

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ZUR PSYCHOTHERAPIE DER DEMENZ

Möglichkeiten und Grenzen

Psychotherapie im höheren Lebensalter – eine (noch immer) ungewöhnliche und damit seltene Behandlungs-Strategie. Und dies, obgleich sie immer häufiger wünschenswert und durchaus effektiv ist (Stichworte: gestiegene Lebenserwartung, spezifische Probleme im höheren Lebensalter u. a.). Noch gewöhnungsbedürftiger, ja irritierender: Psychotherapie bei Demenz. Gibt es da überhaupt ernst zu nehmende und vor allem erfolgreiche Behandlungsverfahren, denen man eine Chance zur Realisierung im Alltag einräumen könnte?

Ob und inwieweit sich das eines Tages durchzusetzen vermag, hängt von vielen unwägbaren Faktoren ab. Eines aber ist sicher: Es gibt Möglichkeiten, und zwar erstaunlich reichlich und bei Berücksichtigung der Möglichkeiten und Grenzen durchaus effektiv. Beispiele: kognitions-orientierte Verfahren wie Mnemo-Techniken, spezielle kognitive Programme im Sinne vom fehler-vermeidendem Lernen, multimodales Gedächtnis-Training, verhaltens-orientierte Verfahren, Training zur Realitäts-Orientierung u. a. Außerdem gefühls-orientierte Verfahren: tiefenpsychologische Behandlungs-Ansätze, Selbsterhaltungs-, Erinnerungs- sowie Validations-Therapien usw. Schließlich stimulations-orientierte Verfahren: Musik-, Tanz-, Kunst-, Aromatherapie und das bekannte Snoezelen. Und nicht zu vergessen: Die gezielte Unterstützung von Angehörigen und Pflegekräften, wozu es ebenfalls entsprechende Erfahrungshinweise und Alltags-Empfehlungen gibt. Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Demenz – Alzheimer-Demenz – Psychotherapie im Alter – Psychotherapie von Demenz – kognitions-orientierte Verfahren bei Demenz – Mnemo-Technik bei Demenz – kognitive Programme bei Demenz – fehler-vermeidendes Lernen bei Demenz – multimodales Gedächtnis-Training bei Demenz – Training zur Realitäts-Orientierung (ROT) bei Demenz – verhaltens-orientierte Psychotherapie-Verfahren bei Demenz – gefühls-orientierte Psychotherapie-Ver-

fahren bei Demenz – tiefenpsychologische Behandlungs-Ansätze bei Demenz – Selbsterhaltungs-Therapien bei Demenz – Erinnerungs-Therapie bei Demenz – Validations-Therapie bei Demenz – stimulations-orientierte Psychotherapie-Verfahren bei Demenz – Musiktherapie bei Demenz – Tanz-Therapie bei Demenz – Kunst-Therapie bei Demenz – Aroma-Therapie bei Demenz – Snoezelen bei Demenz – Angehörigen-Training bei Demenz-Kranken – Milieu-Therapie bei Demenz – Pharmako-Therapie bei Demenz – stationäre Langzeit-Therapie bei Demenz – spezialisierte Pflege-Einheiten für Demenz-Kranke u.a.m.

Es ist eine alte Erkenntnis, findet aber nur selten ihre praktische Umsetzung im Alltag. Gemeint ist der – wahrscheinlich nicht jedermann sofort nachvollziehbare oder gar ein einsichtige – Nutzen einer Psychotherapie für ältere Menschen im Allgemeinen und Demenz-Betroffene im Speziellen.

Dabei tragen psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen bei Demenz-Kranken wesentlich zu einer kognitiven (geistigen) und affektiven (gemütmäßigen) Stabilisierung sowie Minderung von Verhaltensauffälligkeiten bei. Allerdings müssen solche Maßnahmen auf die Person des Patienten und den Ausprägungsgrad seiner Erkrankung individuell zugeschnitten sein. Auch die Schulung von Angehörigen ist eine wesentliche Behandlungs- und Betreuungs-Säule. Vor allem der kombinierte Einsatz psycho- und milieu-therapeutischer Angebote bringt – neben einer verlaufs-stabilisierenden und stützenden pharmakologischen Behandlung – für den älteren Menschen den größtmöglichen Nutzen.

