

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN **IM ALTER**

Dr. med. Alexis Matzawrakos

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

GFSG Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH
SOPHA - Alterspsychiatrische Beratungsstelle Graz (ehemals GPZ)

alexis.matzawrakos@gfsg.at

Wir haben uns dafür entschieden, mit älteren Menschen zu arbeiten. Nach Radebold tun wir das, weil wir signifikant einen besseren Bezug zum Alter haben und diesbezüglich schönere Kindheitserinnerungen mitbringen. Unser aller Altersbild ist geprägt von Defiziten, Verlusten, Krankheit, Todesnähe, dem „Allein-Sein“ und Heimunterbringung. Schauen wir uns nun gemeinsam besondere Aspekte an, welche das Alter(n) und die Alterspsychiatrie mit sich bringen, und welche das Arbeiten mit älteren Menschen so faszinierend und herausfordernd machen können.

Inhaltsverzeichnis

1.	Demografie / Definition Alter	4
2.	Alterspsychiatrische Leitsyndrome und -symptome	5
2.1.	Die „vier Giganten“ der Geriatrie – die vier großen „I“s	6
2.2.	(Alters)psychiatrische Leitsymptome (incl. Suizidalität im Alter)	7
3.	Diagnosen	15
3.1.	Die 4 Ds der Alterspsychiatrie	16
3.1.1.	Demenzformen	16
3.1.1.1.	Demenz und Down-Syndrom	26
3.1.1.2.	Demenz und Schizophrenie	28
3.1.1.3.	Nach DSM-5: neurocognitive disorders	30
3.1.1.4.	Kognitive Veränderungen im Alter – ein Kontinuum: benigne Altersvergesslichkeit	31
3.1.1.5.	Subjective cognitive decline (SCD)	31
3.1.1.6.	Mild cognitive impairment (MCI)	32
3.1.1.7.	Herausforderndes Verhalten bei Demenz	31
3.1.1.8.	Schmerz und Demenz	33
3.1.2.	Delir	38
3.1.3.	Depression, PTBS, Traumafolgestörung	40
3.1.4.	Delusion – Wahn	44
3.2.	Weitere Erkrankungsbilder	46
3.2.1.	Somatisierungsstörung	46
3.2.2.	Persönlichkeitsstörungen	50
3.2.3.	Sucht und Alter	55
3.3.	Relativierung der Diagnosen: ein fließender Übergang, ein Kontinuum?	56
4.	Therapie	57
4.1.	Bedeutung der Multimorbidität	57
4.2.	Behandlung der Demenz	58
4.3.	Psychopharmaka	67
5.	Neurobiologische Aspekte des Alterns	78
5.1.	Plastizität im Alter	80
6.	Abenteuer Alterspsychotherapie, besondere Herausforderungen	81
6.1.	Was ist „anders“?	81
6.1.1.	Verhaltensbiologische, philosophische und ethische Aspekte	81
6.1.2.	Besonderheiten in der Begleitung, Therapie / Übertragungsphänomene	85
6.1.3.	Bedeutung der Angehörigenarbeit hinsichtlich Demenz	88
6.1.4.	Konzept des „uneindeutigen Verlustes“	94
6.1.5.	Bedeutung der historischen Dimension	95
6.1.6.	Rolle der nationalsozialistischen Erziehung	98
6.1.7.	50 Jahre danach – die 68er werden alt	100
6.1.8.	Mögliche Konfliktpotentiale	101
6.1.9.	Einsamkeit im Alter	102
6.1.10.	Rolle des Lebensrückblicks	104
6.1.11.	Hochaltrigkeit	106
6.1.12.	Psychologische Kurzintervention am Lebensende: Würdetherapie	107
6.1.13.	Spezielle Betreuungsziele im Alter	108
6.1.14.	Bindung und Alter	108
6.1.15.	Themen bei älteren Migranten	109
6.2.	Was ist „gleich“?	110
6.2.1.	Entwicklungsaufgaben nach Erikson	110
6.2.2.	Entwicklungsaufgaben und –konflikte im Alter nach Peters und Radebold	113
6.3.	Was „lohnt“ sich?	118
6.3.1.	„Neutrale Haltung“ wird in Frage gestellt	118
6.3.2.	Altersarbeit (hilft auch mir selbst?)	119
6.3.3.	Arbeit an den (meinen?) Altersbildern	119
6.3.4.	Günstige Voraussetzungen für die Psychotherapie Älterer	120
7.	Rechtliche Aspekte: Erwachsenenschutz, mediz. Entscheidungen, Sterbeverfügung	120
	Literaturliste	127
	Anhang	130

1. Demografie / Definition Alter:

Am Beispiel Graz:

Bei 291.134 EW / 15,04% über 65a: 43.787 (Magistrat Graz BürgerInnenamt, Stand 01.01.2021)

Ca. 25-30% der über 65-Jährigen leiden an einer psychischen Störung oder Erkrankung.
(Hirsch et al., 1999)

Zumindest 25% davon haben wiederum einen dringenden gerontopsychiatrischen Behandlungsbedarf. (Wächtler, 1996).

Das bedeutet: zumindest zw. 2.737 und 3.284 Personen hätten dringenden Bedarf

Davon ca. 80% außerstationären Versorgungsbedarf: zw. 2.190 bis 2.627

Vermutliche Entwicklung der Demenzen in der Steiermark:

(Walzl M.: Inzidenz und Prognose der zerebrovaskulären Demenzen in der Steiermark. In: Schöpfer G. (Hrsg.): Seniorenreport Steiermark. Arbeitsgemeinschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Graz 2009)

1998:	13.415
2025:	21.762
2050:	34.025 (20-25% Betroffene davon in Graz)

Demographischen Prognosen zufolge wird vor allem die Gruppe Höchstaltriger in Österreich in Zukunft einen starken Zuwachs erfahren:

- Die Anzahl über 75-jähriger Menschen wird von 525.000 im Jahre 1991 um mehr als ein Drittel auf 884.000 im Jahre 2030 ansteigen.
- Und die Zahl der über 90-jährigen wird sich von 42.000 im Jahr 2000 auf etwa 175.000 im Jahr 2050 vervierfachen
(Bernier et al., 2001)

Anzahl von Menschen mit Demenz in Österreich:

(Angaben in 1.000 / Quelle: Öst. Demenzbericht 2014 / Wancata et al 2011)

Jahr	Anzahl aller Demenzen	Anzahl Alzheimer-Demenzen	Anzahl Vaskulärer Demenzen
2000:	90,5	59,5	15,7
2010:	112,6	74,3	19,7
2020:	139,2	93,3	24,3
2030:	174,6	117,3	30,2
2040:	216,1	147,9	37,8
2050:	262,2	182,6	44,4

EuroCoDe Studie (2006-2008; European Collaboration on Dementia) erhob für 17 europäische Staaten die Prävalenz von Demenzerkrankung www.alzheimer-europe.org

	80 – 84 jährige	85 – 89 jährige	90 – 94 jährige	Über 95 jährige
Frauen	16 %	29 %	44 %	49 %
Männer	15 %	21 %	29 %	32 %

Alt ist man...	Weil...	Art der Definition
ab 100	...es den Beginn der Hochaltrigkeit markiert	Pragmatisch
...wenn man sich alt fühlt	...diese subjektive Bewertung individuell wichtige Informationen enthält	Empirisch
...wenn alterstypische und -spezifische Ereignisse auftreten. (Pension, Großeltern-sein, Kinder ziehen aus, Menopause, Diabetes,...)	...diese Erfahrungen auch von Personen unterschiedlichen kalendarischen Alters geteilt werden	Empirisch, nicht normativ
...wenn körperliche Leistungsmaxima verlassen werden oder körperliche oder geistige Beeinträchtigungen auftreten	...diese Veränderung ein unabhängiges Maß des physischen Abbaus darstellt, welches den Alterungsprozess kennzeichnet	Empirisch, normativ, funktional
...je näher man dem Tod ist	weil der Tod meist im Alter eintritt. (zeitlicher Abstand zum Tod als Gegenstück zum zeitlichen Abstand zur Geburt)	Empirisch, im Nachhinein

[nach Martin & Klägel, Psychologische Grundlagen der Psychologie, 2014, Kohlhammer-Verlag]

Alt ist man...	Weil...	Art der Definition
ab 30 (James 1890)	...es dann keine Veränderungen mehr gäbe	Hypothetisch
ab 50 (Hall, 1922)	...ab dann die 2. Hälfte der max. Lebenserwartung begänne	Hypothetisch
ab 60	...dieser Altersbereich von den meisten Forschungsliteraturen ausgewählt wird	Pragmatisch, empirisch
ab 65 (WHO)	...dieses Alter in vielen Ländern das Ende der Berufstätigkeit markiert	Sozialstrukturell, normativ
ab 80 (Beginn „viertes Alter“)	...dieses Alter ca. die mittlere Lebenserwartung angibt (50% eines Geburtsjahrgangs verstorben)	Empirisch-demographisch

- alternde Menschen mit 50 bis 60 Jahren
- ältere Menschen mit 61 bis 75 Jahren
(Altersforscher: „3. Alter“)
- alte Menschen mit 76 bis 90 Jahren
(Altersforscher: „4. Alter“)
- sehr alte Menschen mit 91 bis 100 Jahre
- hochaltrige Menschen mit über 100 Jahren“

(Kutschke, 2012, S. 48)

2. Alterspsychiatrische Leitsyndrome und -symptome

Def.: Unter Symptom versteht man Krankheitszeichen, die bei einer Krankheit auftreten. Das Gesamtbild der Symptome führt zu einer Diagnose der Krankheit. Syndrome bezeichnen eine Gruppe an Symptomen, die bei bestimmten Krankheiten gemeinsam auftreten. Das depressive Syndrom z.B. bezeichnet alle typischen bei Depression auftretenden Symptome.

2.1. Die „Vier Giganten“ der Geriatrie – die vier großen „I“'s:

1. **I**ntellektueller Abbau (Demenz, Delir)
2. **I**mmobilität (Physiologische Altersveränderungen, degenerative Muskel-, Knochen- und Gelenksveränderungen, degenerative neurolog. Veränderungen – z.B. Parkinson, Atemnot durch Herz u/o. Lungeninsuffizienz)
3. **I**nstabilität – erhöhte Vulnerabilität (Gangstörungen, Stürze und deren Folgen, Infektneigung, Abnahme der Niere-, Leber-, Herzleistung, ...)
4. **I**nkontinenz ↑

Zu den 4 „Klassischen“ (bereits 1975 von ISAACS beschrieben) gesellen sich immer mehr dazu:

Inappetenz (Malnutrition),

Isolation,

Insomnie,

Impotenz,

Immundefizite,

Irritables Kolon,

Impaired Eyes and Ears,

Impecunity (Armut),

Iatrogene (altgr.: „vom Arzt erzeugt“): Medikamente, Operationsfolgen, Vorschriften (Diät, Bettruhe, ...), ...

Sie erfordern durch ihre gegenseitigen Wechselwirkungen und Verstärkungen eine über den rein medizinischen Bereich weit hinausgehende Behandlung und bedingen damit den multiprofessionellen Ansatz!!

2.2. (Alters)psychiatrische Leitsymptome

- Bewusstseinstrübung
- Orientierungsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen
- Ich-Störungen
- Sinnestäuschungen
- Störungen der Bewegung
- Störungen des Affektes (Gemüts)
- Störungen betreffend die Stimmung
- Antriebsstörungen
- Angst
- Suizidalität

Allgemeinpsychiatrische Symptome (Formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen, Störungen der Bewegung, Störungen des Affektes und der Stimmung, Antriebsstörungen, Angst und Suizidalität) kommen im Alter im Rahmen der entsprechenden Krankheitsbilder natürlich genauso vor, der Schwerpunkt liegt aber auf folgenden Symptomen: Bewusstseinstrübung, Orientierungs- und Gedächtnisstörungen

Bewusstseinstrübung

= Form der qualitativen Bewusstseinsstörung, bei der es zu Verwirrtheit von Denken und Handeln kommt, Aufmerksamkeit und Wahrnehmung beeinträchtigt sind, Eigen- und Fremdwahrnehmung differieren

Mögliche Ursachen:

- Hirnorganische Ursachen (Demenz, Delir)
- Sedierung (Medikamente, Alkohol, Drogen)
- Fieber

Orientierungsstörungen

Folgende Formen der Orientierungsstörungen werden unterschieden:

- Desorientiertheit zur eigenen Person (persönlich)
 - Der eigene Name, Geburtsdatum, wichtige Lebensereignisse, ...
- Örtliche Desorientiertheit
 - Der Betroffene weiß nicht, wo er ist
- Zeitliche Desorientiertheit
 - Datum, Jahr, Jahreszeit, ...
 - Da zeitliche Daten sich ständig verändern (Im Gegensatz zu den Persönlichen und Örtlichen) ist eine Anpassung schwieriger. Daher sind Menschen mit Demenz von der zeitlichen Desorientiertheit am schnellsten betroffen.
- Situative Desorientiertheit
 - Der Betroffene ist nicht in der Lage die Situation, in der er sich gerade befindet, zu erfassen (z.B. Krankenhausaufenthalt, Heimunterbringung, ...)

Mögliche Ursachen für Orientierungsstörungen:

Hirnorganische Ursachen (Delir, Demenz)

Gedächtnisstörungen

Eine Gedächtnisstörung ist gekennzeichnet durch eine verminderte Fähigkeit frische und alte Erfahrungen wiederzugeben.

Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Merkfähigkeit):

- Herabgesetzte oder aufgehobene Fähigkeit sich neue Eindrücke über einen Zeitraum von Sekunden bis ca.10 Minuten zu merken.
- Im Normalfall merkt sich der „gesunde“ Mensch 5 Zahlen oder Wörter in diesem Zeitraum.
- Das Kurzzeitgedächtnis ist bei beginnender Demenz beeinträchtigt.

Störungen des Langzeitgedächtnisses (Erinnerungsfähigkeit):

- Herabgesetzte oder aufgehobene Fähigkeit, länger als ca. 10 Minuten zurückliegende Ereignisse oder Kenntnisse im Gedächtnis zu behalten.
- Das Langzeitgedächtnis ist auch unser Wissensspeicher.

Die Erfahrung zeigt, dass bei Menschen mit Demenz früh Erlerntes, Kindheitserinnerungen usw... am Stabilsten bleiben.

- Das Langzeitgedächtnis ist bei fortschreitender Demenz beeinträchtigt.

Formale Denkstörungen werden vom Betroffenen subjektiv empfunden oder äußern sich sprachlich und sind Störungen des Denkablaufes.

- Denkhemmung/Denkverlangsamung
 - Schleppender, verzögernder Gedankengang. Scheint für den Patienten mühsam.
- Umständliches Denken
 - Weitschweifiges Denken, das Nebensächliche wird nicht abgetrennt.
- Eingeengtes Denken
 - Der inhaltliche Denkkumfang ist eingeschränkt, Verhaftetsein an ein Thema.
- Perseveration
 - Gleiche Denkinhalte werden wiederholt, Haftenbleiben an vorherigen Worten, die verwendet wurden, aber nun nicht mehr sinnvoll sind.
- Ständiges Grübeln
 - Unablässiges Beschäftigtsein mit meist unangenehmen Gedanken, die meist im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation stehen.
- Gedankendrängen
 - Ständig wiederkehrende Gedanken oder vieler Einfälle.
- Ideenflucht
 - Übermäßiger Gedankengang, bei dem die Zielvorstellung oft verloren geht aufgrund von dazwischenkommenden Assoziationen.
- Vorbeireden
 - Der Betroffene geht nicht auf die Frage ein, antwortet inhaltlich etwas anderes, obwohl ersichtlich ist, dass er die Frage verstanden hat.
- Gedankensperrung
 - Plötzlicher Abbruch eines flüssigen Gedankenganges ohne erkennbaren Grund.
- Faseligkeit
 - Satzbau ist grammatikalisch korrekt, der gedankliche Zusammenhang reduziert.
- Zerfahrenheit/Inkohärenz
 - Sprunghafter Gedankengang, bei dem logische Verknüpfungen fehlen.
 - Bei schweren Formen kann es bis zu unverständlichem Wort- und Silbengemisch („Wortsalat“) kommen.
- Neologismen
 - Wortneubildungen, die oft nicht unmittelbar verständlich sind.

Mögliche Ursachen: In erster Linie Schizophrenie, aber auch Demenz, Manie oder Depression.

Inhaltliche Denkstörungen

- Der Wahn
 - Eine unkorrigierbar falsche Beurteilung der Realität wird als Wahn bezeichnet. Diese Beurteilung tritt erfahrungsunabhängig auf und es wird an ihr mit subjektiver Gewissheit festgehalten.
 - Wahn kann in unterschiedlichen Formen und Inhalten auftreten. Wahnideen werden oft verheimlicht.
 - Muss abgegrenzt werden von überwertigen Ideen → dabei handelt es sich um gefühlsmäßig stark besetzte Erlebnisinhalte → diese sind nicht absolut unkorrigierbar.
 - Der Gesunde kann jederzeit „umschalten“ und sich distanzieren.

Mögliche Ursachen für Wahnentstehungen:

Paranoia und Schizophrenie, aber auch bei Demenz, Depression, Manie und Alkoholkrankheit möglich.

Ich-Störungen

Dabei handelt es sich um Störungen, bei denen sich die Ichhaftigkeit des Erlebens verändert bzw. die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt als durchlässig erscheint.

Folgende Formen von Ich-Störungen werden unterschieden:

- Depersonalisation
 - Teile des Körpers oder das eigene Ich werden als unwirklich und fremd empfunden.
- Derealisation
 - Die Umgebung scheint dem Betroffenen fremdartig oder räumlich verändert.
- Gedankenausbreitung
 - Der Betroffene hat das Gefühl, dass andere die eigenen Gedanken mitdenken.
- Gedankenentzug, -eingung
 - Der Betroffene hat das Gefühl, dass andere ihm seine Gedanken entziehen oder eingeben.
- Gedankeneingung
 - Der Betroffene empfindet seine Gedanken als von außen eingegeben, beeinflusst, gelenkt und gesteuert.
- Fremdbeeinflussungserlebnisse
 - Der Betroffene findet sein Fühlen, Wollen und Handeln als von außen gemacht, gelenkt und gesteuert.

