

PSY-C△RE

PSY-CARE *Manual*



Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Impressum

Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler

Professorin für Gerontopsychologie
Psychologische Psychotherapeutin



MSB Medical School Berlin – Hochschule für Gesundheit und Medizin

Universitäres Department Psychologie
Rüdesheimer Straße 50
14197 Berlin

<https://www.medicalschool-berlin.de/hochschule/unser-team/team-fakultaet-naturwissenschaften/professoren/prof-dr-habil-eva-marie-kessler/>

Stand: Juli 2022

In Kooperation mit



Vorbemerkung zur Verwendung von PSY-CARE^{MANUAL}

PSY-CARE^{Manual} ist ein manualbasierter Ansatz zur Behandlung zuhause lebender älterer, pflegebedürftiger Patient*innen mit Depression (Hauptdiagnosen Major Depression oder Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik). Die adressierte Patient*innengruppe umfasst dabei auch solche Patient*innen mit Depression, die zusätzlich kognitive Einschränkungen auf dem Level einer leichten kognitiven Störung („mild cognitive impairment“, MCI) oder eine leichte Demenz aufweisen.

PSY-CARE^{Manual} ist als Leitfaden konzipiert, der von ausgebildeten Verhaltenstherapeut*innen, optimalerweise mit gerontologischer/geriatrischer Vorerfahrung, im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie (Kurzzeittherapie) mit der Patient*innengruppe verwendet werden kann. Die Prinzipien des manualbasierten Ansatzes und weitere darin enthaltene Informationen sind innerhalb kurzer Zeit von Verhaltenstherapeut*innen erlernbar.

Die Durchführung von Kognitiver Verhaltenstherapie mit der Patient*innengruppe erfordert therapeutische Flexibilität, welche die spezifischen Bedürfnisse, Ressourcen/Defizite, sozialen Netzwerke und Wohnumwelten der Patient*innengruppe berücksichtigt. PSY-CARE^{Manual} erlaubt optimalerweise eine entsprechende ‚Anreicherung‘ der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung zur Durchführung einer erfolgreichen Therapie.

Das Manual stellt kein striktes Schritt-für-Schritt-, Sitzung-für-Sitzung-Behandlungsmニュアル mit Wort-für-Wort-Anleitungen, Arbeitsblättern etc. dar. Vielmehr werden in dem Manual für die Patient*innengruppe spezifische Behandlungsfoki und Vorgehensweisen skizziert, welche – je nach Patient*in und Situation, in der er sich befindet – in unterschiedlichem Maße berücksichtigt und in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen integriert werden sollen. In diesem Sinne soll der manualbasierte Ansatz ermöglichen, kognitive Verhaltenstherapien so durchzuführen, dass sie unter weitgehender Einbeziehung der individuellen Gegebenheiten der heterogenen Patient*innengruppe effektiv durchgeführt werden können.

PSY-CARE^{Manual} basiert auf zwei Teilen. **Im ersten Teil** werden therapiephasenübergreifende Prinzipien definiert, die sich auf den therapeutischen Stil und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit der Patient*innengruppe beziehen. Adressiert werden dabei Aspekte, die unmittelbar praktisch umsetzbar sind,

sowie solche, die zur Selbstreflexion des eigenen therapeutischen Vorgehens einladen. Dem ersten Teil des Manuals kommt eine eigenständige Bedeutung zu, erstens aufgrund der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung für erfolgreiche Therapien und, zweitens, weil in Forschung und Praxis zu ‚Psychotherapie im Alter‘ Einigkeit darüber besteht, dass Interaktionen mit älteren Menschen innerhalb und außerhalb klinischer Settings Besonderheiten mit sich bringen, die auch handlungsleitende Effekte haben. Neben verhaltenstherapeutischen fließen in diesen Teil auch psychodynamische, systemische und humanistische Ansätze, sowie empirische lebensspannenpsychologische Forschung ein.

Im zweiten Teil des Manuals werden Phasen des Therapieverlaufs und jeweils besondere Behandlungsfoki und therapeutische Strategien skizziert, die in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeiten integriert werden sollen. In jedem Abschnitt gibt es dabei auch Hinweise auf den differentiellen Einsatz der Module in Abhängigkeit von Patient*innenmerkmalen. Dieser zweite Teil basiert neben klinischen Erfahrungen der Autorin in kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung bei Depression im Alter auf verfahrensübergreifenden Manualen zur Behandlung von Patient*innen mit Depression in stationären Pflegesettings und auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen zur Behandlung von zuhause lebenden Patient*innen mit leichter Demenz.

Grobe Skizzierung des Patient*innenspektrums:

- Frau B., eine 88-jährige Patientin, die mit ihrem Bruder zusammenlebt, mit schwerer depressiver Symptomatik. Lebensüberdruß und Gefühle von Wertlosigkeit. Nach einem Sturz pflegebedürftig, hadert mit sich und ihrer Vergangenheit, nachdem die Tochter, der sie immer alles ermöglicht hat, sich von ihr zurückgezogen hat.
- Herr X., ein 79-jähriger Patient nach Schlaganfall, starke Sehbeeinträchtigung. Moderate depressive Symptomatik mit vegetativen Symptomen, Antriebslosigkeit und Anhedonie. Leichtgradige Demenz. Seine Frau, überfordert von/verzweifelt über die Diagnose Demenz und den Abbau ihres Mannes, leidet selbst aktuell an einer depressiven Episode.
- Frau M., eine 69-jährige Patientin mit Morbus Parkinson. Moderate depressive Symptomatik mit Angstsymptomen. Lebt allein, in dauerndem heftigen Streit mit Pflegekräften eines ambulanten Pflegedienstes.

Teil 1: Therapieübergreifende Prinzipien

Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung

Leitprinzip 1:

Therapie findet innerhalb des Systems und nicht nur innerhalb der Dyade statt.

- Traditioneller Ansatz von Therapie: Fokus auf der Dyade Patient*in – Therapeut*in. Diese Vorstellung von Psychotherapie muss in der Arbeit mit der Patient*innengruppe erweitert werden. In der Therapie muss das soziale System mit einbezogen werden, insbesondere Angehörige und professionelle Pflegekräfte sollten in der Therapie eine zentrale Rolle spielen.¹ Der Einbezug von Systemmitgliedern ist insbesondere bei Patient*innen mit Demenz und im Falle von erheblichen dysfunktionalen Pflegebeziehungen (z. B. bei Verstärkung von Unselbstständigkeit) unerlässlich. Für das ‚systemische Vorgehen‘ gibt es mehrere Gründe: Systemmitglieder haben gesetzliche Betreuer*innen; Patient*innen sind (mehr oder weniger) in ihrer selbstständigen Lebensführung auf andere Menschen angewiesen und werden es aufgrund des progredienten Charakters vieler Erkrankungen auch perspektivisch noch stärker sein; ggf. wird durch gemeinsames Wohnen oder häufige Pflegekontakte viel Zeit mit Systemmitgliedern verbracht; Systemmitglieder sind häufig nicht gut informiert und selbst psychisch belastet. Der Einbezug von Systemmitgliedern muss auch unter der Perspektive von Chancen betrachtet werden: Sie sind häufig schon seit vielen Jahren in häufigem Kontakt mit den Patient*innen, können Symptome im Alltag erkennen und den Therapieerfolg optimieren und ‚verstetigen‘.
- Es gibt im Bereich von Pflege viele Missstände und Systemmitglieder sind häufig stark psychisch belastet. Die*Der Therapeut*in sollte dennoch stets die*der Therapeut*in des*der Patienten*in sein, und nicht Gefahr laufen, die*der ‚Therapeut*in des Systems‘ zu werden. Ein hilfreiches Rollenverständnis ist das der*des Therapeut*in, die*der außerdem die Rolle des ‚Facilitator innerhalb des Systems‘ einnimmt, also als Prozessbegleiter*in, die*der gemeinsam mit Patient*innen, Angehörigen, Pflegekräften und anderen Systemmitgliedern Veränderungen initiiert, begleitet, unterstützt und fördert.
- Es ist sehr bedeutsam zu verstehen, wie das System eine*n als Therapeut*in sieht: als Unterstützer*in (die*der hilft, den eigenen Job gut zu machen)? Als ‚Entlaster*in‘? Dann ist man willkommen. Oder wird man als Konkurrent*in wahrgenommen (die*der einem die*den Patient*in „wegnimmt“)? Als jemand, die*der einer*m Arbeit macht (wo man doch schon so viel Arbeit hat)? Als „Überwacher*in“ (der*die vielleicht sogar Informationen weitergibt)? Dann ist man (zunächst) unwillkommen.

¹ Zwei Drittel pflegebedürftiger Menschen wird ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Bei rund einem Drittel kommt ausschließlich oder ergänzend ein Pflegedienst nach Hause.

Wird man als Therapeut*in als Kooperationspartner*in („auf Augenhöhe“) wahrgenommen? Als Dienstleister*in, an den*die man von ‚oben herab‘ Aufgaben delegiert? Als jemand, der*dem man ‚dienen‘ soll? Es ist sehr wichtig für einen Therapieerfolg, auf eine positive Kooperation mit den Systemmitgliedern hinzuwirken. Nur so werden sie in positiver Weise zu der Therapie des*der Patienten*in beitragen.