Doch die häufigsten und leider pessimistischen Aussagen zur Psychotherapie im Alter lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es besteht zwar ein großer Bedarf und die Psychotherapie im Alter ist möglich und erfolgreich.

Doch Psychotherapie wird Älteren immer noch unzureichend angeboten. Die Experten sprechen nicht nur von einer ausgeprägten Unter-Versorgung, sondern sogar Fehl-Versorgung.

- Die Gründe dafür liegen in Unkenntnis, Angst und einer tiefen Unsicherheit, und zwar auf beiden Seiten (Fachbegriff: Abwehr-Prozesse).

Das trifft auf die Psychotherapie bei Demenz besonders zu. Dabei ist unter Geriatern, Gerontopsychiatern, Geropsychologen und entsprechendem Fachpersonal unstrittig, dass psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen dazu beitragen können, dass Demenz-Kranke sich wohler und sicherer fühlen, dass Angst, Depression und Verzweiflung weitmöglichst vermieden werden und der Betroffene über seine kognitiven Rest-Funktionen bestmöglichst verfügen kann.

So die (modifizierte) Einleitung von Dr. Claus Wächtler, Leitender Arzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie am Klinikum Nord-Ochsenzoll in Hamburg und seines Oberarztes Dr. Andreas Feige unter Mitarbeit weiterer Experten dieser Institution in der Fachzeitschrift *Psychotherapie und Psychiatrie (PiD)* 3 (2005) 295.

Was sind ihre Empfehlungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und praxis-relevanter Erfahrungen im Alltag?

Psychotherapie im höheren Lebensalter – Möglichkeiten und Grenzen

Die medikamentöse Therapie der Demenz ist ein rege diskutiertes Thema – mit kontroversen Meinungen, bis heute. Die Publikationen, und zwar nicht nur fach-spezifisch, sondern auch weitere medizinische Aspekte betreffend, bringen immer neue Studien-Erkenntnisse, die – so hoffen wir alle –, eines Tages auch zu unserer vollen Befriedigung ausfallen werden. Einzelheiten dazu siehe die Leitlinien, insbesondere die nun bereits über ein Jahr verfügbare S3-Leitlinie Demenz.

An ihr war über längere Zeit ein so genanntes multi-disziplinäres Team beteiligt, in dem nicht nur Neurologen und Psychiater, sondern auch Geriater, Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, Pflegekräfte u. a. vertreten waren, konkret in einem so genannten Konsensus-Prozess mehr als zwei Dutzend medizin-wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen. Dabei gibt es noch immer wesentlichen Differenzen, und zwar weniger nach diagnostischen Verfahren, mehr was vor allem die psychosozialen Konsequenzen anbelangt und damit im Vorfeld das entsprechende Aufklärungsgespräch über gezielte Hilfen und Unterstützungs-Systeme.

Auch die medikamentöse Therapie hat ihre z. T. heftigen Pro- und Contra-Argumente bzw. Befürworter, Gegner, auf jeden Fall verunsicherte bis skeptische Vertreter, vor allem an der „Front des Alltags“.

Dagegen löst die nicht-medikamentöse Therapie der Demenz, vor allem die psychosozialen Interventionen keine so heftigen Kontroversen aus. Das geht allerdings weniger auf eine einheitliche Beurteilung zurück, eher auf eine bisher nicht befriedigend realisierte und insbesondere angemessene Berücksichtigung der Möglichkeiten, und zwar sowohl in der nationalen als auch internationalen Fachliteratur, von den nicht-fachgebundenen Medien ganz zu schweigen. Das beginnt sich zwar zu ändern, und weist auch bereits konkrete Ergebnisse auf, doch ist die Aufgabe gesamthaft noch ausbau-bedürftig. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, basierend auf obigem Fachartikel, der auch heute noch in wesentlichen Fragen seine Gültigkeit hat. Im Einzelnen:

- **Kognitions-orientierte Verfahren**

Kognitions-orientierte Verfahren (Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur), d. h. neuropsychologische Trainings-Maßnahmen können bei gesunden älteren Menschen zur anhaltenden Verbesserung ihrer geistigen Fähigkeiten führen. Leider ist das bei Demenz-Kranken nicht in gleichem Maße zu erwarten. Insbesondere das Training isolierter kognitiver Funktionen bringt offenbar nicht wesentlich weiter. Vor allem können einzelne gelernte geistige Fähigkeiten nicht verallgemeinert und damit auf den Alltag übertragen werden. Das mag in Einzelfällen zwar durchaus hoffnungsvoll erscheinen, gesamthaft aber hält sich das Resultat leider oft in Grenzen. Im Einzelnen:

- *Mnemo-Techniken*, d. h. der Einsatz von Erinnerungshilfen wie Beschriftungen, Hinweisschilder oder Fotografien können im Einzelfall zu verbesserten Fähigkeiten im alltäglichen Leben beitragen. Vor allem die Wiedergabe begrenzter Informationen in immer größeren Abständen erleichtern das Lernen und Benutzen äußerer Gedächtnis- und Abruf-Hilfen (z. B. Einkaufslisten, Notizblock, Terminkalender). Damit können sich Demenz-Kranke im Alltag erfolgreicher zurechtfinden.

- *Spezielle kognitive Programme im Sinne von fehler-vermeidenden Lernens* können ebenfalls punktuelle Erfolge erzielen, einen ausreichenden Dauer-Erfolg darf man sich davon aber leider nicht erwarten. Dennoch gilt das kognitive Training als Bestandteil eines umfassenden Behandlungsprogramms als durchaus nützlich (z. B. beim Training der Realitäts-Orientierung).

- Das *multimodale Gedächtnis-Training* ist ein längerfristiges kognitives Training, kombiniert mit Psychoedukation und Verfahren zur sozialen Unterstützung von Patienten und Angehörigen. Beispiele: Fragen und Übungen zur Orientierung, zu aktuellen Themen, ferner Konzentrations-, Entspannungs- und Gedächtnisübungen u. a. Ziel ist es, die Alltags-Kompetenz und Lebensqualität zu steigern, was sich nachweisbar in puncto Stimmung und kognitiver Leistungs-Stabilisierung feststellen lässt. Allerdings ein anspruchsvolles, weil aufwändiges Verfahren.

- *Training zur Realitäts-Orientierung (ROT)*: Dieses – auf lern- und milieu-theoretischen Grundlagen aufbauende – Verfahren ist gut erforscht. Ziel des umfassenden Behandlungs-Ansatzes sind die Verbesserung der Orientierung, des Gedächtnisses und des Verhaltens. Schwerpunkte sind Kommunikation, Interaktion und Milieu-Gestaltung. Dabei wird jede Gelegenheit genutzt, reale Gegebenheiten zu verankern (orientiertes Verhalten wird positiv verstärkt, nicht der Realität entsprechendes umgehend korrigiert). Mittels strukturierter Angebote (z. B. aktuelle Ereignisse, Bilder, Zeitschriften, Musik u. a.) wird vor allem das Einspeichern und Abrufen von Informationen trainiert. Geistige Leistungsfähigkeit und Lebensqualität verbessern sich, während depressive oder ängstliche Zustände dadurch nicht erfolgreich behandelt werden können.

- *Verhaltens-orientierte Verfahren*, vor allem verhaltens-therapeutische Ansätze konzentrieren sich auf das Verstärken erwünschter und das Unterbinden störender Verhaltensweisen (Fachbegriffe: Techniken wie prompting, shaping, chaining, Modell-Lernen, Stimulus-Kontrolle u. a.). Auch hier geht es vor allem um das verhaltens-therapeutische Kompetenz-Training, um Krankheits-Bewältigung, kurz: um die Förderung noch vorhandener Ressourcen, um De-Aktivierung und Depressions-Gefahr in Grenzen zu halten.