Mögliche Ursachen für Ich-Störungen:

Schizophrenie

Sinnestäuschungen

- Halluzinationen
 - Eine Halluzination ist eine echte Trugwahrnehmung, das heißt es liegt keine nachweisbare Reizgrundlage vor.
 - Können entsprechend den 5 Sinnen (optisch, akustisch, taktil, olfaktorisch und gustatorisch).
- Illusionen
 - Hier handelt es sich um eine Sinnestäuschung. Hier wird etwas wirklich Vorhandenes als etwas anderes erlebt oder für etwas anderes gehalten.

Mögliche Ursachen für Sinnestäuschungen:

Schizophrenie, Psychose, aber auch bei Demenz, Alkoholdelir odervor einem epileptischen Anfall möglich.

Störungen der Bewegung

- Hyperkinesie
 - Gesteigerte Bewegungsaktivität, psychomotorische Unruhe,
- Stupor

- Motorische Bewegungslosigkeit
- Das Vollbild tritt selten auf, häufiger der Substupor. In diesem Zustand kann man dem Betroffenen wie einer Gliederpuppe bestimmte Haltungen oder Stellungen der Gliedmaßen geben. Der Muskeltonus ist verändert → „wächserne Biegsamkeit“.
- Stereotypien
 - Sinnlose, rhythmisch leerlaufende Bewegungen (Schaukeln, Klopfen, Grimassieren) treten als Bewegungsstereotypien auf.
 - Bestimmte Haltungen werden über einen längeren Zeitraum beibehalten → Haltungsstereotypien.
- Befehlsautonomie
 - Der Betroffene führt mechanisch das Verlangte aus.
 - Oder der Betroffene führt das Gegenteil aus → Negativismus

Mögliche Ursachen für Bewegungsstörungen:

Schizophrenie, depressiver Stupor bei schweren Formen.

Störungen des Affektes

Unter Affekte versteht man die meist nur kurzdauernden Stimmungen („Gefühlswallungen“, z.B. Zorn, Wut, Freude).

- Nivelliert
 - Affektverflachung; Verarmung des Fühlens und der emotionalen Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit.
- Affektinkontinenz, -labil
 - Fehlende Beherrschung der Gefühlsäußerung; Gefühle können bei geringem Anstoß überschießen.
- Läppisch
 - Leere Heiterkeit, wirkt einfältig, unreif
- Inadäquat/Parathymie
 - Die Gefühle des Betroffenen stimmen nicht mit dessen gegenwärtigen Situation ein. Zum Beispiel Lachen auf einem Begräbnis.
- Mögliche Ursachen für Affektstörungen:
 - Schizophrenie, aber auch bei Demenz und Depression (Affektverflachung → eingeschränkt „schwingungsfähig“) möglich.

Störungen die Stimmung betreffend (Störungen im Bereich der längerfristigen Stimmungen)

- Gedrückt bei Depression
- Gesteigert, gehoben bei Manie

Antriebsstörungen

- Gesteigert, gehoben bei Manie, Demenz oder Delir
- Gehemmt bei Depression oder Demenz
- Es gibt aber auch die Agitierte Depression (unruhig, nervös).

Angst ... kann Auftreten bei:

- Depression
- Neurotischen Störungen
 - Ohne entsprechende organisch-pathologische Ursache.
 - Auf inneren Konflikten basierend.
 - Zum Beispiel Zwangsneurose; Phobien usw...
- Angst scheint auch als Begleitsymptom von Demenz, Schizophrenien oder Paranoia auf.
- Angst kann auch bei körperlichen Erkrankungen auftreten, bevor diese diagnostiziert werden. Der Betroffene spürt „mit ihm stimmt etwas nicht“.

Suizidalität

Zum Bereich Suizidalität gehören im engeren, traditionellen Sinn alle Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen, das eigene Leben durch Selbsttötung zu beenden.

Zum Phänomenbereich gehören daher als Kontinuum:

- ***Wunsch nach Ruhe, Pause, Veränderung, Unterbrechung im Lebenssituation***
... mit dem prinzipiellen Risiko zu sterben.
- ***Todeswunsch***
... mit dem Wunsch, nicht mehr zu leben.
- ***Suizidgedanken***
... Gedanken, sich das Leben zu nehmen.
- ***Suizidale Krise***

Da der Begriff Krankheit nur partiell dem Phänomen Suizidalität gerecht wird, bevorzugen insbesondere stärker psychosozial Orientierte den Begriff „Krise“. Damit wird eine Situation beschrieben, in der ein Mensch aus unterschiedlichen Gründen Ereignisse nicht mehr adäquat bewältigen kann und damit der Gefahr einer psychopathologischen Entwicklung ausgesetzt ist.

- ***Suizidabsicht***
Absicht, sich das Leben zu nehmen.
- ***Suizidversuch***
Absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel und, im weiteren Sinn, mit der Möglichkeit des tödlichen Ausgangs.
- ***Suizid (Selbsttötung)***
Absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang.

Parasuizid

Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Mensch sich absichtlich Verletzungen zufügt oder Medikamente/Drogen außerhalb des anerkannten Dosisbereichs einnimmt. Der Begriff geht über den Begriff Suizidversuch hinaus, da er nicht die Selbsttötungsmöglichkeit/-intention impliziert. Das heißt diese Bezeichnung passt besser zu dem, was in der Klinik unter dem Begriff Suizidversuch subsumiert wird, da bei vielen der „Suizidversuche“ keine Selbsttötungsabsicht besteht, sondern der Wunsch nach vermehrter Zuwendung oder das Bedürfnis nach Ruhe (HILFERUF).

Präsuizidales Syndrom

Prinzipiell ist jeder Mensch gefährdet, suizidal zu werden, auch wenn es Risikogruppen gibt.

ERWIN RINGEL formulierte aufgrund zahlreicher Untersuchungen das präsuizidale Syndrom: stark verengte Wahrnehmung, weitgehende Isolierung vom Freundeskreis, in der Regel gehemmte Aggressivität.

PHASE1: Zunehmende Einengung

- × Situative Einengung
- × Dynamische Einengung (Aktives Denken, Assoziation, Verhaltensmuster, Abwehrmechanismen)
- × Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen, sozialer Rückzug
- × Einengung der Wertewelt

PHASE2: Aggressionsstauung und Aggressionsumkehr

- × Fehlende Aggressionsabfuhr und Wendung der Aggressionen gegen die eigene Person.

PHASE3: Suizidphantasien

- × Aktiv intendiert
- × Passiv sich aufdrängend

Merke:

Viele Suizide sind zudem angekündigt: „Ich möchte nicht mehr leben!“; „Alles wäre besser ohne mich!“ Häufig machen „Suizidale“ überraschende und unerklärliche Geschenke und trennen sich von ihren wertvollsten Besitztümern. Insgesamt werden 75% der Suizidhandlungen angekündigt.

Psychiatrische Diagnosen bei Suizidalität:

Anpassungsstörungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Psychosen, Suchterkrankungen, akute Belastungsreaktionen, schizophrene Psychosen, Demenz, Verwirrtheitszustände, Co-Morbiditäten

Suizidalität im Alter: [nach Dr.med. Claudius Stein, ehemaliger Leiter des Kriseninterventionszentrum Wien]

- „Das Sterben bzw. der Tod ist die größte und letzte narzisstische Kränkung des Menschen“ [S. Freud]
- „Das Alter ist die vorletzte [.....] narzisstische Kränkung“ [H. Radebold]
- Mehr als 1/3 aller Suizide in Ö durch > 65Jährige
- Risiko ab dem 75.Lj. doppelt...
- ...ab dem 85.Lj. mehr als 5x so hoch wie beim Durchschnitt
- 2019: 438 Personen
- Deutlich mehr Frauen als Männer
- 70-90% haben psychiatrische Vorgeschichte [Conwell, 2001]

Mögliche Ursachen:

- Tod einer nahestehenden Person (Witwer 2,5faches Risiko im ersten Jahr)
- Gesundheitliche Beeinträchtigung – schwere Krankheit (v.a. bei Diagnosestellung, Vorstellung von Pflegebedürftigkeit)
- Identitätsverlust (z.B. nach Berufsende)

- Soziale Isolierung, Kontaktmangel (v.a. geschiedene / alleinlebende Männer)
- Intrafamiliäre Konflikte
- Ökonomische, finanzielle Probleme
- Wechsel der Wohnform (v.a. Heimunterbringung)
- Sinnverlust – Gefühl der Nutzlosigkeit

Suizidalität im Alter – ein Ausdruck von Ageism?

- Z.B. Deutschland: 1/3 der Bevölkerung stimmt der Aussage zu, dass man sich im Alter zurückziehen und nicht zur Last falle soll [Kessler E-M, Warner L (2022) Ageismus: Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland. Berlin (Antidiskriminierungsstelle des Bundes beim BMFSFJ)]
- Z.B. Deutschland: 80% sind der Auffassung, dass Menschen, die eine tödliche Krankheit haben, ein Recht auf assistierten Suizid haben, nicht aber gesunde Menschen in Lebenskrisen. Diese Unterscheidung ist aber für gesunde Alte nicht mehr so eindeutig [Fiedler G, Drinkmann A, Schwab F, Lindner R (2022) Suizidprävention und Suizidassistenz. Suizidprophylaxe 49 (4): 100-102]
- Z.B. USA: Studie mit 113 Studierenden: je mehr die Befragten der Meinung waren, dass ältere Menschen dort leben sollten, wo sie „niemanden stören“, desto mehr vertraten sie ein „Recht auf (assistierten) Suizid“ [Gamiel E, Levi-Belz Y (2016) To end life or to save life: ageism moderates the effect of message framing on attitudes towards older adults'suicide. International Psychogeriatrics 28(8): 1383-1390]
- Z.B. Japan: der 38-jährige (!) Volkswkonom Yasuke Narita hat 2023 medienwirksam vorgeschlagen, dass die ältere Bevölkerung Japans Massensuizid begehren sollte, weil er die Volkswirtschaft durch Überalterung gefährdet sieht

Der berühmte Suizidologe Diego de Leo hat in einem Nature Review-Artikel 2022 daher eine bemerkenswerte Aussage getroffen:

Der Abbau von gesellschaftlichem Ageism ist DIE zentrale Präventionsmaßnahme für Suizide im Alter!!

[De Leo D (2022) Late-life suicide in an aging world. Nature Aging 2(1): 7-12]

Suizidalität bei Demenz: [Krüger-Rainer und Rainer 2004, 35f]

- Kein erhöhtes Risiko bei Demenz!! [Schneider et al. 2001]
- ...außer „kurz nach der Diagnosestellung sowie bei Patienten, deren Diagnosestellung während eines allg. Spitalaufenthaltes gestellt wurde“ [Haw et al. 2009, 440f]
- Passive Suizidideen werden nicht selten geäußert, das gibt die Möglichkeit, ihre Hoffnungslosigkeit auszudrücken
- Eher indirekt lebensgefährdendes Verhalten: Verweigerung von Nahrung, Flüssigkeit, Medikamenten, Behandlungen, ...
- Erhöhtes Risiko, wenn begleitend eine Depression auftritt (Anm. des Autors: wird sehr oft übersehen!!) – oder bei prä-seniler Demenz
- Mit zunehmendem Fortschreiten der Demenz geht auch das nötige planerische Denken verloren

3. Diagnosen:

Exemplarisch:

F0	<u>Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</u>
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	Vaskuläre Demenz
F05	Delir
F1	<u>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</u> (Alkohol, Opiode, Sedativa, Halluzinogene, ...)
F2	<u>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen</u>
F20	Schizophrenie
F22	Anhaltende wahnhafte Störung
F25	Schizoaffektive Störung
F3	<u>Affektive Störungen</u>
F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F4	<u>Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störung</u>
F40	Phobische Störung
F41	Andere Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen
F45	Somatoforme Störungen (Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung, ...)
F5	<u>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</u>
F50	Essstörung
F51	Nichtorganische Schlafstörung
F52	Sexuelle Funktionsstörungen nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F6	<u>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</u>
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (Patholog. Spielen, Kleptomanie, Brandstiften, ...)
F64	Störung der Geschlechtsidentität
F65	Störung der Sexualpräferenz (Fetischismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, Sadomasochismus, ...)
F7	<u>Intelligenzminderung</u> (leicht, mittelgradig, schwer, ...)
F8	<u>Entwicklungsstörungen</u> (der Sprache, der Motorik, schulischer Fähigkeiten, Autismus, ...)
F9	<u>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</u> (Bindungsstörungen, ADHS, Stottern, Enuresis = Einnässen, Enkopresis = Einkoten, ...)

ICD-11, neue Störungsbilder:

- Katatonie (diverse Ursachen incl. Organisch)
- Bipolar-Typ-II-Störung (i.G.z. I nur hypomane, nicht vollständige manische Episode als Voraussetzung)
- Körperdysmorphie Störungen
- Eigengeruchswahn
- Pathologisches Horten (Messie-Syndrom)
- Exkoriationsstörung (skin-picking-disorder)
- Komplexe BTBS (nicht durch ein Einzelereignis verursacht, meist über einen längeren Zeitraum)
- Anhaltende Trauerstörung
- Binge-Eating-Störung (unkontrollierte Fressattacken)
- Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung
- Körper-Integritätsstörung
- Computer-Spielsucht
- Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten
- Intermittierend explosive Störung
- Prämenstruelle dysphorische Störung

ICD-11, obsoletere Störungsbilder:

- Nicht organische Schlafstörungen -> im neuen Kapitel: „Schlaf- und Wachstörungen“
- Sexuelle Dysfunktionen und Schmerzstörungen -> im neuen Kapitel: „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“
- Geschlechtsinkongruenz -> neu aufgetrennt „bei Erwachsenen und Jugendlichen“ und „bei Kindern“
- Akute Belastungsreaktion -> im neuen Kapitel „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen“ unter „Problematik in Verbindung mit schädlichen oder traumatischen Ereignissen“
- Tic-Störungen -> im neuen Kapitel „Krankheiten des Nervensystems“

3.1 Die 4 D's der Alterspsychiatrie

3.1.1. Demenz

So folgenschwere Diagnose, weil:

- Die wichtigste, im Sinne von folgenschwerste, Erkrankung des Alters (persönlich – für das Umfeld – gesellschaftlich)
- Prognose für 2050: 234.000 Erkrankte in Österreich (Wancata 2007)
- Häufigster Grund für Heimunterbringung
- Verursacht die meisten Kosten:
- In Österreich jährlich 1,39 Milliarden Euro medizinische Kosten
- Formelle Pflegekosten: 1,26 Milliarden Euro

[IHS, Dr. Thomas Cypionka zum Welt-Alzheimer Tag 21.09.2021:

[Welt-Alzheimer-Tag: Demenz kostet jährlich mehr als 2,6 Milliarden Euro - science.ORF.at](http://www.science.orf.at)

„Nur“ 10.000-11.000 Euro pro Jahr und Patient/in in häuslicher Betreuung vs. 25.000-43.000 Euro pro Jahr und Patient/in in stationärer Betreuung!!

[Diplomarbeit Wirtschaftsuniversität Wien: Gleichweit/Rossa 2009, XIV, Kosten für 2009]

Nach ICD 10:

Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung.

Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens sechs Monate bestanden haben.

Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen.

Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Affektlage, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. [...]

Formen der Demenz

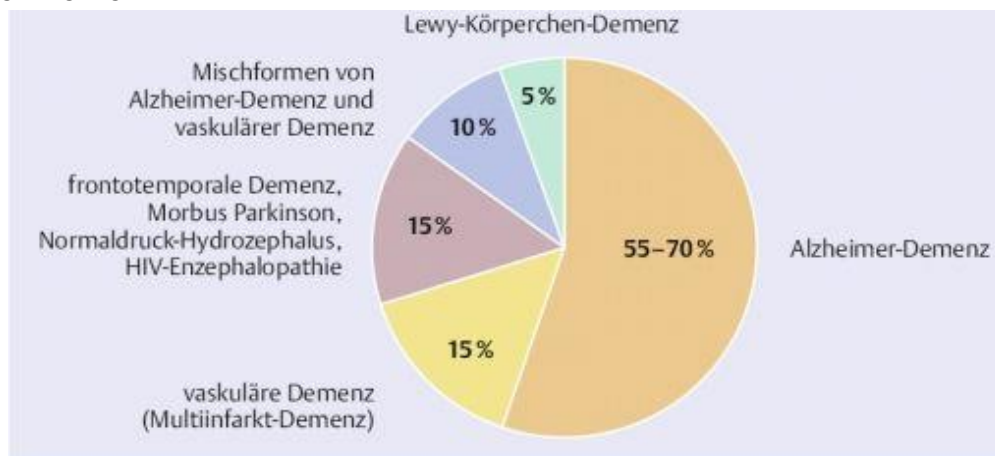


Abb.: Die wichtigsten Ursachen der primären Demenz (aus: Möller HJ, Laux G, Deister A (2009) Psychiatrie und Psychotherapie: Duale Reihe. 4. Auflage. Thieme-Verlag: Stuttgart)

Senile Demenz vom Alzheimerstyp (SDAT):

Das Krankheitsbild wurde 1906 von Alois Alzheimer erstmals klinisch und neuropathologisch beschrieben, damals als präsenile Form (DAT).

- Mit 55-70% die häufigste Demenzform (degenerativ)
- Häufigkeit steigt mit dem Alter (<85a Prävalenz ca 30%)
- Frauen erkranken ca. 2 x häufiger als Männer.
- In erster Linie „Alterserscheinung“: 990% sporadisch (>60.Lj), 1% genetisch-familiär (<60Lj. = DAT) NB: Heritabilität (Vererbbarkeit) zwar 60-80%, aber keine klaren Vererbungswege (komplexe Genetik-Umwelt-Interaktionen vermutet)
- Krankheitsverlauf:
 - Im Anfangsstadium Hirnleistungsstörungen,
 - im mittleren Stadium zunehmender Verlust der Selbständigkeit + zunehmende Verhaltensauffälligkeiten,
 - im schweren Stadium Entwicklung einer absoluten Pflegebedürftigkeit
- Zusätzliche Probleme:
 - viele Multimorbiditäten,
 - viele Komplikationen: ca. 50% versterben an Lungenentzündung.

