

Psychotherapie im Alter

Forum für
Psychotherapie,
Psychiatrie,
Psychosomatik
und Beratung

Herausgegeben von
S. Forstmeier, E.-M. Kessler, R. Lindner, M. Peters,
A. Riehl-Emde, B. von der Stein, A. Trilling

2/12. Jg. 2015

ISSN 1613-2637



Affekte

Herausgegeben von Simon Forstmeier



»Er ist noch da und doch schon weg!«

Zum Umgang mit emotionaler Ambivalenz bei
uneindeutigem Verlust

Regula Bockstaller (Wald, Schweiz)

Zusammenfassung

Uneindeutige Verluste bei einer Demenzerkrankung lassen sich nicht vollständig mit bekannten Modellen der Trauerarbeit erfassen. Orte der Trauer, ob real, in Gedanken oder im Körper, sind nicht auffindbar, da die betroffenen Partner und Partnerinnen bei zunehmend geistiger Abwesenheit physisch noch präsent sind. Diese Uneindeutigkeit stellt hohe Anforderungen an Angehörige und ihr Helfersystem. In diesem Artikel werden verschiedene therapeutische Strategien im Umgang mit uneindeutigem Verlust dargestellt, beispielsweise das duale Denken, das hilfreich ist im Umgang mit Alltagsschwierigkeiten, Trauer und Verlustgefühlen.

Stichworte: Demenz, Verlust, Trauer, duale Denkweise, systemische Therapie, Angehörige

Abstract: »Still there and also gone ...« – How to deal with emotional ambivalence facing non-loss

It is difficult to apply any of the established models of mourning work when the losses caused by dementia are ambiguous. As the partner affected by the disease is physically present but mentally slipping away gradually, it is impossible to locate any places for mourning. Families and their support systems find this ambiguity highly demanding. This article deals with various therapeutic strategies to treat ambiguous loss, among them dual thinking, which helps in handling everyday problems, grief and feelings of loss.

Key words: dementia, loss, mourning, dual thinking, system therapy, family/relatives

Einführung

»Ich wollte und will das alles gar nicht, aber ich muss – ich habe keine andere Wahl!« Dieser Satz ist Ausdruck der Krise, in der sich Angehörige befinden, die in naher Zukunft eine Person mit Demenz verlieren werden. Die Angehörigen sind infolge der Veränderungen in Persönlichkeit und Beziehungsfähigkeit des Kranken bereits im Vorfeld mit dem Verlust konfrontiert. Der Verlust der psychischen Präsenz, auch wenn der Partner körperlich noch anwesend ist, sich selbst oft sogar als glücklich bezeichnet und nicht das Gefühl hat, krank zu sein, wird als »uneindeutiger Verlust« bezeichnet (Boss 2000). Die Erkrankten sind »da und doch so fern« (Bopp u. Pletscher 2014). Ein uneindeutiger Verlust kann Gefühle der Hilflosigkeit auslösen und die betroffenen Angehörigen anfälliger machen für Depressionen, Unruhe, Stress und Beziehungskonflikte (Boss 2000).

Bei den therapeutischen Zielen im Umgang mit uneindeutigem Verlust kommt der Resilienz, der Stärkung der psychischen Widerstandskraft, eine zentrale Bedeutung zu: *»Der Schlüssel zur Resilienz ist in jedem Fall die Fähigkeit, zwei gegensätzliche Vorstellungen gleichzeitig in sich zu tragen. Unabhängig vom gewählten Weg gestaltet sich die Suche nach Sinn schwieriger, wenn ein Verlust uneindeutig ist. Um den Klienten zu befähigen, in der Unklarheit einen Sinn zu entdecken, ist der systemische Ansatz des Sowohl-auch notwendig«* (Boss 2006, 284).

Der Umgang mit Ambivalenz im Zusammenhang mit uneindeutigem Verlust wird im Folgenden anhand eines Fallbeispiels aus einer Angehörigengruppe dargestellt. Die Angehörigengruppe stellt i. S. von Pauline Boss (2006) eine »Wahlfamilie« dar, die hilfreich ist, in einer so schwierigen Situation zu leben und zu überleben.