- Therapeut*innen benötigen ein realistisches/differenziertes Verständnis darüber, welche innere Repräsentation ihrer Systemmitglieder die*den Patienten*in betrachtet. Ein soziales Kompetenztraining (mit Inhalt: Bedürfnisse und Konflikte ansprechen) wird scheitern, wenn man als Therapeut*in nicht hinreichend verstanden hat, in welchem hohem Maße (und das ist häufig der Fall) sich eine*n Patienten*in von einer Pflegekraft abhängig fühlt. Die*Der Therapeut*in braucht auch ein realistisches Verständnis darüber, wie der*die Patient*in soziale Unterstützung wahrnimmt. Soziale Unterstützung wird keineswegs immer positiv erlebt, vor allem dann nicht, wenn sie ungewollt ist.
- Zu dem ‚systemischen Ansatz‘ gehört auch, dass Therapeut*innen die Beziehung Angehörige – Pflegekräfte realistisch verstehen. Zwischen diesen Parteien gibt es häufig Konflikte. Sind Angehörige überzeugt, dass Pflegekräfte ihre Arbeit nicht gut machen? Fühlen sich Pflegekräfte nicht in ihrer Arbeit durch die Angehörigen wertgeschätzt? Schämen sich Angehörige gegenüber Pflegekräften, weil sie den eigenen Anspruch an sich haben, selbst die Pflege zu leisten? Gibt es Konflikte, weil Zuständigkeiten nicht geklärt sind?
- Sich Zeit für den Einbezug von Systemmitgliedern zu nehmen, ist in der Arbeit mit dem System unerlässlich. Jede Form des Einbezugs von Systemmitgliedern (ob zu dritt oder mit dem Systemmitglied allein) erfolgt immer nur nach Absprache mit bzw. Einwilligung des*der Patienten*in! Siehe Teil 2.

Leitprinzip 2: Paternalismus vermeiden, Selbstbestimmung fördern.

- Nicht zuletzt aufgrund von defizitorientierten Altersbildern („Die Alten können das nicht mehr.“) wird eingeschränkte Selbstständigkeit (z. B. am Rollator gehen) oft mit fehlender Fähigkeit zur Selbstbestimmung (darüber entscheiden, welchen Rollator man haben möchte und wann man ihn benutzen möchte) gleichgesetzt. Hinzu kommen institutionelle Praktiken der Pflege, die Selbstbestimmung nicht vorsehen (Zwang der Ökonomie). Hieraus resultiert das häufig zu beobachtende Phänomen, dass der Interventionsbedarf von Menschen mit Pflegebedarf häufig höher eingeschätzt wird, als dies subjektiv erlebt wird (d. h. Diskrepanz zwischen subjektivem Interventionsbedarf und Außensicht/en). Beispiele: „Mein Mann müsste unbedingt ein Hörgerät benutzen. Dann wäre er nicht so depressiv.“ „Meine Mutter müsste viel mehr unter Leute gehen. Dann würde es ihr besser gehen.“ Die Patientin aber findet, dass es für sie am besten ist, wenn sie zuhause sitzt und Fernsehen schaut. Beides

kann stimmen oder auch nicht stimmen.² Es besteht die Tendenz zum vorschnellen, advokatischen Handeln und vorschneller Übernahme einer ‚Fürsprecher*innenrolle‘ bei dieser Patient*innengruppe. Statt Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu fördern, wird damit Abhängigkeit verstärkt. Dies geschieht i. d. R. in benevolenter Absicht und in ‚freundlicher (aber bestimmter!)‘ Manier. Ein solches ‚Abhängigkeitsunterstützungs-Verhalten‘ bringt die Gefahr mit sich, dass der Selbstwert und auch mittel- und langfristig die tatsächlichen Ressourcen des*der Patienten*in untergraben werden und depressive oder ängstliche Symptomatik verstärkt wird („gelernte Hilflosigkeit“). Paternalistisches Handeln seitens der*des Therapeuten*in führt auch häufig dazu, dass die*der Therapeut*in irgendwann erschöpft ist und aufgrund ausbleibender ‚Früchte‘ ihres*seines Einsatzes ihr*sein Engagement zurückfährt. Das übergeordnete Prinzip in der Therapie besteht darin, Patient*innen dabei zu helfen, selbst ihre*seine Interessen und Bedürfnisse wahrnehmen und adäquat gegenüber Systemmitgliedern artikulieren zu können. Das medizinethische Prinzip der Autonomie darf nicht untergraben werden.

- Das Prinzip der Selbstbestimmung bedeutet aber nicht, dass Systemmitglieder nicht auf der Basis von Einwilligung der*des Patienten*in in die Therapie einbezogen werden sollen (siehe oben), und auch nicht, dass man als Therapeut*in seine*ihre Expert*innenrolle aufgeben soll. Es ist sinnvoll, die verschiedenen Sichtweisen, die innerhalb des Systems bestehen, zu sammeln und auf dieser Basis über die Zeit hinweg adäquate Therapieziele mit der*dem Patienten*in ‚auszuhandeln‘. Im obigen Beispiel geht es beispielsweise darum, im Rahmen der (Fremd-)Anamnese zu explorieren, inwiefern der Depression tatsächlich sozialer Rückzug vorausging, oder ob die*der Patient*in immer schon viel zu Hause und wenig sozial aktiv war.

Leitprinzip 3: Die Rolle des ‚Gastes‘ positiv gestalten (Hausbesuche).

- Hausbesuche haben Potentiale und bringen gleichzeitig Herausforderungen mit sich. Generell geraten Therapeuten*innen in ein (nicht zu vermeidendes) Spannungsfeld zwischen Gast und Gastgeber*in. Therapeut*innen sollten das Potential von Hausbesuchen nutzen: Man erhält einen unmittelbaren, lebendigen Eindruck der Lebenswelt der Patient*innen (Wohnumgebung/soziales Netzwerk), welcher zum besseren Verständnis der*des Patienten*in beiträgt. Von der*dem Therapeut*in wahrgenommene „Problemfelder“ können unmittelbar in die Intervention eingebaut werden. Aktivitäten können ohne Transferleistung direkt im Lebensumfeld demonstriert und ggf. trainiert werden. Gegenstände aus der Wohnumgebung wie Fotos, Tagebücher, Musik können in die Therapie mit einbezogen werden. Außerdem eröffnet das eigene Wohnumfeld der*des Patienten*in häufig mehr praktische Möglichkeiten, Systemmitglieder in die Therapie mit einzubeziehen (z. B. weil ein

² Tatsächlich überschätzen ältere Menschen häufiger ihre Ressourcen und haben dadurch ein unrealistisches Selbstkonzept; dies kann Ausdruck selbstprotektiver Bemühungen sein (im Sinne der Verleugnung) oder aber auch Ausdruck von langsamer, kontinuierlicher Adaptation an einen Verlust.

Angehöriger im selben Haus wie die*der Patient*in lebt). Außerdem fühlen sich gerade sehr gebrechliche Patient*innen im eigenen Zuhause sicherer als in einem fremden Therapieraum, in dem man sich erst einmal (sensorisch/sensumotorisch) orientieren muss, und der ggf. erst einmal im Rahmen einer kräftezehrenden Anfahrt (u. U. Krankentransport) angefahren werden muss. Auch für die Gestaltung einer positiven therapeutischen Beziehung bietet das eigene Wohnumfeld Potentiale: Patient*innen treten unmittelbarer in Beziehung und öffnen sich schneller. Das kann sich darin ausdrücken, dass Patient*innen die*dem Therapeut*in persönlicher ansprechen, z.B. nach dem Herkunftsort oder nach Urlaubsplänen fragen, oder dass sie die*den Therapeuten*in an Dingen, die ihnen wichtig sind (z. B. eine alte Uhr aus dem Familienbesitz), oder Entwicklungen (z. B. kaputte Fensterscheibe, die nicht von der Hausverwaltung repariert wird) teilhaben lassen. Patient*innen nehmen im häuslichen Umfeld schnell (weil die Rolle bekannt ist) und gerne (weil oft wenig Gelegenheiten dafür bestehen) die ‚Gastgeber*innenrolle‘ ein, das stärkt den Selbstwert und trägt zum Kontinuitätserleben bei.

- Herausforderungen der ‚Gast‘-Rolle: Als Therapeut*in gibt man die sichere Position des eigenen Therapieraums auf und begibt sich „in die freie Wildbahn“, an einen (zunächst unbekannt) Ort mit eigener Ästhetik, Temperatur und Geruch. Dies erfordert Mut und Flexibilität, da man gleichzeitig die ‚Gastgeber*innen‘-Rolle nicht verliert, innerhalb derer man Verantwortung für das therapeutische Setting hat. Eine praktische Herausforderung von Hausbesuchen besteht im zusätzlichen Zeit- und Ressourcenaufwand für die An- und Abfahrt. Außerdem kann es selbst bei guter Planung dazu kommen, dass ein Sitzungstermin ggf. mit der Anwesenheit anderer Behandler*innen vor Ort konfligiert. Im Übrigen sollte man sich darauf einstellen, dass Patient*innen im häuslichen Setting auch häufiger um praktische Hilfe bitten.
- Regeln für Therapeut*innen:
 - sich zu Beginn der Therapie Zeit nehmen (sonst ist man schnell von Eindrücken überflutet), um sich bewusst einen Eindruck vom Wohnumfeld zu verschaffen: Lichtverhältnisse (z. B. sind die Möbel so platziert, dass Tageslicht in den Raum fällt?), Möbel (z. B. sind die Möbel so arrangiert, dass die Person freien Zugang zum Fenster hat?), Hintergrundgeräusche (z. B. Laufen permanent mehrere Radios gleichzeitig?), Sicherheit (z. B. adäquate Schuhe, Stolperfallen?).
 - Außerdem: zu Beginn mit der*dem Patienten*in das Setting festlegen, innerhalb dessen die Therapie stattfindet. Vereinbarung eines Raums und Sitzgelegenheiten. Es ist sinnvoll, die Therapie immer mit demselben Satz starten (z. B. „Dann lassen Sie uns starten mit der Sitzung.“) Vereinbarung, dass ggf. für die*den Patienten*in Getränke auf dem Tisch stehen, und darüber, wie man es selbst für sich als Therapeut*in haben möchte, ob man z. B. auch ein Wasser nimmt (nie über eigene Grenzen gehen, indem man etwas isst oder trinkt, was man nicht möchte.) Zur Festlegung des Settings gehört auch, mit der*dem Patienten*in darüber zu sprechen, inwiefern sie*er es möchte – und es aus Therapeut*innensicht sinnvoll ist –, dass Angehörige während der Therapie in der Wohnung sind, und wie man mit unerwarteten Besuchen umgeht. Darauf

hinweisen, dass Privatsphäre für die Therapie wichtig ist; dies auch mit den Angehörigen zusammen besprechen. Wenn dann doch ein unerwarteter Besuch vorbeikommt (was vorkommt, weil Patient*innen ja – vermeintlich! – ‚immer da‘ sind und damit zur Verfügung stehen), das aber auch als Chance begreifen: Wie geht die*der Patient*in damit um? Welche Interaktionsmuster sind zu erkennen? ...

