhaft stabilisieren lassen. Auf der Begegnungsbühne wird dann mit Frau K. dieser Übergang nachbearbeitet. Kurz darauf präsentiert mir Frau K. eine Zimmernachbarin als „meine Seelenschwester“ (Zitat Fr. K.).

Mit dem 3-Bühnen-Modell steht uns PsychodramatikerInnen ein sehr wirkungsvolles, komplexes Behandlungs- und Diagnosemodell zur Verfügung, das es in all seinen vielfältigen Implikationen erst auszuformulieren gilt. Ich beschränke mich hier auf den Aspekt des Zusammenspiels der Bühnen. *Hildegard Pruckner* hat dieses Zusammenwirken grundsätzlich grafisch dargestellt (siehe Abb. 10a) und legt — besonders bei traumatisierten Kindern — größten Wert auf die genaue Grenzziehung zwischen diesen therapeutischen Interventionssphären. Unlängst hat Roger Schaller (2007) darauf hingewiesen, dass bei der Symptomatik von verhaltensauffälligen, gewaltbereiten bzw. wiederholt gewalttätigen Jugendlichen diese Grenzziehung äußerst schwierig wird: „Es fehlt ihnen ganz einfach die Sprache, komplexe intrapsychische Konflikte zu formulieren.“ (Schaller 2005: 17). Statt ihr schwieriges Sozialverhalten zu beschreiben, zeigen diese Jugendlichen es unmittelbar nach jedem Start einer Gruppenstunde und drohen damit von Anfang an den Therapieprozess zu zerstören. Nach *Schaller* sollten wir PsychodramatikerInnen, statt Ärger und Ermahnung an den Tag zu legen, „(...) uns (...) freuen und diesen blühenden Mikrokosmos von inadäquaten Verhaltensweisen bereits **als Szene** sehen. Denn durch die spontane **Inszenierung** ihrer Störung in der Behandlungsgruppe wird die Störung für eine

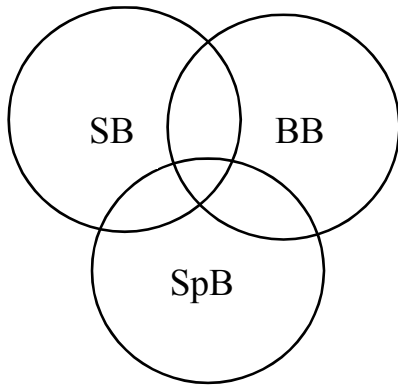


Abb. 10a
Das thematische Zusammenspiel der Bühnen in der Psychodrama-Einzeltherapie mit Kindern; nach Pruckner (2002: 157)

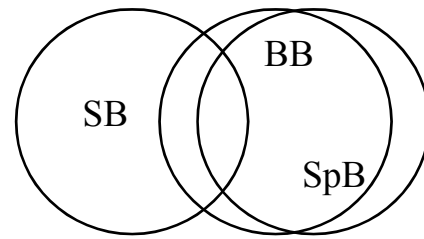


Abb. 10b
Das stärkere Überlappen der Bühnen in der Psychodrama-Gruppentherapie mit gewaltbereiten Jugendlichen; nach Schaller (2007: 88)

Intervention zugänglich.“ (Schaller 2007: 88; Hervorhebungen vom Autor). Damit stellt sich das Zusammenspiel der Bühnen wie in Abb. 10b dar: *Begegnungs-* und *Spielbühne* fallen teilweise in eins. Die psychodramatischen Interventionen fokussieren auf das Hier und Jetzt (ebenda.).

Für die Arbeit mit *AlzheimerpatientInnen* ist die von *Schaller* vorgeschlagene Herangehensweise, inadäquate Verhaltensweisen als Szenen zu sehen von praktischem Nutzen. Oft können von den Betroffenen Lebensszenen nur sehr fragmentiert bzw. in unverständlicher Sprache wiedergegeben werden. Insofern ist es von Vorteil, zunächst auf das Hier & Jetzt der Psychodramagruppe zu fokussieren und *Begegnungs-* und *Spielbühne* ineinander übergehen bzw. sich auseinander entwickeln zu lassen. Wenn wir die bereits mehrfach erwähnte große Bedeutung der *sozialen Bühne* in einer grafischen Darstellung berücksichtigen, dann sähe das Verhältnis der Bühnen in etwas so aus:

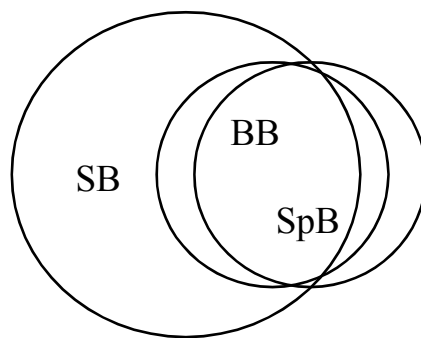


Abb. 10c
Das Zusammenspiel der Bühnen in der Psychodrama-Gruppentherapie mit Alzheimerdementen im stationären Bereich.

3.1.4 Umgang mit den Universalien Raum und Zeit

Vor allem ab dem mittleren Stadium der *Alzheimerdemenz*, gerät die chronologische Reihenfolge von Vorgängen die sich in der Zeit ereignen auch für Ereignisse vor dem Ausbruch der Erkrankung in Vergessenheit. Man spricht von einer *retrograden Amnesie* (Gutzmann 1992a: 16; Krämer 1989, Rath 2001b: 9; Reischies 2006: 682). Wie wir gesehen haben entspricht das mittlere Demenzstadium dem Niveau der kindlichen Intelligenzentwicklung zwischen dem 2. und 7. Lebensjahr (vgl. Abb. 3). Wir befinden uns auf der *psychodramatischen Rollenebene*. Die Metazonen Realität und Fantasie weisen noch keine deutliche Trennschärfe auf. Kinder dieses Alters greifen sehr häufig auf magische Erklärungen für sie verblüffende Ereignisse zurück (Schacht 2003: 125). Aus der modernen Entwicklungspsychologie wissen wir, dass ein Kind erst ab dem 8. Lebensjahr „ (...) *räumliche und zeitliche Vorgänge auch in Gedanken durchspielen [kann]. Zeit kann jetzt rückblickend oder vorausschauend richtig geordnet werden.*“ (ders. 242)

Während Kinder vor diesem Entwicklungsschritt nahezu vollkommen im Augenblick aufgehen und von diesem Augenblick ausgehend Zeit zu ordnen lernen — sie erweitern damit ihren Horizont und den Rahmen der von ihnen überblickbaren Ereignisse — handelt es sich bei AD-Patienten um ein eindeutiges Verlustgeschehen. Ein durch lange Jahrzehnte hindurch bewährtes Koordinationssystem wird brüchig. Wenn diese gravierenden Veränderungen nicht betrauert werden, verfallen die PatientInnen in das häufig zu beobachtende rastlose Wandern zwischen den eigenen Lebensphasen, auf der Suche nach vermissten Personen, verpassten Gelegenheiten, unausgeglichene Verhältnissen und nicht gespielten Rollen.

Um in diesem Sog der Orte und Zeiten Halt und Orientierung zu bieten verwende ich im Einzelsetting gerne Intermediärobjekte (IO), um die in Verlust geratenden Dimensionen von Raum und Zeit wieder zu restituieren. Ohne den roten Faden der Zeit lassen sich die einzelnen Handlungen innerhalb einer Stunde nämlich weder ordnen, noch in ihrem aufeinander Bezogen sein verstehen. Manchmal, wie in dem nun folgenden Beispiel sind die in Abb. 9 und 11 gezeigten Objekte schlichtweg notwendig um das Setting überhaupt aufrecht zu erhalten und die 4 Qualitäten eines Prozesses (Raum, Zeit, Logik, Sinn) zu gewährleisten (vgl. Krüger 1997: 60f, 2001: 55).



Abb. 11

Symbolisierung der Universalien Raum (Kerze) und Zeit (Uhr) als Strukturierungshilfe bei AD-Patienten im Einzelsetting.

Fallbeispiel 12

[Fortsetzung von Fallbeispiel 10]

Frau S. wird regelmäßig von einer slowakischen Hilfskraft zur Therapiestunde gebracht. Nach spätestens 10 Minuten überkommt sie die Angst nicht mehr abgeholt zu werden und auf Gedeih und Verderb ausgesetzt zu sein. In dem ich eine Uhr auf unseren „Gesprächstisch“ (auf der Begegnungsbühne) stelle und die Zeigerstellung markiere bei der Frau S. am Ende der Stunde wieder abgeholt werden wird, ist überhaupt erst an ein therapeutisches Arbeiten zu denken²⁴. Weil sich Frau S. auch immer unsicher ist, wo sie sich denn befindet, entzünde ich eine kleine Kerze die ich symbolisieren soll, dass sie sich im Hier und Jetzt unserer Begegnungsbühne befindet. Nach einigen Anläufen befinden wir uns allmählich in der selben Zeit und am selben Ort. So erst kann die Trennung zwischen Begegnungs- und Spielbühne auch der Patientin deutlich werden und das im Spiel erarbeitete am Ende der Stunde reflektiert werden.

3.1.5 Der Doppelgänger-Dialog

Der *Doppelgänger* wurde von *Moreno* selbst ins Psychodrama, zunächst für die Behandlung von Psychosen eingeführt, als „(...) eine Hilfs-Person, die in der Lage ist, sich in den Patienten einfühlen zu können, dieselben Handlungen, Gefühle und Gedanken auch dieselbe Art der Verkörperung darzustellen, wie sie der Patient zeigt.“ (Moreno 1959: 85). Angesichts der gravierenden Ausdrucks- und Kommunikationsstörungen unter denen *Alzheimerkranke* leiden kann der Einsatz der *Doppelgänger*methode in der Kommunikation mit den Betroffenen nicht hoch genug eingeschätzt werden. Wir müssen, um AD-Patienten zu verstehen nicht mehr „(...) die Sinnhaftigkeit scheinbar sinnlosen Tuns (...) erraten, (...)“ wie der deutsche Psychiater, Psychotherapeut und Spezialist in Altersfragen *Hans Gutzmann* meint (Gutzmann, Zank 2005: 116), sondern finden einen direkten Zugang zum Unbewussten der Betroffenen. Der Einsatz von Doppelgängern wurde von *Moreno* ja auch entwickelt um die Kommunikationsbasis zu verbreitern. So spricht er von acht(!) Wegen der Kommunikation die diese Technik eröffnet, indem der Doppelgänger den Patienten „(...) mit einem ‘Hilfs’-Unbewussten (...)“ (Moreno 1959: 94) ausstattet.