Falldarstellung

Die 68-jährige V.M. ist Sportlehrerin, Lehrerin für Yoga und verschiedene Entspannungstechniken sowie Leiterin einer Seniorenturngruppe. Sie ist seit 42 Jahren verheiratet und das Paar hat vier gemeinsame Kinder und mehrere Enkelkinder. Vor zwei Jahren ist eine Demenz bei ihrem Ehemann diagnostiziert worden. Alle Kinder unterstützen die Mutter nach ihren Möglichkeiten. Die älteste Tochter wohnt im Haus nebenan und hat eine enge Beziehung zur Mutter, der jüngste Sohn kommt regelmäßig zum Mittagessen und hat eine enge Beziehung zum kranken Vater.

V.M. kommt über eine Anfrage beim Beratungsbüro der Alzheimervereinigung zur Angehörigengruppe.

Die Gruppe von V.M. setzt sich aus 6 Frauen und einem Mann zusammen. Alle sind im Alter zwischen 60 und 70 Jahren, eine Frau ist noch berufstätig, alle anderen sind im Ruhestand oder haben ihre Arbeit frühzeitig niedergelegt, um den Partner zu betreuen. Die Gruppe wird als Angebot der Alzheimervereinigung angeboten und finanziell unterstützt.

Gruppentherapeutisches Angebot: Methoden und Werkzeuge

Im vorliegenden Text werden vorwiegend Methoden und systemische Werkzeuge beschrieben, welche mit der Uneindeutigkeit eines Verlustes arbeiten, respektive diese Ambivalenz wahr und ernst nehmen und somit die Uneindeutigkeit benennen, um sie besser einordnen zu können. Ergänzt werden die Erläuterungen mit Aussagen der Angehörigen V.M.

Oktober 2012: V. M. erzählt von ihren Kindern und der Unterstützung im Alltag durch die Tochter. Die Tochter kenne die Situation, da sie selber in der Pflege arbeite und wisse, was diese Krankheit bedeute. Ihr Sohn esse regelmäßig mit dem Vater zu Mittag. Er verstehe sich gut mit dem Vater und könne nicht nachvollziehen, warum sie, die Mutter, so erschöpft sei. Die Gruppe schlägt V. M. vor, den Sohn mit dem Vater alleine zu lassen und nicht sofort ausgleichend zu agieren. V. M. reagiert auf den Vorschlag mit Empörung und Unverständnis, das könne sie nicht. Auf ihre Schuldgefühle angesprochen, wird sie wach und interessiert. Ja genau, so sei es, sie fühle sich schuldig, sowohl ihrem kranken Mann gegenüber, mit dem sie immer eine gute Ehe geführt habe, als auch ihrem jüngsten Sohn gegenüber, der in der Ablösungsphase sei, aber noch zu Mittag zuhause esse. Was könne sie da tun?

Ressourcen aus dem Erfahrungspool der Angehörigengruppe

In der Gruppe wird die ressourcenorientierte Sammlung von Ideen auch als eine Bestärkung des Einzelnen erlebt. Dass die anderen TeilnehmerInnen aus der Gruppe ihm oder ihr so etwas überhaupt zumuten bzw. zutrauen, wird ermutigend erlebt. Gerade die undurchführbarsten Ideen sind oft in ihrer Respektlosigkeit gegenüber den bekannten Verhaltensweisen Türöffner