- Einen Ort finden, an dem Dinge, die in der Therapie verwendet und angefertigt werden, sicher und wiederauffindbar abgelegt werden können.

Leitprinzip 4: Für günstige körperliche Voraussetzungen der*des Patienten*in in der Therapiesituation sorgen

- Auf angenehmes Körperempfinden der*des Patienten*in während der Sitzungen achten (in der eigenen Praxis sowie bei Hausbesuchen): bei Patient*innen mit Schmerzen ggf. Pausen machen, in denen sie sich mit ausreichend Zeit anders positionieren können. Patient*innen darauf ansprechen, ggf. die Toilette zu benutzen (oft schambehaftet), da sonst Konzentration nicht möglich. Patient*innen nach Präferenz für Raumtemperatur fragen. In der eigenen Praxis ggf. einen eigenen ‚Seniorenstuhl‘ (hohe Armlehnen, Polsterung) zur Verfügung haben. Die besondere Berücksichtigung dieser Punkte hat nichts mit ‚Betüdeln‘ und ‚Respekt vor dem Alter‘ (Höflichkeitsnorm) zu tun (bzw. sollte nichts damit zu tun haben), sondern ist professionelle Berücksichtigung von Grundbedürfnissen bzw. -voraussetzungen für die Therapie.
- Bei Hörbeeinträchtigungen sollten Therapeut*innen Patient*innen direkt anschauen, so dass Lippenlesen möglich ist. Bei Hörgerät sicherstellen, dass die*der Patient*in es trägt und es eingestellt ist. Wichtig ist etwas langsames, tieferes Sprechen und Betonung von Konsonanten. Ggf. in das präferierte Ohr der*des Patienten*in sprechen. ‚Überakkommodierte Sprache‘ (‚secondary baby talk‘) vermeiden (hoch, laut, warm, aber paternalistisch, thematische Reduzierung auf ‚banale‘ Themen bzw. vermeintliche Altersthemen). (Falls man dies bei Systemmitgliedern beobachtet, darauf ansprechen!) Bei lautem Sprechen berücksichtigen, dass es Mithörer*innen geben kann. Bei visuellen Defiziten darauf achten, dass die*der Patient*in ihre*seine Brille trägt. Daran denken, dass die*der Patient*in nicht auf Mimik/Gestik reagieren kann. Gerade bei spät erblindeten Patient*innen nicht unterschätzen, was trotz Erblindung möglich ist, z. B. kann man Fotoalben anschauen, indem man einen entsprechenden Hinweisreiz gibt (*‚Ah, das hier ist jetzt ein Schnappschuss von Ihnen vor der Porta Nigra.‘*).

Leitprinzip 5: Persönliche, nahe, warme Beziehungen zu den Patient*innen aufbauen.

- Es ist wissenschaftlich wie praktisch begründet, dass es therapieförderlich ist,

Patient*innen dieser Patient*innengruppe vergleichsweise warm, freundlich und zugewandt zu begegnen und größere persönliche Nähe zuzulassen. Damit reagiert man als Therapeut*in auf das größere Bedürfnis gerade von gebrechlichen alten Patient*innen nach Bindung und Intimität in Anbetracht des Erlebens von Unsicherheit durch körperliche Fragilität und Endlichkeit/bedrohlicher Zukunftsperspektive. Bei zu förmlicher Gestaltung der Beziehung reagieren viele Patient*innen in der Regel zurückhaltend. Man sollte als Therapeut*in das eigene Verhalten vor dem Hintergrund eigener Übertragungsdynamiken reflektieren (Altersbilder, Höflichkeitsnorm gegenüber Älteren, bestimmte eigene Erfahrungen mit älteren Menschen), aber bei entsprechender ‚Indikation‘ keine Angst davor haben, „unprofessionell“ zu sein, wenn man begründet die Beziehung in der beschriebenen Weise zu der*dem Patienten*in gestaltet.

- Dazu gehört auch, dass man gerade zu Therapiebeginn auch Gespräche mit der*dem Patienten*in über ‚alltägliche‘ (positive und negative) Dinge zulässt (Sendung, die die*der Patient*in im Fernsehen gesehen hat; Beschwerde über Nachbarn, der Musik zu laut aufgedreht hat). Patient*innen bauen so gerade im Fall von Hausbesuchen den Kontakt zur*zum Therapeuten*in in dieser ‚gewohnten‘ Weise auf. Außerdem handelt es sich bei ‚daily hassels‘ nicht selten bei näherer Betrachtung/aus der Perspektive der Patient*innen um existentiellere Themen: Eine Pflegekraft, mit der sich die*der Patient*in jeden Morgen darüber streitet, wie sie*er gewaschen werden will. Wenn man die meiste Zeit des Tages zuhause ist, wird ein lärmender Nachbar zur Qual. Langeweile bei sozial isolierten Patient*innen kann zur Qual werden. Therapeut*innen sollten diesen Themen Raum geben, dabei aber nicht jedes Mal von einem Problemfeld zum nächsten zu springen, sondern das dahinterstehende abstrakte Thema herausarbeiten (das z. B. im Fall der*des oben beschriebene*n Patienten*in darin besteht, dass die*der Patient*in massive Scham empfindet).
- Patient*innen tragen nicht selten auch vielfältige Wünsche an Therapeut*innen heran, etwa dass man ein Bild aufhängt oder die Blumen gießt. Diesen Anliegen als Therapeut*in zu entsprechen, bewegt sich nicht im Rahmen dessen, was man „normalerweise“ für Patient*innen tut, kann aber im Falle dieser Patient*innengruppe durchaus gewinnbringend eingesetzt werden. Ein solches Verhalten kann die therapeutische Allianz stärken, und von der Reaktion der*des Patienten*in auf die eigene Hilfeleistung kann man Rückschlüsse auf seine möglichen Schemata ableiten (wenn ein*e Patient*in z. B. möchte, dass man die Blumen gießt, dann aber nicht damit zufrieden ist, wie man gegossen hat, und sich weiter fordernd verhält). Wenn man die*den Patienten*in (in begrenztem Maße und situativ) praktisch unterstützt, dann sollte man dies gezielt tun, und nicht, um „lieb und nett“ zu sein (Stichwort Umgekehrte Übertragung s. u.), und es muss unbedingt beachtet werden, inwiefern es sich bei dem Verhalten der*des Patienten*in um „gelernte Hilflosigkeit“ handelt.
- Umgekehrt erwarten Patient*innen auch mehr persönliche Selbstoffenbarung und sprechen Therapeut*innen (gerade aus der Situation ihres Wohnumgebungs) oft persönlicher an, etwa mit der Frage, wo man geboren und aufgewachsen ist (s.

o.). Dieses Verhalten ist nicht selten ein Versuch, in Anbetracht von häufig wenig Abwechslung und sozialen Kontakten mit Neugier und in der gewohnten Weise zu einem anderen Menschen in Kontakt zu treten, und muss nicht als Vermeidung oder defensives Verhalten interpretiert werden. Therapeut*innen sollten sich bewusst darüber sein, in welchem hohem Maße der Besuch der*des Therapeuten*in oft eine positive Störung der eher abgeschirmten Alltagsroutine darstellt. Nicht selten sind auch (bei Verabschiedungen) alltagspraktische Ratschläge an die*den Therapeuten*in (etwa, dass man aufpassen soll, wenn man nach der Sitzung in die Dunkelheit geht, weil so viele Verbrecher in der Gegend rumlaufen). Dieses Verhalten kann als Ausdruck von ‚Generativität‘ betrachtet werden, oder als Kompensationsversuch der empfundenen Wertlosigkeit.