Reinhard Krüger hat den Doppelgänger-Dialog weiterentwickelt. Hierbei fragt der Therapeut nicht auf direkte Weise den Patienten nach seinem Erleben und Befinden, sondern „(...) malt statt dessen spielerisch aktiv mit an dem expressionistischen Gemälde des Wahns. Er geht dabei dem Patienten immer wieder auch einen Schritt voraus.“ (Krüger 2001: 50f). Eine Möglichkeit wie dieses „Vorausgehen“ in der Arbeit mit *AlzheimerpatientInnen* realisierbar ist, soll das nun folgende Beispiel zeigen:

Fallbeispiel 13

[Fortsetzung von Fallbeispiel 6]

Im Doppelgänger-Dialog tauche ich in die (präsentativ symbolisierte) Szene von Frau B. ein und male weiter an dem „expressionistischen Gemälde“ (Krüger 2001: 51) des kleinen Buben mit dem polsterbefüllten Leiterwagen. Therapeut: „Das ist ja wirklich unverschämt wofür Kinder missbraucht werden! Offensichtlich ist der Onkel zu feige um sich blicken zu lassen.“ Fr. B.: „Ja, das geht ja nicht. Da würde ja jeder sofort wissen wo die Polster herkommen!“ Therapeut: „Und wie sieht es mit größeren Dingen aus, Sesseln oder Nachtkästchen zum Beispiel?“ Fr. A. (lacht): „Nein, sind sie verrückt, das wäre ja viel zu umständlich und auch zu schwer! Die sind auf leichte Sachen aus. Am liebsten wär‘ denen ja Geld, aber Geld hab‘ ich keins im Zimmer.“ Nach diesem kurzen Doppelgänger-Dialog sind wir in der Realität angelangt und erörtern die Vorzüge und Sicherheiten(!) die die Verwaltung des Pensionistenwohnhauses mit der Einrichtung der sog. Treuhandkassa bietet.

In schöner Regelmäßigkeit verstricken sich Pflegepersonen in aufreibende Debatten über solche „unmöglichen Vorfälle“ wie sie u. a. in der Szene des polsterbeladenen Leiterwagerls in dieser Fallgeschichte symbolisch Gestalt annehmen. Mit dem Doppelgänger-Dialog erhält die *alzheimerdemente* Person endlich die Gelegenheit ihre Sicht der Dinge zu schildern (Krüger 2001: 51) und das Symbol(bild) vor dem Hintergrund der eigenen Bedürfnisse mit dem Therapeuten zusammen zu explorieren. Damit wird der Entwürdigungsspirale Einhalt geboten und der Patientin eröffnen sich Wege, aus der Rolle der *Chronisch-Infantilisierten* (Selbstbild: „*Ich rede ja eh nur wirres Zeug, kein Wunder, dass sich die anderen von mir abwenden!*“) auszusteigen. Statt eine *Alzheimerbetroffene* in ihrer Rolle der *erlernten Hilflösen* immer wieder aufs neue zu bestätigen, unterstütze ich sie durch den Doppelgänger-Dialog, sich als Wissende ihrer eigenen Symptomatik zu erleben.

Krüger setzt den Doppelgänger-Dialog auch ein, um bei Psychose-Patienten die dissoziierte Raum- & Zeitorganisation wieder ansatzweise zu integrieren (Krüger 2001: 57). Ein Behandlungsansatz der für die Anwendung bei *Alzheimerdemenz* mit ihrer zeitlichen und räumlichen Desorganisation wie geschaffen scheint.

3.2 Gruppensetting

„Auch für die Behandlung dementiell erkrankter Hochbetagter, die (...) in stationären Einrichtungen (...) versorgt werden, erweist sich Gruppenarbeit als wirksames therapeutisches Instrument.“

Bechtler (1994: 120)

Im Gruppensetting arbeite ich mit mehreren geschulten Hilfs-Ichs (AssistentInnen). Dieses Vorgehen ist in der Psychotherapie mit alten Menschen ein durchaus übliches (vgl. Petzold 1979: 366). Petzold hat darauf hingewiesen, dass eine Therapiegruppe bei Krisen älterer Menschen

„(...) die durch Rollenverluste und Einbrüche im sozialen Atom aufgekommen sind, Interaktionspartner, Mitspieler, Menschen, die in gleicher oder ähnlicher Situation sind (...), bereitzustellen [hat]. Oftmals ist dies die einzige Möglichkeit, den ‚sozialen Tod‘ zu verhindern, besonders wenn es sich um alleinstehende Menschen handelt, oder solche, die von ihren Familien allein gelassen wurden oder nicht getragen werden können.“

(Petzold 1979: 347)

Diese Kriterien gelten vollinhaltlich auch für *alzheimerbetroffene* GruppenteilnehmerInnen. Um zusätzlich der spezifischen Symptomatik dieser Erkrankung Rechnung zu tragen, habe ich im Laufe der Zeit folgende Modifikationen im Vergleich zum klassischen psychodramatischen Gruppensetting vorgenommen.

1	Setting:	stationäre Gruppenpsychotherapie
2	Dauer:	40-60 Minuten
3	TeilnehmerInnen:	4-7 Personen
4	Frequenz:	wöchentlich
5	Leitung:	1 Psychodrama-Leiter
	2 AssistentInnen:	Co-LeiterInnen

- | | | |
|---|----------------|--|
| 7 | Diagnosen: | homogen (SDAT) mit hoher Komorbidität (Morbus Parkinson, Depression, Schwerhörigkeit, chronische Schmerzen, wahnhaftige Störungen, etc.) |
| 8 | Sitzplatzwahl: | von Leitung vorgegeben nach soziometrischen Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Ablenkbarkeit durch den Blick auf den Eingang • Stärke der gegenseitigen Anziehung bzw. Abstoßung • Grad der strukturellen Defizite • Emotionale Nähe zum Leiter |

3.2.1 Ausdehnung des therapeutischen Raumes

Aus Abb. 10c geht die *Dominanz der sozialen Bühne* hervor. Um Informationen dieser Bühne in den therapeutischen Prozess möglichst nahtlos integrieren zu können, dehnen wir in unserer Gruppenarbeit den therapeutischen Raum sowohl in der Zeit als auch im Raum aus. Das heißt, wir beziehen Themen und Interaktionen im Vorfeld der Gruppe in den Gruppenprozess mit ein. Diese Vorgangsweise spiegelt einen besonderen Umstand wider: die TeilnehmerInnen gehen nicht *in die Gruppe* — wie wir es von orientierten Erwachsenen üblicherweise kennen — sondern werden *zur Gruppe abgeholt, in die Gruppe gebracht*. Da wir die Abholung vorwiegend nicht dem Pflegepersonal überlassen, sondern diese meist selbst übernehmen, ergeben sich, durch die Begrüßungsszenen vor Gruppenbeginn, oft wichtige Anhaltspunkte, die über die aktuellen Befindlichkeiten und möglichen Themen der TeilnehmerInnen Aufschluss geben. Da diese, von den Betroffenen wenige Minuten später, beim offiziellen Beginn der Gruppe bereits dem Vergessen anheim gefallen sind (*Sekundengedächtnis*), bringen wir diese Themen gezielt in den Gruppenprozess ein und erfüllen damit eine wichtige Hilfs-Ich-Funktion für diese Zielgruppe. Gleichzeitig wird durch ein solches Vorgehen der Gruppenraum über die gesamte Station hin ausgedehnt.

Der entscheidende und all diesen Modifikationen gemeinsame Wirkfaktor ist die Konstanz mit der diese ausgeführt werden. So lasse ich bestimmte GruppenteilnehmerInnen von immer dem selben Hilfs-Ich abholen und zur Gruppe bringen. Solche ritualisierten Abläufe (siehe Kap. 3.2.3) wirken auf die TeilnehmerInnen entängstigend. *Struwe* hat nachgewiesen, dass Entängstigung sowohl für die Reaktivierung von sogenannten Erinnerunginseln, als auch für die Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten verantwortlich ist. Er berichtet von einer dadurch möglichen Reduzierung an Psychopharmaka um bis zu 80% (Struwe 1995: 213f).

In bestimmten Fällen dehne ich den therapeutischen Raum in Richtung des realen sozialen Atoms mancher TeilnehmerInnen aus, indem ich *nichtdemente* EhepartnerInnen oder Kinder bzw. EnkelInnen in den Gruppenprozess mit einbeziehe. Dieses Vorgehen ist allerdings immer eine Gratwanderung und sollte mit den Angehörigen gut vorbesprochen werden, damit hier keine Parallelinszenierungen mit dem Gruppenprozess interferieren. Diese Modifikation dient vorwiegend der intergenerationellen Entängstigung. Durch die gemeinsame Teilnahme an der Psychodramagruppe erlernen die *nichtdementen* TeilnehmerInnen *soziale Skripts* für den Umgang mit ihren *dementen* Angehörigen, die sie auch nach der Gruppensitzung weiter pflegen können.

3.2.2 Der Einsatz von Hilfs-Ichs und Hilfs-Ich-Funktionen

Hilfs-Ichs sind angesichts der Schwere der Erkrankung der GruppenteilnehmerInnen ausschließlich Psychodrama-AssistentInnen (also ausgebildete Hilfs-Ichs; vgl. Zeintlinger-Hochreiter 1996: 22). Sie werden in der *Alzheimergruppe* in mehreren Funktionen eingesetzt. Einerseits als klassische DoppelgängerInnen und besonders häufig als „Organverlängerungen“ von GruppenteilnehmerInnen. So wird z. B. ein Hilfs-Ich regelmäßig zu den Ohren einer schwerhörigen Dame, indem es die in der Gruppe besprochenen Themen nahe vor dem Ohr der Patientin nochmals laut wiederholt. Ein anderes Hilfs-Ich kann umgekehrt zum „Sprachrohr“ für eine entkräftete Teilnehmerin werden, indem es die leisen, fast gehauchten Aussagen dieser Person mit kräftiger Stimme für andere GruppenteilnehmerInnen akustisch wahrnehmbar macht. Bei den häufig anzutreffenden Aphasien² verlangt es vom Hilfs-Ich hingegen klassisches, einführendes Doppeln, um den von den Betroffenen sprachlich nicht mehr klar ausdrückbaren emotionalen Gehalt ihrer Aussagen der Gruppe zu kommunizieren.