für mögliche Lösungsansätze. Das setzt erstaunliche Kräfte frei, sich gegen alte Verhaltensmuster aufzulehnen oder etwas Unkonventionelles auszuprobieren. Die Ideen aktivieren oft die Erinnerung an gute Zeiten, als den Teilnehmenden die Welt als Paar noch offenstand und die Krankheit das Umfeld noch nicht beeinflusste. Von Schlippe und Schweitzer (2007) nennen die ressourcenorientierten Fragen zu Bewährtem vor allem dann sinnvoll, wenn im Klientensystem die Idee vorherrscht, man müsse ständig an sich arbeiten und ständig etwas verbessern, was allmählich zu einer Last werden kann. Bei Angehörigen von Menschen mit Demenz ist diese Idee häufig anzutreffen, sie haben oft den Eindruck, sie hätten Rückschläge vermeiden oder besser annehmen können. Ressourcenorientierte Fragen wie »Was möchten Sie beibehalten?« werden oft als eine Entlastung erlebt. Verstärkt werden solche Fragen durch die aktive Teilnahme der Gruppe, welche zu einem späteren Zeitpunkt auf ihre Ressourcen zu sprechen kommt und sie daran erinnert, was sie in die Gruppe eingebracht hat. In Gruppen fällt es oftmals leichter, die Ressourcen der andern zu identifizieren, als die eigenen Ressourcen zu erkennen. So wirkt das System dieser Wahlfamilie (Boss 2006) bereits als Intervention. Die Gruppe als Wahlfamilie zu nutzen scheint für Angehörige von Menschen mit einer progredienten Erkrankung »über« lebenswichtig.

»Was könnte schlimmstenfalls geschehen, wenn Vater und Sohn alleine ein Wochenende verbringen? Was im besten Falle?« Diese Fragen lösten Erstaunen bei V.M. aus. Die Erkenntnis, dass im schlimmsten Falle beide nichts essen, aber sicher nicht verhungern würden, und im besten Falle der Sohn merken würde, was der Alltag mit seinem kranken Vater bedeutet, hat V.M. überzeugt, den beiden ein Wochenende zu zweit zuzutrauen.

Klassifikationsfragen

Klassifikationsfragen arbeiten mit Unterschieden in den Sichtweisen und Beziehungen innerhalb einer Familie (Kindl-Beilfuß 2008). Beispiele für derartige Fragen sind: Wer in Ihrer Familie macht sich am meisten Sorgen um den Vater? Wer freut sich über den Einzug der Schwiegermutter ins Heim am meisten, wer ist am meisten erleichtert, wer am skeptischsten, wer hätte die größten Gewissensbisse? Angehörige sind den Kritiken, den Anschuldigungen, dem Unverständnis, aber auch der Fürsorglichkeit ihres Umfeldes oft in einem Übermaß ausgesetzt. Ideen und Vorstellungen, wer

was wann über wen denkt, lassen sich mit Klassifikationsfragen gut erarbeiten. Versteckte Anschuldigungen werden mit dieser Fragetechnik sehr schnell sichtbar. In Klassifikationsfragen stecken aber auch Lösungsansätze, wer ein Interesse an einer Veränderung haben könnte, wer den Status quo beibehalten möchte, weil z. B. die Angst vor einer Veränderung zu groß ist. Das Familiensystem einer an Demenz erkrankten Person ist ständigen Veränderungen ausgesetzt, sodass so weit wie möglich an Vertrautem, Bekanntem und Unveränderbarem festgehalten wird. Daher ist es für die direkt betroffenen Angehörigen meist eine große Hürde, wenn sie spüren, dass mit der Veränderung des Krankheitszustands auch eine Veränderung der Betreuungssituation eingeleitet werden müsste. Die Entscheidung für oder gegen eine Veränderung wird durch die Uneindeutigkeit erschwert.

November 2012: V.M. erzählt vom erfolgreichen Vater-Sohn-Wochenende. Ihr Sohn sei zur Erkenntnis gekommen, dass es »unmenschlich« sei, was die Mutter zu tragen habe und dies habe er ihr auch so gesagt. Der Sohn bittet die Mutter, für den Vater einen Pflegeheimplatz zu suchen, was V.M. strikt ablehnt.

Ab diesem Zeitpunkt finden regelmäßige Familientreffen und Aussprachen statt, bei denen die Kinder ihre Mutter unterstützen und sie bitten, Hilfe anzunehmen. Es scheint, dass die Kinder durch den aktiven Part der Mutter, die Verantwortung für eine begrenzte Zeit bewusst dem Sohn zu überlassen, nun selbst aktiv werden und dies in Form von Unterstützung der Mutter zukommen lassen. Möglicherweise war die Unterstützung durch die Kinder bereits vorher vorhanden, ohne dass V.M. diese hat annehmen können. Mit dem aktiven Schritt, Verantwortung zu teilen, hat sich offenbar auch bei V.M. etwas verändert. Nun scheint die Familie eine gemeinsame Aufgabe zu haben, nämlich den Umgang mit der Krankheit und nicht die Schuldfrage einzelner Familienmitglieder.