Symptomatik: Im Englischen zusammengefasst als „**A-B-C Syndrom**“

1. Störungen der Alltagsfertigkeiten („activities of daily living“ ADL)

2. Störungen im Verhalten und psychiatrische Symptome („behavioural and Psychological Symptoms of Dementia“ BPSD)

3. Störungen der Kognition („cognition“; Merkfähigkeit, Kritikfähigkeit, Orientierung, ...)

Diagnostik in Anlehnung an die S3-Leitlinien Demenzen 11/23:

- Eigen-, Außen-, Familien-, Sozialanamnese
- Neurologischer, Psychiatrischer, Internistischer Status
- Neuropsychologie: Kognitive Tests, Depressionsskalen, Erfassung von Psychosen und Verhaltensstörungen
- Laborparameter: Komplettes Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Kalzium), Nierenfunktionsparameter (Kreatinin, Harnstoff, eGFR) Leberfunktionsparameter (GOT, γ GT), Blutzucker, HbA1c, CRP, Schilddrüsenfunktionsparameter (TSH), Vitamin B12/Folsäure ([Associations between Alzheimer's disease and blood homocysteine, vitamin B12, and folate: a case-control study - PubMed \(nih.gov\)](#))
- CCT, besser MRT: Koronare Schichten, Atrophiemuster bzgl. Hippocampus (bestenfalls KI-gestützt)

Diagnostik lt. Konsensuspapier „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft 08/09 / optional:

- (Amyloid) PET / Dopamin Transporter SPECT
- Genetik: Apolipoprotein E, Autosomal dominante Mutationen, CADASIL
- Liquoranalyse: A β 42 (normalerweise abgebaut, bei DAT -> amyloide Plaques), Gesamt-Tau und Phosphor-Tau (durch Neurodegeneration vom Stützapparat der Nervenzellen -> ebenfalls Ablagerungen) + Ratio A β 42/40 u A β 42/pTau bzw. A β 42/Gesamt-Tau
- Amyloid-PET zum Ausschluss (!) AD + LBD gut geeignet
CAVE: Amyloidanreicherung steigt auch bei Nichtdemenzkranken proportional zum Alter an -> daher ab dem 65. Lj. nicht mehr zum Ausschluss geeignet!!!
 - Z.B. FDG-PET (F-Fluorodeoxyglukose-Verstoffwechslung korreliert gut mit der kognitiven Aktivität!): d.h. große Trennschärfe in der initialen Beurteilung des MCI bzw. gut für DD AD – FTD

Aktuell die am besten etablierten Biomarker:

- A β 42 und Phosphor-Tau im Liquor gemeinsam (!) mit

- Amyloid-PET und strukturellem MRT

[Jatros Neurologie und Psychiatrie 5/2018: Referat Schwerpunkt Alzheimererkrankung, M. Koni, R. Schmidt, Graz]

- Diagnostische Genauigkeit: 92%

[Hansson Nature Medicine; Vol. 27 954; June 2021; 954-963]

- Diagnost. Genauigkeit mit Basisdiagnostik: 70-75%

[Beach TG et al. J. Neuropathol. 71; 266-273 (2012)]

Maximal 92% Trefferquote, das hat Auswirkungen auf die Aufklärungs“pflicht“, zusätzlich zum **Recht auf Wissen:**

- Neben der Erleichterung, (endlich) Gewissheit zu haben
- Neben der Chance, dass ab dann krankheitsgerechtes Verhalten vom Umfeld erwartet werden kann
- Neben der Möglichkeit auf medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen ab dann
- Neben der Möglichkeit, dass ab dann eine Vorausplanung möglich ist (ACP, Testament)
- Neben der Möglichkeit, dass sich ab dann Angehörige Unterstützung suchen können

Das hat Auswirkungen, zusätzlich zum **Recht auf Nicht-Wissen:**

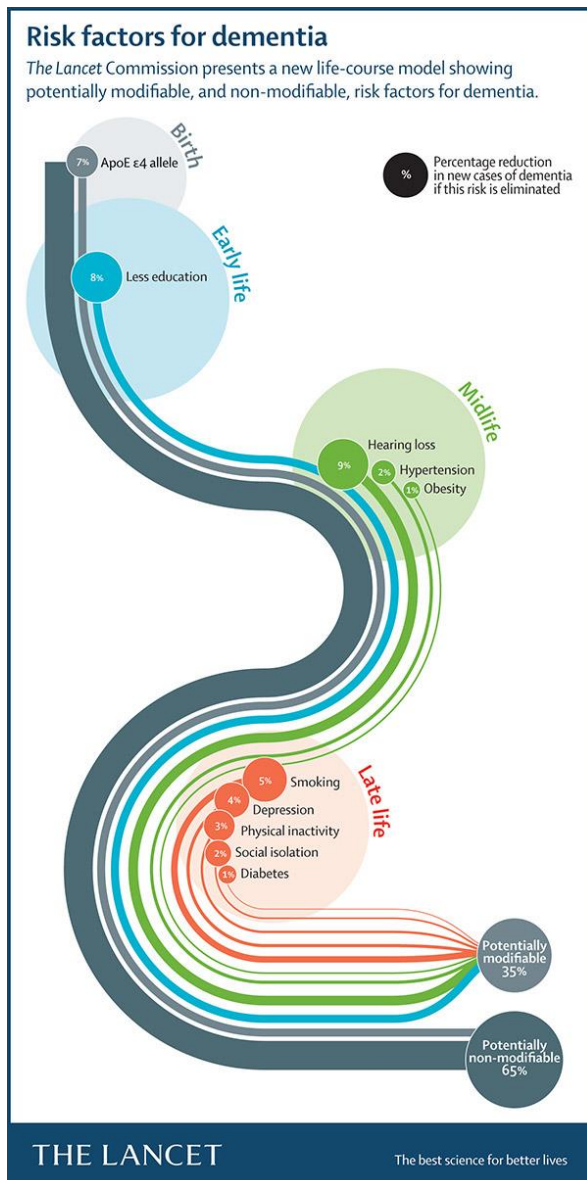
- Neben der Gefahr, dass die Diagnose eine Belastung ist, weil es keine Heilung gibt -> Depression, Suizidalität
- Neben der Chance, dass eine Einordnung der Symptome als „Altervergesslichkeit“ zumindest am Anfang ein Gefühl von Normalität geben kann
- Neben der Chance auf ein „unbeschwerteres Leben“ ohne Stigmatisierung (kein „Demenz-Stempel“?)

[Vortrag Univ. Prof. Dr. Martina Schmidhuber, „Zum ethischen Umgang mit demenziellen Veränderungen von Angehörigen“, 05.06.2023, KH der Elisabethinen, Graz]

Erste Warnzeichen:

- Vertraute Namen, Gesichter und Telefonnummern werden vergessen
- Häufige Wiederholungen, Mühe sich an Gespräche und Ereignisse zu erinnern, selbst wenn diese nicht lange zurück liegen
- Neue Informationen, die ich mir merken will, werden wiederholt vergessen
- Gegenstände werden verlegt und evtl. werden Andere beschuldigt, diese gestohlen zu haben
- Im Gespräch geht der „roten Faden“ verloren, Wortfindungsstörungen treten auf und Füllwörter werden zunehmend verwendet
- Zunehmend Probleme bei gewohnten komplexeren Handlungen und Aktivitäten (z. B. Bankgeschäfte, Bedienung vom Fernseher, Kochen für die Familie, ...)
- Zunehmende Entscheidungsschwäche
- Zunehmende Sprachverarmung
- Zunehmende Schwierigkeiten, sich in fremder Umgebung zurecht zu finden (zunehmende Desorientiertheit)
- Zunehmender sozialer Rückzug (Freundes- und Bekanntenkreis)
- Zunehmend Antriebslosigkeit, Unruhe, Verhaltensauffälligkeiten, Depressivität, Angst, Suizidgedanken

Prävention („Vorsorge, um Schlimmeres zu verhindern“)???



Bildung:

- Der größte Einfluss auf das spätere Demenzrisiko
- Der einzige relevante Faktor vor dem 45. Lj.
- Geringe Bildung -> 60%ig erhöhtes Demenzrisiko
- Lässt sich v.a. politisch beeinflussen
- **KINDERN EINE SCHULBILDUNG ERMÖGLICHEN!!**

Schwerhörigkeit:

- Der wichtigste Risikofaktor im mittleren Lebensalter
- Tritt sie bei 45-65jährigen auf, verdoppelt sich das Demenzrisiko im Alter
- Etwa 8% aller Demenzerkrankungen lassen sich auf Schwerhörigkeit zurückführen
- Demenzrisiko via soziale Isolation und Kommunikationsprobleme erhöht: vermehrte Höranstrengung -> raschere kognitiver Ermüdung -> sozialer Rückzug -> Depression, Ängste -> sekundäre kognitive Ängste -> Teufelskreis ((psychosocial hypothesis) [Dawes et al 2015])
- cognitive load hypothesis: Hypakusis verlangt höhere kognitive Leistung auf Kosten

- anderer kognitiver Leistungen [Pichora Fuller et al 1995]
- Oder: ein altersassoziierter Faktor bedingt Beides (Hypakusis und Demenz)??? -> Hörverlust prädiktiv verwendbar?? [Gates et al 2010; Martini et al 2014]
- **HÖRGERÄTE (!!)** scheinen das Demenzrisiko zu minimieren
- Je 10dB Hörverlust erhöht sich die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken um den Faktor 1,27 [Thomson]
- Aber: Klassische Definition bemisst Hörverlust ab 25 dB, 10 dB Hörverlust werden nicht versorgt
- **HÖRSCHUTZ GEGEN LÄRMBELÄSTIGUNG!!**

Bluthochdruck:

- Rund 2% der Demenzfälle lassen sich darauf zurückführen
- RR > 140 mmHg systol. im mittleren Alter erhöht das Demenzrisiko um 60%
- Via beschleunigte Hirnalterung, Schädigung der weißen Substanz und gesteigerte Amyloidablagerung
- **BLUTDRUCK MEDIKAMENTÖS GUT EINSTELLEN (!!)**, dann legen Studien ein reduziertes Demenzrisiko nahe!

Adipositas:

- ...geht mit 60%ig erhöhtem Demenzrisiko einher
- ...umgekehrt sind nur ca. 0,7% aller Demenzfälle auf Adipositas zurückzuführen
- Aber: wenn das Prävalenzrisiko für Adipositas hoch ist (z.B. in den USA verzehnfacht), dann hat das große absolute Demenzzahlen zur Folge
- Studien weisen darauf hin, dass Adipöse nach Gewichtsreduktion eine bessere Hirnleistung haben
- **VERRINGERUNG DER FETTLLEIBIGKEIT UND DES DAMIT VERBUNDENEN DIABETES!!**

Rauchen:

- ...ist im Alter über 65a der wichtigste Demenzrisikofaktor
- Risiko 60% erhöht
- Studien deuten darauf hin, dass Rauchen-Aufhören noch im Alter das Demenzrisiko deutlich (!) reduziert
- **UNTERSTÜTZUNG DER RAUCHERENTWÖHNUNG (!!)** von (gesundheits)politischer Seite her

Depressionen, psychischer Stress:

- ...scheinen das Demenzrisiko zu verdoppeln
- Studien (mit allerdings recht geringer Evidenz) deuten auf eine normalisierte Demenzzinidenz hin, wenn Depressionen medikamentös behandelt sind
- Im Tierexperiment konnten SSRIs die Amyloidablagerungen reduzieren
- **DEPRESSIONEN BEHANDELN, STRESSREDUKTION UNTERSTÜTZEN!!**

Körperliche Inaktivität:

- Couchpotatoes habe ein um 40% erhöhtes Risiko
- Studien liefern Hinweise, dass körperliche Aktivität die Hirnleistung verbessert und eine Demenz verzögert

Soziale Isolation:

- Demenzrisiko um 60% erhöht
- Deutlich (!) erhöhtes Demenzrisiko für lebenslange Singles (plus 40%) und Verwitwete (Plus 20%)

- ...unter der Annahme, dass Verheiratete mehr Sozialkontakte haben
- Vor allem von Bedeutung für Frauen, welche ihre Ehemänner oft um viele Jahre überleben
- Studien deuten auf bessere Hirnfunktion durch soziale Interventionen bei Älteren hin
- (Gesellschafts)politisch: **FÖRDERUNG DER KÖRPERLICHEN, KOGNITIVEN UND SOZIALEN AKTIVITÄT IM SPÄTEREN LEBEN**

Neu hinzugekommen:

- *Schädel-Hirn-Trauma* in der Vorgeschichte verdoppelt das Demenzrisiko, wenn mit Bewusstlosigkeit gekoppelt, vervierfacht es (aber auch wiederholte Traumata durch Boxen, Köpfe, etc. [P. Dal-Bianco; Vorsorgemaßnahmen u. Lebensstiländerungen gg. Demenz, Jatro 6/2021, S. 16])
- **CHRONISCHE KOPFVERLETZUNGEN IM SPORT MEIDEN!!**
- *Übermäßiger Alkoholkonsum* erhöht das Demenzrisiko etwa um 20%
- **ALKOHOLKONSUM BEENDEN, EINSCHRÄNKEN (!!)**, entsprechende Programme (gesundheits)politisch unterstützen, fördern
- *Luftverschmutzung*: v.a. Feinstaub und Stickoxide (beschleunigen im Tierversuch die Amyloidablagerung)
- **VERRINGERUNG DER LUFTVERSCHMUTZUNG ± DES PASSIVRAUCHENS!!**
- Hoher LDL-Cholesterinwert ab einem Alter von ca. 40a (7%) -> **CHOLESTERINSPIEGEL KORRIGIEREN**
- Unbehandelter Sehverlust im späten Alter (2%) -> an **AUGENÄRZTL. VERSORGUNG** denken!!
[die bd. Letzteren 2024 lt. Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen DZNE]

Möglicherweise kommt noch hinzu: chronisch gestörter Schlaf als Demenzrisikofaktor

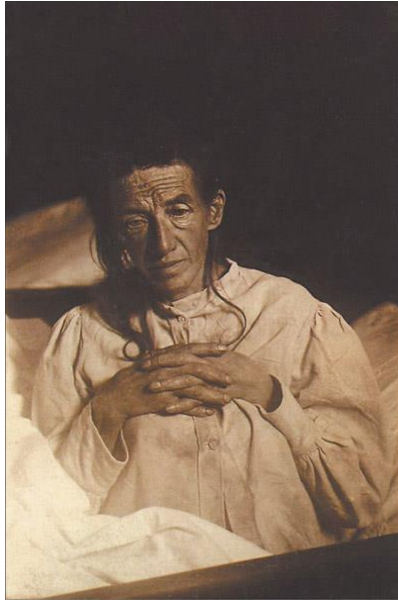
[P. Dal-Bianco; Wie kann man die Ausbreitung von Alzheimerdemenz einschränken? Jatro 4/2022, S. 49]

- ➔ Es geht daher um (gesundheits-, gesellschafts)politische Maßnahmen
- ➔ Das ist aber eigentlich allgemeine Gesundheitsförderung (primäre Prävention)
- ➔ ..und nicht um persönliche Prophylaxe („Verhütung“)!
- ➔ Es handelt sich um sogenannte „Treiber“
- ➔ (= Risikofaktoren, ≠ Verursacher)
- ➔ D.h. Lebensstiländerung ist sinnvoll
- ➔ Sekundärprävention (das Fortschreiten der Erkrankung durch Frühdiagnostik und –behandlung verhindern) ist nicht möglich
- ➔ Tertiärprävention (Verringerung der Schwere und der Ausweitung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen) ist dagegen machbar und das primäre Ziel von GPZ und SOPHA
- ➔ Definitiv aber gibt es ein Präventionspotential der vasc. Komponenten!
- ➔ Der relative Anteil von Menschen mit Demenz sinkt seit einiger Zeit in den USA von 11,6% der >65jährigen 2000 gegenüber 8% 2012!!! Trotz Steigerung der absoluten Zahl der >65jährigen!!! -> könnte auf Risikominimierung zurückzuführen sein: z.B. hinsichtlich Bildung und Bluthochdruck [Langa et al. 2017]
- ➔ Um nicht zu verwirren, besser das Wort **RISIKOREDUKTION** verwenden!!!
- ➔ „Der Aufbau von geistigen, emotionalen, sozialkommunikativen, alltagspraktischen und körperlichen Ressourcen trägt dazu bei, dass im Falle einer eingetretenen Erkrankung die Krankheitssymptome (zum Teil: deutlich) später eintreten als ohne derartigen Ressourcenaufbau“ [Andreas Kruse: „Der Demenzkranke als Mitmensch“]

Alois Alzheimer und Auguste Deter:

Alois Alzheimer: Deutscher Psychiater und Neurobiologe, 1864 – 1915, beschrieb als erster eine Demenzerkrankung

Auguste Deter: 1901 begegnete ihr Alois Alzheimer in der Frankfurter Heilanstalt Ihr Ehemann hatte sie gebracht. Nicht wg. Vergesslichkeit (!!), sondern wg. Eifersuchts- und Verfolgungswahn, sie versteckte Gegenstände und konnte den Haushalt nicht mehr führen



Beide Bilder: wikipedia

Typisch: das Bagatellisieren und „Fassadieren“:

„Wie heißen Sie?“ „Auguste.“

„Familiename?“ „Auguste.“

„Wie heißt ihr Mann?“ – Auguste Deter zögert, antwortet schließlich: „Ich glaube... Auguste.“

„Ihr Mann?“ „Ach so.“

„Wie alt sind Sie?“ „51.“ (hat gestimmt!)