Abb. 12
Einsatz von Hilfs-Ichs auf der Begegnungsbühne.
(im Bild links doppelt die Co-Leiterin, rechts der Leiter)

Diese Hilfs-Ich-Funktionen kommen bereits auf der *Begegnungsbühne* zum Einsatz und nicht erst, wie im klassischen Psychodrama, auf der *Spielbühne*. Insofern wird die Einkleidung von Hilfs-Ichs großteils bereits zu Beginn einer Gruppenstunde festgelegt. Für gewöhnlich erfolgt die Festlegung bei der Vorbesprechung, aufgrund der Eindrücke die wir (Psychodrama-Leiter und Hilfs-Ichs) von den vorangegangenen Gruppensitzungen erhalten haben. Um solch eine Hilfs-Ich-Funktion auf der *Begegnungsbühne* ausführen zu können hat es sich bewährt, den Hilfs-Ichs fixe Sitzplätze an der Seite der/des jeweils in der Vorbesprechung ausgewählten Teilnehmerin/Teilnehmers zuzuordnen.

Sehr häufig setzen wir die Hilfs-Ich-Funktion des Doppeln ein. Von den Hilfs-Ichs vorwiegend in der *empathischen* Variante (Petzold 1979: 178), von mir als Leiter häufig auch in der Form des *konfrontierenden* oder *paradoxalen Doppeln*. Diese letzten beiden Varianten des Doppeln setze ich hauptsächlich ein, wenn ich den Eindruck gewinne, dass sich bei bestimmten GruppenteilnehmerInnen *Unterordnungsverhalten* breit macht und/oder sie jeder geäußerten Meinung zuzustimmen beginnen. Wobei das *konfrontierende Doppeln* ein sehr direktes und aufdeckendes Verfahren ist. Es „(...) *konfrontiert den Protagonisten mit Dingen, denen er ausweicht, die er ableugnet oder anderweitig umgeht.*“ (ders. 189). Dem gegenüber steht das *para-*

doxale Doppeln, das *Petzold* auch „*als eine Sonderform*“ des provokativen Doppeln versteht. Hierbei wird mit einem „*dem wirklichen Sachverhalt entgegenstehenden Inhalt*“ interveniert. Anders gesagt: es wird „*absichtlich ‚falsch‘ gedoppelt*“ (ders. 191). Da diese beiden Doppelvarianten nicht sehr häufig angewendet werden, bieten die folgenden Fallbeispiele einen kurzen Einblick in die Vorgangsweise.

Fallbeispiel 14 [konfrontierendes Doppeln]

Frau I. nimmt seit 3 Wochen an der Psychodramagruppe teil. Die demente Bewohnerin eines Altenheimes kommt nach einer länger anhaltenden depressiven Periode von sich aus auf mich zu und bittet „*einfach mal dabei sein*“ zu dürfen. Ich stimme für eine Probesitzung zu. Diese Gelegenheit nützt die Patientin für eine ausführliche Vorstellung ihrer Person und ihrer Lage (sie ist zu diesem Zeitpunkt noch immer leicht depressiv verstimmt und suizidal gefährdet). Am Ende der ersten Gruppensitzung wirkt sie deutlich aufgehellt und wir vereinbaren eine regelmäßige Teilnahme. Schnell findet Frau I. in Frau U., die ihr im Gruppenkreis diametral gegenüber sitzt, eine Antagonistin. Während Frau I. sich stets als diejenige darstellt, die „*am Nachmittag nie*“ schläft, weil sie „*keinen Grund zum schlafen*“ hat und jeden Morgen bereits um 5:30 Uhr aufsteht, um „*viel unterwegs*“ zu sein, ist an der im Lehnstuhl halb liegenden Frau U. sofort ersichtlich, dass sie diese Vorzüge nicht mehr genießen kann. Frau U. ist in ihrer eigenen Zeit und ihrer eigenen, gleichbleibenden Tätigkeit versunken. Sie zieht genüsslich an ihrer Zunge und stößt in unregelmäßigen Abständen wohlige Laute aus. Diesen gestischen Ausdruck wiederholt sie unablässig, mindestens 10 bis 12 Stunden pro Tag. Die andere Zeit über schläft sie. Frau I. reagiert von Stunde zu Stunde zusehends gereizt auf das Verhalten von Frau U. Als sie sich bei mir über „*diese Dame*“ erkundigt beginne ich sie konfrontierend zu doppel.

- Frau I.: [Zeigt auf Frau U.] „*Wos is denn mid dea doda?*“ („Was ist denn mit der hier los?“)
 Leiter: „*De, de ned amoi mea redn coo.*“ („Die, die nicht einmal mehr reden kann.“)
 Frau I.: „*Jo! Wos mochn dee bei uns doo?*“ („Ja! Was macht die bei uns hier?“)
 Leiter: „*So wos diafads ned geem. Des is jo grauslich ...*“ („So etwas dürfte es nicht geben. Da graust es einem ja ...“)
 Frau I.: „*Wos duad denn dee ollaweu mid ira dsungan?*“ („Was tut die denn die ganze Zeit über mit ihrer Zunge?“)
 Leiter: „*Na, do wiad ma jo schbeiübl. Des is jo ned dsun aushoidn.*“ („Nein, da wird mir ja speiübel. Das ist ja nicht zum aushalten.“) [kurze Pause; mit Nachdruck:]
 „*Dee ghead wegg!*“ („Die gehört weg!“)
 Frau I.: „*Na, des ceenans do ned mochn. Dii iis jo aa nua a mensch.*“ („Nein, das können sie doch nicht machen. Die ist ja auch nur ein Mensch.“)

In den Stunden nach dieser Intervention ging die Irration Frau I.'s über Frau U. sukzessive zurück. Nach zirka 10 weiteren Gruppensitzungen lässt Frau I. einmal eine mitfühlende Bemerkung in Richtung Frau U. fallen.

Einige der *prämorbid*en *Persönlichkeitseigenschaften der Alzheimerdemenz* (vgl. Kap. 1.2) lassen sich durch die hier beschriebenen Doppel-Varianten wirkungsvoll unterlaufen. Sie fördern auch die affektive Beteiligung der Gruppenteilnehmer und machen diese untereinander aufeinander aufmerksam. Solche Interventionen spielen immer vor dem Hintergrund einer sehr wertschätzenden Grundhaltung und einer durch Rituale zusätzlich abgesicherten Zeitstruktur²⁵. Zusätzlich verstärke ich, vor allem beim *spiegelnden Doppeln* (Kap. 3.1.2; vgl. auch Fallbeispiel 10 und Fußnote 16) meine Worte mit gestisch-pantomimischen Ausdruck. Um so die TeilnehmerInnen mehrmals pro Gruppenstunde zu vergewissern, dass tatsächlich sie als Personen gemeint sind, dass meine Stimme aus der Gegenwart stammt und auf sie als Person im Hier und Jetzt bezogen ist.

Fallvignette 15a [paradoxales Doppeln]

Frau H. nimmt bereits seit 3 Jahren an der Demenzgruppe teil. Sie ist mittelgradig verwirrt und in der Gruppe auch nach dieser langen Zeit immer noch sehr vorsichtig. Sie spricht fast ausschließlich in Stereotypen. Einige ihrer Standardsätze lauten: „*Na, do muas ma hoid ...*“ („Nun, da muss man halt ...“), „*Na so connsdd des ned mochn.*“ („Nein, so kannst du das nicht machen.“) oder „*Du bissd a guada/besa.*“ („Du bist ein guter/ein böser.“). Als das Thema auf „*die eigene Meinung*“ kommt entspinnt sich folgender Dialog:

- Leiter: „*Frau H., darf man eine eigene Meinung haben?*“
 Frau H.: [Zu mir gewandt] „*Na, ii was nedd ...*“ („Nun, ich weiß nicht ...“)
 Leiter: [Schnell an ihre Seite wechselnd] „*ii was ned, eigandlich brauch ii des ee ned.*“

- („Ich weiß nicht, eigentlich brauche ich das ohnehin nicht.“)
- Frau H.: [hellhörig] „was?“ („Was?“)
- Leiter: „na aa eigane meinung. wos brauch ii dees?“ („Nun, eine eigene Meinung. Wozu soll ich so etwas brauchen?“)
- Frau H.: „na, dees is ned woa. ma daaf sei eigane meinung hom!“ („Nein, das stimmt nicht. Man darf seine eigene Meinung haben!“)
- [Dabei strahlt sie über das ganze Gesicht.]

Fallvignette 15b [paradoxales Doppeln]

Ähnlich verläuft eine Intervention bei der oben vorgestellten Frau I. Beim Thema „Frust“ doppelte ich sie paradox indem ich einfach laut ausspreche:

- Leiter: „frussdd, jo freilich. den muas ma ooneman. auf jedn foi!“ („Frust, ja natürlich. Den muss man annehmen. Auf jeden Fall!“)
- Frau I.: [mit direktem Augenkontakt und starker Gestik der Hände]: „na, des iis a bleedsin!“ („Nein, das stimmt nicht!“)

In der Folge schilderte Frau I., mit für sie ungewohnter Eloquenz, wie sie früher mit Ärger umgegangen ist.

3.2.3 Die Ritualisierung des Ablaufs

Wie in Kap. 3.2 bereits erwähnt, findet die Platzwahl der TeilnehmerInnen durch die Leitung statt. Damit sichern wir für diese Diagnosegruppe eine Begrenzung von äußerlichen Reizen, die leicht zu Irritation der Betroffenen führt. Frau I. aus Fallbeispiel 14 vertrug beispielsweise den Platz gegenüber der hochgradig verwirrten Frau U. nicht, während sie — seitlich neben dieser sitzend — einfühlsam werden konnte. Ebenso setzen wir eine Teilnehmerin mit Wandertrieb nicht mit Blick zur Tür. Bauen zwei TeilnehmerInnen während des Gruppenverlaufs zueinander Kontakt auf, so fördern wir dies, indem wir die beiden auch zum nächstfolgenden Gruppentermin nebeneinander zu sitzen bringen. Bedingt durch die fortschreitenden Defizite in der Handlungsplanung ist nämlich bei den TeilnehmerInnen — spätestens ab dem mittleren *Demenzstadium* — das gezielte Aufsuchen von Personen nicht mehr gewährleistet. Wertvolle Kontakte auf den *sozialen Bühnen* der Betroffenen versiegen aus diesem Grund allzu schnell. Die resultierende Isolierung ängstigt und fördert die Bildung wahnhafter Symptome.