Externalisierung

Die Technik der Externalisierung lenkt den Problemfokus weg von einer Person (»die Person macht...«) hin zu einer externalen Attribution (»die Krankheit macht ...«). Dies hilft, sich gemeinsam gegen das Problem zu verbünden, Fixierungen auf Verhaltensweisen bei sich und dem Partner zu lösen und mögliche Lösungsansätze zu erkennen. Die Externalisierung schafft etwas Drittes in der Uneindeutigkeit und ermöglicht so eine Außenperspektive.

Externalisierung wird in Angehörigengruppen konkret geübt. Dies bestärkt die Angehörigen in der Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Krankheit und befähigt sie, respektvoll mit der neuen, eigenen Wahrnehmung ihrer Partnerinnen und Partner umzugehen. Externalisierung hilft, Schuldgefühle in neuem Licht zu betrachten. Die Einsicht, dass die Krankheit das seelische Ungleichgewicht hervorruft, löst von Schuldgefühlen und ermöglicht es, Hilfsangebote von außen anzunehmen.

März 2013: V.M. erzählt wieder von ihrem Wunsch-Pflegeheim und dass sie ihren Mann dort angemeldet habe. Der Versuch mit einem Tagesheim sei gelungen, ihr Mann fühle sich dort sehr wohl und sie selber habe nun einen Tag pro Woche frei. Mit der Tagesstruktur werde die Belastung aber grösser. Das wiederum könne sie nicht verstehen, und sie zweifle sehr an der Entscheidung zugunsten der Institution.

Im Gespräch und in der Reflexion mit der Gruppe kann sie ihre Belastung erst richtig wahrnehmen und merkt, dass ihr die Tagesstruktur erst ermöglicht, etwas Zeit für sich zu haben.

Die Gruppe als »reflektierendes Team«

Angehörige sind »Experten« auf dem Gebiet der Krankheit, benötigen aber eine zweite Perspektive zu Beziehungs- und Verhaltensmustern, Stress- und Copingstrategien sowie zur Trauer- und Belastungsverarbeitung. In Angehörigengruppe erfahren die Teilnehmenden am Modell der anderen Gruppenmitglieder die unterschiedlichsten Phasen, Krankheitsverläufe, aber auch Bewältigungsstrategien. Das systemische Vorgehen regt die eigene Reflexion mit Hilfe von zirkulären Fragen an. Die Auseinandersetzungen in der Gruppe ähneln der Methode des »reflektierenden Teams«. Gemäß Von Schlippe und Schweitzer (2007, 199) entsteht Veränderung vor allem da, wo es »einen Freiraum für Gedankenaustausch zwischen zwei oder mehreren Menschen gibt, und wo die individuelle Integrität beider oder aller gesichert ist ... Auf diese Weise lassen sich in menschlichen Systemen Entwicklungsprozesse in Gang setzen, die nicht vorhersagbar, nicht planbar sind, dafür aber lebendig und an die Bedingungen des ratsuchenden Systems optimal angepasst.« Ein reflektierendes Team von Experten, wie es Angehörige im Umgang mit der Krankheit im Alltag und im Wissen über die Krankheit sind, kann helfen, die so unterschiedlich verlaufende Krankheit besser zu verstehen und einzuordnen.

April und Mai 2013: V.M. bringt wenig eigene Erfahrung in die Gruppe ein, hört vor allem den anderen aktiv zu, und kommt immer wieder zur Erkenntnis, dass sie es gut habe mit dem einen Tag Entlastung und der momentanen Stabilität der Krankheit ihres Mannes. Sie wirkt zwar schwer belastet, verneint aber gegenüber der Gruppe die Frage nach Überlastung. Die Negierung wirkt wie ein Schutz vor zu großer Verletzung, Trauer und Wut.