„Wo wohnen Sie?“ „Ach, Sie waren doch schon bei uns.“

„Sind Sie verheiratet?“ „Ach, ich bin doch so verwirrt.“

„Wo sind Sie hier?“ „Hier und überall, hier und jetzt, Sie dürfen mir nichts übelnehmen.“

„Wo sind Sie hier?“ „Da werden wir noch wohnen.“

„Wo ist Ihr Bett?“ „Wo soll es sein?“

Zu Mittag isst Frau Auguste D. Schweinefleisch mit Karfiol:

„Was essen Sie?“ „Spinat.“ (Sie kaut das Fleisch)

„Was essen Sie jetzt?“ „Ich esse erst Kartoffeln und dann Kren“

„Schreiben Sie eine fünf.“ Sie schreibt: „Eine Frau“

„Schreiben Sie eine Acht.“ Sie schreibt: „Auguste“ (Beim Schreiben sagt sie wiederholt:

„Ich habe mich sozusagen verloren“.)

- Die erste „junge“ Verwirrte, der er begegnete (51a!)
- „Ich habe mich sozusagen verloren“
- Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns nach ihrem Tod ergab flächenweise zugrunde gegangene Nervenzellen und Eiweißablagerungen (sogenannte Plaques) in der gesamten Hirnrinde
 - „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“
 - Heute: Morbus Alzheimer (DAT)

Angst vor Ansteckung?

News: orf.at, 16.09.2014:

Mediziner: Alzheimer könnte übertragbar sein:

Bei Alzheimer-Demenz und Parkinson können Neuromediziner ein Übertragungsrisiko bei bestimmten medizinischen Eingriffen nicht gänzlich ausschließen. Aus Tierversuchen gebe es Hinweise auf eine Übertragung der Krankheiten, sagte der Münchner Neuropathologe Armin Giese gestern bei der Eröffnung der Neurowoche in München. Verklumpte Eiweiße aus dem Gehirn von Parkinson-Patienten seien Affen gespritzt worden, bei denen anschließend ähnliche Veränderungen im Gehirn beobachtet worden seien.

Keine Ansteckungsgefahr für Pfleger:

Allerdings schränkte Giese ein: „Es gibt derzeit keinen Hinweis, dass man sich mit Alzheimer oder Parkinson beim sozialen Kontakt oder bei der Pflege von Patienten anstecken kann.“ Mögliche Übertragungswege etwa bei Bluttransfusionen oder Hirnoperationen seien aber nicht vollständig geklärt.

Ausbreitung im Gehirn wie Infektion:

Die Alzheimer-Demenz und Parkinson breiten sich im Gehirn offenbar wie eine Infektionskrankheit aus, wie Giese weiter berichtete. Die verklumpten Proteine lösen offensichtlich eine Kettenreaktion aus, die wie eine Lawine auf verschiedene Gehirnteile übergreift.

Die Neuromedizin befasse sich derzeit intensiv mit der Frage, wie diese Kettenreaktion gestoppt werden kann. „Wenn es gelänge, diese Prozesse aufzuhalten, könnte das ein wichtiger Schritt zur Behandlung dieser bisher unheilbar fortschreitenden Erkrankung sein.“

ÖÄZ, 10.03.2016, zitiert APA:

M. Alzheimer durch Hirnhaut-Transplantation

Durch Hirnhaut-Transplantation könnten auch Proteine übertragen werden, die mit neurodegenerativen Krankheiten wie M. Alzheimer zusammenhängen. Das haben Forscher der MedUni Wien und der Universität Zürich herausgefunden. Die Wissenschaftler um Karl Frontzek vom Institut für Neuropathologie der Uni Zürich untersuchten die Gehirne von sieben Patienten, die an Creutzfeldt-Jakob verstorben waren. Diesen war Jahre zuvor Hirnhaut transplantiert worden, wobei sie unabsichtlich mit Prionen infiziert wurden. Daneben fanden die Forscher bei fünf der Patienten auch Proteinablagerungen, die für M. Alzheimer typisch sind. Ein Zusammenhang wird vermutet, weil diese deutlich häufiger vorkamen als bei Patienten, denen keine Hirnhaut transplantiert worden war. Auch waren die Patienten relativ jung – ein untypisches Alter für solche Proteinablagerungen.

-> mittlerweile **widerlegt**: β -Amyloid andersgeartet, sich nicht ausbreitend, keine klinischen Symptome (ÖÄZ Nr. 9, 10. Mai 2016 / psychopraxis.neuropraxis 3.2016)

Studie aus Irland:

[Pertl, M., Lawlor, B., Robertson, I., Walsh, C., Brennan, S. (2015). Risk of cognitive and functional impairment in spouses of people with dementia: evidence from health and retirement study. Journal of GERiatric Psychiatry and Neurology. DOI: 10.1177/0891988715588834]

Erste Studien lassen vermuten, dass pflegende Angehörige das Risiko tragen, schneller als Vergleichsgruppen an einer kognitiven Beeinträchtigung oder sogar Demenz zu erkranken

- Weil Lebenspartner von Menschen mit Pflegebedarf (nicht nur bei Demenz) eher kognitive Einbrüche erleiden
- Wenn niedrigeres Einkommen dies unterstützt, weil Entlastungsmöglichkeiten wegfallen
- Männliche Pflegende sind vermehrt betroffen
- Vermehrt auch bei zusätzlich vask. Risikofaktoren und Depressivität

Andere Demenzformen:

Vaskuläre Demenz:

- Plötzlicher Beginn
- Schrittweise Verschlechterung
- Fluktuierender Verlauf
- Nächtliche Verwirrheitszustände
- Erhaltene Persönlichkeit
- Vask. Hinweise (Blutdruck, neurolog. Symptome, Schlaganfälle in der Vorgeschichte)

Frontotemporale Demenz (Morbus Pick):

Bzw. Mb. Pick (Überbegriff: frontotemporale Lobärdegeneration)

Verhaltensvarianten (bvFTD, 60%):

- Symptombeginn meist zw. dem 45. u. 65. Lj. (nb. DAT die zweithäufigste early onset Demenz)
- Klinik: Enthemmung, glz. aber auch Apathie (wenn ohne Reize von außen), Verlust von Empathie, perseveratives, stereotypes u. ritualisiertes Verhalten, Hyperoralität, Störung Essverhalten, exekutive Dysfunktion (wenn nicht anders erklärbar!)
[Rascovsky et al. Brain 2011; 134:2456-77 / Woollacott et al. J. Neurochem. 2016 Aug; 138 Suppl 1:6-31]
- Im Terminalstadium schwere, globale Demenz

Sprachvarianten (40%) = Primär progressive Aphasie, „Sprachverödung“:

- Palililie (stereotypes Wiederholen eigener Worte oder Silben)
- Echolalie (stereotypes Nachsprechen)
- Mutismus (psychogenes Schweigen)
- Amimie (aufgehobene Mimik)

Lewy-Body-Demenz:

- Der Neurologe Friedrich Jakob Heinrich Lewy war Laborleiter von Alois Alzheimer
- Fand die Lewy Körperchen 1912
- Lewy Körperchen 1919 auch in den Nervenzellen der Substantia nigra gefunden

- Kommen bei Mb. Parkinson vornehmlich dort vor, bei LBD diffus und subkortikal im Gehirn → Verwandtschaft!
- Schwerpunkt in der Motorik → eher Demenz bei Mb. Parkinson
- Schwerpunkt kognitiv od. BPSD → eher LBD
- Dopamingabe kann die Motorik verbessern, aber die psychiatr. Lage verschlechtern!!

Kernsymptome:

- Schwankungen in Kognition und Wachheit (Minuten bis Tage, ggl. mitten im Gespräch!)
- Wiederholt visuelle Halluzinationen (sehr konkret, bunt, fantasie reich, aber distanziert)
- Parkinsonsymptomatik + häufige Stürze (welche Immobilität, Bettlägerigkeit und Pneumonien zur Folge haben)

Stützsymptome:

- REM-Schlafstörungen (häufiges Schlagen u. Stoßen mit Beinen / Verletzungsgefahr)
- Schwere Neuroleptika-Sensitivität (Motorik, Orientierung, Wachheit – bis Koma)
- Visuell-räumliches Defizit (z.B. Kopieren der Figur im MMS / disproportional zum kognitiven Gesamtstatus)
- Geringe striatale Dopamintransporter-Aufnahme im DAT-Scan
- Cortex im Anfangsstadium oft völlig erhalten

Entzündlich u.o. übertragbar:

- AIDS
- Creutzfeld-Jakob-Krankheit
- Herpes-simplex-Enzephalitis
- Meningitis, Enzephalitis
- Multiple Sklerose

Schädel-Hirn-Trauma / Raumforderung:

- Schädel-Hirntrauma
- Neoplasien
- Normaldruckhydrozephalus (Hakim'sche-Trias: Gangstörung / Demenz / Harninkontinenz)

Toxisch-metabolisch (sekundär = reversibel):

- Hyperglycämie
- Hyper- und Hyponatriämie (Exsikkose!)
- Pharmaka: Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika, Sedativa, Antiarrhythmika, Antihypertensiva, Antikonvulsiva, Digitalis,...
- Schwermetalle
- Hypothyreose
- Hyperparathyreoidismus
- Mangelzustände an Folsäure, Vit. B12
- usw.

Medikamentös schlecht eingestellte Epilepsie

Alkoholdemenz:

- In erster Linie über den Vitamin B1-Mangel (Zufuhr, Absorption, Speicherung ↓)
(Peter Fischer; SMZ Ost; state of the art Alkoholkrankheit und Demenz, ÖAZ 2015)
- Ebenfalls durch neuronale Schädigungen
- Aber nur bei dauerhaft extrem hohen Spiegel (Geringer bis mäßiger Konsum ist nicht mit erhöhtem Demenzrisiko verbunden) (Hulse et al. 2006, Peters et al. 2008)
- Häufige Entzugssyndrome verschlimmern zusätzlich...
- ...ebenso wie wahrscheinlich die Alkoholfolgeerkrankungen selbst
- Alkoholdemenz (gegenwärtig keine akzeptablen Kriterien)
- Sonderform, potenziell reversibel: Wernicke Encephalopathie / akuter Vit. B1-Mangel / typ. Trias: Augenmuskellähmungen / Gangataxien / Desorientiertheit
- Wernicke-Korsakow-Syndrom: indirekte Komplikation / chron. Vit. B1 (Thiamin) – Mangel / Amnesien (retrograd und anterograd), die entstehenden Lücken werden mit Konfabulationen „ausgefüllt“ [Produktion objektiv falscher Aussagen oder Erzählungen, die in verschiedenen Formen auftritt. Einzelne beruhen auf falschen Wahrnehmungen, andere auf Fehlfunktionen des Gedächtnisses]

CAVE: Die Realität: 50-70% gemischte Formen -> mult. Pathologien:

- AD: In ca. 20% vaskuläre Läsionen
(Uchikado H et al: Alzheimer disease with amygdala Lewy bodies. J Neuropathol Exp Neurol 2006; 65(7): 685-697)
- AD: In > 40% Lewy Körper
(Jellinger KA et al: Neuropathological evaluation of mixed dementia. J Neurol Sci 2007; 257: 80-87)
- LBD: 95% Plaques / 75% vask. Läsionen
Jellinger KA et al: Prevalence and impact of vascular and Alzheimer pathologies in Lewy body disease: Acta Neuropathol 2008; 115:427-436)
- Reine VD selten, zumeist auch Aβ- u. Tau-Protein
(Jellinger KA et al: Prevalence and pathology of vascular dementia in the oldest-old. J Alzheimers Dis 2010; 21: 1283-1298)
- Unabhängig voneinander
- Kombiniert
- Additive Wirkung

3.1.1.1. Demenz und Down-Syndrom:

- Alle Formen der Demenz können auftreten (wie in der Gesamtbevölkerung auch)
- Aber: Menschen mit Down-Syndrom sind kognitiv benachteiligt und erreichen daher ein geringeres Bildungsniveau (Treiber!)
- Auch andere Treiber erhöht: Ernährung, Aktivität, Sozialleben ↓
- Hypothyreose und Epilepsie als mögl. Demenzursachen häufiger
- Das Down Syndrom bedingt ein zusätzliches Risiko für DAT: bereits ab 35 a!
- Am Chromosom 21 wird das Betaamyloid-Vorläuferprotein codiert → Tri(!)somie 21 → mehr Proteine → verstärkte Amyloidplaquebildung
- Ca. 9000 Menschen mit Down Syndrom in Ö
- Tendenz steigend wg. steigender Lebenserwartung
- Menschen mit Down Syndrom erkranken früher -> Screening ab dem 30.Lj. sinnvoll
- Menschen mit Down Syndrom haben ein erhöhtes Risiko an einer Alzheimer Demenz zu erkranken und erkranken früher (s.o.) (Fisher & Kettl, 2005)
- Prävalenzrate bei Down-Syndrom: 88-100%!! [www.alzheimer-forschung.de]

- Die Prävalenzrate ist unabhängig vom Schweregrad der geistigen Behinderung (Strydom et al., 2009)
- Beginn einer Demenz wird leichter übersehen → spez. Screening- und Beobachtungsverfahren
- Ein durch eine demenzielle Entwicklung gefördertes zusätzliches herausforderndes Verhalten wird fehlinterpretiert und kann zu vermehrtem (eigentlich kontraproduktivem) Einsatz von Neuroleptika u/o Benzos führen
- Die wesentlich besser verträglichen, nicht sedierenden, ebenfalls auf das Verhalten wirkende Antidementiva können nicht verabreicht werden
- Entsprechende sozialpsychiatrische Maßnahmen und Milieuthherapie können ebenfalls nicht angewandt werden



Altern mit geistiger Behinderung: [Kruse, 2006]

- Die Kompetenz im Alter ist in hohem Maße von der früheren Förderung beeinflusst
- Die Kompetenz im Alter hängt zudem von den Anforderungen (sensorisch, kognitiv, sozial) ab, die Menschen aktuell erfahren
- Der Alternsprozess dieser Menschen verläuft nicht grundsätzlich anders
- Die Variabilität ist aber stärker ausgeprägt (z.B. früheres Einsetzen von Beeinträchtigungen)
- Gefühle der Selbst- und Mitverantwortung sind in gleichem Maße vorhanden
- Bei fehlender Anregung besteht besonders Gefahr des Verlustes von Kompetenzen und Kompensationsstrategien
- Bei Trauerreaktionen sind sie besonders belastet aufgrund fehlender emotionaler und affektiver Kontrolle
- Körperliche Ermüdung und seelische Erschöpfung nimmt im Alter besonders stark zu
- Sie haben meistens keine Ehepartner und Kinder, meist keinen Schul- oder Berufsabschluss und nur wenig Geld [Dieckmann u. Metzler 2013]
- ➔ Uneingeschränkte Teilhabe an allen Aktivitäten von vorneherein (niemand ist ausgegrenzt -> MITEinander)
- ➔ Integration geht von einer vorgegebenen Gesellschaft aus, in die integriert werden kann, **Inklusion** aber erfordert die Überwindung exkludierender Verhältnisse
- ➔ Jeder ist gleichwertig, ohne „normal“ sein zu müssen
- ➔ Barrierefreiheit auch im übertragenen Sinn

3.1.1.2. Demenz und Schizophrenie:

- Wir schauen mittlerweile schon sehr gut auf unsere chronisch-psychiatrischen Erkrankten, sodass sie auch alt werden dürfen
- Das bringt mit sich, dass sich etwa bei Schizophrenen im Alter (mitbedingt durch jahrzehntelangen Neuroleptika-Gebrauch) auch eine Demenz aufpfropfen kann
- Ist es eine Demenz oder ein sog. Defektzustand bei Schizophrenie?
- Außerdem kann sich hinter einem vermeintlichen Demenzverdacht eine lebenslange, subsyndromal verlaufende Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis verbergen

	Demenz	Schizophrenie
Beginn	Meist im höheren Lebensalter	Ca. 75 Prozent erkranken vor dem 40. Lebensjahr, 25 Prozent erst später
Verlauf	Langsam progredient	Meist schubweise, residuale Entwicklung im Intervall möglich
Kognitive Leistungen	Leitsymptom: global beeinträchtigt, Störung der Exekutivfunktionen des Gedächtnisses, Symptomatik progredient	Formale Denkstörungen im akuten Schub, keine nennenswerte Progression
Orientierung	Fast immer beeinträchtigt	Nur in akuten Schüben beeinträchtigt („desorganisiert“)
Sprache	Wortfindungsstörungen, Perservationen, Paraphrasen	Im akuten Schub oft inkohärente Sprache, Gedanken-Abreißen, Gedankensperre (= formale Denkstörungen)
Affekt	Häufig affektlabil, meist situativ	Im akuten Schub oft inadäquat, situationsunabhängig
Psychomotorik	Anfangs unauffällig, dann allgemeine Verlangsamung	In der Akutphase Wechsel zwischen Retardierung (Katonie) und Hyperaktivität (Erregungszustand)
Halluzinationen	Meist nur in schweren Fällen, oft optische Halluzinationen	Typisches Leitsymptom: meist akustische Halluzinationen
Wahn	Erst bei fortgeschrittenen Krankheitsbildern	Typisches Leitsymptom: mystische, bizarre Inhalte

Zur Schizophrenie:

Begriff geht auf Eugen BLEULER (1911) zurück („Schizo-“ = Spaltung psychischer Funktionen)

Die innere Welt des Schizophrenen =v Grenzsituationen: unter großer Ermüdung, bei massiver psychischer Belastung (Angst), bei Hungerzuständen, bei Übermüdung, auch beim Einschlafen kann der gedankliche Zusammenhang gelockert sein

Denkstörungen:

Störungen des Denkablaufs (formale Störungen):

Zerfahrenheit, Wortsalat, Neologismen, in der Beantwortung von Fragen Vorbeireden bis hin zu paradoxen Antworten, Gedankensperrung, Gedankenausbreitung, Gedankenlautwerden, Gedankenentzug, -eingebung, eingeengtes Denken, durch Perseveration fixiertes Denken,

Inhaltliche Denkstörungen:

Der Wahn („Ich“-Bezogenheit [Beziehungsideen], i.G.d. kann der „Gesunde“ jederzeit umschalten und sich distanzieren, aber auch Gefahr der Induktion; Unkorrigierbarkeit, absolute Gewissheit)

Die Sinnestäuschungen:

Halluzinationen (echte Trugwahrnehmung ohne entsprechenden Sinnesreiz von außen)

Illusionen (verfälschte Wahrnehmung einer tatsächlichen Begebenheit)

„Ich-Störungen“

Depersonalisation (Entfremdung, etwa im Spiegel, Automatenhaftigkeit,...)