Eine zusätzliche Rahmung setzen wir zu Beginn jeder Gruppe mit der ausführlichen Begrüßung jeder einzelnen Teilnehmerin und jedes einzelnen Teilnehmers. Als Psychodrama-Leiter gehe ich von Person zu Person, reiche meine Hand und spreche den Namen der jeweiligen TeilnehmerIn für alle vernehmbar laut aus. Oft lasse ich noch eine Kurzbeschreibung folgen, die sich auf eine bestimmte Rolle oder Emotion der eben begrüßten Person bezieht. Beispielsweise: „[zur Teilnehmerin gewendet] *Willkommen Frau K. Ich freue mich, Sie heute begrüßen zu dürfen. Sie waren heute die erste im Raum und wollten gleich loslegen.* [zur Gruppe gewendet] *Frau K. ist heute besonders gesprächig.*“ Persönliche Nähe, liebevolle Blicke (vgl. Petzold 1995) und Humor begleiten den gesamten Gruppenprozess. „*Humor führt dazu: trotz Hilflosigkeit neue Aspekte zu sehen, trotz Depression einen Überlebensweg zu finden und trotz Zorn Aggressionen humorvoll zu gestalten.*“ (Hirsch 2000: 213).

Zur weiteren Strukturierung des Zeitverlaufs setzen wir Lieder ein. In ritualisierter Form immer zu Beginn und am Ende jeder Gruppensitzung, zu anderen Zeitpunkten um Themen der TeilnehmerInnen zu verdichten, miteinander zu verknüpfen bzw. zu verbreitern. Oft sind die Lieder auch Ausgangspunkte für weiterführende Themen und bilden damit eine Art roten Faden durchs Geschehen.

3.2.4 Fokussierung und Themenfindung

Als Leiter biete ich aktiv verschiedene Themen an. Die Auswahl richtet sich nach den durch die Ausweitung des therapeutischen Raumes erhaltenen Informationen der *sozialen* und der *Begegnungsbühne* (im unmittelbaren zeitlichen Vorfeld), dem Gruppenprozess (im Hinblick auf die vorangegangenen Gruppenstunden) und der aktuellen Affektlabilität (bzw. Agitiertheit) der TeilnehmerInnen im Hier und Jetzt. Auch *Ursula Mittelstein* empfiehlt eine ähnliche Art der Themenvorgabe für die Arbeit mit *Alzheimerdementen* (Mittelstein 1995: 219). Ich halte diese Vorgangsweise im Gegensatz zu ihr flexibel: ein deklariertes Ziel der Gruppenarbeit ist schließlich die Stärkung der Ich-Funktionen und der Ich-Integrität. Mein Ziel ist es, die Themenwahl wieder an die TeilnehmerInnen zurück zu delegieren. So werten wir es als Erfolg, wenn es den TeilnehmerInnen zu Beginn der Stunde gelingt sich selbst vorzustellen. Sie benötigen (dann) nicht (mehr) das in Kap. 3.2.3 als Rahmung beschriebene Ritual der Begrüßung durch den Leiter. Merke ich darüber hinaus, dass die TeilnehmerInnen bereit sind ihre Bedürfnisse als Motive im Gruppengeschehen zu thematisieren, ziehe ich die von mir zur Verfügung gestellte Hilfs-Ich-Funktion des Themenanbieters zurück. Die Rückübernahme dieser Kompetenz ist bei leicht- bis mittelgradig verwirrten Personen in der Regel nach ca. 20 bis 25 Gruppeneinheiten möglich, wenn auch nicht immer dauerhaft, sodass wiederum ein hohes Maß an flexiblem Einsatz der Hilfs-Ich-Funktionen gefragt ist. Im folgenden liste ich eine Auswahl häufig wiederkehrender Themen aus dem Gruppenprozess auf:

- „Ich kann nicht mehr“
- „Es wird alles weniger“
- Nach Hause — schlafen — sterben wollen
- Auf dem Weg in den Himmel
- Umgang mit verschiedenen Meinungen
- Mensch sein
- „Ich bin noch da“
- „Was steht mir an die Stirn geschrieben?“
- Erster oder letzter sein
- Warten
- Nehmen oder nicht Annehmen von Ärger und Frustration
- Töchter bringen Müttern Ruhe
- Sinnhaftigkeit der Kindererziehung
- Zufriedenheit
- „Das Glück ist ein Vogerl“
- „Wer gibt die Richtung vor?“
- Eine eigene Meinung haben — Meinungsverschiedenheiten — Meinungsführerschaft
- Wie schwer muss Arbeit sein?
- Ehepartner: Strenge oder Nachsicht mit ihnen?
- Wann darf man sich ausruhen, sich Gutes tun?
- Nichts hören — nichts sehen — immer mehr vergessen
- Umgang mit Trauer, Wünschen und Ambivalenzen

Zu Beginn einer Gruppensitzung („Warming up“-Phase) fokussieren wir auf Themen der *sozialen Bühne* und versuchen mit den TeilnehmerInnen Brücken zur *Begegnungsbühne* zu schlagen. Wobei die Bühnen hier die in Abb. 10c charakteristischen Überlappungen aufweisen. Der Übergang von der Begegnungs- zur Spielbühne geht oft sehr subtil vonstatten und erinnert von der Psychodynamik her den von Weber (2002) und Biegler et al. (2004) beschriebenen Prozessen bei Jugendlichen. Das nun folgende Fallbeispiel zeigt einen dieser Übergänge.

Fallbeispiel 16

[Übergang: von der Begegnung– zur Spielbühne]

Herr G. (80 Jahre, seit 3 Jahren in einer geriatrischen Station) nimmt, nach 30 Stunden Einzelpsychotherapie zum zweiten Mal an der Demenzgruppe teil. Er ist zur Zeit der einzige männliche Gruppenteilnehmer. Die Hauptthemen der monodramatischen Einzelarbeit: Trauer um die vor einigen Jahren an Brustkrebs verstorbene Frau. Zweifel am eingeschlagenen Lebensweg nach der französischen Gefangenschaft im 2. Weltkrieg. Unausgetragene Konflikte mit dem jüngeren Bruder. Bei seiner ersten Gruppensitzung verhält er sich sehr dominant, spricht laut und stellt den anderen Teilnehmerinnen Fragen nach deren Alter und deren Vorlieben. Nachdem er sein Lebensalter zuerst mit 52 und kurz darauf mit 41 angibt, äußert er laut und deutlich sein Anliegen: „ii suachad aa frau dsum heiraddn.“ („Ich würde eine Frau zum Heiraten suchen.“). Nachdem ihn eine Sitznachbarin einen Korb gibt, probiert er es sofort an seiner anderen Seite, bei Frau J., und erntet prompt eine Einwilligung. Händchenhaltend verbringen die beiden die restlichen Minuten dieser Gruppenstunde auf der Begegnungsbühne. Geheiratet solle am folgenden Tag werden.

Eine Woche später, in der Gruppensitzung (auf der Begegnungsbühne), will sich Herr G. dann doch versichern. Er befragt Frau J., die sich immer noch als mit der Hochzeit einverstanden zu erkennen gibt.

Herr G.: „warum wüsd mii heiraddn?“ („Warum willst du mich heiraten?“)

Frau J.: „weusd ma gfoisd.“ („Weil du mir gefällt.“)

Herr G.: [sichtbar noch nicht zufrieden]

„warum wüsd mii heiraddn?“ („Warum willst du mich heiraten?“)

Frau J.: „weu ra dii gean hob.“ („Weil ich dich mag.“)

Bevor sich die Handlungsenergie wieder verflüchtigt öffne ich mit der Co-Leiterin den Sitzkreis. Zusammen bauen wir die Szene auf. Das „Brautpaar“ auf der einen, die anderen GruppenteilnehmerInnen als „geladene Gäste“ auf der anderen Seite. Sowohl Herr G., als auch Frau J. sitzen im Rollstuhl. (Letztere vermag diesen nicht mehr zu bedienen.) Ich biete den beiden Requisiten (Stoffe, Kleidungsstücke) zur Wahl an. Frau J. erwärmt sich für rosa Tüll, den sie sich als Schal um den Hals legt. Herr G. entscheidet sich für einen weißen Hut, und, mit Unterstützung der künftigen Braut, für ein elegantes Sakko (siehe Abb. 13). Danach wird der Korb mit Tüchern im Kreis herum gereicht. Jede Teilnehmerin sucht sich eines (zum Winken) aus. Der Co-Leiter greift nach einer (echten) Kamera. Er wird der Hochzeitsfotograf sein. Sogleich stimmt die Co-Leiterin als Hochzeitslied „Hoch sollen sie leben“ an. Die meisten „Hochzeitsgäste“ winken mit ihren Tüchern und stimmen in das Lied mit ein. Ein Gast singt „Dick soll sie werden!“ Daraus entspinnt sich noch ein humorvoller Disput über das Kinderkriegen. Dann folgt der Brautkuss. Herr G. kommt auf den Geschmack und fordert einige Wiederholungen ein. Der „Braut“ wird dies zuviel. Als Leiter bewege ich den Rollstuhl der „Braut“ von „Gast“ zu „Gast“, damit sie sich ihre Glückwünsche persönlich abholen kann. Auf der jeweils anderen Seite steht die Co-Leiterin bereit, um im Bedarfsfall den jeweiligen „Hochzeitsgast“ zu doppeln, falls eine die Spielszene vergessen haben sollte (siehe Abb. 12). Alle „Hochzeitsgäste“ gratulieren in diesem Modus aufs freundlichste. Zuerst der „Braut“, dann dem „Bräutigam“. Nach Auflösung der Szene sitzen wieder alle im Gruppenkreis und singen das stets gleichbleibende Abschiedslied.



Abb. 13

Übergang von der Begegnung– zur Spielbühne.
(Die „festlich eingekleideten“ Brautleute halten sich an den Händen.)

3.3 Ausblick

Wie bereits in der Einleitung angedeutet, handelt es sich bei dieser Arbeit um einen skizzenhaften Entwurf. Verzweigungen und Vertiefungen des Themas lassen sich in viele Richtungen hin vornehmen. In psychodramatischer Hinsicht besonders lohnenswert erscheint mir die weitere Beschäftigung mit den Hilfs-Ich-Funktionen. Hier gilt es die verschiedenen Spielarten des Doppeln und Spiegeln in direkten Zusammenhang mit den jeweiligen strukturellen Defiziten der Alzheimerbetroffenen zu bringen. Als Ergebnis hätten wir eine hoch differenzierte Interventionsmatrix und könnten alle Stadien der Erkrankung, dem Störungsgrad angepasst, psychodramatisch-psychotherapeutisch sicher begleiten. Ein erster Anhaltspunkt hierzu ist die in Abb. 3 wiedergegebene Umkehrung der kindlichen Intelligenzentwicklung.