Erfolgreich sind diese Empfehlungen vor allem bei beginnender Alzheimer-Demenz. Doch auch bei mittelgradiger Demenz können z. B. Auffälligkeiten wie Umherwandern, Schreien, aggressives Verhalten u. a. gemindert werden. Selbst schwerst beeinträchtigte Patienten können offenbar durch bestimmte Hinweis-Reize oder Veränderungen der Umwelt-Bedingungen günstig beeinflusst werden. Solche kleinen Schritte sind natürlich auch wichtig für die pflegenden Angehörigen, um ihrerseits deren Überforderung, Resignation oder gar depressive Reaktionen zu vermeiden.

- **Gefühls-orientierte Verfahren**

Zu den *gefühls-orientierten Verfahren in der Behandlung einer Demenz* gehören tiefenpsychologische Behandlungs-Ansätze, die Selbst-Erhaltungs- und Erinnerungs-Therapie sowie die Validation. Im Einzelnen nach C. Wächtler, A. Feige u. Mitarbeiter:

- *Tiefenpsychologische Behandlungs-Ansätze* sind im Gegensatz zu verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Demenz-Kranken bisher weniger erprobt worden. Das hat etwas mit dem vor allem früher dominierenden Verständnis einer Demenz-Erkrankung als biologischem Abbau-Prozess zu tun. Oder kurz: Wenn nichts mehr da ist, kann man damit auch nicht mehr geistig arbeiten.

Trotzdem wurde von tiefenpsychologischer Seite aus das Verhalten Demenz-Kranker immer wieder untersucht und interpretiert – und damit zunehmend behandlungs-bedeutsam gemacht. In der Sprache der Psychotherapeuten hört sich das beispielsweise so an: Demenz-bedingte Schädigungen der Ich-Funktionen (z. B. Merkfähigkeit, Realitätskontrolle u. a.) machen es den Patienten zunehmend unmöglich, adäquat, also wie bisher erwachsenen-gerecht zu reagieren und anstehende psychosoziale Aufgaben und Konflikte zu lösen. Adaptive regressive Schritte wie Rückzug von der Außenwelt, stärkere Besetzung von Körperfunktionen (also die vermehrte Zuwendung zum eigenen Inneren, leider verbunden mit zunehmenden Funktionsstörungen der Organe), ferner Verleugnung, Projektion oder Ablösung genitaler Trieb-Befriedigung durch anale oder orale Partialtrieb-Befriedigungen dienen als Abwehrmaßnahmen. Und die muss man als Therapeut oder Angehöriger zu verstehen suchen bzw. lernen. So beispielsweise der in diesem Bereich bedeutende Gerontopsychia-

ter Prof. Dr. H. Radebold, Kassel. (Einzelheiten zu den verschiedenen Fachbegriffen siehe der Beitrag in dieser Serie über „Neurosen einst und heute“.)

Und weiter: Bei fortgeschrittener Demenz ist mit akuten paranoiden (wahnhaften) Episoden und Verwirrtheits-Zuständen zu rechnen, und zwar als Ausdruck einer „pathologischen Regression“. (Unter Regression (vom lat. regressio = Rückkehr) versteht man aus psychoanalytischer Sicht einen Abwehrmechanismus, sprich: das Zurücknehmen reifer und differenzierter seelischer und psychosozialer Verhaltensweisen auf frühkindliche oder entwicklungs geschichtlich ältere Stufen. Grund: Entlastung von einer als z. B. unerträglich empfundenen Situation, in diesem Fall die demütigende Geistesschwäche mit allen Konsequenzen im Alltag.)

Dem muss man therapeutisch bzw. aus der Sicht der Betreuenden entgegenwirken. Beispiele: Das Interesse an der bisherigen Identität als Erwachsener wecken, die Suche nach Interessen und Stärken unterstützen, das Training zur Stabilisierung von Ich-Funktionen in den Bereichen Beweglichkeit, Erinnerungsvermögen und Kontrolle über Körperfunktionen fördern sowie bei der Suche nach adäquaten und befriedigenden Aufgaben ohne Überforderung zu helfen, so die Experten.

Andere Spezialisten empfehlen psychoanalytische Therapie-Verfahren bei Demenz als Hilfe zur Anpassung an die innere Realität. Dadurch verbesserte sich das Kontakt-Verhalten, insbesondere, wenn es um gefühlshafte bzw. erlebnismäßige Störungen geht.