Ich-Grenzen gegenüber anderen Personen, Tieren, Dingen können verwischen bis hin zur völligen Identifizierung

Transformierungen der Persönlichkeit

Affektstörungen:

Nivelliert, affektinkontinent, -labil, läppisch, inadäquat (Parathymie)

Ambivalenz:

Z.B. gl. Lachen und Weinen, liebt und hasst nebeneinander in der gleichen Intensität,

beide Gefühle beeinflussen sich gegenseitig nicht

Autismus:

Verlust des Kontaktes mit der Wirklichkeit, Ich-Versunkenheit

Störungen der Bewegung und des Antriebs (katatone Symptome):

Hyperkinesie, Stupor („wächserne Biegsamkeit“), Stereotypien, Grimassieren, Befehlsautomatie (auch Nachahmen) und Gegenteil Negativismus

Hypothese 1:

- Störung sensorischer Gewichtung- und Filterprozesse („sensory gating“) -> nichtselektierter Informationsfluss -> Fokussierung der Vigilanz auf ein akutes, relevantes Ziel erschwert
- Aufmerksamkeitsdefizit -> Einbußen im Bereich der Einspeicherung von verbalem Material
- Wenn aber verbales Material in geringem Ausmaß doch eingespeichert werden kann, ist es im Gegensatz zu einer Demenz später sehr wohl abrufbar

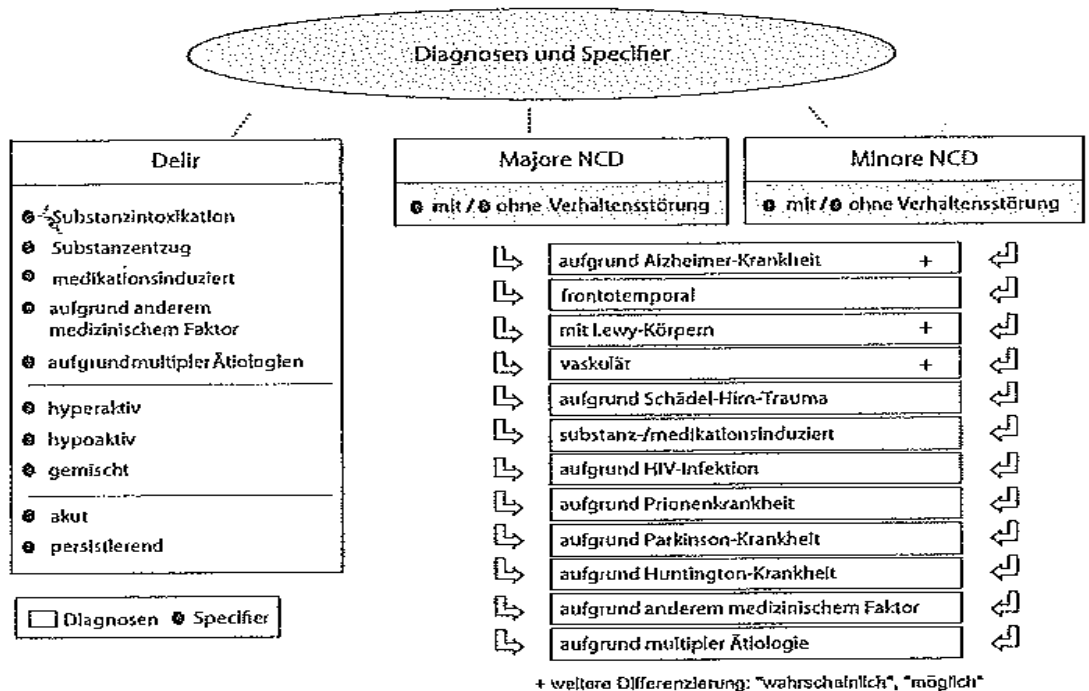
Hypothese 2:

- Exekutivfunktionen sind beeinträchtigt: jene höheren Denkleistungen, die abstraktes Denken, Entwickeln von Strategien und planvolles Handeln ermöglichen
- Verminderte kognitive Flexibilität
- Rigides Antwort- und Sozialverhalten Schizophrener
- Beide Funktionen können bei schwerer Depression ebenfalls beeinträchtigt sein: gibt es entsprechende Hinweise?
- Bei einem (zusätzlichen) dementiellen Verlauf würde es zu kontinuierlicher Verschlechterung kommen -> Verlaufskontrollen nach 6 Monaten
- Z.B. darstellbar im Trail-Making-Test, Teil A u. B i.R. des CERAD („Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease“)

Therapeutische Konsequenzen:

- Metaanalysen belegen den günstigen Einfluss atypischer Neuroleptika auf kognitive Fähigkeiten
- ...auch, weil bei atypischen Neuroleptika weniger Bedarf nach anticholinergem Begleitmedikation besteht (welche ungünstig auf kognitive Funktionen wirkt)
- Damit wird die Bedeutung einer guten Differenzialdiagnose klar: bei Schizophrenie sind Neuroleptika notwendig, bei Demenz würden sie aber den Verlauf ungünstig beeinflussen!
- Wenn Beides (Schizophrenie u. aufgepropfte Demenz) vorliegen, muss abgewogen werden zu Versorgbarkeit u. Lebensqualität!

3.1.1.3. Nach DSM-5: neurocognitive disorders:



- Stigmatisierender Begriff „Demenz“ verschwunden
- Kernsymptom: erworbene kognitive Beeinträchtigungen (aber nicht nur!)
- Abgrenzung zu kognitiven Beeinträchtigungen bei Schizophrenie, Psychose und bipolaren Störungen: ...sind dort keine Kernsymptome
- ...zu Hirnentwicklungsstörungen: diese sind nicht sekundär erworben
- Gefordert: Tests + subjektiver (Sorgen des Betroffenen: SMI) bzw. objektiver kognitiver Leistungsabfall (Bezugsperson od. klin. Beobachter)

Tests oder eine andere quantitative klinische Beurteilung in jeweils einer der folgenden sechs wichtigsten kognitiven Domänen:

1. Komplexe Aufmerksamkeit (eher VD)
2. Exekutive Funktionen (eher VD)
3. Lernen und Gedächtnis (eher AD)
4. Sprache (eher FTD)
5. Perzeptuell-motorische Fähigkeiten (Fertigkeiten)
6. Soziale Kognitionen, v.a. Empathie (eher FTD)

Minore NCD:

- „schwergradig unterschwellig“
- dem MCI ähnlich
- Diagnostische Schwelle wird gesenkt
- inkludiert auch ältere nicht demenzielle Menschen mit Gedächtnisprobleme
- Die kognitiven Defizite in den sechs Domänen haben keine Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen zur Folge

Majore NCD:

- Nachfolgediagnose zur Demenz nach DSM-IV und ICD-10
- Unterstützungsbedarf im Alltag
- Nur eine Beeinträchtigung in einer der sechs Domänen erforderlich

Weitere Differenzierung:

- Vorhandensein oder Fehlen von Verhaltens“störungen“
- 12 mögliche Ursachen
- Unterschiedliche Sicherheitsstufen: „wahrscheinlich“, „möglich“)

„Minore NCD aufgrund von Alzheimerkrankheit“?

- Vorläuferdiagnose MCI
- DD zum physiologischen Altern? -> CAVE Kontinuum!!
- nur bei genetisch eindeutiger Konstellation?
- ...und Alzheimerspezifischer Biomarkerevidenz?

3.1.1.4. Kognitive Veränderungen im Alter – ein Kontinuum?

benigne Altersvergesslichkeit -> subjective cognitive decline (SCD) -> mild cognitive impairment (MCI) -> Demenz

Benigne Altersvergesslichkeit:

= natürlicher, physiologischer Prozess mit „maßvollem“ Verlust ...

- kognitiver Fähigkeiten (Gedächtnis, Tempo, Flexibilität, Aufmerksamkeit),
- komplexeren Leistungen in Nicht-Routinesituationen, unter Zeitdruck oder bei simultanen Anforderungen,
- (noch) ohne Beeinträchtigung in den (I)ADLs

3.1.1.5. subjective cognitive decline (SCD):

(bzw. subjective memory impairment SMI)

Subjektive Gedächtnisstörung

[nach einem Vortrag von Prof. Dr. Dr. A. Maercker, Ordinarius, Psychiatrisches Institut für Psychotherapie und Klinische Intervention, Universität Zürich im Rahmen des 8. Münsterlinger Symposiums für Alterspsychotherapie – „Alter und Angst“ in der Schweiz 2012]

Definition: „**Gefühl der Gedächtnisverschlechterung** bzw. der schlechten Gedächtnisleistung **bei gleichzeitig normwertiger Leistung in standardisierten Gedächtnistests** und ohne relevante Beeinträchtigung der Alltagsfunktion“

→ **eventuell ein früher Hinweis** auf beginnende senile Demenz vom **Alzheimer**typ?

[Prof. Dr. Frank Jessen, Bonn]

Querschnittsuntersuchungen bei älteren Menschen:

- häufig Zusammenhang von SCD mit Depression, körperlicher Erkrankung und Persönlichkeitsvariablen
- eher geringer Zusammenhang von subjektiven Beschwerden und kognitiver Leistung...

Im Gegensatz dazu! Epidemiologische Längsschnittuntersuchungen:

- SCD meist doch Prädiktor für zukünftige Gedächtnisverschlechterung und Demenz
 - z.B. deutsche Beobachtungsstudie unter mehr als 3.000 über 70jährigen: wenn neben der Beobachtung nachlassender Gedächtnisleistung auch **Sorgen** darüber bestehen → **mehr als sechsfach erhöhtes Risiko** für eine spätere Alzheimer-Demenz
 - gleiches Ergebnis in Frankreich und Dänemark
 - Hypothese: SCD kann erste Manifestation einer Demenz sein
 - bei neuen bildgebenden Untersuchungen Hinweise auf Atrophie des Gehirns in Bereichen, die insbesondere bei der Alzheimer Krankheit betroffen sind
 - **Hippocampusvolumina korrelieren mit SCD!**
 - daher bei über 65jährigen (bei pos. Familienanamnese ab dem 55. Lj.!) folgende zwei Fragen zur „Diagnose“ des SCD:
 - **„Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gedächtnis im letzten Jahr schlechter geworden ist?“**
 - **„Sind Sie darüber besorgt?“**
 - Werden beide (!) mit „Ja“ beantwortet: primär noch kein Grund zur Beunruhigung (!!),
 - Aber Einleitung von Screening-Verfahren ist indiziert
- (MMST / TFDD / FachärztInnen / Gedächtnisambulanzen / APBS)**

3.1.1.6. Mild cognitive impairment (MCI):

- Unspezifische kognitive Beeinträchtigung (IADLs noch nicht beeinträchtigt)
- ICD-10: F06.7 Leichte kognitive Störung
- Fehlende kognitive Plastizität
- Kann ein Warnsymptom einer beginnenden Demenz vom Alzheimer Typ sein (aber auch anderer Demenzformen)
- 50% entwickeln später tatsächlich eine SDAT, 10% sind reversibel [Vortrag 26.01.2023, „Alzheimerdemenz und neuropsychiatrische Aspekte“, Assoc.-Prof. PD Dr. Elisabeth Stögmann, Univ.-Klinik für Neurologie, Med.-Uni Wien]
-

Muss eben nicht in eine Demenz übergehen:

- Z.B. bei fehlender bzw. unzureichender kognitiver / sozialer / körperlicher Stimulation
- Z.B. bei ernährungsphysiologischen Mangelzuständen -> verminderte sensorische Diskriminationsschärfe
- Z.B. Neurohormonale Veränderungen in Folge Stress, Depression und veränderter Schlafarchitektur
- Z.B. Bradyphrenie bei Parkinson
- Aber auch bei „Testangst“
- ➔ Defizite durch Training potenziell reversibel

3.1.1.7. Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz:

Verhaltensauffälligkeiten:	Psychiatrische Symptome:
Apathie 76,0%	Depression/Dysphorie 54,3%
Zielloses Herumirren 64,5%	Angst 50,2%
Essstörung 63,7%	Wahn 49,5%
Gereiztheit/Labilität 63,0%	Halluzinationen 27,8%
Agitation/Aggression 62,8%	
Schlafstörungen 53,8%	
Enthemmung 29,5%	
Euphorie 16,6%	

(Quelle: Mishkin et al.: Behavioral and psychological syndromes in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry; 2004 Nov; 19(11):1035-9)

- BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia F07.8)
- Bei 50-85% der Menschen mit Demenz
- Im deutschsprachigen Raum: „Verhaltensstörung“, „Verhaltensauffälligkeit“: Was ist normales Verhalten? Was ist Störung? Was ist auffälliges Verhalten?
- Durch den neuen Begriff wird die Reaktion der Umgebung in den Mittelpunkt gestellt
- ...die Perspektive des Menschen mit Demenz der Perspektive des Pflegenden gegenübergestellt
- ...von Menschen mit geistiger Behinderung
- ...von psychiatrisch Erkrankten
- Letztlich immer dasselbe Muster? Eine Reaktion des Betroffenen? Dient letztlich der Kommunikation?
- Ergibt sich durch die andere Wahrnehmung und andere Realität in der Demenz
- Hat viel mit der Biografie und der (früheren) Persönlichkeit zu tun
- Kann aufgrund der Demenz nicht mehr gesteuert werden (verminderte Anpassungsleistung bis hin zur Enthemmung)

Mögliche Erklärungsmodelle für BPSD:

- Biologisch-neurologisches Modell
- Verhaltens- und Lernmodell
- Umgebungsmodell
- „Unmet needs“ – Bedürfnisse nicht befriedigt

Biologisch-neurologisches Modell:

Verhalten als Folge der Zerstörung bestimmter Hirnareale

- Antidementiva wirken
- Psychopharmaka allgemein wirken

Verhaltens- und Lernmodell:

Verhalten als Folge des lebenslangen Lernprozesses

Umgebungsmodell:

Verhalten als Ergebnis der Interaktion mit der Umwelt

} Herausforderndes Verhalten als Anpassungsleistung?

Unmet needs:

- Verhalten als Kommunikation der unbefriedigten Bedürfnisse
-> nicht zufällig / spezifisch für die Person / zielgerichtet
- Verhalten als Konfliktlösungsversuch
- Strategie, eigenes Wohlbefinden zu erlangen, aufrecht zu erhalten

Praxisbeispiele:

(vgl. Höwler, 2007)

Mögliche auslösende Faktoren für aggressives Verhalten:

- äußere Reize: Dunkelheit, Geräusche, die nicht identifiziert werden können, Gerüche, Hitze
- Angst
- Zwang
- Reizüberflutung oder Mangel an Reizen
- Unter- oder Überforderung
- Wahn oder Halluzinationen
- Schwierigkeiten sich mitzuteilen
- Diskrepanz in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Beispiel: Sie besuchen Angehörige in einer sozialarbeiterischen Angelegenheit. Der Mensch mit Demenz schreit „Verschwinden Sie!“ weil er sich durch die ihm fremde Person bedroht fühlt bzw. weil möglicherweise die Situation nicht eingeordnet werden kann bzw. nicht kontrollierbar erscheint.

Mögliche auslösende Faktoren für Weglauftendenzen:

- Wandern bzw. Gehen ist für Betroffene eine Möglichkeit, innere Spannungszustände abzubauen
- Sie stellt weiters eine willentliche Handlung dar und ist entlastend und Selbstwert steigernd.
- Irritierende Umgebungsreize wie z.B. laute Musik, Schreien, etc. führen zu Agitiertheit und zur Tendenz wegzulaufen.

- Weglauftendenzen werden weiters gefördert, wenn Sinnggebung und Aufgabe fehlen, wenn die gewohnte Wohnumgebung fehlt bzw. das Gefühl besteht, nicht zu Hause zu sein, eine hohe Fluktuation bei den Betreuungspersonen besteht.
- Weiters könnte z.B. der Impuls bestehen, einen früheren Wohnort aufzusuchen oder das Gefühl zu haben, zur Arbeit gehen zu müssen.

**-> HERAUSGEFORDERT VON UNS?
-> HERAUSFORDERUNG AN UNS!**

**-> NICHT DER KLIENT IST GESTÖRT, SONDERN DIE
KOMMUNIKATION!**

**-> UNTERBINDEN DES HERAUSFORDERNDEN VERHALTENS
...BEDEUTET UNTERBINDEN VON KOMMUNIKATION?
...BEDEUTET DEPRIVATION?**

[=Verlust an Zuwendung, treffsicherer aber die eigentl. lateinische Bedeutung: „Beraubung“]

3.1.1.8. Schmerz und Demenz:

- Zunahme der Prävalenz von Schmerz mit zunehmendem Alter (Multimorbidität, degenerative Gelenkserkrankungen, verändertes Schmerzempfinden, Schmerzmitteltoleranz ↓)
- Zunahme der Prävalenz von Demenzen
- Zunahme der Kombination von Multimorbidität und Demenz

Schmerzempfinden bei Alzheimererkrankten und Kontrollgruppe:

- Reaktion auf elektrische Schmerzreize an den Extremitäten durch Fluchtreaktion idem
- Höhere Toleranzschwelle bei Alz.
- Stärkere mimische Reaktion bei Alz.
- Vegetative Schmerzreaktion bei Alz. bei starker Intensität idem
- ...bei schwacher niedriger

[Kunz, Roland (2011): Schmerzmanagement bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Menschen. In: Kojer/Schmiedl. 2011; S 47-74]

- Trotz dieser Erkenntnisse 20% geringere Chance, mit Schmerzmittel behandelt zu werden!

[Dazu: „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können“; Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebø; 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag, 2007]

- Können vergessen, was Schmerz bereitet hat
- Sprachverlust im fortgeschrittenen Stadium
- „Blinder Versuch mit Analgetikum? (Unterbehandelte Schmerzen?)
- Fremdbeurteilungsskalen:

ECPA-Schmerzskala:

- (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes)
- 1993 in Frankreich entwickelt
- Pflegeassessmentinstrument zu Erfassung von Schmerzen und Beurteilung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie bei stark kommunikationseingeschränkten Pflegebedürftigen (insbesondere Menschen mit Demenz)

Dimension I:

Beurteilung des Verhaltens außerhalb der Pflege, hierbei werden verbale Äußerungen, Mimik und Haltung des Betroffenen beobachtet.