- Bemerkung zu **körperlichen Berührungen**: Viele Therapeut*innen vermeiden generell körperliche Berührungen mit (jüngeren) Patient*innen. Körperliche Berührungen können aber gut für diese Patient*innengruppe in die Therapie integriert werden, und sind in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen. Dazu gehören angemessene, auf die Präferenzen der*des Patienten*in angepasste körperliche Berührungen wie Hand halten, den Arm sanft berühren, und Umarmungen zulassen, was häufig von Patient*innen eingefordert wird. (Es gibt aber natürlich auch ältere Menschen, die von je her körperliche Berührungen außerhalb der Familie nicht angemessen finden!) Neben dem oben genannten Bedürfnis nach mehr Nähe, Intimität und Halt seitens der Patient*innen kann dies auch vor folgendem Hintergrund betrachtet werden: Körperliche Veränderungen infolge von Alter, Krankheit und Pflege kann Menschen sich unattraktiv und „unantastbar“ fühlen lassen. Formen der Berührung sind häufig seltene und willkommene Formen des Kontakts. Außerdem werden umfangreicher gepflegte Patient*innen häufig eher in funktionaler, „mechanischer“ Weise körperlich berührt, wenn man ihnen zum Beispiel ins oder aus dem Bett hilft oder sie in der Badewanne gewaschen werden. Eine sanfte, persönliche Berührung vermittelt Wärme und Fürsorge und kann Deprivation entgegenwirken und kann gezielt eingesetzt werden, um hohe emotionale Erregungszustände von fragilen Patient*innen zu regulieren.
- Und noch eine Bemerkung zu **Geschenken**: Die Patient*innengruppe bringt vergleichsweise häufig Geschenke mit (häufig Pralinen oder Parfüm). Es gibt keine generellen Regeln im Umgang mit Geschenken (außer natürlich Geld und teurere Geschenke, wie in der Berufsordnung geregelt). Geschenke müssen immer in ihrer Bedeutung verstanden werden, und das darauf bezogene therapeutische Handeln muss vor diesem Hintergrund gestaltet werden. Generell kann es eine Geste des Respektes und der Freundlichkeit sein, als Therapeut*in ein Geschenk anzunehmen, und zwar dann, wenn die*der Patient*in am Ende der Therapie dankbar für die therapeutische Unterstützung ist, und nun etwas zurückgeben möchte (dies kann positiv als erfolgreiches Abschließen der Therapie betrachtet werden). Ein Geschenk kann aber auch Ausdruck davon sein, dass die*der Patient*in dies als übliche Umgangsform mit Behandler*innen erachtet; oder auch von Schuldgefühlen, oder es kann eine (unbewusste) Intention damit verfolgt werden, die*den Therapeuten*in zu „halten“. Häufig kommen Geschenke auch von Angehörigen, ein Motiv kann sein,

dass man dankbar ist, weil man entlastet ist, ein anderes, dass man sich für die*den Patienten*in schämt.

- Insgesamt heißt das Gesagte aber nicht, dass Patient*innen wie „rohe Eier“ behandelt werden sollen bzw. als Patient*innengruppe, mit der man ausschließlich ‚ressourcenorientiert‘ arbeiten kann (das wäre eine Verletzung des Fürsorgeprinzips)! Eine therapeutische Beziehung, in der sich die*der Patient*in aufgehoben und getragen fühlt, ist eine Voraussetzung für darauf aufbauendes klärungsorientiertes Arbeiten. Muten Sie ihren Patient*innen auch etwas zu, und vor allem trauen Sie ihnen Veränderung zu!

Leitprinzip 6: Übertragungsdynamiken verstehen.

- Gerade im Fall von jungen Therapeut*innen können in der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen komplexe intergenerationelle Übertragungskonstellationen auftreten. In regelhaften therapeutischen Konstellationen befinden sich Therapeut*innen in der narzisstisch sichereren Position einer Elternübertragung, mit der sie vertraut sind. In der psychotherapeutischen Behandlung älterer Patient*innen weisen jedoch Patient*innen tendenziell den jüngeren Therapeut*innen andere Rollen zu und übertragen auf sie innere Bilder ihrer realen oder fantasierten Kinder oder Enkelkinder (umgekehrte Übertragung). Reagieren Therapeut*innen darauf in Form eines „regressiven Sogs“, wird eine tiefergehende und möglicherweise konfliktreichere Situation verhindert. Es ist auf eine positive Übertragung zum Therapieende hinzuarbeiten, wo umgekehrte und reguläre Übertragung nebeneinander bestehen (das ist ein gutes Zeichen). Umgekehrt kann es seitens der Therapeut*innen zu einer Übertragung des Wunsches nach einem weisen, fürsorglichen alten Gegenüber kommen. Auch ungelöste (groß-)elterliche Konflikte können übertragen werden, etwa wenn sich ein*e Therapeut*in von Patient*innen schnell kontrolliert fühlt. Bei emotional übererregten und kognitiv stärker eingeschränkten Patient*innen ist die Übertragung spontaner und flottierender, weil die Patient*innen affektiv weniger kontrolliert sind.
- Weitere Übertragungsdynamiken: Manche Patient*innen sehen die*den Therapeuten*in als Retter*in (Idealisierung, die dazu führt, dass die*der Patient*in Verbesserungen in ihrer*seiner Symptomatik auf die*den Therapeuten*in und nicht auf sich attribuiert), andere als beneidete*n Konkurrenten*in, mit dem*der man es aber nicht mehr aufnehmen kann, was dazu führt, dass sich die*der Patient*in aus der Therapie zurückzieht. Romantische Übertragung kann als demütigend erlebt werden. Sehen Patient*innen die*den Therapeuten*in als Elternteil, spielen sie möglicherweise ihre tatsächlichen Kompetenzen herunter. Darüber hinaus kann die*der Therapeut*in die Hilflosigkeit einer*eines Patienten*in wahrnehmen, nicht aber seine*ihre Aggression, etwa in Form hartnäckiger Hilfeappelle, sodass die*der Therapeut*in sich infolge aufopfert. Nimmt umgekehrt die*der Therapeut*in nur die Aggression der*des Patienten*in und ihre*seine eigene aggressive, bestrafen-

de Gegenreaktion wahr, ist sie*er sich möglicherweise nicht des Hilflosigkeitsempfindens der*des Patienten*in und ihrer*seiner eigenen Hilflosigkeit bewusst.

Leitprinzip 7: Beziehungsveränderung durch Therapieunterbrechungen.

- Im Fall einer leichteren körperlichen (Neu-)Erkrankung der*des Patienten*in ist es i. d. R. in Absprache mit der*dem Patienten*in sinnvoll, eine begonnene Therapie weiterzuführen und den Therapiefokus zu verschieben, etwa zur Bewältigung der Erkrankung. Es kann aber auch angemessen sein, die Therapie zu unterbrechen, bis sich die Erkrankung stabilisiert hat. Wenn sich bereits eine positive Therapiebeziehung entwickelt hat, ist Psychotherapie auch mit Einschränkungen wie (Rest-)Aphasien möglich, hier sollte man nicht zu früh abbrechen. Um die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten, sind in dem Fall kurze Telefonanrufe sinnvoll. Im Fall einer schweren Erkrankung, wie etwa einer Wiedererkrankung mit terminaler Diagnose (z. B. Darmkrebs), kann es sinnvoll sein, die Therapie im Sinne eines palliativen psychoonkologischen Angebots zu gestalten. Patient*innen können im Laufe der Therapie so an ihre psychophysischen Grenzen kommen, dass sie keine Ressourcen mehr in therapeutische Sitzungen investieren möchten, hier gilt es als Therapeut*in, die*den Patienten*in „loszulassen“. Es kann in seltenen Fällen vorkommen, dass Patient*innen während der Therapie sterben. Das kann bei Therapeut*innen – in Abhängigkeit der Todesumstände und der sozialen Situation, in der sie*er sich zuletzt befand – starke Gefühle auslösen (v. a. bei sozial sehr wenig eingebundenen Patient*innen). Ein praktischer Aspekt: Falls man zur Beerdigung gehen möchte, sollte man Schweigepflichtsaspekte berücksichtigen.

Insgesamt sprechen die vorgestellten Leitprinzipien für die hohe Bedeutung einer aktiv-unterstützenden, haltgebenden und strukturvermittelnden therapeutischen Rolle in der psychotherapeutischen Behandlung der Patient*innengruppe.

Teil 2: Therapiephasen-Spezifika

In den verschiedenen aufeinander aufbauenden Therapiephasen (i. d. R. Kurzzeittherapie) sollen in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen die nachfolgenden übergeordneten Behandlungsfoki integriert werden:

Therapiebeginn (ca. 4 Sitzungen):

Vertrauen aufbauen
Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens

Therapiemodule der Interventionsphase (ca. 20 Sitzungen):

Modul 1: Strukturierter Lebensrückblick
Modul 2: Empowerment
Modul 3: Systemmobilisierung

Therapieende (ca. 4 Sitzungen):

Therapieerfolg würdigen und verstetigen

Erstgespräch

Besonderer Fokus: Vertrauen aufbauen

Neben den üblichen Aspekten eines Erstgesprächs sind folgende Aspekte besonders zu beachten:

1. Bei Hausbesuch: **Sich für das Vertrauen bedanken, dass die*der Patient*in einen Zuhause empfängt.**³
2. **Sich als jemand präsentieren, den man mag und dem man vertrauen kann.** Sich ausführlich vorstellen (z. B. angeben, wo man seine Praxis hat; ggf. wie alt man ist). Positive Erfahrung in der Arbeit mit älteren Menschen hervorheben. Souverän und ‚locker‘ mit Fragen zur eigenen Person, die die*der Patient*in an einen heranträgt, umgehen.
3. **Neben einfachen, klaren Informationen zu Psychotherapie auch hohe Motivation, die*den Patienten*in auf Augenhöhe zu unterstützen, zeigen.** *„Über schwierige und belastende Dinge mit einer dritten, neutralen Person zu sprechen, kann Erleichterung bringen, und man kann gemeinsam auf Lösungen von Problemen kommen. Ich möchte Ihnen meine Hilfe anbieten und dass wir Schritt für Schritt zusammen schauen.“* **Ggf. auch die Grenzen von Psychotherapie erläutern:** *„Was wir nicht erreichen können, ist, dass Sie wieder ganz selbstständig werden. Ich kann Ihnen aber dabei helfen, wie Sie wieder selbstbestimmter werden können, d. h. Dinge in Ihrem Alltag wieder zumindest ein wenig mehr so gestalten können, wie es Ihnen wichtig ist.“* *„Was wir hier nicht erreichen können ist, dass Sie keine Schmerzen mehr haben. Was wir als Psychotherapeut*innen in der Therapie nicht machen, ist, dass wir direkt körperliche Erkrankungen angehen und behandeln. Aber ich kann Ihnen dabei helfen, dass Sie mit Schmerzen besser umgehen können.“*
4. **Optimismus und Hoffnung vermitteln:** *„Ich arbeite schon lange mit älteren Menschen und erlebe es regelmäßig, dass Psychotherapie auch bei Menschen in Ihrem Alter wirksam ist. Ich habe daher allen Grund anzunehmen, dass Ihnen die Therapie helfen wird.“*
5. **Fachkenntnis zu Pflegeleistungen, Altenhilfe:** Demonstriert Verständnis für die Situation der*des Patienten*in. *„Pflegegrad 2 – dann bekommt Ihre Familie knapp €550 im Monat, richtig?“*
6. **Rolle als Therapeut*in klären und ggf. Erfahrung mit Overprotection aufgreifen:** *„Sie haben schon viel Lebenserfahrung und wissen, was Ihnen wichtig ist. Mir ist es wichtig, Ihnen zuhören und gemeinsam mit Ihnen zu schauen, wie Sie das, was Ihnen wichtig ist und was Sie ausmacht, in Ihrer Situation umsetzen können, so dass*