Wichtig ist vor allem der Einbezug der Angehörigen und die Schulung der Betreuer. Die Basis-Aufgabe lautet: Scheinbar Unverständliches verständlich machen. Und das Gefühl von Machtlosigkeit und Hilflosigkeit besser verarbeiten und somit ertragen zu lernen.

- Die *Selbsterhaltungs-Therapie* gilt als die wohl am besten untersuchte gefühls-orientierte Behandlung bei Demenz. Das wichtigste Ziel ist die möglichst lange Bewahrung der personellen Identität, des so genannten Selbst. (Der Begriff des Selbst wird von verschiedener Seite interpretiert: Aus allgemeiner psychologischer Sicht ist es die Gesamtheit aller Eigenschaften und Funktionen, die dem Ich zugeschrieben werden; und was man dann auch von sich selber entwickelt (Selbstbild). Aus psychoanalytischer Sicht ist es die Bezeichnung für eine für die gesunde Entwicklung der Eigenliebe notwendige inner-seelische Instanz. Deren krankhafte Entwicklung kann sich in entsprechenden Selbstwert- und Beziehungs-Störungen äußern.)

Wenn es nun gelingt, diese personelle Identität (das Selbst) solange wie möglich zu bewahren, trotz fortschreitender Demenz, dann lässt sich ggf. das seelische Leid verringern, vor allem aber störendes Verhalten reduzieren. Denn das Selbst-System setzt sich nicht zuletzt aus Erinnerungen, Überzeu-

gungen, Vorstellungen, Gewohnheiten und Erwartungen zusammen und wird damit zur Grundlage für Erleben und Handeln.

Wie lässt sich nun dieses Selbst stabilisieren? Vor allem durch Kommunikation über bestätigende Rückmeldungen anderer, insbesondere der Angehörigen, über alltägliche Aktivitäten, die die Betroffenen ohne Misserfolg durchführen können und die systematische Beschäftigung mit bedeutenden, d. h. noch erhaltenen Erinnerungen. Erfolge stellen sich vor allem bei der Alltags-Kompetenz ein, was die betreuenden Angehörigen entlastet; und bei der Minderung von zu erwartenden depressiven Reaktionen.

- Die *Erinnerungs-Therapie* dient in erster Linie der Verbesserung von Kommunikation und Interaktion, also zwischenmenschlichen Kontakten. Auch hier wieder geht es um Erinnerungen, sei es in Einzelgesprächen (z. B. bei der Lebens-Rückblick-Therapie) oder im Rahmen von entsprechenden Gruppen (so genannte Reminiszenz-Gruppen, vom lat.: *reminiscor* = sich erinnern). Auch das kann zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls und der eigenen Identität beitragen. Als Auslöser dienen Zeitungen, Musik, Fotos oder Gegenstände von Bedeutung. Die Erinnerungs-Therapie ist damit ein interessanter Baustein im Gesamt-Therapieplan.

- Die so genannte *Validations-Therapie* konzentriert sich vor allem auf das Verstehen der hinter den sprachlichen Äußerungen stehenden emotionalen (Gefühls-)Botschaften, die die aktuellen Bedürfnisse und Konflikte der Betroffenen zum Ausdruck bringen. Die Möglichkeit, seine Gefühle zu zeigen und vor allem angenommen zu werden, ist gerade für einen Demenz-Kranken von großer Bedeutung. Bei diesem Betreuungs-Verfahren wird die Realität des Patienten nicht korrigiert, sondern für gültig erklärt, d. h. validiert (vom lat.: *validus* = kräftig, stark, befestigt, gesund, rüstig u. a.).

Das Verfahren leuchtet ein, Dauer-Erfolge sind allerdings schwer zu beweisen.

• **Stimulations-orientierte Verfahren**

Als *stimulations-orientierte Verfahren* gelten Musik-, Tanz-, Kunst-, Aromatherapie und Snoezelen. Im einzelnen nach der Zusammenfassung von C. Wächtler, A. Feige u. Mitarbeiter:

- Die *Musiktherapie* ist definiert als gezielter Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung. Ziel ist die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musiktherapie bei Demenz will vor allem die Identität möglichst lange erhalten, den Betroffenen emotional stabilisieren sowie Wachheit und Kontaktfähigkeit fördern. Bei noch verfügbarem Altzeit-Gedächtnis weckt Musik Erinnerungen an Kindheit und Jugend. Das kann zu interessanten Reaktionen führen, vor allem positive Effekte auf Anspannung und Stimmungslage. Ansonsten darf man natürlich seine Behandlungs-Wünsche nicht überdehnen.