Belastungsverarbeitung und Copingstrategien

Untersuchungen an Angehörigen haben gezeigt, dass vermeidende und regressive Copingstrategien wie Wunschdenken, Resignation und »emotionale Ventilierung« (z. B. Weinen, Klagen) zu vermehrter Depressivität führen können (Wilz et al. 2001). Wilz und Kollegen (2001) beschreiben zehn Verhaltensweisen, die Angehörigen von Menschen mit Demenz hilfreich sein können im Sinne einer positiven, belastungsreduzierenden und gesundheitsfördernden Bewältigung: Entspannung, Information, Ablenkung, Distanzierung, Problemanalyse und -lösung, Akzeptieren, soziale Unterstützung, Veränderung der Lebenssituation, Neubewertung der Symptomatik und der Pflegesituation sowie die Kontrollierbarkeit von Stressereignissen. Um eine erfolgreiche Belastungsreduktion zu erfahren, sollte »therapeutische Gruppenarbeit sich deshalb besonders auf die Entwicklung oder Stärkung dieser Strategien konzentrieren« (ebd., 35).

Auch die Wahrnehmung der Ressourcen, die eine Veränderung unterstützt oder ermöglicht haben, ist therapeutisch wichtig. Kindl-Beilfuß (2008) nennt die systemischen Fragen zu diesen Ressourcen »Wendepunkte und Veränderungsmanagement« bzw. »Fragen zum Kompetenzgefühl im Hier und Jetzt«. Auf die Uneindeutigkeit eines Verlustes übertragen, bekommen Angehörige mit der konkreten Benennung der Uneindeutigkeit eine gewisse Kontrollierbarkeit zurück und erfahren damit eine Stärkung ihres Kompetenzgefühls.

Juli 2013: V.M. hat schweren Herzens die Zusage für den definitiven Eintritt in die Institution gegeben. Einige Tage später telefoniert V.M. mit der Therapeutin und erzählt, wer ihr zu diesem Schritt geraten habe und wie sehr sie verunsichert sei, obwohl sie wisse, dass es richtig sei. Auch erlebt sie eine neue, bisher noch nicht gekannte Trauer und einen grossen Schmerz über den Verlust. Die Bestätigung, dass diese unterschiedlichen Gefühle ihr zeigen, wie wichtig ihr Mann und ihre Beziehung seien und dass sie diese Entscheidung nicht leichtfertig gefällt habe, bestärken sie. Die Außensicht,

dass sie nur in Beziehung mit ihrem kranken Mann bleiben kann, wenn sie selber gesund bleibt, stimmt sie zuversichtlich.

Reframing (Umdeutung)

Das Umdeuten, das Reframing, ist ein außerordentlich wirksames Mittel, »mentale Sackgassen zu verlassen und neue Wege zu finden: Neue Worte schaffen neue Gefühle!« (Kindl-Beilfuß 2008, 25). Es ermöglicht den Betroffenen, neue Perspektiven einzunehmen, die sie zuvor nicht mal zu denken wagten. Von Schlippe und Schweitzer (2007) sehen in der Umdeutung die vielleicht wichtigste systemische Intervention. Reframing stellt die Bedeutung eines Geschehens in einen neuen, anderen Rahmen (»frame«). Angehörige, die von ihren Belastungen im Alltag fast erdrückt werden, sind manchmal erstaunt, wenn jemand sagt, dass ein starker Rücken oder kräftige Schultern nötig sind, um so viel Last zu tragen. Oder wenn Schuldgefühle im Zusammenhang mit der Nutzung von Inkontinenzmaterial oder bei Heimeinweisung als große Sorgfalt und Respekt gegenüber der geliebten Person umgedeutet werden, kann sich die Bedeutung des Geschehens für die Angehörigen ändern. Dabei werden Schuldgefühle weder negiert noch verdrängt, sie können aber unter einem neuen Blickwinkel erlebt werden. Es geht dabei um die Erweiterung des Möglichkeitsraums, ein wichtiger Schritt in der systemischen Arbeit.

Reframing darf allerdings nicht in eine oberflächliche Denkweise im Sinne von »nur positiv denken, dann wird es schon gut!« münden. Umdeutungen müssen mit größtem Respekt und Achtung vor der enormen Belastung vorgenommen werden, um nicht lächerlich und plakativ wirken.