³ Spezifisch für Projekt PSY-CARE: Sich darauf beziehen, dass die*der Patient*in bereits einen Termin mit der Projektmitarbeiterin (study nurse) zur Diagnostik hatte. Die Teilnahme- bzw. Kooperationsbereitschaft positiv verstärken.

es Ihnen wieder besser geht.“

- 7. Zeitliche Begrenztheit der Therapie – positiv! – thematisieren:** Es muss beachtet werden, dass diese Patient*innengruppe oft keine Vorstellung vom zeitlichen Umfang einer Therapie hat. *„Eine Psychotherapie läuft nicht so ab, wie Sie das von Terminen zum Beispiel mit Fachärzt*innen kennen, dass man unregelmäßige, wenige Termine über einen längeren Zeitraum hat, die man immer wieder neu vereinbaren muss. Wir haben die Möglichkeit, dass wir uns mindestens über mehrere Monate hinweg regelmäßig i. d. R. einmal pro Woche sehen.“* Zu beachten ist, dass sich Patient*innen manchmal nicht auf den Kontakt zur*zum Therapeuten*in einlassen, wenn man zu stark/konkret die Begrenztheit des Kontaktes in den Mittelpunkt stellt (nach dem Motto: *„Warum soll ich mich auf jemanden einlassen, der gleich wieder geht?“*). In dem Falle sollte man erst mit der expliziten Benennung des konkreten Sitzungskontingentes einige Sitzungen/die Probatorik abwarten, bis sich die Therapiebeziehung gefestigt hat. *„Ich möchte, dass Sie mich kennenlernen. Normalerweise sollte es Ihnen schon nach einigen Sitzungen etwas besser gehen. Wir schauen dann, wie viele Sitzungen wir noch benötigen.“* Bei Patient*innen mit hohem Risiko für Abhängigkeit zur*zum Therapeuten*in (in Fall von sozialer Isolation) sollte die maximale Dauer der Therapie direkt angesprochen werden.
- 8. Weitere typische Aussagen von Patient*innen, die in ihrer Bedeutung von der*dem Therapeuten*in verstanden und positiv aufgegriffen werden müssen:** *„Oh, ich denke, ich werde gar nicht so viele Sitzungen brauchen.“* (z. B. Ausdruck von Scham, Therapie ‚zu brauchen‘; Befürchtung, die*den Therapeuten*in zu belasten). Mögliche therapeutische Reaktion: *„Ja, es kann gut sein, dass es Ihnen schon nach wenigen Sitzungen besser gehen wird. Lassen Sie uns doch immer wieder schauen, wie es Ihnen geht, ob Sie noch mehr Sitzungen benötigen, oder ob wir gut die Therapie beenden können.“* Ein anderes Beispiel: *„Wer weiß, ob ich überhaupt noch so lange [wie die Therapie vorgesehen ist] lebe.“* (i. d. R. adaptive Strategie, um mit Angst vor Sterblichkeit umzugehen). *„Sie haben das Gefühl, dass Sie nicht mehr lange leben? Aber Sie sagen sich offenbar: Ich will, dass es mir jetzt besser geht. Das finde ich beeindruckend.“*
- 9. Freude darüber ausdrücken, dass man die*den Patienten*in kennenlernen durfte** und sich nochmal für das Vertrauen bedanken.

Probatorik

Besonderer Fokus: Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens

In dieser Therapiephase sollen primär ein Überblick über die Problembereiche der*des Patienten*in und biographische Fakten gewonnen werden. Eine ausführliche Beschäftigung mit der Biographie erfolgt erst in der nächsten Therapiephase. Ein besonderer Schwerpunkt soll in dieser Therapiephase auf die Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens gelegt werden, da viele Patient*innen stark verunsichert und demoralisiert sind.

- 1. Unmittelbare basale Bedürfnisse ansprechen:** Ist der*dem Patienten*in zu warm/zu kalt? Möchte sie*er etwas trinken? Muss sie*er zur Toilette? Fühlt sie*er sich im Stuhl wohl? Auf nonverbale Hinweise für Schmerz achten und ansprechen.
- 2. Positives Feedback für Mitarbeit geben:** *„Ich weiß, dass Ihnen manchmal nicht nach unseren Sitzungen zumute ist. Aber ich bewundere Ihre Bereitschaft, sich trotzdem darauf einzulassen.“* *„Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen und darüber, wie offen Sie mit mir über Ihre Gefühle sprechen.“*
- 3. Sich auf Dinge beziehen, die einem die*der Patient*in bereits erzählt hat:** *„Das erinnert mich daran, dass Sie mir erzählt hatten, dass Ihre Enkelin Sie im Sommer im Krankenhaus besucht hat.“* Dies vermittelt der*dem Patienten*in das Gefühl von Vertrautheit und Wertschätzung.
- 4. Die*Dem Patient*in auf das, was ihr wichtig/was eine Bedeutung für sie*ihn hat/auf Präferenzen ansprechen:** *„Die Uhr, die hier hängt, sieht sehr alt und wertvoll aus. Darf ich fragen, woher die stammt?“* *„Sie schreiben wohl lieber Postkarten, als dass Sie miteinander telefonieren, richtig?“*
- 5. Bestärkungen aussprechen:** *„Ich habe gerade gesehen, dass Sie sich so nett mit der Pflegekraft unterhalten haben. Es muss sehr angenehm sein, Sie als Klientin zu haben.“* *„Jedes Mal, wenn ich zu Ihnen komme, haben Sie es so hübsch hier.“* *„Trotz der Schmerzen durch Ihre Arthritis machen Sie sich jeden Tag selbst das Frühstück.“*
- 6. Patient*innen auf Lebenssinn/Werte ansprechen:** *„Was sind Dinge, die Ihnen im Kontakt mit anderen Menschen besonders wichtig sind?“* *„Wie erklären Sie sich, dass Sie all die vielen Schicksalsschläge in Ihrem Leben überlebt haben?“* *„Würden Sie sich als politischen Menschen beschreiben?“*
- 7. Die Generativität der*des Patienten*in fördern, ihn in ihrer*seiner Expert*innenrolle ansprechen:** *„Ich habe beim Reinkommen gesehen, dass Sie eine Sendung über den Klimawandel geschaut haben. Wie sehen Sie dieses Thema?“* *„Wie stehen Sie zum Thema Krieg?“*

- 8. Patient*innen in ihrem emotionalen Erleben und in ihrer Wahrnehmung validieren.** *„Dass Sie sehr traurig darüber sind, dass Sie nach Ihrem Schlaganfall nicht mehr auf Ihrer geliebten Gitarre spielen können, verstehe ich sehr gut. Weinen Sie, das ist völlig in Ordnung!“*

Therapiemodul 1: Strukturierter Lebensrückblick

In dieser Therapiephase geht es darum, gemeinsam mit der*dem Patienten*in chronologisch strukturiert durch ihre Lebensphasen zu gehen. Dadurch, dass das Erlernen neuer Fertigkeiten nicht erforderlich ist, ist diese Vorgehensweise zu Therapiebeginn geeignet, um die*den Patienten*in mit der*dem Therapeuten*in und dem Format Therapie vertraut zu machen. Je nach Patient*in und Situation, in der sie*er sich befindet, soll dabei ein unterschiedlicher Ziel- und Vorgehensfokus gelegt werden.

Eine relativ hohe Sitzungsanzahl (ca. 10 Sitzungen) ist vor allem bei Patient*innen mit relativ intakten kognitiven Ressourcen indiziert, die mit der Vergangenheit hadern, ständig Vergleiche ziehen zwischen dem Leben, wie es ist, und dem, wie es hätte sein können (kontrafaktisches Denken: „Wie wäre es jetzt, wenn damals ...“); die nach Erklärungen für ihr Gewordensein suchen, ohne dabei eine befriedigende Antwort zu bekommen; die sich als Opfer oder als Täter*in fühlen. Ziel ist hier, Scham- und Schuldgefühle abzubauen und ein flexibleres, positiveres, differenzierteres Selbstnarrativ zu entwickeln, indem auch die negativen autobiographischen Erlebnisse in ihrer Bedeutung und Sinnhaftigkeit für die eigene Lebensgeschichte wahrgenommen und verstanden werden; Lebensmuster und Zusammenhänge sollen in der Gesamtschau verstanden werden („Integrität“, Selbstakzeptanz).

Eine eher niedrigere Sitzungsanzahl (ca. 6 Sitzungen) ist bei Patient*innen sinnvoll, die aktuell mit besonders akuten, vielfältigen, schwerwiegenden Verlusterfahrungen und kognitiven Einbußen konfrontiert sind. Hier sollte schwerpunktmäßig das Stimulieren des einfachen Erzählens autobiographischer Erinnerungen (biographische Fakten, die zum Selbstkonzept der*des Patienten*in gehören) gefördert werden sollte, um eine Selbststabilisierung und Normalisierung der Lebenssituation zu erreichen. Bei Patient*innen mit leichter Demenz kann der Lebensrückblick zur ‚Bewahrung des Selbst‘ genutzt werden.