- Die *Tanz-Therapie* zielt vor allem auf Wahrnehmung und Ausdruck von Bewegung als Teil menschlichen Verhaltens, was wiederum Gefühle und Empfindungen zu wecken vermag. So wird die Tanz-Therapie besonders dann empfohlen, wenn die schwindende Sprach-Fähigkeit nicht mehr weiterbringt. Im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungs-Ansatzes sinnvoll.
- Die *Kunst-Therapie* bei Demenz-Kranken will vor allem die Auswirkungen des Leidens auf den Patienten und seine Umgebung lindern. Man versucht, alle Sinne des Betroffenen anzusprechen, ihn in seiner Wahrnehmung (auch begrenzten) zu trainieren und Erinnerungen zu wecken. Dies insbesondere in einem beschützten Rahmen und einer angenehmen Atmosphäre. Es gilt positive Erfahrungen zu schaffen, die Freude wecken und die Ich-Funktionen stärken.
- Die *Aroma-Therapie* beruht auf der Wirkung von ätherischen Ölen. Sie sollen über den Geruchssinn Zugang zu Gefühlen und Erinnerungen schaffen. Außerdem über Nasenschleimhaut und Lunge die Blut-Hirn-Schranke überwinden und auf das zentrale Nervensystem einwirken. Kurz: positiver Einfluss auf Erinnerungen und Emotionen durch entsprechende Duft-Stoffe. Das scheint z. B. innere Unruhe und Anspannung zu lindern.
- Das niederländische Kunstwort *Snoezelen* setzt sich aus den dortigen Begriffen für Schnüffeln und Dösen zusammen. Auch hier geht es um den gezielten Einsatz einzelner oder mehrerer Sinnesreize zu tieferer Entspannung und schließlich Wohlbefinden. Dazu braucht es bestimmte Räume, in denen z. B. Musik, Bilder, Licht, verschiedene Düfte und unterschiedliche Gegenstände zur Berührung (Stoffe, Federn, Kugeln u. a.) die jeweiligen Sinneserfahrungen anregen.

Das scheint auf schwere Verhaltensauffällige im Rahmen einer Demenz durchaus Wirkung zu zeigen, vor allem was Unruhe, Ängste und reizbare Anspannung anbelangt.

DIE ANGEHÖRIGEN-ARBEIT FÖRDERNDE VERFAHREN

Psychotherapie für Angehörige ist auch Psychotherapie für den Demenz-Kranken. Denn mehr als drei Viertel der Patienten werden noch immer in ihrer Familie betreut. Doch mehr als die Hälfte der Angehörigen leidet auch unter diesen zunehmenden Belastungen und reagiert mit depressiven Verstimmungen, Ängsten, Schlafstörungen und einem Burnout-Syndrom. Es gilt deshalb auch den Angehörigen beizustehen, ggf. sogar mit psychotherapeutischer Hilfe.

Tatsächlich untersuchte man schon früher, inwieweit eine vor allem stützende Intervention von pflegenden Angehörigen die Heim-Einweisung des Demenz-

Kranken hinausschieben oder gar vermeiden kann. Dabei ging es vor allem um Beratungsgespräche (Einzel- wie Familiengespräche), um Aufklärung über die Demenz-Erkrankung, Kommunikation, Problemlöse-Strategien und Umgang mit Verhaltens-Auffälligkeiten. Und die Nutzung einer Selbsthilfe-Gruppe.

Das Ergebnis: Depressive Reaktionen halten sich in Grenzen, die Kranken konnten – in Relation zu einer Untersuchungsgruppe ohne Unterstützung – im Mittel fast ein Jahr länger zu Hause bleiben, bevor sie schließlich doch in eine Pflege-Einrichtung ziehen mussten.