Dimension II:

Beurteilung des Verhaltens während der Pflege, hierbei werden Anzeichen von Angst, Abwehrverhalten, Mobilisationsbeteiligung, verbale Äußerungen und Schmerzreaktionen bei der Pflege einbezogen.

Dimension III:

Beobachtung der gewohnten Aktivitäten, hierbei fließen Veränderungen im Schlafverhalten, beim Appetit, der Bewegung und der vorhandenen Kommunikation und Kontaktfähigkeit in die Beurteilung des Schmerzes ein.

ECPA-Schmerzskala:

- Durchführung durch das betreuende Pflegepersonal
- Beobachtungen durch behandelnde Ärzte, andere Therapeuten und die Angehörigen mit einfließen lassen
- Im Abstand von mehreren Tagen
- Punktwert als Grundlage der Schmerztherapie und der Wirksamkeitsbeurteilung

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD):

- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes: übersetzt 2007...
- ...aus dem Amerikanischen: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale (Warden, Hurley, Volicer et al. 2003)
- 2 Minuten beobachten
- Im Zweifelsfall das vermeintlich beobachtete Verhalten notieren
- Mehrere positive Antworten (außer bei Trost!) möglich
- Nur den jwls. höchsten Pkt.-Wert der 5 Kategorien (max. 2) notieren
- Situation notieren / mögl. immer dieselbe!

<u>Negative Lautäußerungen</u>	
• Keine nein/ja	0
• Gglt. stöhnen od. ächzen n/j	
• Sich leise neg. od. missbilligend äußern n/j	1
• Wiederholt beunruhigt rufen n/j	
• Laut stöhnen od. ächzen n/j	
• Weinen n/j	2

<u>Gesichtsausdruck</u> <ul style="list-style-type: none"> • Lächelnd od. nichts sagend nein/ja • traurig n/j • ängstlich n/j • Sorgenvoller Blick n/j • Grimassieren n/j 	0 1 2
<u>Körpersprache</u> <ul style="list-style-type: none"> • Entspannt nein/ja • Angespannt n/j • Nervös hin u her gehend n/j • Nestelnd n/j • Starr n/j • Geballte Fäuste n/j • Angezogene Knie n/j • Sich entziehen od. wegstoßen nein/ja • Schlagen n/j 	0 1 2
<u>Trost</u> <ul style="list-style-type: none"> • Trösten nicht notwendig n/j • Ist bei o.g. VH ablenken od. beruhigen durch Stimme od. Berührung möglich? n/j • Ist bei o.g. VH trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich? nein/ja 	0 1 2

Maximal 10 mögliche Punkte!

Ursachengefüge des Delirs

Prädisposition + exogene Noxe → Delir

nach Inouye SK, 1998; Förstl H, 2004

Prädisposition	Exogene Noxe
hohe Vulnerabilität	schwache Noxe
hohes Lebensalter Demenz Frailty hohe somatische Komorbidität schwere Grunderkrankung Hör- od. Sehbehinderung Anämie Malnutrition (niedriges S-Albumin) Alkoholismus Depression Angst Benzodiazepingebrauch Schmerz leichte kognitive Störung Einsamkeit	fremde Umgebung körperliche Beschränkung – FEM Immobilisation Schlafdeprivation psychoaktive Medikamente Entzugssyndrom (Alkohol, Sedativa) respiratorische Insuffizienz (Hypoxie) Exsikkose Elektrolytungleichung akute Infektion Hypo-, Hyperglykämie Organversagen (Leber, Niere) Intensivpflichtigkeit Anticholinergika chirurgischer Eingriff
niedrige Vulnerabilität	potente Noxe

3.1.2. Delir

Akute organischen Psychosyndrome mit Bewusstseinsstörung werden Delir genannt.

(Lat. „de lira“ = „aus der Spur“) [Leitlinie kompakt der DGN Deutschen Gesellschaft für Neurologie, ClinCum neuropsy 1/2021]

- Akuter (!) Verwirrheitszustand – fluktuierender Verlauf
- Im Gegensatz zu Demenz ist ein Delir in der Regel vorübergehend (< 6 Monate)
- Qualitatives Bewusstsein (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung), Psychomotorik, Schlaf sind gestört.
- I.G.z. Demenz: dort „bei vollem Bewusstsein“, „reflektierter“
- **ACHTUNG:** (meist) körperliche Ursachen lösen psychische Symptomatik aus!!!!
Delir ist oft erster Hinweis auf schwere körperliche Erkrankung!!!!
- Bei 10-30% der >65jährigen bei der Aufnahme im Krankenhaus
- 30-60% der deliranten Syndrome wurden früher nicht diagnostiziert
- Postoperativ bis zu 50%
- Intensivstation bis zu 90%
- Sterberate unbehandelt zw. 22 und 76% (ähnl. Herzinfarkt u. Sepsis)
- Höhere Pflegeheimweisungen nach 12 Monaten

Wichtige Fragen, um ein evtl. Delir zu erkennen:

- Gibt es eine akute psychische Veränderung gegenüber den Vortagen? Gegenüber zu Hause? (Fremdanamnese!)
- Gibt es Fluktuationen über den Tag, Wechsel zwischen klaren und verwirrten Zuständen (Dienstübergabe!)
- Ist die Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Konzentration verändert (leicht ablenkbar)?
- Ist das Denken unlogisch, sprunghaft, am Thema vorbei?
- Ist der Schlaf-Wach-Rhythmus gestört?
- Hat sich die Psychomotorik verändert? (gesteigert verringert, in Kombination, Nesteln)
- Evtl. neu entwickelt: Desorientierung? Vergesslichkeit? Halluzinationen? Veränderte Stimmungslage? Aggressivität? Angst?

Mögliche Ursachen:

- Hirndurchblutungsstörungen
- Stoffwechselstörungen
- Austrocknung
- Nebenwirkungen von Medikamenten (in bis zu 30% der Fälle / Tranquilizer / Neuroleptika / Analgetika / Diuretika / Theophyllin / Digitalis usw.)
- Aber auch: Konflikte, Verluste, Ortswechsel, ... (Hypothese: Stress -> Noradrenalin)
- **Hyperaktives Delir:** nur zu ca. 25% - **Hypoaktives Delir** (Nesteln, Apathie) - **Gemischtes Delir**

Hypothese: Gleichgewicht der Neurotransmitter gestört:

- V.a. cholinerges Defizit -> mit Auswirkungen auf Kognition und Orientierung (Medika mit anticholinergem Wirkung s.o.)
- V.a. dopaminergen Überschuss -> Halluzinationen
- V.a. veränderte Serotonin-Homöostase -> Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität, Schlaf-Wach-Rhythmus gestört
- V.a. Mangel an GABA -> Störung des vegetativen Nervensystems, Anfälle (durch Entzug von Benzos, Opioiden, Alkohol)

Behandlung des Delirs:

- In erster Linie Behandlung der Ursache
- Pflegerische Maßnahmen: hohe Konstanz der pflegerischen Bezugspersonen, tgl.

mehrfache physische und kognitive Aktivierung, Zuwendung mit Reorientierung / enger Kontakt zu Angehörigen

- Milieutherapie: keine Reizüberflutung, keine Reizdeprivation
- Medikamentös in erster Linie Neuroleptika
- Schlafhygiene: Benzos eher ungeeignet (außer bei Alkohol- und Tranquilizerentzugsdelir): Mittel zweiter Wahl Lorazepam (Temesta°)
- CAVE: durch die Behandlung mit Benzos ausgelöstes hypokinetisches Delir, das dann leicht übersehen werden kann
- Prävention: s. Liste mit Ursachegefüge: CAVE Op bei alten Menschen, Menschen mit Demenz!

Das Risiko, durch eine Noxe (durch schädlichen Einfluss) ein Delir zu entwickeln, ist abhängig vom Ausmaß der individuellen Vulnerabilität (Anfälligkeit):

- Menschen mit niedriger Vulnerabilität (z.B. „leichter kognitiver Störung“) entwickeln ein Delir erst durch Kumulation verschiedener Noxen.
- Bei Menschen mit hoher Vulnerabilität („hohes Lebensalter“, „Demenz“) kann im Gegensatz dazu bereits eine (!) relativ schwache Noxe (z.B. auch eine einmalige Einnahme eines psychoaktiven Medikaments, z.B. eine einzige Schlaftablette) ein Delir auslösen!!

Demenz ∞ Delir:

- Demenz nach unerkanntem, unbehandeltem Delir doppelt so häufig (Übergang!)
- Aber auch: Ein Delir (mit seinen möglicherweise schwerwiegenden organ. Auslösern!) kann als Demenz verkannt werden-> große Rolle der Pflege im Erkennen und in der Behandlung!!
- Aber auch: Ein Mensch mit Demenz kann natürlich zusätzlich ein Delir entwickeln (Demenz = hohe Prädisposition für ein Delir)
- Aber auch: DD Delir Demenzschub
- Aber auch: Plötzlich auftretende Verhaltensauffälligkeit kann ein Delir sein oder BPSD

CAVE: Abwägen chirurgischer Eingriffe!!!

CAVE: Ortswechsel!

CAVE: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen!

CAVE: Dauerkatheter (Hochrisikofaktor)

CAVE: Krankenhauseinweisungen sind mit einer weiteren Verschlechterung für

Menschen mit Demenz assoziiert: "...Patients with dementia in the acute hospital are older, require more hours of nursing care, have longer hospital stays, and are more at risk of delayed discharge and functional decline during admission." [Int Psychogeriatr. 2011 Apr; 23(3):344-

55; A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients; Naaheed Mukadam, Elizabeth L. Sampson]

3.1.3. Depression

Die strengen ICD-, DSM-Kriterien treffen im Alter nicht mehr so detailliert zu (NB: zu Grunde liegende Studien werden kaum mit Älteren durchgeführt!) -> jede der nachfolgenden Dimensionen kann für sich gesehen schon Hinweis sein!!

-> Oft „reichen“ schon einzelne Aspekte aus, um eine evtl. Medikation einzuleiten (v.a. bei der Demenz)

Körperliche Beschwerden:

- Schlafstörungen bzw. unerklärliche Müdigkeit auch bei ausreichendem Schlaf
- Appetitverlust
- Druck- und Engegefühl in der Herzgegend
- Schmerzen im Kopf- und Bauchbereich
- Magen- und Darmbeschwerden

Motorische Beschwerden:

- Agitation (Unruhe, Angespanntheit)
- Verlangsamung
- Hemmungen
- Inaktivität

Emotionale Beschwerden:

- Angst
- niedergeschlagene Stimmung
- Verzweiflung
- innere Leere
- Gefühl der Vereinsamung

Motivationale Beschwerden:

- Interessenverlust
- Antriebslosigkeit
- Entschlussunfähigkeit
- Selbstmordgedanken

Kognitive Beschwerden:

- Gedächtnisschwäche
- Konzentrationsmangel
- Selbstvorwürfe
- Schuldgefühle
- Pessimismus
- Sorgen um die eigene Gesundheit, die eigenen Fähigkeiten und die Zukunft

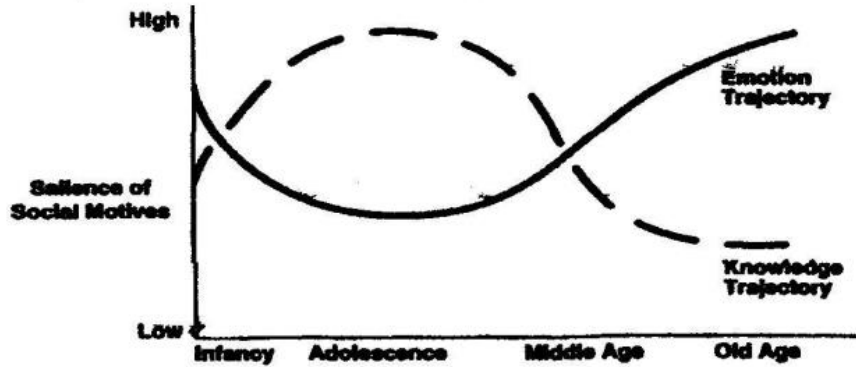
Interaktive Beschwerden:

- sozialer Rückzug
- leise Stimme, geringer Blickkontakt
- Einengung kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Fertigkeiten

Da ist vielleicht ein Dialog zielführender, zumindest zusätzlich – z.B. anhand der DIA-S (Depression im Alter – Skala) – siehe Anhang (an die WHO-Definition der Depression angelehnt, geringe zeitl. Anforderung, weniger durch körperliche und kognitive Einschränkungen beeinflusst als bei der GDS, kurze Sätze, leicht verständlich / validiert)

Theorie der sozioemotionalen Selektivität – Zur Bedeutung von Zeit (,time shift‘)

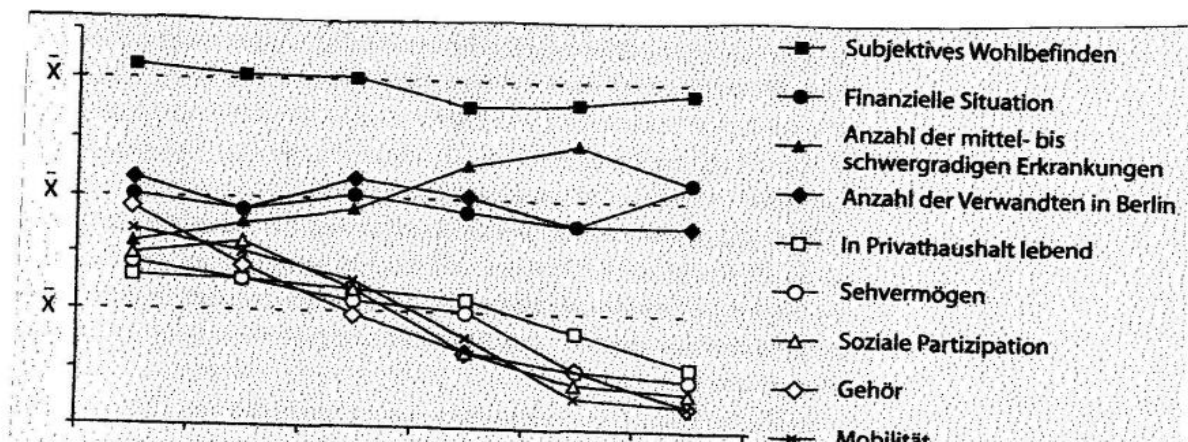
Figure 1
Idealized Model of Socioemotional Selectivity
Theory's Conception of the Salience of Two Classes
of Social Motives Across the Life Span



Note. From "The Social Context of Emotion," by L. L. Carstensen, J. Gross, & H. Fung, 1997, *Annual Review of Geriatrics and Gerontology*, 17, p. 331. Copyright 1997 by Springer Publishing Company, Inc. Reprinted with permission.

Das Paradoxon des Alters

Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit (70-95)



Der Positivitätseffekt:

Bedeutung der sozioökonomischen Selektivität nach L. L. Carstensen:

- Die emotionale „Flugbahn“ geht mit zunehmendem Alterwerden nach oben, Wohlbefinden und Affektoptimierung („im Hier-und-Jetzt“) werden immer bedeutsamer
- Weniger Sozialkontakte, die bestehenden werden aber positiver bewertet
- Lt. Meinolf Peters seit 1997 unwiderlegt
- Führt zum sg. Positivitätseffekt

...beschreibt die Bevorzugung positiv getönter Informationen durch Ältere:

- ... in der Wahrnehmung
 - ... im Arbeitsgedächtnis
 - ... bei der Aufnahme und Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen
 - .. Im Affekterleben und in der Affektwahrnehmung
 - ... im autobiografischen Gedächtnis (Erinnerungen werden positiv umgedeutet)
 - ... in der Ehe (Konflikte werden abgemildert)
 - ... in der Beziehung zu den erwachsenen Kindern (Eltern sehen die Beziehungen positiver als die Kinder)
 - Selbstprotektiv / narzisstischer Schutzmechanismus
- [Vortrag Meinolf Peters, 05.04.2024, Graz]
- Wenn dekompenziert, Hinweis auf u.a. zumindest Depressivität

Depression und Demenz:

- Die Depression kann ein erstes Anzeichen, ein Vorbote für eine Demenz sein
- ...kann eine Komorbidität einer Demenz sein
- ...kann ein Stadium der (Nicht)Akzeptanz einer Demenz sein

Depressive Pseudodemenz:

- Depressive beklagen ihre Gedächtnisstörungen, Menschen mit Demenz bagatellisieren und fassadieren EHER.
- Depressive haben Schuldgefühle, Menschen mit Demenz beschuldigen EHER andere.
- Depressive haben AN SICH keine Orientierungsstörungen.

Es gibt „viele gute Gründe“, im Alter depressiv zu werden (bzw. für Suizidalität im Alter):

- Zunehmende Verluste:
 - Gesundheit (somatisch, kognitiv, Mobilität, Pflegebedürftigkeit, ...),
 - Kontakte (Familie, Geschwister, Freunde, Arbeitskollegen, Schulfreunde, ...) -> Einsamkeit
 - Fähigkeiten, soziale Fertigkeiten
 - Autonomie (Selbständigkeit, Selbstverantwortung, Rollenumkehr)
 - Wertschätzung / Abwertung
 - Sinn, Aufgabe, Selbstaktualisierung
 - Innere Einstellungen, alte Positionen, die sich bewährt haben, Krücken waren („Der wird wie sein Vater“ / „Die Welt wird immer schlechter“)

- Bilanzierung:
 - Konflikte (Kernkonflikte, Aktualkonflikte, ...) – erschwert in der Demenz!
 - Familiäre Delegation (was habe ich erfüllt, nicht erfüllt? „Erbe verspielt“, ...)
 - Kinder (ob vorhanden, Kontakt, Vorbildwirkung...)
 - Kriegserfahrungen, auch Nachkriegszeit (Traumata)
- Angst:
 - Angst vor Abhängigkeit als „zentrale Angst der Alten“ [Luft 2003]
 - Angst vor Schmerzen, Krankheiten, unwürdiger Behandlung,
- Basale Erschütterung der narzisstischen Abwehr wie Unbesiegbarkeit, Unverletzlichkeit und Unsterblichkeit“ [Luft 2003]
- Persönliche Gründe:
 - Persönlichkeit
 - Altersbild
 - Erziehung
 - Copingstrategien
 - Vulnerabilität
 - Spiritualität (Religiosität, Einstellung zum nahenden Tod)
- Gesellschaftliche Gründe
 - Kollektive Altersbilder („Überalterung“, Werbung, ...)
 - Wertschätzung („Der alte Weise“? ...)
 - Zeitgeschichtliches Verständnis
 - Mitbestimmung
 - Dankbarkeit?
 - Organisation von Hilfen (bewusst angenommen?)
 - Heimunterbringung
 - Alterspsychiatrische (!) Versorgung (d.h. spezialisiert!)