Eine mittelhohe Sitzungsanzahl (ca. 8 Sitzungen) ist bei Patient*innen indiziert, die aktuell große Schwierigkeiten haben, bestimmte Probleme zu bewältigen. Auf der Basis einer Biographie, in der die*der Patient*in schon mit vielen Herausforderungen konfrontiert war, soll sich die*der Patient*in wieder mehr an Geleistetes, an Bewältigtes, erinnern.

Bei allen Patient*innen kann der strukturierte Lebensrückblick genutzt werden, um in der aktuellen Phase der Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit wieder mehr Kontrolle über den Gedächtniszugriff auf positive Details aus der eigenen Biographie zu bekommen.

- 1. Beziehungsebene:** Der*Dem Patienten*in das Gefühl vermitteln: unmittelbar wichtig und einzigartig zu sein; ‚richtig‘ zu sein, so wie sie (geworden) ist; von Anregung durch Austausch; dass sie gut ‚getragen‘ wird; sich als Zeuge*in des Erlebten, als ‚Mitglied der nachfolgenden Generation‘ zur Verfügung stellen. Um zu

verhindern, dass Patient*innen von Affekten überflutet werden, stellt sich die*der Therapeut*in als ‚interaktiver Affektregulator‘ zu Verfügung.

2. Rational den strukturierten Lebensrückblick differentiell je nach Patient*in

erläutern: *„Sie hadern sehr mit Ihrer Vergangenheit und machen sich Vorwürfe. Diese Schuldgefühle zapfen sehr viel Energie von Ihnen ab, die Sie im Moment brauchen. Deshalb würde ich Sie gerne dazu einladen, mit mir gemeinsam nochmal zu schauen, wie Ihr Leben verlaufen ist. Vielleicht wird Ihnen dadurch manches klarer. Das kann einem wieder mehr Kraft für den Alltag geben.“* *„Sich an positive Dinge in der eigenen Biographie zu erinnern, kann freudvolle Momente, Spaß und Stolz mit sich bringen. Sie fühlen sich gerade niedergeschlagen. Ich denke, noch einmal auf ihr Leben zurückzuschauen, kann Ihnen helfen, sich wieder besser zu fühlen.“* *„Sie haben schon viele Dinge in Ihrem Leben gut bewältigt. Ich bin überzeugt davon, dass Sie diese Erfahrung für das Hier und Jetzt nutzen können.“* *„Im Moment haben Sie das Gefühl, Ihr Leben gerät völlig aus den Fugen und Sie sind gar nicht mehr derjenige, der Sie einmal waren. Da ist es besonders wichtig, sich wieder klar zu machen, wer man eigentlich ist und was einen ausmacht.“*

Einteilung des Lebenslaufs in aufeinanderfolgende Lebensphasen/Le-

bensthemen: Dies erfolgt gemeinsam mit der*dem Patienten*in: frühe Kindheit/ Herkunftsfamilie, Grundschulalter, Jugendalter/ ‚emerging adulthood‘ Erwachsenenalter, Erwachsenenalter: Berufsleben, Familienleben (Partnerschaft, Kinder/Enkelkinder), Freundeskreis/Hobbys, Gesundheit/Krankheit. Es eignet sich dazu die Arbeit mit der Lebenslinie.

3. Anregung zur Auseinandersetzung mit positiven und negativen Erinnerungen:

- *„Was waren Ihre Stärken?“, „Wofür erhielten Sie damals Anerkennung?“*
- *„Was waren damals Dinge, die herausfordernd für Sie waren?“, „Gab es Niederlagen, Enttäuschungen?“*
- Als Einstieg in eine Lebensphase können deskriptive Fragen gewählt werden (*„Wer waren damals Ihre Freunde?“*). Danach ist bedeutsam, die Gefühle und Bewertungen der ‚Fakten‘ (*„Welche Bedeutung hatte diese Freundschaft für Sie?“*) anzuregen. Dadurch sollen negative Interpretationen infrage gestellt werden und Neubewertungen angeregt werden.
- Bei negativen Lebensereignissen ist es wichtig, auch nach persönlichen und sozialen Ressourcen der*des Patienten*in zu fragen, die bei der Problembewältigung hilfreich waren (*„Wie ist es Ihnen gelungen, das Problem zu lösen?“*)

4. Bildreich, anschaulich und packend berichten lassen.

Intellektualisierung vermeiden; gerade bei ‚Archivgeschichten‘: nach Farbe, Gerüchen, Geschmack fragen, dadurch neuen Blickwinkel ermöglichen. Fotos, Tagebücher, alte Postkarten, Musik und Filme von damals (wichtig dabei ist die kreative Leichtigkeit; darf nicht an-

strengend oder irritierend sein). Ggf. kann der*die Therapeut*in auch selbst ‚cues‘ mitbringen, z. B. Torhüterhandschuh, wenn jemand früher Torwart war.

5. Im Fall von Traumata ‚gemäßigte Traumaexposition‘: Eigene Therapiesitzung mit der Traumaschilderung, die vor der Lebensphase eingeordnet wird, in der sich das Trauma ereignet hat. Ziel ist es, dass die*der Patient*in erkennt, dass das Trauma ein Ereignis von vielen Lebensereignissen war (es gab ein Leben vor und nach dem Trauma); denn trotz Trauma hat eine Entwicklung stattgefunden!

6. ‚Lebensbuch‘ als ergänzendes therapeutisches Mittel: Chronologische Sammlung bedeutsamer (typischer oder ‚besonderer‘) Fotos für verschiedene Lebensabschnitte mit Angabe von Empfindungen, die das Foto auslöst

7. Therapieabschluss: Differenzierte Lebensbilanz

- *„Insgesamt betrachtet, welche ist Ihre größte Stärke in schwierigen Situationen?“*
- *„Welche Dinge in Ihrem Leben haben Sie zu der Person gemacht, die Sie geworden sind?“*
- *„Was würden Sie aus heutiger Sicht ändern, besser machen, wieder genauso machen?“*

8. Zukunftsplanung

- *„Was sind für Sie jetzt die wichtigsten Dinge in Ihrem Leben?“*
- *„Was ist Ihnen für Ihren Lebensalltag in Zukunft besonders wichtig?“*
- *„Wovon wollen Sie sich in Zukunft verabschieden?“*
- *„Was möchten Sie der nächsten Generation weitergeben?“*

Einsatz von Symbolen und Metaphern

Therapiemodul 2:

Empowerment

In dieser Therapiephase (ca. 6–10 Sitzungen) steht die Arbeit im Hier und Jetzt unter Einsatz klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden im Fokus. Dabei sind bei der Durchführung folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- **Aufbau positiver Aktivitäten** bedeutet für diese Patient*innengruppe Aufbau einer positiven, halt- und strukturgebenden Alltagsroutine, in der sich Pflichten und angenehme, sinnhafte Aktivitäten abwechseln. Es ist im Fall von funktionalen Einschränkungen eine höhere Aktivität der*des Therapeuten*in erforderlich (z. B. Nummer eines Fahrdienstes zur Verfügung stellen, um Patient*innen zu Gottesdienst zu fahren; ggf. selbst Fahrdienst anrufen). (Darauf achten, dass nicht depressives Verhalten verstärkt wird und Paternalismus vermeiden!)
- **Kognitive Umstrukturierung:** Bei der kognitiven Umstrukturierung steht häufig das Thema der Wertlosigkeit/Bedeutungslosigkeit in Anbetracht der Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Ziel ist, dass die*der Patient*in erkennt, dass ihr*sein Wert als Person unabhängig von ihren*seinen nachlassenden körperlichen bzw. geistigen Kräften ist. Auch das Zur-Verfügung-Stellen therapeutischer Metaphern zum alten, kranken Körper ist hilfreich (*„Ich sehe Ihren Körper eher wie ein altes, verwundenes Haus, das schon viele Stürme überlebt hat. Und das trotzdem noch seinen Bewohner*innen Schutz bietet. Neue Gebäude haben nicht den Charme eines alten Gebäudes.“*) Außerdem haben sich hedonistische Disputationstechniken als sinnvoll erwiesen. *„Wie fühlen Sie sich, wenn Sie denken, dass alle Sie für einen elenden Krüppel halten? Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an? Hilft Ihnen der Gedanke dabei, sich besser zu fühlen?“*
- Beim **Sozialen Kompetenztraining** sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass ältere Menschen generell eine hohe Präferenz für vertraute emotional bedeutsame Sozialpartner*innen hegen und dazu neigen, Auseinandersetzungen und Konflikte mit diesen zu vermeiden (um Kraft zu sparen; aus Angst vor Bindungsverlust in Anbetracht von wahrgenommener Abhängigkeit). Die Verbesserung vorhandener sozialer Beziehungen etwa zu Partner*innen, Kindern, Enkelkindern, Pflegekräften und Nachbar*innen kann mehr noch als der Aufbau neuer sozialer Kontakte der Fokus sein. Eine typische soziale Problemsituation könnte etwa sein: *„Mein Sohn gibt mir erst ganz kurzfristig Bescheid, ob er mit seiner Familie an Weihnachten zu mir kommt oder nicht. Ich kann gar nicht richtig planen, traue mich aber nicht, das anzusprechen. Ich ärgere mich dann und bin unfreundlich.“* Generell gilt es, mittel- und langfristig selbstschädigender „Harmoniesucht“ durch Training sozialer Kompetenzen entgegenzuwirken. Gleichzeitig muss die*der Therapeut*in aber hier auch realistische Ziele haben, siehe unten.