Bis dahin lassen sich vor allem Alltags-Funktionen, die mit Gedächtnisleistungen verknüpft sind, deutlich halten. Und auch Unruhe-Zustände und Ängstlichkeit, Depressivität, Apathie, ja wahnhaftes Erleben und Aggressivität sind gezielter vermeidbar.

Bei den betreuenden Angehörigen ihrerseits lassen sich Kommunikationsverhalten und Pflege-Motivation stärken sowie chronische Müdigkeit, innere Unruhe und depressive Reaktionen vermindern. Kurz: spürbare Entlastung.

MILIEU-THERAPIE ALS GESAMT-KONZEPT

Was lässt sich aus den bisherigen Erfahrungen anhand bestimmter Praxis-Modelle lernen? Dr. C. Wächtler, Dr. Andreas Feige und ihre Mitarbeiter vom Klinikum Nord-Ochsenzoll in Hamburg fassen eine Reihe von Erfahrungen zusammen:

Milieu-Therapie: Das „Milieu“ umfasst sowohl die in einer bestimmten Umwelt handelnden Personen (z. B. Mitarbeiter, Mitpatienten, Angehörige) als auch die Gestaltung des Tages-Ablaufs und die räumlich-dingliche Umwelt (also Räume, Möbel, Farben, Gerüche und Geräusche).

Die Milieu-Therapie ist also die Gesamtheit an umweltbezogenen Maßnahmen. Sie zielt darauf ab, Selbstständigkeit zu erhalten und zu fördern und krankhaftes Verhalten abzubauen.

Psychotherapie im engeren bzw. psychosoziale Intervention im weiteren Sinne sind also dann am erfolgreichsten, wenn sie in ein Gesamt-Konzept eingebunden sind. Denn Demenz-Kranke befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen ihren Defiziten, verbliebenen Ressourcen, begrenzten Kompensations-Möglichkeiten und den mehr oder weniger nachsichtigen (bzw. rein informations-gestützten) Anforderungen ihrer Umgebung. Mit anderen Worten: Der Milieugestaltung kommt hohe Bedeutung zu. Die Psychotherapie arbeitet auf einer anderen Ebene ziel-gerichtet. Und auch die Psychopharmaka leisten ihren Beitrag, bei aller sorgfältiger Einschätzung von Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren, sofern notwendig.

In der **Publikation** der Experten aus Hamburg werden einige Praxismodelle vorgestellt, die im Original nachgelesen werden können. Außerdem gibt es natürlich eine wachsende Zahl von Beispielen die – erfreulicherweise – immer häufiger angeboten und beispielhaft praktiziert werden. Nachfolgend deshalb nur einige Erfahrungs-Hinweise und Alltags-Empfehlungen, wie sie in den angeführten Kurz-Übersichten zitiert werden (siehe Kasten).

Erfahrungs-Hinweise aus stationärer Langzeit-Betreuung

- Psychisch kranke Bewohner sind in Alten- und Pflegeheimen mittlerweile in der Mehrzahl.
- Die wichtigsten Anlässe für die Übersiedlung Demenz-Kranker ins Heim sind Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Weglauftendenz, Aggressivität, Antriebsschwäche, aber auch Überlastung der pflegenden Angehörigen oder Fehlen von Bezugspersonen. Dagegen spielt die Verschlechterung der kognitiven Leistungen eine geringere Rolle.
- Es gibt Hinweise darauf, dass Demenz-Kranke in spezialisierten Pflegeeinheiten in ihrer Kommunikationsfähigkeit kompetenter sind, sich länger selbst versorgen, weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigen, seltener Neuroleptika verordnet bekommen und seltener fixiert werden müssen.
- Die diesbezüglich erfolgreichen Heime zeichnen sich dadurch aus, dass sie regelmäßige psychosoziale Interventionen anbieten, den Psychopharmakagebrauch standardisierten, die Umgebung nach milieu-therapeutischen Aspekten gestalten und das Personal speziell schulen.
- Statt entsprechendes Verhalten als „Verhaltensauffälligkeiten“ abzuwerten, sollte versucht werden, die dahinter stehende Botschaft zu verstehen.
- Angehörige sind häufig psychisch und physisch überlastet, erschöpft und verbittert, voller Schuldgefühle und sozial isoliert. Die Abgabe ihres erkrankten Familienmitglieds in das „Leid und Elend“ einer Wohnungseinrichtung mit anderen dementiell erkrankten Bewohnern wird für sie häufig zur zusätzlichen Belastung. Hier empfiehlt es sich sie bewusst in eine personen-zentrierte und psychosoziale Arbeit einzubeziehen und über die Erkrankung zu informieren. Es geht darum „loszulassen“, d. h. von der „vollen Verantwortung“ zu einer respektvollen Begleitung des Betroffenen überzugehen. Und vor allem zum Wiederentdecken eines „Eigenlebens“ ermutigt und für diese Entwicklungsschritte auch gestärkt und gelobt zu werden.