Hohe Komorbidität zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) – im Alter besser: Traumafolgestörung!

Durch die Lebensdauer (teils noch beinhaltend die Kriegs- und Nachkriegszeit) hohe Wahrscheinlichkeit!

- Aktuell: Unfall, Überfall, Gewalt durch Pflegende, ...
- Chronisch
- Verzögert auftretend z.B. in der biografischen Rückwärtsentwicklung in der Demenz
- Traumareaktivierung:

Kriterien für PTBS nach ICD 11: Alle folgenden Punkte „müssen“ (relativiert durch das Alter) für die Diagnose zutreffen:

- Nach spätestens 6 Monaten auftretend (daher Traumafolgestörung evtl. der geeignetere Begriff im Alter ...)
- Wiedererleben des Ereignisses in der Gegenwart in Form von lebhaften, sich aufdrängenden Erinnerungen, Flashbacks (Nachhallerinnerung) oder Albträumen
- Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die an das Ereignis erinnern könnten
- Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten Bedrohung. Dies kann sich als verstärkte Schreckreaktion auf Reize äußern oder auch in Form einer erhöhten Wachsamkeit.
- Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen an und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, beruflichen, etc. Funktionsbereichen

Die Wiederkehr des Traumas (Traumareaktivierung):

Traumagedächtnis: unbewusst gespeicherte Bilder, Geräusche, Gerüche, Empfindungen, Kognitionen, Emotionen [Marty 2012]

Warum kehren Traumata wieder – eine Arbeitshypothese:

[Hinkeldey u. Fischer 2002]

- Dissoziation von Hippocampus (dem „kühle“ Gedächtnissystem, Speicherung nach Raum, Zeit und Kausalität) und Amygdala („Heißes“ Gedächtnissystem, beladet und verstärkt durch Affekte)
- Traumata werden „unvollständig“ abgespeichert, durch die Wucht wird der Hippocampus umgangen, um das Unerträgliche aus dem Bewusstsein fernzuhalten
- Im Alter: Altersabbau im Hippocampus am Stärksten -> filtert nicht -> Traumata, Affekte aktiviert
- Traumatisierung -> übermäßiger Cortisol-Ausschüttung -> neurotoxisch -> Atrophie des Hippocampus [Sapolski, 2000]

Bestimmte Auslöser über unsere Sinne können zur Traumareaktivierung führen:

- Kriegsberichterstattung, Geschichtssendungen, schwere Operationen, Handtaschendiebstähle, anniversary reaction [Marty 2012]
- Mückenplage -> Läuse konnten Todesurteil sein
- Stimmen, feste Schritt in der Nacht -> Soldatenstiefel
- Intimpflege -> Pfleger so nahe wie Vergewaltiger
- In den Wald gehen -> Verstecken vor dem Feind
- HKP -> Kontrollverlust, Hilflosigkeit
- Lautes Konzert -> Kriegslärm [G. Hermann 2015]

Demenz und PTBS:

- Lt. einer Studie aus Holland bei mindestens 8% der Menschen mit Demenz
- Umgekehrt haben Menschen mit PTBS ein doppelt so hohes Risiko, an Demenz zu erkranken
- Es gibt keine bewährte Behandlungsmethode, Traumatherapie nichtmehr anwendbar
- Wird oft übersehen, weil die Anamnese fehlt
- Gefahr der Retraumatisierung durch die Rückwärtsentwicklung in der eigenen Biografie
- Viele BPSD dadurch erklärbar: Schreien kann Angstreaktion auf einen flashback sein, Porionomanie eine Flucht, etc. -> Fehldiagnosen!!!

[Vortrag Dr. med. uni. Sonja Laure: „Dämonische Figuren – Traumatherapie im Alter“; 07.11.2024 Graz]

3.1.4. Delusion (Wahn)

In Grenzsituationen kann ein Wahn entstehen:

- bei belastenden Ereignissen
- massiven Konflikten
- unter großer Ermüdung
- bei massiver psychischer Belastung (Angst)
- bei Hungerzuständen
- bei Übermüdung
- oder auch beim Einschlafen

Wahneinfall:

- Plötzliches Aufkommen von wahnhaften Überzeugungen.
- Ein vereinzelter, wie lösgelöster Gedanke kann episodisch auftreten → Kann noch nicht in erster Linie an eine Paranoia oder Schizophrenie denken lassen → Übergänge zum „Gesunden“ fließend, daher ist es eine Grenzsituation!

Wahnsystem.

In weiterer Folge kann diese Idee aber abnorme Bedeutung annehmen. Es werden andere Zusammenhänge geknüpft, bis schließlich ein ausgeprägtes Wahnsystem entstehen kann.

Wahnformen:

- (Sensitiver) Beziehungswahn
- Beeinträchtigungswahn
- Verfolgungswahn
- Beeinflussungswahn
- Liebeswahn
- Eifersuchtswahn
- Größenwahn
- Verschuldigungs-, Versündigungswahn
- Nichtigkeitswahn
- Eigengeruchswahn

Mögliche altersspezifische Ursachen:

- Kontaktmangelparanoid -> Ängste, Wunsch nach „Gesellschaft“, ...
- Verlust von Sinnen („Reden die gerade über mich?“)
- „Projektive“ Verarbeitung körperlicher Bedrohung
- Coping bei Demenz (Demütigung durch Verlorenheit wird durch externe Schuldzuweisung vermieden; „Bevor ich mein Geldtascherl verlegt habe, hat es eher wer gestohlen“)
- Der Autonomieverlust bei Demenz selbst kann Gefühle der Fremdbestimmtheit, Fremdsteuerung, Überwachung, ... auslösen Existentielle Ängste, Bedrohungsszenarien nehmen zu (Heimunterbringung – „Man will mich weghaben!“)
- Traumareaktivierung aus (Nach)Kriegszeit: Verarmungswahn nach Flucht und Vertreibung, Kontaktmangelparanoid, Verfolgungswahn nach sexuellen Übergriffen, Dermatozoenwahn – Ungeziefer, ...
- In der Bilanzierung treten alte Konflikte wieder zutage

3.2. Weitere Erkrankungsbilder

3.2.1. Somatisierung:

[= Somatische Belastungsstörung (DSM-5) – Somatoforme Störung (ICD-10)]

- Multiple und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichende körperliche Erkrankung gefunden wurde.
- Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes Körpersystem beziehen.
- Übermäßige Aufmerksamkeit auf die Symptome / doctor (s)hopping
- Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für diese Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist.
- Gewisse Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten.

Weitere Charakteristika:

- keine andere psychische Störung (z.B. Panikstörung)
- Ausdruck psychischer Probleme oder Belastungen in Form körperlicher Beschwerden.
- Somatisierungsstörungen können willentlich nicht kontrolliert werden!

NEU im DSM-5: „Exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bzgl. der somatischen Symptome oder damit einhergehender Gesundheitsorgen“ -> PARADIGMENSCHIFT HIN ZU POSITIVKRITERIEN!!

Folgende psychologische Mechanismen spielen eine Rolle:

- Wahrnehmung
- Vorbildung (Wissen um Krankheiten)
- Stimmung
- Persönlichkeit

Physiologische Mechanismen der Somatisierung werden fälschlicherweise negiert:

- Arousal
 - Empfänglichkeit des Gehirns für Reize
 - Im EEG messbar
 - z.B. Arousal beim Vortrag erhöht, man ist aufgeregt und nimmt Reize anders wahr.
- Muskeltonus
- Hyperventilation
- Schlaf
- Inaktivität

Theorie der cerebralen Filterstörung: Wir wären üblicherweise permanent in der Lage, Körperempfindungen zu haben (z.B. Druckstellen an der Haut beim Sitzen, kurzfristige Schwindelgefühle beim Aufstehen, Herzstolpern nach Kaffeekonsum, ...)

Das Gehirn hat aber „gelernt“, dass diese Informationen unbedeutend sind und unterdrückt deshalb eine bewusste Informationsverarbeitung dieser Signale.

Dieser Prozess ist bei Somatisierungspatienten vermutlich gestört.

Theorie der Alexithymie: [Gefühlsblindheit] bezeichnet Einschränkungen bei der Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen, zu erkennen und zu beschreiben. Emotionen sind

bei Betroffenen prinzipiell vorhanden, werden jedoch als rein körperliche Symptome interpretiert. Entsteht in der Theorie nach Traumata als Schutzmechanismus vor zu starken Emotionen (DD organ. z.B. nach SHT, ...). Als Folge können Emotionen nicht von körperlichen Sensationen unterschieden werden ...

Beispiele für MESSBARE!!!! pathologische Mechanismen:

- Empfindlichkeit der Nerven steigt nach Verletzungen
- Erhöhter Muskeltonus → Kreuzschmerzen (EMG)
- Venodilatation → Beckenschmerzen bei Frauen
- Tonuserhöhung der Bauchwandmuskulatur → Bauchschmerzen (EMG)
- Störung der Darmmotorik → Bauchschmerzen
- Hyperventilation → Brustschmerzen
- Chronische Hyperventilation → Atemnot
- CFS (Chronisches Erschöpfungssyndrom) → Chronische Infektion, Inaktivität, Schlafstörungen, Hyperventilation
- Aerophagie (Luftschlucken) → Magenbeschwerden

Was macht die Behandlung so schwierig?

- Für die KlientInnen: Angst, dass etwas (eine Krebserkrankung z.B.) übersehen werden könnte / fühlen sich nicht ernst genommen („Sie haben Nix“) / unzufrieden / hilflos / doctor (s)hopping
- Für die ÄrztInnen: Angst, etwas zu übersehen / nicht ernst nehmen / unzufrieden / hilflos / zu spätes Erkennen
- Für die PsychotherapeutInnen: unsicher, hilflos im Umgang mit körperlichen Beschwerden / „unbeliebte“ KlientInnen

Schlussfolgerungen:

- „Die Symptome sind REAL!!!“
- Durch diese Erkenntnis verbesserter Zugang zum Patienten.
- Patient sollte genauestens aufgeklärt werden.
- Entspannungstechniken
- Atemtraining
- Training (CFS)
- Vermeiden wiederholter Durchuntersuchungen.

(Shaw J. & Creed, F. (1990). The Cost of Somatization. Journal of Psychosomatic Research, 35, 307-312)

Am Beispiel des Schwindels: [Nach Univ.Prof.Dr. Bernd Iglseeder; ÖÄZ 25.11.15]

- > 75a: häufigstes Leitsymptom
- Bei 50% der >80jähr. Ursache für Arztbesuch
- Viele mögliche organische Ursachen (vestibulär, zentral-, peripher-nervös, kreislaufbedingt, orthostatisch, medikamentös)
- Wenn es das alles nicht ist: psychogen?
- Oder es wird „bagatellisiert“ als Alterserscheinung: Presbyvertigo
- In Wirklichkeit Kombination von organischen Störungen, physiologischen Veränderungen und psychischen Komponenten
- Daher in der Therapie multimodaler Ansatz mit sehr individueller Anpassung notwendig
- Schwindel ist meist nicht somatisiert! Es gibt organische und physiologische Komponenten!

- Physiologisch:
 - Veränderungen im Gleichgewichtsorgan
 - Veränderung von Augenlinse und Retina
 - Abnahme der Rezeptoren in Muskel, Gelenken, Haut sowie der NLG (Raumgefühl ↓)
 - Anpassung an Orthostase ↓
 - Abnahme von Muskelmasse und Muskelkraft
 - Schrittlänge, Gehgeschwindigkeit ↓
 - Protektiver Gang („senile Gangstörung“)
- Psychologisch:
 - Post-Fall-Syndrom, Fear of Falling: Sturzerleben, aber auch Schwindel alleine → Sturzangst → Vermeidungsverhalten → Immobilität → Verlust von Muskelkraft → Verschlechterung der Gangsicherheit → Gefährdung der Autonomie
 - Häufige Auslöser für (Sturz-)Angst und Panik: leere Räume, Menschenansammlungen, Rolltreppen, Brücken, Tunnels ,..

Schmerz und Somatisierung – verkomplizierend:

Definition der International association for the Study of pain: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potentieller Schädigung einhergeht ODER VON BETROFFENEN PERSONEN SO BESCHRIEBEN WIRD, ALS WÄRE EINE SOLCHE GEWEBESCHÄDIGUNG DIE URSACHE [www.iasp-pain.org.2016]

Bei starken Schmerzen sind Areale des limbischen Systems GLEICH AKTIV, wie wenn sich jemand sozial ausgeschlossen fühlt (SOZIALER SCHMERZ), mit jemandem mitfühlt, der Schmerzen hat (SCHMERZEMPATHE) oder wenn ein PHOBIKER mit dem Inhalt seiner die Phobie auslösenden Objekte konfrontiert wird

[Singer T. et al. Empathy for the pain involves the affective but not sensory components of pain. Science.2004 / Straube T. et al. Effects of cognitive behavioral therapy on brain activation in specific phobia. Neuroimage.2006]

Zur Subjektivität des Schmerzes: Studienergebnis: Personen, die von einem Arzt mit hoher Empathie behandelt wurden, erlebten signifikant häufiger Verbesserungen ihres körperlichen Zustandes (Schmerzintensität, Defizite hinsichtlich Funktion u. Lebensqualität

[Physician Empathy and chronic Pain Outcomes, John C. Licciardone et al, JAMA 2024]

Akuter körperlicher Schmerz:	Chronischer körperlicher Schmerz (ab 3-6 Monaten Dauer):
<u>Intensität</u> korreliert mit dem auslösenden Reiz	... korreliert nicht (mehr)
<u>Lokalisation</u> ist klar bestimmt?!	Oft mehrere Organsysteme betroffen
<u>Warn- und Schutzfunktion</u>	... ist verloren gegangen
<u>Ausgelöst</u> durch Verletzung oder Schädigung?!	... ist vom auslösenden Ereignis abgekoppelt und wird zur eigenständigen Erkrankung)
<u>Signalcharakter:</u> Nerven- oder Gewebeschädigung	Körperliche Abnutzung/Fehlhaltung +/- seelische oder psychische Störung (= PSYCHOSOMATISCHE SICHT)
Der <u>Übergang</u> von akut auf chronisch: erfolgt über das SCHMERZGEDÄCHTNIS und ist UNBEWUSST [Kipp Johannes. Psychogene Schmerzverstärkung im Alter – Körperschmerz und Seelenschmerz. Psychotherapie im Alter 4.,6. Jg. 2009, S. 397, nach Huber u. Winter 2006]	

Psychosomatisch im engeren – im weiteren Sinne: Beispiele, wie psychischer Stress langsam zu körperlichen Symptomen führen kann:

Akuter Stress: potenziell lebensrettend:	Chronischer Stress: potenziell tödlich:
Energie wird bereitgestellt	Zucker krankhaft erhöht: Diabetes
Herz und Kreislauf werden gesteigert	Blutdruck Krankhaft erhöht: Hypertonie
Die Gehirnleistung wird gesteigert	Neuronaler Zelltod, Nachwachsen ↓
Die Verdauung wird gehemmt	Magengeschwüre
Das Wachstum wird gehemmt	Osteoporose, Zwergwuchs
Das Immunsystem wird gehemmt	Infektionen, Krebs
Die Reproduktion wird gehemmt	Impotenz, Menstruation bleibt aus
Akuter Schmerz: Warnfunktion, lokalisierbar, Erleben korreliert mit Schmerzintensität, dauert Stunden, max. Tage, wird „eher“ toleriert	Chronischer Schmerz: keine Funktion, eher diffus, oft psychisch überlagert, über Monate, wird nicht mehr toleriert

3.2.2. Persönlichkeitsstörungen

Definition nach ICD10:

„Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starrten Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.

Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen.

Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.“

„Das heißt: Wiederholen sich psychische Störungen und Krankheiten im Laufe des Lebens immer wieder, weil ähnliche Belastungen und Konflikte häufig auftreten oder weil Konfliktsituationen chronifizieren, so ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung naheliegend!“

[Aus der Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“, Band 1-2007 („Persönlichkeitsstörungen“)]

- Entstehen primär als Lösungsversuche auf dem Hintergrund eines frustrierenden sozialen Umfeldes in der Kindheit und Jugend
- Basieren daher auf Interaktions- und Beziehungsstörungen
- Sind daher primär nicht pathologisch gewesen, sondern in der Biografie notwendig und sinnvoll
- Werden daher als „ich-synton“ empfunden („zu mir gehörig“, nicht störend)
- Ausmaß hängt von der PS ab: Zwanghafte sind hoch ich-synton und haben daher wenig Änderungsbereitschaft, bei Selbstunsicheren ist es umgekehrt, ...
- Aber: Im Erwachsenenleben ändern sich die Kontexte, die erlernten Verhaltensmuster passen daher nicht mehr
- Aber glz. besteht wg. der Ich-Syntonie wenig/keine Änderungsbereitschaft
- Ein Arbeitsauftrag in der Psychotherapie ist daher keine Voraussetzung, sondern erstmal ein Therapieziel!!