Ein übergeordnetes Prinzip, welches sich in der Umsetzung aller drei KVT-Methoden widerspiegeln sollte, ist das **Empowerment** („Selbstbemächtigung“) der Patienten*innen.

Dies gelingt durch alle Strategien und Maßnahmen, die den Grad der Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten*innen erhöhen und ihnen ermöglichen, ihre Interessen wieder eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Empowerment soll dem Gefühl der Macht- und Einflusslosigkeit der*des Patienten*in etwas entgegensetzen. Gestaltungsspielräume und Ressourcen sollen wahrgenommen und genutzt werden.

- 1. Die Patient*innen (Antriebslosigkeit als typisches Symptom!) intensiv durch Bekräftigung und Ermutigung motivieren und ‚energetisieren‘.** *„Ich weiß, Sie haben keine Lust auf die Kraft-Balance-Übungen jeden Tag. Aber machen Sie sie – und zwar gerade, weil Sie keine Lust haben! Sie haben mir sehr eindrücklich beschrieben, wie stolz Sie danach immer sind! Das wird Ihnen guttun!“*
- 2. Eigene (persönliche) Überzeugung zu Einflussnahmemöglichkeiten in der alltäglichen Lebensführung wiederholt betonen.** *„Ja, Sie werden immer auf Hilfe angewiesen sein. Sie sind in Ihrer Selbständigkeit sehr eingeschränkt. Aber eingeschränkte Selbständigkeit heißt für mich nicht, dass Sie auf Ihr Leben gar keinen Einfluss haben! Ich bin absolut davon überzeugt, dass es einzelne Bereiche in Ihrem alltäglichen Leben gibt, die sie selbstbestimmt gestalten können! Ich würde mir das gerne mit Ihnen zusammen anschauen.“*
- 3. Daraufhinwirken, dass nichtproduktive Tätigkeiten** wie z. B. unnötiges Schlafen, Horten von Dingen exzessives Fernsehen aufgegeben werden. Mit der*dem Patienten*in Nachteile dieser Verhaltensweisen und Alternativen besprechen und einüben.
- 4. Detailliert Präferenzen in der alltäglichen Lebensführung besprechen.** Wo möchte die*der Patient*in gerne ihre*seine Mahlzeiten einnehmen? Wie soll die Temperatur im Raum eingestellt sein? Welchen Pullover möchte sie*er tragen? Welche Fotos sollen an der Wand hängen? etc. Die*Der Patient*in soll die Überzeugung entwickeln, dass sie*er zumindest in einigen Lebensbereichen etwas dafür tun kann, das zu bekommen, was ihr*ihm wichtig ist. Es geht i. d. R. um konkrete, einfache, basale Dinge, die aber im Kontrollerleben der*des Patienten*in einen entscheidenden Unterschied machen können.
- 5. Patient*in vermitteln, dass sie*er (auch wenn dem von anderen nicht immer nachgekommen wird) ein Recht auf Respekt und Selbstbestimmung hat.** Typische Aussagen sind *„Ich will nicht, dass viel Wirbel um mich gemacht wird.“* *„Ich will keine Arbeit machen.“* Zu beachten ist, dass diese Aussagen ganz unterschiedliche Ursache haben können: Generationsspezifische Überzeugung, Persönlichkeitseigenschaft, Selbstwerterhalt, Depression. Statt zeitintensiver und anspruchsvoller kognitiver Umstrukturierung kann es hier sinnvoll sein, der* Patient*in die eigene Sicht zur Verfügung stellen: *„Darf ich Ihnen einmal meine persönliche Wahrnehmung/Überzeugung hierzu sagen?“*

6. Zusätzlich zu Aktivierung/Umstrukturierung/Soziales Kompetenztraining mit Problemlösestraining arbeiten:

- Problemanalyse: Was ist das Problem? Warum ist die Situation ein Problem? Wann, wo, wie oft kommt die Situation vor?
- Lösungsmöglichkeiten erarbeiten
- Systematische Bewertung der Lösungsmöglichkeiten und Auswahl der besten. Was sind die Vor- und Nachteile der Lösungen? Wie wahrscheinlich sind diese Vor- und Nachteile?
- (schon Teil der nächsten Therapiephase): Planung der Umsetzung, Umsetzung im Alltag
- Bewertung der Lösung nach den ersten Erfahrungen im Alltag: Welche Intervention hat guten Erfolg gehabt, welche weniger? Woran hat der Misserfolg gelegen?

7. Die Grenzen der Kontrolle der*des Patienten*in kennen und einbeziehen.

Ein Beispiel: ein*e Patient*in übt im Rahmen einer Sitzung (Soziales Kompetenztraining) ein Gespräch mit der Pflegekraft ein, in dem sie die Pflegekraft bittet, sie anzurufen, falls die Pflegekraft sich einmal erheblich verspätet. (Nicht nur, aber auch) vor dem Hintergrund der institutionellen Probleme in der Pflege ist wichtig, den*die Patienten*in darauf vorzubereiten, dass es sein kann, dass sich die Pflegekraft nicht darauf einstellt. Wenn die Pflegekraft letztlich weiterhin dem Wunsch des*der Patienten*in nicht nachkommt, soll mit dem*der Patienten*in gemeinsam ausgewertet werden, wie es dazu kommt, und was sie in Zukunft stattdessen tun könnte (siehe auch nächste Therapiephase).

8. Verstärkung von Abhängigkeit sowie Bestrafung durch das System verstehen und einbeziehen.

Patient*innen, die ruhig, wenig anspruchsvoll und konform sind, sind beim Pflegepersonal besonders beliebt („gute Patient*innen“). Die Patient*innen geben die Kontrolle an das Pflegepersonal ab, und werden im Gegenzug dafür freundlich behandelt und verstärkt. Patient*innen, die ihre Wünsche äußern und Forderungen stellen, gelten manchmal als schwierig, fordernd und problematisch. Auf solche Patient*innen lässt sich Pflegepersonal häufig nicht ein, oder es wird negativ auf sie reagiert, etwa in Form einer wütenden Reaktion auf eine Nachfrage (Bestrafung der Patient*innen). Patient*innen müssen auf solche Reaktionen vorbereitet sein.

9. Flexibel sein, wenn es um Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Pflegenden geht.

Vor allem ältere Frauen dieser Generation sind zu keiner Zeit in ihrer Biographie durchsetzungsfähig gewesen. Eigene Forderungen zu stellen wird als nicht zur eigenen Persönlichkeit passend begriffen. Hinzu kommt, dass sich Patient*innen sehr abhängig von Pflegenden fühlen. In diesen Situationen geht es darum, realistisch (aber nicht nihilistisch!) zu sein, was von den Patient*innen erwartet werden kann.

Therapiemodul 3: Systemmobilisierung

Über die traditionelle ‚dyadische‘ Therapie hinaus ist es in der Arbeit mit der Patient*innengruppe unablässig, Systemmitglieder miteinzubeziehen. Systemmobilisierung soll insbesondere im letzten Drittel der Therapie (14.–20. Sitzung) zum Einsatz kommen, bestimmte Formen (v. a. Informationsvermittlung) bieten sich allerdings auch schon in früheren Phasen an. Ohne Einbezug von Systemmitgliedern kann eine Therapie mit der Patient*innengruppe i. d. R. nicht gelingen. Spezifische Gründe dafür sind u. a.:

- Patient*innen sind mehr auf die Unterstützung des Systems angewiesen.
- Der körperliche und kognitive Zustand wird sich bei den meisten Patient*innen verschlechtern, so dass das System vorbereitet werden muss.

Gleichzeitig sind die sozialen Systeme der Patient*innengruppe häufig durch Überlastung, Sorgen, Enttäuschung, Zeitdruck bis hin zu psychischer und körperlicher Krankheit gekennzeichnet. Die Depression der Patient*innen steht in enger Wechselwirkung mit den Problemen des Systems: Einerseits sind vor allem pflegende Angehörige und Pflegekräfte durch sozialen Rückzug, Antriebslosigkeit, Lebensüberdruß etc. der Patient*innengruppe überfordert und belastet. Andererseits sind depressive Symptome der Patient*innen auch als Folge eines depressiogenen sozialen Umfeldes zu bewerten, welches nicht zuletzt auch durch strukturelle Probleme in der Pflege gekennzeichnet ist und in dem Abhängigkeit verstärkt wird.

In welchem Umfang wann welche Formen der aktiven, unmittelbaren Mobilisierung des Systems durch die*den Therapeuten*in sinnvoll sind, ist von Patient*in zu Patient*in äußerst unterschiedlich. Als heuristische Regel kann gelten, dass bei Patient*innen mit stärkeren kognitiven Defiziten und chronisch progredienten körperlichen Krankheitsverläufen besonders stark mit Systemmobilisierung gearbeitet werden.

Systemmobilisierung muss immer in Absprache mit den Patient*innen erfolgen. Dies mag für Therapeut*innen selbstverständlich klingen – ist es aber im Arbeitsalltag nicht, nicht zuletzt, weil Paternalismus und Schweigepflichtsverletzungen ‚üblich‘ sind.