Lachen und Humor

Humor und gemeinsames Lachen kann in Angehörigengruppen als eine Möglichkeit des Externalisierens erlebt werden. Ebenso kann das Lachen bei Beschreibungen von schwierigen Lebenssituationen wie ein Ventil wirken. Falkenberg und Kollegen (2013) sehen den Einsatz des Humors in der Therapie als eine Bewältigungsstrategie. Sie plädieren für ein Humortraining, denn »... die Grundannahme, dass der Sinn für Humor einen protektiven Faktor darstellt, welcher eine effektive Stressbewältigung und einen kompetenten Umgang mit Belastungssituationen ermöglicht, unterstreicht die

Ressourcenorientiertheit ...« (ebd., 19). Humor und Lachen sind in erster Linie soziale Phänomene, die in der Interaktion mit anderen entstehen. Diese soziale Komponente in der Gruppe ist spürbar, wenn gemeinsam über Erlebnisse und Erzählungen gelacht werden darf, die außerhalb der Gruppe nur für Nicht-Betroffene lustig sind. In dieser Form ist in der Gruppe das Lachen und der Humor auch ein gemeinsames Verständnis der Situation, das Lachen zulässt, aber die dunklen Seiten der Ereignisse nicht ins Lächerliche zieht.

Sinnfindung

Boss (2006) beschreibt als eine weitere Bewältigungsstrategie im Umgang mit uneindeutigem Verlust die neue Sinngebung der Lebensumstände und der Lebenssituation. Einen neuen Sinn zu suchen, wenn die Belastung schwer und nicht absehbar ist, könnte fälschlicherweise als fatalistisches Denken oder als Schicksalsergebenheit gewertet werden. Oft ist eine Sinnfindung erst nachträglich möglich, z. B. wird die Erfahrung im Umgang mit dem kranken Partner dann von einigen als die größte Herausforderung für die eigene Persönlichkeitsentwicklung und als Erweiterung des persönlichen Handlungs- und Erlebnisraumes bezeichnet.

Februar 2014: V.M. schreibt in einer Mail: »... ein Beispiel von gestern: mein geliebter Mann und ich waren unterwegs bei schönstem Sonnenschein. Unser Hund war ausnahmsweise nicht dabei und deshalb wählte ich eine etwas andere Route. Plötzlich riss sich mein Mann von mir los und fluchte fürchterlich. Dazu lief er schnell und beharrlich in die falsche Richtung. Ich hatte keine Chance, ihn zurückzuführen. Er war total verwirrt und ich glaube, er erkannte auch mich nicht mehr. Ich lief ihm natürlich nach und begann ganz bestimmt über die Umgebung, die Bäume, das Wetter zu plaudern. Mit der Zeit konnte ich ihn beruhigen und wieder zurück ins Heim bringen. Alleine zuhause war ich an diesem Abend todmüde und tieftaurig ...«

Wahlfamilie

Sozialkontakte außerhalb der Familie stellen eine der größten Ressourcen im Umgang mit erkrankten Partnern dar (Boss 2006). Deswegen sollten Angehörige aufgefordert werden, mit anderen Betroffenen in Kontakt zu treten, sich auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Der Be-

griff der »Wahlfamilie« ist der amerikanischen Herkunft von Pauline Boss zuzuschreiben. Im europäischen Kulturkreis wird eher von einem »Kreis Gleichgesinnter« gesprochen. Dort können Angehörige von ihrer Belastung sprechen im Wissen, verstanden zu werden. Ein solcher Kreis von gleichermaßen Betroffenen erzeugt ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl. Um von den Erzählungen der anderen nicht noch mehr belastet zu werden, wird gezielt Ressourcen-orientiert gearbeitet. Angehörige bestätigen, dass dafür die Leitung und Führung der Gruppe äußerst wichtig ist. Die Gruppe kann Halt geben, schwierige Momente der Trauer und Wut gemeinsam auszuhalten und als Normalität bei dieser Krankheit zu erleben, ohne sich die Belastung der anderen zu eigen zu machen. Derartige Rückmeldungen bestätigen die Bedeutung einer Wahlfamilie für den Umgang mit der Krankheit.