Auch die Übergänge der einzelnen Bühnen gehören noch genauer erforscht. So fällt *AlzheimerpatientInnen* sowohl das Einnehmen als auch das Ablegen von Rollen besonders schwer. Hier ist unsere gewohnte Verständnis der *Rollenübernahme* herausgefordert. Gehört es möglicherweise erweitert? Ab dem mittleren *Demenzstadium* weiß der/die Betroffene mit Sicherheit nicht mehr auf welcher Bühne er/sie sich befindet. Was heißt das für unsere konkrete Arbeit? Welche Hilfs-Ich-Rollen können wir passend auf welchen Bühnen zur Verfügung stellen?

Konsequenzen gibt es auch für das psychodramatische Konzept des „Selbst“ im Zusammenhang mit der erzählten Lebensgeschichte zu ziehen.

Eines scheint jedenfalls sicher. Die Arbeit mit *Alzheimerkranken* fordert, ähnlich der Kinder- und Jugendarbeit, ein intensives Einbeziehen der (pflegenden) Angehörigen. Eine Auffassung die mir kürzlich auch *Joachim Bauer* in einem persönlichen Gespräch bestätigte: „*In Zukunft würde ich die Angehörigen ab der ersten Minuten mit einbeziehen.*“ (Bauer, persönliche Mitteilung 2007). Hierbei geht es nicht nur um bloße Aufklärung des Krankheitsgeschehens, sondern (Stichwort „Ausdehnung des therapeutischen Raumes“; Kap. 3.2.1) die gezielte Nutzung des sozialen Atoms der Betroffenen und das Erlernen neuer *intergenerationeller Skripts* seitens der Angehörigen.

Schließlich gilt es für den therapeutisch nachhaltigen Umgang mit *Alzheimerkranken* auch das interdisziplinäre Zusammenspiel zu verstärken, damit die — durch die Psychodramatherapie den PatientInnen kurzfristig ermöglichten — Zugewinne an Strukturkomplexität und Differenzierungsvermögen auch über einen längeren Zeitraum hin im stationären Bereich gestützt und getragen werden.

Literatur

A

- Aarts, Petra G. H.; op den Velde, Wybrand* (2000): Eine früher erfolgte Traumatisierung und der Prozess des Alterns. In: *van der Kolk et al.* (Hrsg.): a.a.O., 289-306
- Adams, R. E.; Victor, M.* (1985): Principles of Neurology. McGraw-Hill, New York
- Améry, Jean* (2005): Über das Altern - Hand an sich legen. Werke Band 3, Hrsg. v. *Monique Boussart*, Klett-Cotta, Stuttgart
- Ancochea Serraima, Chus* (2006): Tiene tela / Betuchte Menschen - Stoffe als Medium der Kommunikation in der Psychodramapsychotherapie. In: : Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 01/2006, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 5-17
- Antonovsky, Aaron* (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis Bd. 36, dgvt, Tübingen

B

- Baltes, Paul B.; Baltes, Margret M.* (1992): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: *Baltes/Mittelstrass* (Hrsg.): a.a.O., 1-34
- Baltes, Paul B.; Mittelstrass Jürgen* (Hrsg.) (1992): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Arbeitsgruppe: Altern und gesellschaftliche Entwicklung. Forschungsbericht 5. De Gruyter, Berlin New York
- Bauer, Joachim* (1994): Die Alzheimer-Krankheit. Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie. Geleitet von Thure von Uexküll, Schattauer, Stuttgart, New York
- (2003): Neue Aspekte der Alzheimer-Krankheit: Welchen Einfluss haben zwischenmenschliche Beziehungen auf die Gesundheit des Gehirns? Vortrag anlässlich der Tagung des ALzheimer-ETHik e.V. In Verbindung mit der DGGPP am 7.2.2003 in Düsseldorf, Landtag NRW
 - (2007): Die Alzheimer-Krankheit: Erst eine seelische, dann eine neurobiologische Erkrankung. Quelle: www.psychotherapie-prof-bauer.de
- Bauer, Joachim; Qualmann, Jörg; Stadtmüller, Godehard; Bauer, Hedwig* (1998): Lebenslaufuntersuchungen bei Alzheimer-Patienten: Qualitative Inhaltsanalyse präorbiter Entwicklungsprozesse. In: *A. Kruse* (Hrsg.) (1998b): a.a.O., 251-274
- Bäurle, Peter; Radebold, Hartmut; Hirsch, Rolf D.; Studer, Karl; Schmid-Furstoss, Ulrich; Struwe, Burkhard* (Hrsg.) (2000): Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen - Grundlagen und Praxis. Huber, Bern
- Beauvoir, Simone de* (1972): Das Alter. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Bechtler, Hildegard* (1994): Therapeutische Gruppenarbeit in unterschiedlichen Praxisfeldern. In: *Radebold/Hirsch* (Hrsg.): a.a.O., 113-124
- (2000): Gruppenpsychotherapie mit älteren Menschen. Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 18, Ernst Reinhardt, München
- Biegler-Vitek, Gabriele; Riepl, Roswitha; Sageder, Thomas* (2004): Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen. In: *Fürst et al.* (Hrsg.): a.a.O., 306-325
- Bickel, Horst* (1992): Epidemiologie. In: *H. Gutzmann* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 2, 31-50
- Böhm, Erwin* (1999): Verwirrt nicht die Verwirrten: neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Psychiatrie-Verlag, Bonn, ¹²2004
- Brosch, Werner* (1995): Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer. Orac, Wien, ²1995
- Buber, Martin* (1962): Die Schriftwerke. Verdeutschte gem. mit Franz Rosenzweig. Deutsche Bibelgesellschaft, Stuttgart, ⁶1992
- Buer, Ferdinand* (Hrsg.) (1989): Morenos therapeutische Philosophie: die Grundideen von Psychodrama und Soziometrie. Leske + Budrich, Opladen, ²1991
- (1989a): Morenos Philosophie und der Anarchismus. In: *ders.* (Hrsg.): a.a.O., 181-198
 - (Hrsg.) (1997): Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis & Gesellschaftspolitik 1996, Leske + Budrich, Opladen

D

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (1994): ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Band 1 Systematisches Verzeichnis, Urban & Schwarzenberg, München Wien

E

Erikson, Erik Homburg (1966): Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt/M., ¹⁶1997
- (1988): Der vollständige Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt/M.

F

Fox, Jonathan (Hrsg.) (1989): Psychodrama und Soziometrie: Essentielle Schriften. Ed. Humanistische Psychologie, Köln

Frede, Ursula (1992): Behandlung unheilbar Erkrankter. Psychodramatherapie in Theorie und Praxis. Psychologie Verlags Union, Beltz, Weinheim

Fuhrmann, Ingrid; Neumann, Eva Maria; Gutzmann, Hans; Niemann-Mirmehdi, Mechthild (1995): Abschied vom Ich: Stationen der Alzheimer Krankheit. Orientierungshilfen - Hrsg. Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V., Herder, Freiburg, 2000

Fürst, Jutta; Ottomeyer, Klaus; Pruckner, Hildegard (Hrsg.) (2004): Psychodrama-Therapie: Ein Handbuch. Facultas, Wien

Furtmayr-Schuh, Annelies (1990): Die Alzheimer Krankheit - Das große Vergessen. Wissen, vorbeugen, behandeln, mit der Krankheit leben. Kreuz, Zürich, 2000

G

Gatterer, Gerald; Croy, Antonia (2005): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Springer, WienNewYork

Gertz, Hermann-Josef (1992): Neuropathologie der Demenz vom Alzheimer-Typ. In: *H. Gutzmann* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 4, 69-85

Glutz, Peter (2004): Die Vertreibung. Böhmen als Lehrstück. Ullstein, Berlin

Grimmer, Karl (2006): Psychodramatische Überlegungen und Techniken zur Therapie von Angststörungen. Unveröffentlichtes Manuskript, Wien

Gutzmann, Hans (Hrsg.) (1992): Der dementielle Patient. Das Alzheimer Problem - Diagnostik Ursachenforschung Therapie Betreuung. Reihe Angewandte Alterskunde, Band 3, Huber, Bern

- (1992a): Klinik der Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT). In: *ders.* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 1, 13-30

- (1997): Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In: *C. Wächtler* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 4, 40-59

Gutzmann, Hans; Zank, Susanne (2005): Dementielle Erkrankungen - Medizinische und psychosoziale Interventionen. Grundriss Gerontologie Band 17, Kohlhammer, Stuttgart

H

Hautzinger, Martin (2000): Depression im Alter. Beltz PVU, Weinheim

- (2002): Depressive Störungen. In: *A. Maerker* (Hrsg.) a.a.O., Kap. 7, 141-165

Herschkowitz, Norbert (2001): Das vernetzte Gehirn - Seine lebenslange Entwicklung. Huber, Bern, ³2006

Heschel, Abraham Joshua (1980): Gott sucht den Menschen: eine Philosophie des Judentums. Jüdische Verlagsanstalt, Berlin, ⁵2000

Heuft, Gereon; Kruse, Andreas; Radebold, Hartmut (²2006): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Reinhardt, München

Hirsch, Rolf D. (1994): Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt

- (2000): Humor in der Alterspsychotherapie. In: *Bäurle et al.* (Hrsg.): a.a.O., 211-218

Hirsch, Rolf D.; Kortus, Rainer; Loos, Herbert; Wächtler, Claus (Hrsg.) (1995): Gerontopsychiatrie im Wandel: vom Defizit zur Kompetenz. Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe e. V., Band 9, Bibliomed - Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen

Hirsch, Rolf D.; Kranzhoff, Erhard U. (2004): Humorgruppe mit alten Menschen: Ergebnisse einer therapiebegleitenden Untersuchung. In: *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 40, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 106-129

Hochreiter, Karoline (2004): Rollentheorie nach J. L. Moreno. In: *Fürst et al.* (Hrsg.): a.a.O., 128-146

Holodynski, Manfred; Oerter, Rolf (2002): Motivation, Emotion und Handlungsregulation. In: *Oerter/Montada* (Hrsg.): a.a.O., 551-589

J

Jürs, Michael (1999): Alzheimer - Spurensuche im Niemandsland. List, München, 2001

Jung, Carl Gustav (1931): Die Lebenswende. Gesammelte Werke Band 8, Sonderausgabe, Walter, Solothurn, 425-442, ¹1995