Schlussfolgerung

Was ist das Fazit der Experten Dr. C. Wächtler und Dr. A. Feige, gewonnen aus den vorgestellten Erkenntnissen?

Psychotherapie bei Demenz-Erkrankungen ist wirksam. Allerdings unter sorgfältiger Beachtung des Erkrankungs-Stadiums und der angewandten Methoden.

Deshalb sollte die Psychotherapie mit Demenz-Erkrankten zum festen Bestandteil ambulanter Therapie und Rehabilitation gehören.

Bei dem fortschreitenden Charakter der multiplen dementiellen Störungsbilder (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie) und der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen haben sich diejenigen Behandlungs-Konzepte als besonders wirksam erwiesen, die medikamentöse mit nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen und mit Unterstützung für betreuende Angehörige verbinden.

Psycho- und milieu-therapeutische Maßnahmen erfordern aber neben einem klaren Behandlungskonzept, das von allen Hierarchie-Ebenen auch akzeptiert wird, vor allem motivierte und kompetente Mitarbeiter in ausreichender Zahl. Die Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen wird in Zukunft aber nur gelingen, wenn sich nachweisen lässt, dass psycho- und milieuthera-
peutische Maßnahmen bei Demenz-Kranken eine Minderung der Folgekosten bewirken. Daher sind weitere Verlaufsforschungen und die Teilhabe an dem politischen Meinungsbildungsprozess unerlässlich, so die Experten.

LITERATUR

Umfangreiche und ständig wachsende Fach-Literatur im deutschsprachigen Bereich, ergänzt durch eine ebenfalls ständig wachsende Fülle allgemeinverständlicher Beiträge in allen Medien. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht einiger deutschsprachiger Monographien und Sammelbände:

*Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): **Empfehlungen zur Therapie bei Demenz.** Nexus-Verlag, Odenthal 2004*

*Bruder, J.: **Alten- und Pflegeheime.** In: H. Förstl (Hrsg.): Demenzen in Klinik und Praxis. Springer-Verlag, Berlin 2001*

*DGPPN u. DGN (Hrsg.): **Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz.** Interdisziplinäre S 3 Praxisleitlinien. Springer-Verlag, Berlin 2010*

Ehrhardt, T., A. Plattner: **Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1999

Feil, N.: **Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen.** Altern und Kultur-Verlag, Wien 1992

Gräbel, E.: **Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden.** Verlag Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach/Frankfurt 1997

Heuft, G. u. Mitarb.: **Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie.** Reinhardt-Verlag, München-Basel 2000

Hirsch, R. D. (Hrsg.): **Psychotherapie bei Demenzen.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 1994

Müller-Schwartz, A.: **Musiktherapie mit Demenzkranken.** In: R. D. Hirsch (Hrsg.): Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 1994

Romeru, B.: **Die Selbsterhaltungstherapie.** In: J. Briller (Hrsg.): Alzheimer-Demenz: Möglichkeiten der Hilfe. IPSG-Verlag, Coburg 2002

Winnicott, D. W.: **Vom Spiel zur Kreativität.** Klett-Verlag, Stuttgart 1993

Winter, H. P. u. Mitarb.: **Hausgemeinschaften – eine Dokumentation von 34 Projekten.** BMG-Modellprojekte 2001/2002. Band 9. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2002