Fazit

Die Trauerarbeit bei uneindeutigem Verlust muss berücksichtigen, dass Orte der Trauer sich in Fällen der Demenzerkrankung noch nicht finden lassen (Kachler 2012). Allerdings können Fragmente aus der Lebensgeschichte – ein Verhalten oder besondere Eigenschaften des Partners, die infolge der Krankheit schwinden; oder die verbindende Liebe – bereits zu Lebzeiten des Erkrankten ihren festen Platz im Alltag und in der Gefühlswelt der Angehörigen bekommen. So erleben Angehörige die Pflege von Erinnerungen als hilfreich, wenn die Verluste schwer, drückend oder gar erdrückend werden. Duales Denken (Boss 2006) meint auch hilfreiches Erinnern an das, was der erkrankte Partner in einer bestimmten Situation hätte tun wollen und was jetzt nicht mehr möglich ist, sowie das Handeln an seiner Stelle, auch potentiell entgegen seine aktuellen Wünsche, die kognitiv nicht mehr eingeordnet werden können. Ein Beispiel ist der Übertritt in eine Tagesstruktur oder in eine Institution: Die Äußerung »ich werde abgeschoben, versorgt ...« und die Erinnerung daran, was ihm oder ihr im Leben wichtig war (wie z. B. die Unabhängigkeit, die Eigenständigkeit oder auch das soziale Leben mit anderen Menschen) lassen sich im dualen Denken direkt miteinander verbinden. Nach systemischem Verständnis wird die mit dem uneindeutigen Verlust einhergehende Ambivalenz mit Hilfe des dualen Denkens im Sinne eines »Sowohl-als-auch« aufgehoben und damit erträglicher. Das duale Denken kommt dem Kontrollbedürfnis des Angehörigen entgegen und kann Entscheidungen, die für den Betroffenen gefällt werden müssen, erleichtern. Die Krankheit Demenz ist an sich und in Wechselwirkung mit der Umgebung derart kom-

plex und vielschichtig, dass die Suche nach eindeutigen Antworten wie eine logische Folge erscheint. In diesem Sinne ist es unabdingbar, die gesamten Lebensumstände und die vielfältigen Verluste als uneindeutig wahrzunehmen, um Antworten und eindeutigere Einschätzungen finden zu können.

Die Reflexion der Uneindeutigkeit der eigenen Lebenssituation und der bewusste Umgang mit der Sowohl-als-auch-Haltung stellen wichtige Eckpfeiler in der therapeutischen Arbeit dar. Das Aushalten-Können von ambivalenten Situationen stellt einerseits hohe Anforderungen an die Therapeuten, macht aber andererseits die Arbeit mit der Ambivalenz so interessant.

Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich bei der Angehörigen V.M., die mir ihre »Geschichte« für diese Arbeit zur Verfügung gestellt hat.

Literatur

- Bopp I, Pletscher M (2014) (Hg) Da und doch so fern. Vom liebevollen Umgang mit Demenzkranken. Zürich (rüffer und rub).
- Boss P (2006) Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem »uneindeutigen Verlust«. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Boss P (2000) Leben mit ungelöstem Leid. Ein psychologischer Ratgeber. München (C. H. Beck).
- Falkenberg I, McGhee P, Wild B (2013) Humorfähigkeiten trainieren. Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis. Stuttgart (Schattauer).
- Kachler R (2012) Hypnosystemische Trauerbegleitung. Ein Leitfaden für die Praxis. 2. Auflage. Heidelberg (Carl-Auer).
- Kindl-Beilfuß C (2008) Fragen können wie Küsse schmecken. Systemische Fragetechniken für Anfänger und Fortgeschrittene. Heidelberg (Carl-Auer).
- Von Schlippe A, Schweitzer J (2007) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (10. Aufl.). Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Witz G, Adler C, Gunzelmann T (2001) Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen (Hogrefe).

Korrespondenzadresse:

Regula Bockstaller
Praxis60plus
Claridapark 4
CH-8636 Wald ZH
E-Mail: regula.bockstaller@praxis60plus.ch