K

Kämmerer, Wolfgang (1997): Der Psychosomatische Dialog als „Putzrede“. Die Spannung zwischen krankem Körper und Person zum Sprechen bringen. Anregungen für Psychodramatiker. In: *F. Buer* (Hrsg.): a.a.O., 95-110

Karnath, Hans-Otto; Thier, Peter (Hrsg.) (2003): Neuropsychologie. Springer, Heidelberg, ²2006

Kellermann, Peter Felix; Hudgins, M. K. (ed.) (2000): Psychodrama with Trauma Survivors: acting out your Pain. Jessica Kingsley, London, ²2001

Kipp, Johannes; Jüngling, Gerd (2000): Einführung in die Gerontopsychiatrie. Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 19, Ernst Reinhardt, München, ³2000

Kitwood, Tom (2000): Demenz: der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Huber, Bern

Klessmann, Edda (1990): Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben: Die Doppelbotschaft der Altersdemenz. Hans Huber, Bern, ⁵2001

Knight, B.G.; Robinson, G.S.; Satre D.D. (2002): Ein lebensspannenpsychologischer Ansatz der Alterspsychotherapie. In: *A. Maerker* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 4, 87-110

Koinig, Gerhard (2005): Jetzt hat's mich auch erwischt! Abschlussarbeit für das Psychotherapeutische Fachspezifikum der Fachrichtung Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel, ÖAGG, Hallein

Krämer, Günter (1989): Alzheimerkrankheit: Antworten auf die häufigsten Fragen. Trias, Stuttgart, 2000

Krüger, Reinhard T. (1997): Kreative Interaktion: Tiefenpsychologische Theorie und Methoden des klassischen Psychodramas. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

- (2000): Psychodrama in der Behandlung von psychotisch erkrankten Menschen, Praxis und Theorie. In: *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 37, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 254-273

- (2001): Das Lachen in die Psychiatrie bringen !? Die Entwicklung von Raum und Zeit in der Psychotherapie mit psychotisch erkrankten Menschen. In: *Kruse, G.; Gunkel, S.* (Hrsg.): Psychotherapie in der Zeit — Zeit in der Psychotherapie. Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, Hannover, 49-73

- (2002a) Psychodrama als Aktionsmethode in der Traumatherapie und ihre Begründung mit der Rollentheorie und der Kreativitätstheorie. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2, Themenheft: Trauma. Störung und Ressource, Leske + Budrich, Opladen, 117-147

- (2002b) Inhalte des Buches „Psychodrama with Trauma Survivors“ und ihre Bedeutung für die psychodramatische Traumatherapie. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2, Themenheft: Trauma. Störung und Ressource, Leske + Budrich, Opladen, 187-215

- (2007): Destruktive und konstruktive Aggressionen in Abhängigkeit von der Komplexität der Systemstrukturen. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 1, Themenheft Aggression

Kruse, Andreas (Hrsg.) (1998a): Psychosoziale Gerontologie. Jahrbuch der medizinischen Psychologie Bd. 15, Bd. 1: Grundlagen. Hogrefe, Göttingen

- (Hrsg.) (1998b): Psychosoziale Gerontologie. Jahrbuch der medizinischen Psychologie Bd. 16, Bd. 2: Interventionen. Hogrefe, Göttingen

- (2000): Grenzen der Rehabilitation. In: *Wahl/Tesch-Römer* (Hrsg.): a.a.O., 324-328

- (2002) Produktives Leben im Alter II: Der Umgang mit Verlusten und der Endlichkeit des Lebens. In: *Oerter/Montada* (Hrsg.): a.a.O., 983-995

Kruse, Otto (1997): Psychodrama und emotionale Veränderung. Zur Konzeption emotionaler Wirkfaktoren in der Psychodrama-Therapie. In: *F. Buer* (Hrsg.): a.a.O., 53-74

- Kühl, Klaus-Peter* (1992): Grundzüge der psychometrischen Demenz-Diagnostik. In: *H. Gutzmann* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 6, 87-103
- Kurz, Alexander* (1997): Neurobiologie, Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit. In: *C. Wächtler* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 2, 8-16

L

- Lehr, Ursula* (1972): Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer, Wiebelsheim, ¹⁰2003
- (1978): Kontinuität und Diskontinuität im Lebenslauf. In: *L. Rosenmayr* (Hrsg.): a.a.O., 315-339
- Lehrl, Siegfried* (1992): Nichtmedikamentöse Behandlung/Training. In: *H. Gutzmann* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 8, 121-141
- Leutz, Grete* (1974): Psychodrama: Theorie und Praxis. Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno. Korr. Nachdruck, Springer, Berlin, ¹1986
- Lindenberger, Ulman* (2002): Erwachsenenalter und Alter. In: *Oerter/Montada* (Hrsg.): a.a.O., 350-391
- Litzka, Traude; Rath, Michael; Seligo, Elisabeth* (2007): In einer anderen Welt - Wegweiser für Begleiter altersdementer Menschen. Böhlau, Wien, in Vorbereitung
- Loewy, Erich H.* (2003): Leben und Tod aus medizinethischer Sicht. In: *Rosenmayr/Böhmer* (Hrsg.): a.a.O., 118-129

M

- Maerker, Andreas* (Hrsg.) (2002a): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer, Berlin
- Martin, Mike; Kliegel, Matthias* (2005): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. Grundriss Gerontologie Band 3, Kohlhammer, Stuttgart
- Mathias, Ulrike* (1982a): Die Entwicklungstheorie J. L. Morenos. In: *Petzold/Mathias* (1982): a.a.O.: 191-256
- Maurer, K.; Ihl, R.; Frölich, L.* (1993): Alzheimer. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. Springer, Berlin Heidelberg
- Middendorf, Ilse* (1984): Der erfahrbare Atem - Eine Atemlehre. Junfermann, Paderborn, ⁸1995
- Mielke, Rüdiger; Kessler, Josef* (1994): Alzheimersche Erkrankung und andere Demenzen. Hogrefe, Göttingen
- Mittelstein, Ursula* (1995): Gesprächsgruppen mit Demenzen. In: *Wächtler et al.* (Hrsg.): a.a.O., 219-222
- Moreno, Jakob Levy* (1940): Spontaneität und Katharsis. In: *J. Fox* (Hrsg.) (1989): a.a.O., 77-102
- (1947): Das soziale Atom und der Tod. In: *H.G. Petzold* (Hrsg.) (1981): Soziometrie als experimentelle Methode. Ausgewählte Werke Bd. 1, Junfermann, Paderborn, 93-97
- (1954): Die Grundlagen der Soziometrie: Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. Leske + Budrich, Opladen, ³1996
- (1959): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama: Einleitung in die Theorie und Praxis. Thieme, Stuttgart, ⁵1997
- (1961): Das Rollenkonzept, eine Brücke zwischen Psychiatrie und Soziologie. In: *J. Fox* (Hrsg.) (1989): a.a.O., 103-110
- Moreno, Zerka Toeman; Barbour, A* (1980): Rollenmüdigkeit. In: *Petzold/Mathias* (1982): a.a.O., 357-362

N

- Naue, Ursula* (2006): Work Package 2: Pharmacogenomics and Alzheimer's Disease. Discription of the field report. Unveröffentlichtes Manuskript, Tel Aviv

O

- Oerter, Rolf; von Hagen, Cornelia; Röper, Gisela; Noam, Gil* (Hrsg.) (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Beltz PVU, Weinheim
- Oerter, Rolf; Montada, Leo*: (Hrsg.) (1982): Entwicklungspsychologie. Beltz PVU, Weinheim, ⁵2002
- Oswald, Wolf D.* (2000): Demenz. In: *Wahl/Tesch-Römer* (Hrsg.): a.a.O., 102-108
- Ottomeyer, Klaus* (2004): Psychodrama und Trauma. In: *Fürst et al.* (Hrsg.): a.a.O., 348-362

P

- Peck, Robert* (1968): Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. In: *Thomae/Lehr* (Hrsg.): a.a.O., 530-544
- Peters, Meinolf* (2000): Psychotherapie mit älteren Menschen in der Psychotherapeutischen/Psychosomatischen Klinik—strukturelle und konzeptionelle Aspekte. In: *Bäurle et al.* (Hrsg.): a.a.O., 44-50
- (2004): Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Peters, Uwe Henrik* (1974): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban & Schwarzenberg, München Wien, ⁴1990
- Petzold, Hilarion G.* (1979): Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen. Bibliotheca psychodramatica Bd. 9, Junfermann, Paderborn, ²1985
- (1982a): Die sozialpsychiatrische Rollentheorie J. L. Morenos und seiner Schule. In: *Petzold/Mathias* (1982): a.a.O., 13-189
 - (1990): Die Behandlung und Aktivierung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie. In: *ders.* (1993) Band II/3 Klinische Praxeologie: a.a.O., 1231-1261
 - (1993): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Teilbände, Junfermann, Paderborn,
 - (1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung, Bd. 2, Junfermann, Paderborn
 - (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Teil 1: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Petzold, Hilarion G.; Bubolz, Elisabeth* (Hrsg.) (1976): Bildungsarbeit mit alten Menschen. 1. Aufl., Klett, Stuttgart
- Petzold, Hilarion G.; Bubolz, Elisabeth* (1976a): Theorien zum Prozess des Alterns und ihre Relevanz für geragogische Fragestellungen. In: *dies.* (Hrsg.) (1976): a.a.O., 116-144
- Petzold, Hilarion G.; Mathias, Ulrike* (1982): Rollenentwicklung und Identität: von d. Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatr. Rollenkonzept Morenos. Reihe: Bibliotheca psychodramatica Bd. 7, Junfermann, Paderborn
- Petzold, Hilarion G.; Müller, Lotti* (2004a): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In: *H. G. Petzold* (2004): a.a.O., 108-154
- Plattner, Anita; Ehrhardt, Thorsten* (2002): Psychotherapie bei beginnender Alzheimer-Demenz. In: *A. Maerker* (Hrsg.): a.a.O., Kap. 10, 229-244
- Pruckner, Hildegard* (2001): Das Spiel ist der Königsweg der Kinder. Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel mit Kindern. In: *Scenario*, München
- (2002): „Du sollst nicht fragen, das Kind will nicht reden ...“ Psychodramatherapie mit traumatisierten Kindern. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 02/2002, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 147-175
 - (2004a): Arbeit mit intermediären und intraintermediären Objekten. In: *Fürst et al.* (Hrsg.): a.a.O., 266-278
 - (2004b): Soziometrie—Eine Zusammenschau von Grundlagen, Weiterentwicklungen und Methodik. In: *Fürst et al.* (Hrsg.): a.a.O., 161-192