Ansätze für Systemmobilisierung sind i. d. R. nicht (wie dies teilweise im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Fall ist) in der Regelversorgung verankert. Sich hieraus ergebende Herausforderungen für Therapeut*innen:

- psychologische Herausforderung: hohe Komplexität des Systems
- regulär keine finanzielle Vergütung
- hoher zeitlicher Aufwand
- logistische Herausforderungen
- Datenschutz schwer einzuhalten

- **Information über Depressionserkennung und -monitoring bei Pflegebedürftigen:**
 - in Einzelgesprächen
 - Verweis auf PSY-CARE Training unter www.psy-care.de (auch und insbesondere für Ärzt*innen und andere Fachkräfte im Bereich Therapie und Pflege)
 - Bereitstellung von Informationsmaterial für Angehörige („Die Anti-Depressions-Strategie im Alter“; „Wenn Ältere schwermütig werden“)

- **Vermittlung von Wissen über Umgang mit Depression bzw. mit depressiven Patient*innen:**
 - Bereitstellung von Informationsmaterial für Angehörige („Die Anti-Depressions-Strategie im Alter“; „Wenn Ältere schwermütig werden“)
 - Verweis auf Coaches: Familiencoach Depression <https://depression.aok.de/> (ist allerdings nicht spezifisch für ältere Menschen bzw. Menschen mit Pflegebedarf)
 - Einzelgespräche dazu, wie die*der Patient*in unterstützt werden kann:
 - › Was ist problematische Kommunikation (z.B. Ratschläge, Beschwichtigungen), was hilfreiche Kommunikation (z.B. Verständnis für das momentane Unvermögen, konkrete Hilfe anbieten) bei Depression
 - › Förderung der Kompetenz der Systemmitglieder, Initiative und Selbstständigkeit der*des Patienten*in positiv zu verstärken
 - › Möglichkeiten aufzeigen, die*den Patienten*in zu den in der Therapie identifizierten positiven Aktivitäten zu motivieren und dabei zu unterstützen
 - › ggf. Gespräch zur realistischen Einschätzung der Zukunft (etwa, wenn trotz progredienten Charakters der Erkrankung der*des Patienten*in die Sicht vorherrscht, dass alles „normal“ weiterlaufen wird)

- **Gestalten gemeinsamer Sitzungen zwischen Patient*in und Systemmitgliedern.**

Im Fall von professionellen Pflegekräften:
Lösungsorientiertes Gespräch zu Problemen zwischen Patient*in und Pflegekräften. Wechselseitiges Verständnis fördern. Wie wird die Problemsituation erlebt? Was sind die gegenseitigen Erwartungen? Wie können die Präferenzen der*des Patienten*in berücksichtigt werden? etc.

Im Fall von (pflegenden) Angehörigen (Partner*innen, Kinder, Geschwister):

 - Zuerst Probleme der Dyade herausarbeiten. Dazu gehören typischerweise Probleme im Kommunikationsstil, fehlende Bewältigungsstrategien, wenig gemeinsame Aktivitäten, Verluste wichtiger Elemente in der Beziehung, Probleme in der Adaptation an neue Rollen, Unsicherheit und Sorgen über die Zukunft.
 - Bei Paaren: Oral History Interview: Wie haben sich die Partner*innen kennengelernt, was hat fasziniert, welche positiven Ereignisse gab es? Ziel: Ausgleich zu aktuellen Problemen

- Interventionen neben Kommunikationstraining:
 - › Reziprozitätstraining: Erarbeiten von Möglichkeiten, dem anderen eine Freude zu bereiten (Komplimente, Geschenke, gemeinsames Singen, Gespräche über Lebensanschauung etc.)
 - › Etablierung gemeinsamer positiver Aktivitäten
 - › Gemeinsames Problemlösetraining
 - › Dyadische Bewältigungsstrategien einüben (Was kann ich tun, um meine*n Partner*in zu unterstützen?)
 - › Gespräche zu realistischer Einschätzung der Zukunft (bei vermeidenden Personen mit vielen Ängsten und Sorgen)
 - › Gemeinsames Planen der zukünftigen Haushalts- und Pflegeaktivitäten

- **Empathische Wertschätzung und Vermittlung von Wissen im Umgang mit eigenem Stress und Depressivität.** Allerdings Ziel im Kopf behalten, dass man Therapeut*in der*des Patienten*in (und nicht Therapeut*in des Systemmitgliedes ist).
 - Sich bei Systemmitgliedern nach Zustand erkundigen, Anerkennung der hohen emotionalen Belastung
 - Persönliches Gespräch: Sich einen Überblick über die Situation der*des Angehörigen verschaffen; das Unterstützungsnetzwerk analysieren und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten herausarbeiten
 - Bei pflegenden Angehörigen Verweis auf:
 - › Online-Pflegecoach <https://www.tkpflegecoach.de/> (enthält neben Pflege-techniken auch Information zu Selbstfürsorge)
 - › Telefonische Beratung: Pflege in Not (www.pflege-in-not.de)
 - › Online-Beratung <https://www.pflegen-und-leben.de/start.html>
 - › Pflegestützpunkte der Bezirke
 - Auf Psychotherapieangebote verweisen. Speziell für pflegende Angehörige gibt es ein gruppentherapeutisches Angebot (tiefenpsychologisch): <https://www.mvz-psychische-gesundheit.de/pflegende-haende>; Einzeltherapie (Gesprächs-psychotherapie) speziell für pflegende Angehörige: Praxis Dorothee Unger (<https://www.praxis-unger-psychotherapie.de/>)

- **Mit Systemmitgliedern kommunizieren, wenn die*der Patient*in Hilfe durch professionelle Helfer*innen benötigt:** Ärzt*innen (z. B. Augenärzt*in, Zahnärzt*in), Physiotherapeut*in, Ergotherapeut*in, Optiker*in, Akustiker*in, ggf. stationäre Aufenthalte.

- **Gegenüber Systemmitgliedern den Interessen und Anliegen der*des Patienten*in Nachdruck verleihen:** z. B. defekter Toilettensitz, der lange nicht repariert wird. Einschreiten, wenn ein*e Patient*in von Systemmitgliedern Gewalt erfährt. In Absprache mit der*dem Patienten*in www.pflege-in-not.de oder ggf.

Ärzt*in oder Polizei informieren. Auf der Website <https://www.pflege-gewalt.de/> findet man Informationen zu Gewaltprävention in der Pflege. Broschüre zu Gewalt in der Pflege: https://masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Pflege-in-Not_Internetversion.pdf

- **Positive Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegekräften fördern:** Wechselseitiges Verständnis fördern. Wie wird die Problemsituation erlebt? Was sind die gegenseitigen Erwartungen?
- **Helferkonferenz organisieren und moderieren.** Teilnehmende: Patient*in, Psychotherapeut*in, Ärzt*in, Angehörige, Pflegekräfte

Therapieende

Therapieerfolge würdigen und verstetigen

1. Für die Patienten*innen, die meistens schon viele soziale Verluste in ihrem Leben erlebt haben, kann das Ende der Therapie ein weiteres Beziehungsende darstellen, mit dem sie aufgrund ihrer Erfahrungen gut umgehen können bzw. etwas, das sie gewohnt sind. Man sollte sich daher nicht wundern und es ist als dysfunktionale Abwehr interpretieren, wenn Patient*innen auf das Therapieende und auf Ankündigungen des Therapieendes vergleichsweise „unemotional“ reagieren. Viele Patient*innen drücken aber auch ihre Traurigkeit über das Therapieende sehr direkt aus. **Generell ist darauf hinzuwirken, dass Patient*innen das Therapieende auch als persönlichen Erfolg sehen können; oder als Gelegenheit, jemandem „im Guten“ auf Wiedersehen zu sagen.**
2. **Therapeut*innen sollten ihre eigenen Übertragungen reflektieren** – bezüglich Tod, Sterben, Verhältnis zu den eigenen Eltern, eigenem Leistungsanspruch. Manche Therapeut*innen haben gerade bei dieser Patient*innengruppe zum Therapieende das Gefühl, die Patient*innen ‚im Stich‘ zu lassen. Die Patient*innen haben in der Regel Probleme ‚ohne Ende‘ (chronische Erkrankungen, progredienter kognitiver Abbau). Daher stellen Therapeut*innen oft den Therapieerfolg bzw. ihre eigene Kompetenz in Frage. Eine realistische Perspektive auf den Beitrag, den man für die Patient*innengruppe leisten kann, ist von Beginn der Therapie an notwendig.
3. **Als Ergebnis der Nachbesprechung der Therapie soll ein Plan (inkl. Notfallplan) für die*den Patienten*in schriftlich festgehalten werden.** Dieser sollte vorhandene und aktivierbare Ressourcen der*des Patienten*in umfassen, typischerweise positive Aktivitäten, positive Erinnerungen, professionelle Kontakte und persönliche Kontakte.
4. Eine schriftliche **Feedback-Vereinbarung** soll für Angehörige, Pflegekräfte, (Haus-)ärzt*innen und ggf. weitere Fachkräfte im Bereich Therapie und Pflege getroffen werden.

PSY-CARE *Manual* wurde für das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte Innovationsfonds-Projekt PSY-CARE (Förderkennzeichen: 01VSF17048) entwickelt und im Rahmen dessen angewendet.

PSY-CARE richtet sich an zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf. Im Behandlungsteam, bestehend aus Psychotherapeut*innen, Pflegenden und Hausarzt*innen, werden Implementierbarkeit und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie für diese Patient*innengruppe untersucht.

Für eine ausführliche Zusammenfassung und aktuelle Informationen siehe:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psy-care-depression-bei-zuhause-lebenden-pflegebeduerftigen-kurzzeitpsychotherapie-im-behandlungsteam-mit-hausaerzten-und-pflegenden.165>

© 2022 Prof. Dr. Eva-Marie Kessler

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Autorin unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Manual darf zu nicht-kommerziellen Zwecken genutzt und weitergegeben werden. Dies meint die Weitergabe bzw. Weiterleitung an Patient*innen, Klient*innen, Angehörige und Pflegekräfte. Sollten Sie Interesse haben, das Manual auf Ihrer Homepage zu veröffentlichen, kontaktieren Sie bitte die Autorin (eva-marie.kessler@medicalschoo-berlin.de). Falls Sie eine umfangreichere Nutzung des Werks anstreben, kontaktieren Sie bitte ebenfalls die Autorin.