R

- Radebold, Hartmut* (1996): Psychosomatische Sicht Alternder. In: *Uexküll* (1979): a.a.O., 1162-1183
- (2000): Die Entdeckung des Körpers - Zentrale Aufgabe der Alternspsychotherapie. In: *Bäurle et al.* (Hrsg.) a.a.O., 195-199
 - (2003): Die psychodynamische Sicht der zweiten Lebenshälfte. In: *Rosenmayr/Böhmer* (Hrsg.): a.a.O., 59-78
- Radebold, Hartmut; Hirsch, Rolf D.* (Hrsg.) (1994): Altern und Psychotherapie. Reihe Angewandte Alterskunde, Band 9, Huber, Bern
- Rainer, Michael* (2005): Demenz. Diagnostik und Therapie. In: *Ärztemagazin* N° 44
- Rath, Michael* (2001a): Symbol: Körperbewegungen: eine Fallgeschichte. In: *Sramek/de Klerk-Rubin* (Hrsg.): a.a.O., 9-10
- (2001b): Validation in Theorie und Praxis. Gangbare Wege zu einem würdevollen Umgang mit verwirrten alten Menschen. Schriftenreihe des Instituts für würdevolles Älterwerden Bd. 1, Wien
 - (2005): Von der Validationsgruppe zur psychodramatischen Bühne der Begegnung. In: *Lebenswelt Heim*, Fachzeitschrift des Dachverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs, Jahrgang 7, Heft 26, 40-41

- (2007a): Emotionen. In: *Litzka et al. (2007)* in Vorbereitung
- (2007b): Gedächtnis. In: *Litzka et al. (2007)* in Vorbereitung

Reischies, Friedel M. (2006): Demenz. In: *Karnath/Thier (Hrsg.): a.a.O., 678-686*

Rojas-Bermúdez, Jaime (2003): Y de las cosas hicieron instrumentos ... Vom Gegenstand zum Instrument - Das intermediäre und das intraintermediäre Objekt im Psychodrama. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 02/2003*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 331-349

Rosenmayr, Leopold (2007): Schöpferisch Altern - Eine Philosophie des Lebens. Lit, Wien

Rosenmayr, Leopold; Böhmer Franz (Hrsg.) (2003): Hoffnung Alter: Forschung, Theorie, Praxis. WUV Universitätsverlag, Wien

S

Schacht, Michael (1989): Morenos Philosophie und Mystik. In: *F. Buer (Hrsg.): a.a.O., 199-217*

- (2003): Spontaneität und Begegnung: Zur Persönlichkeitsentwicklung aus der Sicht des Psychodramas. inScenario, München
- (2006): Theorie und entwicklungspsychologische Begründung psychodramatischer Techniken. Skriptum, DUK, Krems

Schaller, Roger (2005): Wege, an sie ranzukommen. Selbstmanagement- und Psychodrama-Training mit gewaltbereiten Kindern und Jugendlichen. Edition Sozial, Juventa, Weinheim & München

- (2007): Das Hier-und-Jetzt der Gruppe als psychodramatische Bühne. Selbstmanagement-Training mit aggressiv-antisozialen Jugendlichen. In: *ZPS (Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie) 01/2007*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 83-98

Schnider, Armin (2006): Konfabulationen. In: *Karnath/Thier (Hrsg.): a.a.O., 463-467*

Schramm, Elisabeth (1998): Interpersonelle Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, ²2003

Schwarzer, Ralf (1981): Stress, Angst und Handlungsregulation. Kohlhammer, Stuttgart, ⁴2000

Snowdon, David (2001): Lieber alt und gesund - Dem Altern seinen Schrecken nehmen. Blessing, München

Soeder, Ulrich (2002): Störungsepidemiologie: Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen. In: *A. Maerker (Hrsg.): a.a.O., Kap. 2, 60-72*

Solms-Wildenberg, Ingrid Gräfin zu (1994): Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie im Altenheim. In *Radebold/Hirsch (Hrsg.): a.a.O., Kap. 18, 161-165*

Sramek, Gunvor (2003): Das Sterben aus der Sicht verwirrter, alter Menschen. Unveröffentlichtes Manuskript, Wien

Sramek, Gunvor; de Klerk-Rubin, Viki (Hrsg.) (2001): Symbole - Der Schlüssel zur inneren Welt desorientierter alter Menschen. Typoskript zur Weiterentwicklung des Konzepts der Symbole, Wien

Stelzig, Manfred (2004a): Was die Seele glücklich macht — Das Einmaleins der Psychosomatik. Axel jentzsch bei Linde, Wien

- (2004b): Rollenpathologie. In: *Fürst et al. (Hrsg.) (2004): a.a.O., 149-160*
- (2004c): Psychodrama-Therapie bei psychosomatischen Störungen. In: *Fürst et al. (Hrsg.) (2004): a.a.O., 379-389*

Stoppe, Gabriela (1997): Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankungen. In: *C. Wächtler (Hrsg.): a.a.O., Kap. 3, 17-39*

Strotzka, Hans (1978): Psychotherapie der Lebensalter. In: *L. Rosenmayr (Hrsg.): a.a.O., 395-409*

Struwe, Burghard (1995): Psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten Demenzkranker in der Klinik und Beratung der Heime. In: *Wächtler et al. (Hrsg.): a.a.O., 212-215*

Student, Johann-Christoph (Hrsg.) (2004): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. Herder, Freiburg im Breisgau

Stuhlmann, Wilhelm (2004): Demenz - wie man Bindung und Biografie einsetzt. Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 33, Ernst Reinhardt, München

T

Thomae, Hans (1978): Vergleichende Psychologie der Lebensalter. In: *L. Rosenmayr (Hrsg.): a.a.O., 293-314*

Thomae, Hans; Lehr Ursula (Hrsg.) (1968): Altern- Probleme und Tatsachen. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden, ²1977

Tillian, Sabine (2005): Psychodrama mit alten Menschen ... Weil JEDER Mensch eine Rolle spielt. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Klagenfurt, Fakultät für Kulturwissenschaften

Tscholakoff, Christine (2005): Eine Monodrama-Therapie in der Gerontologie. Unveröffentlichte Abschlussarbeit für das Psychotherapeutische Fachspezifikum der Fachrichtung Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel, ÖAGG, Wien

U

Uexküll, Thure von (1979): Psychosomatische Medizin. Hrsg. von Adler, R.H.; Herrmann, J.M.; Köhle, K.; Schonecke, O.W.; Uexküll, Th. Von; Wesiack, W., Urban & Schwarzenberg, München Wien, ⁵1996

Uexküll, Thure von; Wesiack, Wolfgang (1996): Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: *Th. v. Uexküll* (1979): a.a.O.: 13-52

V

van der Kolk, Bessel A. (2000a): Der Körper vergisst nicht. In: *van der Kolk et al.* (Hrsg.): a.a.O., 195-217

- (2000b): Trauma und Gedächtnis. In: *van der Kolk et al.* (Hrsg.): a.a.O., 221-240

van der Kolk, Bessel A.; Burbridge, Jennifer A.; Suzuki, Joji (1999): Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. In: *Annette Streek-Fischer* (Hrsg.): Adoleszenz und Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, ²1999, 57-78

van der Kolk, Bessel A.; McFarlane, Alexander C.; Weisaeth, Lars (Hrsg.) (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn

W

Wächtler, Claus (Hrsg.) (1997): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Thieme, Stuttgart

Wächtler, Claus; Mittelstein, Ursula; Struwe, Burghard; Wojnar, Jan (1995): Sozio- und Psychotherapie bei Demenzkranken. In: *Hirsch et al.* (Hrsg.): a.a.O., 211-222

Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.) (2000): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart

Wahl, Hans-Werner; Heyl, Vera (2004): Gerontologie - Einführung und Geschichte. Grundriss Gerontologie Band 1, Kohlhammer, Stuttgart

Wallesch, Claus-W. (2006): Verwirrheitszustände. In: *Karnath/Thier* (Hrsg.): a.a.O., 576-579

Weber, Kurt (2002): Spielend zur Identität? - Psychodrama in der Arbeit mit Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 02/2002, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 253-272

Wettstein, A. (2001): Alzheimer und vaskuläre Demenz unterscheiden? - Heute nicht mehr zeitgemäß. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift - Fortschritte der Medizin*, 119. Jg., Originalien Nr. III-IV, Urban & Vogel, München, 139-144

Whitehouse, Peter J.; Maurer, Konrad; Ballenger, Jesse F. (Hrsg.) (2000): Concepts of Alzheimer Disease. Biological, clinical and cultural perspectives. The John Hopkins University Press, Baltimore & London

Woods, B. (2002): Psychologische Therapie bei fortgeschrittener Demenz. In: *A. Maerker* (Hrsg.) a.a.O., Kap. 14, 341-358

Wojnar, Jan (1994): Betreuung Demenzkranker auf Modellstationen in Hamburg. In: *Wächtler et al.* (Hrsg.): a.a.O., 216-219

- (2004): Verwirrtheit/Demenz. . In: *J.-C. Student* (Hrsg.): a.a.O., 242-249

Z

Zeintliger-Hochreiter, Karoline (1996): Kompendium der Psychodrama-Therapie: Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno, inScenario, Köln

Anmerkungen

- 1 [S.7] Es handelt sich um die Diplomarbeit von Sabine Tillian aus dem Jahr 2005 mit dem Titel „Psychodrama mit alten Menschen ... weil JEDER eine Rolle spielt ...“. Eine kurze psychodramatisch-gerontologische Fallstudie zur Traumatherapie wurde kürzlich auch von Christine Tscholakoff vorgelegt (Tscholakoff 2005). Die zahlreichen später erschienenen Beiträge Petzolds zu den Bereichen Geragogik, Gerontopsychotherapie und Sozialgerontologie (z. B. Petzold 2004) haben keinen erkennbaren direkten Bezug zum Psychodrama mehr.
- 2 [S.8] Überbegriff für alle Sprachstörungen.
- 3 [S.8] Unfähigkeit zweckmäßig zu handeln, d.h. motorische Aktivitäten auszuüben, trotz intakten Handlungswerkzeugen.
- 4 [S.8] Unvermögen, trotz intakter Sinnesorgane, das von den Sinnesorganen Wahrgenommene zu erkennen. (Begriff geht auf S. Freud zurück). Die *optische Agnosie* wird auch als „Seelenblindheit“ bezeichnet (Peters 1974: 11).
- 5 [S.11] Auch als Modell der „erlernten Hilflosigkeit“ bekannt, steht es für abhängige Verhaltensweisen von Personen, die die Erfahrung gemacht haben, dass sie persönlich wichtige Ereignisse nicht kontrollieren können und ihnen hilflos gegenüber stehen. Gefühle der absoluten Hilflosigkeit treten stets auch während eines traumatisierenden Ereignisses auf und können „(...) *das Gefühl der Kontrolle über die eigene Existenz völlig zerstören.*“ (Aarts, op den Velde 2000: 300). Dieses Nicht-Kontrollieren-Können wird dem persönlichen Versagen zugeschrieben und chronifiziert sich (vgl. Hautzinger 2002: 149; Kruse 2000: 325). Psychodramatisch gesprochen wird die Rolle des/der Hilflosen für die Zukunft festgeschrieben und erstarrt. Dies entspricht *Morenos* Begriff der rigiden Rollenkonserve.
- 6 [S.12] Im Rahmen der Fallbeispiele werden einzelne Aspekte aus Abb. 2 genauer exemplifiziert.
- 7 [S.16] Um *Antonovskys* Konzept richtig einordnen zu können ist sein Begriff der Grenzen entscheidend. So meint das SOC nicht, dass für uns das gesamte Leben verstehbar, handhabbar und bedeutsam sein müsse. Das ist wohl angesichts der schon länger andauernden „neuen Unübersichtlichkeit“ nicht zu erwarten. Entscheidend ist jener Lebensbereich der für das Individuum von subjektiver Bedeutung ist. *Antonovsky* nennt vier Bereiche die auf jeden Fall innerhalb dieser Grenzen liegen müssen: „(...) *die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, seine wichtigste eigene Tätigkeit und existenzielle Fragen (Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte, Isolation).*“ (Antonovsky 1997: 38)
- 8 [S.16] *Antonovsky* ist es nie an einer völligen Aufgabe der pathogenetischen Orientierung gelegen. Er verlangt beide Orientierung als zueinander komplementär zu betrachten und die kognitiven und materiellen Ressourcen der Forscher gleichmäßig auf beide Bereiche aufzuteilen (Antonovsky 1997: 30).
- 9 [S.22] Was sie natürlich auch sind.
- 10 [S.22] Dieser Eindruck deckt sich mit den Befunden der Forschung (z. B.: Reischies 2006: 679).
- 11 [S.22] *Occuring emotions* ereignen sich nach einer Theorie von *Tomkins* und *Izard* indem äußere oder innere Stimuli sensorisch wahrgenommen werden und direkt, ohne Einbeziehung kognitiver Prozesse, zu spezifischen neuronalen Erregungsmustern führen (Schacht 2003: 388; siehe dort auch die Diskussion der verschiedenen Strömungen in der Emotionstheorie).
- 12 [S.24] Schacht führt hier den fünfstufigen Verarbeitungsprozess von *Peter J. Lang* an (vgl. Schacht 2003: 17).
- 13 [S.24] Der Ausfall dieser Fähigkeiten wird in der Neuropsychologie als *Exekutive Störungen* bezeichnet (vgl. Kap. 1.1 dieser Arbeit und Reischies 2006: 685).
- 14 [S.28] Diese reizarme Umgebung ist interessanterweise oft längere Zeit vor Ausbruch der Erkrankung bereits vorhanden. Sie hat eine Entsprechung im Verhalten der Partner der später an AD Erkrankten. Getragen von der Idee, dem Partner das Leben möglichst zu erleichtern, werden soziale Anforderungssituationen vom Partner des *Alzheimerkranken* diesem vorenthalten. Eine Art soziale Schonhaltung wird regelrecht implementiert und damit die erlernte Hilflosigkeit als rigide Rollenkonserve weiter festgeschrieben (vgl. Bauer 2003, 2007).
- 15 [S.29] Eine genauere Diskussion dieses in der Gerontologie heftig umstrittenen Themas würde den hier gesteckten Rahmen sprengen. Zur kritischen Bestandsaufnahme der Möglichkeiten und Grenzen dieser Theoriegebilde siehe Lehr 1972, 1978; Petzold 1979, 1982a; Schacht 2003 sowie Thomae 1978.
- 16 [S.30] Der Begriff „spiegelndes Doppeln“ wurde von *Michael Schacht* (2006) geprägt. Es handelt sich um eine Variante des Doppeln die vorwiegend im Einzelsetting und dort vielfach formlos auf der Begegnungsbühne eingesetzt wird. Von der Wirkung her unterstützt diese Technik die Erregungs- und Affektregulation. Als Besonderheit die keine andere Spielart des Doppeln aufweist nennt Schacht „(...), *dass das spiegelnde*

Doppel dem/der ProtagonistIn gezielt als soziales Feedback für dessen/deren Affektausdruck zur Verfügung steht.“ (Schacht 2006).

- 17 [S.30] Sie war als uneheliches Kind von ihrer bereits bei Geburt schwerkranken Mutter im 3. Lebensmonat dem Leibesvater übergeben worden, der, mit Hilfe der Stiefmutter, mehrfach versuchte, sich bei der Fürsorge (Vorläuferorganisation des heutigen Jugendamtes) des Kindes zu entledigen. Als sie kurz vor dem Tod ihrer leiblichen Mutter dieser zugeführt wurde erkannte sie diese nicht und fürchtete sich vor dieser „fremden Frau“. Fr. B. verbrachte ihre frühe Kindheit in einem Kinderheim.
- 18 [S.34] So beschrieb *Robert Peck* das Ziel der *Ich-Transzendenz* (vgl. Kap. 2.3.1). Er verstand darunter sowohl eigene Kinder als auch kulturelle Leistungen und Freundschaften (Peck 1968:541).
- 19 [S.38] „*Die Erhaltung, Förderung und Entwicklung transzendenter Rollen kann krankheitsbedingten Rollenschwund nicht verhindern. Sie kann aber ein Gegengewicht schaffen, weil es dem Betroffenen erleichtert, den Verlust von sozialen Rollen zu verarbeiten und ein Selbstwerterleben zu erlangen, dass weder von seiner Leistungsfähigkeit noch von Interaktionspartnern abhängig ist.*“ (Frede; pers. Mitteilung 2007)
- 20 [S.38] Unter *Selbstkohärenz* ist das Gefühl der Integration im Hier & Jetzt gemeint (vgl. das Konzept des Kohärenzgefühls von *Antonovsky*; diese Arbeit Kap. 1.3). Der Begriff *Selbstkontinuität* bezieht sich auf ein Gefühl der Ganzheit im Hinblick (Erinnerung) auf die ganze Lebensspanne (vgl. Aarts, op den Velde 2000: 301)
- 21 [S.39] In dieser Vorgangsweise spiegelt sich das Einbeziehen der *sozialen Bühne* wieder (vgl. auch Abb. 10c).
- 22 [S.42] Traumata können bei den Heute 80– bis 100-jährigen, z. B. durch Kriegserlebnisse, auch in einer späteren Lebensphase eingetreten sein.
- 23 [S.42] Über die Diagnosesicherheit bei *Alzheimerdemenz* beachte das in Kap. 1.1.2 gesagte.
- 24 [S.45] Frau S. ist aufgrund der DAT zwar nicht mehr in der Lage, eine Uhr korrekt abzulesen. Sie weiß aber in ihrem Stadium der Demenz was Uhren bedeuten, wofür sie stehen und welche strukturierende Funktion Uhren zur Verfügung stellen.
- 25 [S.49] Diese Haltung lässt sich in den kurzen Fallvignetten sprachlich nicht abbilden, ist aber von hoher ethischer Relevanz im Umgang mit „erlernten Hilflosen“ (vgl. Anm. 5).

Verzeichnisse

Abbildungen

Abb. 1	Formen der Demenz (Adams & Victor)	Seite 9
Abb. 2	Typische biografische Muster von Dementen (Bauer et al.)	Seite 12
Abb. 3	Umkehrung der kindlichen Intelligenzentwicklung (Matteson et al.)	Seite 15
Abb. 4	Typische psychische Starter bei DAT-Patienten als vorübergehende soziale Rollen.	Seite 23
Abb. 5a, b	Mehrteiliger Szenenaufbau „Hilfsmaterialien“	Seite 26
Abb. 6a, b	Mehrteiliger Szenenaufbau „Zuschauerraum“/„Sicherer Ort“	Seite 26
Abb. 7	Mehrteiliger Szenenaufbau „Modifizierte Raumordnung“	Seite 27
Abb. 8	Portrait von Aloys Alzheimer als Schaukarte. Angefertigt zum Einsatz als IO.	Seite 41
Abb. 9	„Aufstellung der geliebten Menschen“ mittels IO	Seite 41
Abb.10a	Das thematische Zusammenspiel der Bühnen in der Psychodrama-Einzeltherapie mit Kindern (Pruckner).	Seite 43
Abb.10b	Das stärkere Überlappen der Bühnen in der Psychodrama-Gruppentherapie mit gewaltbereiten Jugendlichen (Schaller).	Seite 43
Abb.10c	Das Zusammenspiel der Bühnen in der Psychodrama-Gruppentherapie mit Alzheimerdementen im stationären Bereich (Rath).	Seite 43
Abb. 11	Symbolisierung der Universalien Raum und Zeit als Strukturierungshilfe bei AD-Patienten im Einzelsetting.	Seite 44
Abb. 12	Einsatz von Hilf-Ichs auf der Begegnungsbühne.	Seite 48
Abb. 13	Übergang von der Begegnungs- zur Spielbühne	Seite 52

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1	Frau T.	Seite 18
Fallbeispiel 2	Frau M.	Seite 19
Fallbeispiel 3	Frau B.	Seite 21
Fallbeispiel 4	Herr T.	Seite 22
Fallbeispiele 5	Frau S.	Seite 25
Fallbeispiel 6	Frau B.	[Fortsetzung von FBS 3] Seite 30
Fallbeispiel 7	Frau C.	Seite 33
Fallbeispiel 8	Frau L.	Seite 36
Fallbeispiel 9	Herr M.	Seite 37
Fallbeispiel 10	Frau S.	[Fortsetzung von FBS 5] Seite 40
Fallbeispiel 11	Frau K.	Seite 42
Fallbeispiel 12	Frau S.	[Fortsetzung von FBS 10] Seite 45
Fallbeispiel 13	Frau B.	[Fortsetzung von FBS 6] Seite 45
Fallbeispiel 14	Frau I.	Seite 49
Fallvignetten 15a	Frau H.	Seite 49
Fallvignetten 15b	Frau I.	Seite 50
Fallbeispiel 16	Herr G. / Frau J.	Seite 52