Beispiele für „zentrale Motive“ derart erlernter Schemata:

- Histrioniker mussten in ihrer Kindheit/Jugend Wichtigkeit erkämpfen
- Dependente brauchen Verlässlichkeit
- Zwanghafte brauchen Autonomie
- ❖ Sind keine Störung der „Gesamtpersönlichkeit“, psychologisch komplex und kommen meist in/als Komorbiditäten vor (F61 Kombinierte und andere PS)

[Vortrag Prof. Dr. Rainer Sachse, Leiter des Instituts für Psychologische Psychotherapie in Bochum: Persönlichkeitsstörungen 30.9.22]

ICD-10 - Einteilung nach sq. Clustern:

Cluster A (sonderbar, exzentrisch)

- Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung (Rückzug von affektiven und sozialen Kontakten / Vorliebe für Phantasie und einzelgängerisches Verhalten)
- Schizotypische Persönlichkeitsstörung (kalt, gleichgültig, bizarre Phantasien)

Cluster B (dramatisch, emotional, launisch)

- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Borderline Persönlichkeitsstörung (emotional instabil, autoaggressiv)
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (kokett, theatralisch)
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung (geringes Selbstwertgefühl bei gleichzeitig übertriebener Selbsteinschätzung, egozentrisch)

Cluster C (ängstlich, vermeidend)

- Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- Dependente Persönlichkeitsstörung
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Passiv – aggressiv

Besonderheiten und Schwierigkeiten bei PS im Alter:

- Nicht selten verbergen sich hinter Diagnosen wie Demenz, Depression, psychosomatische Störungen oder Suchterkrankungen unerkannt gebliebene Persönlichkeitsstörungen (insbesondere hohe Komorbidität mit Depression!)
- Sie finden bisher in der Forschung wenig Beachtung: von über 350 im Journal of Personality Disorders veröffentlichten Arbeiten nur 6 > 65a
- Die ohnehin schwierige Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei älteren Menschen wird zusätzlich durch im höheren Lebensalter hinzu tretende medizinische und neuropsychiatrische Komorbiditäten und psychosoziale Veränderungen verkompliziert. Insbesondere die Frühstadien dementieller Veränderungen können kaum von einer Akzentuierung oder Exazerbation einer vorbestehenden Persönlichkeitsstörung unterschieden werden.
- Zusätzlich besteht die Schwierigkeit, eine das gesamte Erwachsenenalter umfassende Anamnese zu erheben / keine geeigneten fremdanamnestischen Ergänzungen oder Bestätigungen
- Unterschiedliche Verlaufsformen im höheren Lebensalter: z.B. im mittleren Alter remittierend, um später mit einem ähnlichen oder veränderten klinischen Bild erneut auftretend (oft lange kompensiert z.B. durch die Wahl eines Berufes, in dem die persönlichen Eigenarten eher nützlich sind, durch eine günstige Partnerschaftskonstellation, durch die halt gebende Rolle als Mutter,...). Z.B. sich aus einer lang währenden, subsyndromal ausgeprägten, dysfunktionalen Persönlichkeitsakzentuierung im Alter zum Vollbild entwickelnd (ausgelöst durch Lebensereignisse wie Partnerverlust, Pensionierung / durch Demenz)
- Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägter affektiver und impulsiver Symptomatik (Cluster B: z.B. Borderline) bilden sich im höheren Lebensalter tendenziell zurück (Abnahme der Triebspannung u./o. bessere Adaptation)!
- Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägter Überkontrolle von Affekten und Impulsen (Cluster A + C) bleiben im höheren Lebensalter eher klinisch unverändert oder verschlechtern sich mit ausgeprägten Persönlichkeitszügen von Rigidität und Misstrauen!
- Mit steigendem Alter treffen die Kriterien immer weniger zu: Z.B. Borderline: nur noch 10% nach 8 Jahren, jenseits des 40sten nur mehr selten; Paris und Zweig-Frank (2001) berichten, dass nach 27 Jahren nur noch 5 von 64 Patienten eine Borderline-Störung hatten (17 allerdings suizidiert)
- Vortrag von Prof. Dr. Peter Fiedler (Psychologisches Institut der Uni Heidelberg): „Persönlichkeitsstörungen in einer Längsschnittbetrachtung“: Stellt sein Lebenswerk (Lehrbuch: Persönlichkeitsstörung, BeltzPVU) in Frage?! „Inzwischen sind sich die Forscher einig: PS sind keine stabilen und unveränderbaren Merkmale der Betroffenen, wie dies in den Diagnosesystemen unterstellt wird. Persönlichkeitsstile und zugehörige Störungen können sich kontinuierlich ändern, dies eben auch in der Folge erfolgreicher Behandlung ... was schließlich die Möglichkeit erfolgreicher Psychotherapie in einem hoffnungsvollen Blick erscheinen lässt“
 - Im ICD 11 steht nun die Funktionseinschränkung im Vordergrund (nur die Borderline-Störung bleibt als PS bestehen) [Aus der Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“, Band 1-2007]

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11:

[Zeitschrift Psychotherapie im Alter 4/24 „Persönlichkeitsstörungen: Neue Modelle, neue Therapie?“ / Vortrag 25.11.2024 „Neuerungen in der ICD-11 MMS: Was erwartet uns?“, Dipl.-Psych. Thomas Kämpfer, Graz, Bildungshaus Schloss St. Martin]

Fortschritte nach mittlerweile 30 Jahren:

- Kategorialer -> dimensionaler Ansatz
- Entscheidend ist nun der Grad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion und der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Dadurch dynamisch betrachtet und Veränderungen (im Alter, ...) können berücksichtigt werden
- Stigmatisierende Bezeichnungen (z.B. narzisstisch) fallen weg
- Das Zeitkriterium entfällt: die PS muss nicht mehr seit der Jugend oder frühen Erwachsenenalter bestehen, sondern lediglich 2 Jahre!

Mehrstufiges Vorgehen: in einem ersten Schritt:

- Liegen allgemeine Kriterien für eine PS vor?
- In der Funktionsweise von Aspekten des Selbst: Identität, Selbstwert, Selbstbild, Selbststeuerung
- ... u/o in interpersonellen Beziehungen: Interesse, Empathie, Vertrautheit)
- Vergleichbar mit ICD-10 (s. Def.)

In einem zweiten Schritt Bestimmung des Schweregrades:

- Leichtgradig: nur in einigen Funktionsbereichen, zwischenmenschliche Probleme sind häufig, aber einige Beziehungen können aufrechterhalten werden
- Mittelgradig: in mehreren Bereichen deutliche berufliche oder soziale Einschränkung (nur wenige Freundschaften, anhaltende Konflikte am Arbeitsplatz, ...)
- Schwergradig: mit der beruflichen oder sozialen Rolle unvereinbar, häufig selbst- oder fremdgefährdend
- Für die PS-Diagnose sind nur die ersten beiden Schritte nötig -> daher auch für Nicht-Psychiater, -Psychotherapeuten gut handhabbar!

Erst in einem dritten Schritt erfolgt eine kategoriale Einteilung nach den „big five“:

1. Negative Affektivität (in keinem Verhältnis zur Situation, emotional labil, Selbstwert und Selbstvertrauen gering, häufig Misstrauen)
 2. Distanziertheit (sozial, emotional)
 3. Dissozialität (mangelndes Einfühlungsvermögen, Missachtung der Rechte und Gefühle anderer, egozentrisch, rücksichtslos, gemein, körperl. Aggression, betrügerisch, ausbeutend, manipulativ)
 4. Enthemmung (impulsiv, aufgrund unmittelbarer innerer oder äußerer Reize unüberlegt handelnd)
 5. Zwanghaftigkeit
- Die Bestimmung der o.g. Persönlichkeitsmerkmale bleiben dann den Fachleuten vorbehalten!

In einem 4. Schritt kann doch noch ggf. eine Borderline-PS diagnostiziert werden:

- Diese kategoriale Diagnose ist als einzige beibehalten worden, um die Versorgung in der Praxis nicht zu gefährden
- Borderline-Persönlichkeitsstörung oder *emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs* ist die Bezeichnung für eine Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Stimmung und Selbstbild gekennzeichnet ist.
- Äußert sich durch negatives und teilweise paradox wirkendes Verhalten in

zwischenmenschlichen Beziehungen sowie in einem gestörten Verhältnis zu sich selbst

- Das Wort *Borderline* bedeutet auf Deutsch *Grenzlinie*. Der US-amerikanische Psychoanalytiker Adolf Stern beschrieb 1938 die meisten Symptome, die heute zur Diagnose BPS führen, und sprach von „the border line group“. Diese Bezeichnung beruht auf einem psychoanalytischen Verständnis, das eine Art Übergangsbereich von neurotischen und psychotischen Störungen annimmt, da man Symptome aus beiden Bereichen identifizierte.

Borderline-Muster:

3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
7. Chronische Gefühle von Leere (kann rasch gehen: „Ich werde niiiiee wieder jemanden treffen“; „Ich stürze ins Bodenlose“,...)
 - „Ich bin nichts wert und ganz alleine“
1. [Daraus folgt:] Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Verliert die „inneren Bilder“ ihres Gegenübers, kommt er etwa aus dem Urlaub nicht gleich zurück.
2. [Daraus wiederum folgt:] Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

-> „spaltende Denkvorgänge“: BPS-Betroffene weisen charakteristische dichotome Denkmuster auf, die auch als „Schwarz-Weiß-Denken“ bezeichnet werden. Analog bestehen Muster wechselnder Idealisierung und Entwertung bestimmter Mitmenschen. Es gelingt selten, von emotional bedeutsamen Menschen eine konstante Vorstellung zu behalten. Das Selbstbild wechselt zwischen Minderwertigkeit und Allmacht-Phantasien (respektive Größenwahn). Des Weiteren aktivieren Betroffene zu einem gewissen Maß gleichzeitige widersprüchliche Grundannahmen.

- „Ich scheitere, muss scheitern“:
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zu viel oder zu wenig essen). *Beachte*: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
 5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten (direkt oder indirekt – z.B. Alkohol) – z.B. aus dem Gefühl der chron. Leere resultierend)
 6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
 8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen) – Borderline-Männer eher fremdaggessiv, Borderline-

- Frauen eher selbstaggressiv
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste (pseudo-)paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

➤ Mit zunehmendem Alter evtl. weniger impulsiv, aber nach wie vor emotional instabil!

Als typisches psychotisches Symptom bei Borderlinern findet sich magisches Denken, was besonders bei schweren Fällen häufig ist. Es ist aber äußerst umstritten, ob man das als echte psychotische Gedanken werten darf. Des Weiteren können kurzzeitige paranoide Vorstellungen und Halluzinationen auftreten. Die Sinnestäuschungen werden als *pseudopsychotisch* bezeichnet, da sie im Gegensatz zu echten psychotischen Erlebnissen nicht als von außen kommend wahrgenommen werden, sondern als von innen kommend bzw. als Teil von sich selbst. Die meisten Experten ordnen diese Symptome daher als Dissoziative Störungen ein.

Dissoziation:

Der Begriff Dissoziation beschreibt in der Psychologie die Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, welche normalerweise assoziiert sind. Hierdurch kann die integrative Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und der Identität beeinträchtigt werden.

Beispiele vom FDS (Fragebogen zu dissoziativen Symptomen):

- Zur Kategorie Amnesie: Man muss feststellen, das man Dinge getan hat, an die man sich nicht mehr erinnern kann
- Zur Kategorie Absorption (ungeteilte, gedankliche Aufmerksamkeit nach innen): Man ist mit dem Auto, Bus,... gefahren und kann sich nicht mehr erinnern, was während der Fahrt geschehen ist
- Zur Kategorie Derealisation/Depersonalisation: Einige Menschen erleben zeitweise, dass (ein Teil) ihr(es) Körper(s) „nicht zu ihnen gehört“
- Zur Kategorie Konversion (Verlagerung von psychischen Phänomenen auf die körperliche Ebene): z.B. Doppelt- oder Schleiersehen ohne organ.patholog. Korrelat

Beispiele für dissoziative Alltagsphänomene:

- Ein Marathonläufer blendet in einer Art von Trance seine Schmerzen aus.
- Ein Computerspieler ist während des Spiels so tief versunken, dass er zeitweilig das Gefühl für die verstrichene Zeit verliert.
- Ein Student erleidet während einer langweiligen Vorlesung eine kurze Erinnerungslücke, weil er seine Aufmerksamkeit nicht fokussiert.

Beispiele für dissoziative Störungen:

- Bei einem Traumaopfer wechselt die Erinnerungsfähigkeit an das traumatische Erlebnis ungewöhnlich stark.
- Ein Mensch hat noch während eines traumatischen Ereignisses das Gefühl, sich in eine „agierende“ und „beobachtende“ Person zu spalten.
- Ein Vergewaltigungsoffer hat noch nach Jahren psychogene Schmerzen im Unterleib, obwohl das auslösende Ereignis aufgrund einer traumatisch bedingten Amnesie nicht rememberbar ist.

3.2.3. Sucht und Alter

Sucht ist nach WHO ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, welche für das Individuum oder die Gemeinschaft schädlich ist.

Man unterscheidet zwischen:

- Psychische Abhängigkeit
 - Übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz wieder einzunehmen (Lust-Erzeugung oder Unlust-Vermeidung)
- Physische Abhängigkeit
 - Charakterisiert durch Toleranzentwicklung, sowie das Auftreten von Entzugserscheinungen.

Weiters wird unterschieden zwischen:

- Abusus oder Missbrauch
 - Unangemessener Gebrauch einer Substanz, das heisst überhöhte Dosierung und/oder Einnahme ohne medizinische Indikation.
 - Wiederholtes Zuführen dieser Substanz führt zur Gewöhnung, psychisch durch Konditionierung, körperlich in der Regel mit der Folge der Dosissteigerung.
- Polytoxikomanie
 - Mehrfachabhängigkeit, also die gleichzeitige Einnahme verschiedener Substanzen.

Was könnte für (vermehrtes?) Suchtverhalten im Alter sprechen?

- Multimorbidität und zunehmende Beschwerden im Alter lassen nach Benzodiazepin-Verschreibung durch den „Gott in Weiß“ rufen und diesen dann auch – nach „erfolgreicher Verführung“ - erleuchten → „INTERAKTIONSTÖRUNG“
- Durchschnittliche Abnahme der Konzentration des Neurotransmitters DOPAMIN („Glückshormon“) im Alter.
- CAVE „Stärkungsmittel“ im Alter:
 - „Klosterfrau Melisengeist“ enthält 79% Alkohol
- „Alt-68er“ haben die innere Überzeugung und den Konsum bewahrt (heute zwischen 55 und 70 Jahren alt)
- Mit den zunehmenden Verlusten im Alter (Beziehungen, Fähigkeiten, Autonomie, Gesundheit) steigt die Unlustspannung und damit der Wunsch nach Reduktion derselben.
- Mit den zunehmenden Verlusten im Alter steigt die Depressionswahrscheinlichkeit und damit die Wahrscheinlichkeit von Selbstbehandlung von Suchtmittel.
- „*Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (...die selbst immer älter werden!) sind ob ihrer Belastung eine Hochrisikogruppe (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Alkohol)*“ (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996)
- Heimbewohner erhalten statistisch häufiger und regelmäßiger Benzodiazepine.

Alkoholkonsum nimmt mit dem Alter ab

- Patienten spüren selbst die abnehmende Alkoholtoleranz.
- Altersarmut
- Eingeschränkte Mobilität
- Reduzierte soziale Kontakte (Trinken in Gesellschaft)

Benzodiazepinkonsum nimmt mit dem Alter zu

- Bei Frauen häufiger als bei Männern.
- Insgesamt in westlichen Industriestaaten:
 - 10-15% nehmen gelegentlich
 - 2% regelmäßig Benzodiazepine
- davon im Alter:
 - VITA-Studie (Wien)
 - 13,8% der über 75-Jährigen
 - 9% regelmäßig
 - 8,6% bereits über 6 Monate (Abhängigkeit ist bereits nach 3 Monaten möglich!)
- Heimbewohner erhalten statistisch häufiger und regelmäßiger Benzodiazepine.

Opiate:

- Suchtrisiko nicht so gering wie angenommen. (Ballantyne 2006; Sorgatz et al. 2009)
- ABER: Tumorpatienten werden praktisch nicht abhängig.
- Achten auf mögliche suchtmittelassoziierte Verhaltensauffälligkeiten:
 - energischem Bestehen auf Rezepten
 - eigenmächtiger Dosiserhöhung
 - Horten von Medikamenten
 - Fälschen von Rezepten
 - Einnahme zusätzlicher, nicht verordneter Substanzen.
 - fehlender Nachweis der verordneten Substanz im Urin.

Rauchen:

- Nikotin weist das höchste Suchtpotential auf.
- Zwar statistisch Rückgang im Lebenslauf ab 6. Lebensjahrzehnt, dies ist aber zum Großteil auf die „Übersterblichkeit“ der Raucher zurückzuführen.

3.3. Relativierung: Diagnosen ein „fließender Übergang“, ein Kontinuum??

[nach Überlegungen von Prof. Thomas Bock, Leiter der sozialpsychiatrischen Ambulanz in Hamburg (pro mente Fachtagung 2021) und von mir jwls. in Ergänzung]

- Vom (Selbst)Schutz vor Gefahr über Verselbständigung und Verallgemeinerung zur **Angsterkrankung**
- Von haltgebenden Ritualen über Einengung und Blockade zur Zwangserkrankung
- Vom emotionalen Schutz und Totstellreflex über (kognitive) Teufelskreise zur **Depression**
- Von der Flucht aus Überanpassung zum sozialen Schaden und zur **Manie**
- Ergänzung: in der bipolaren Erkrankung als Wiedergutmachung der „Niederlagen“ in der depressiven Phase und zum Selbstbeweis in die manische Phase
- Von einer gesteigerten Durchlässigkeit von Sinneseindrücken, von einem magischen Denken (Ergänzung), von Tagträumen, von Rückgriffen auf frühe Erfahrungen über den Verlust eigener Grenzen bis zur **Psychose**
- Ergänzung: vom Wahneinfall in Grenzsituationen (bei belastenden Ereignissen, massiven Konflikten, unter großer Ermüdung, bei massiver psychischer Belastung (Angst), bei Hungerzuständen, bei Übermüdung, auch beim Einschlafen) bis zur **Wahnerkrankung**
- Ergänzung: vom erhöhten Arousal und einer cerebralen Filterstörung, welche zu erhöhter (Selbst)Beobachtung führen, bis zur **Somatisierungsstörung**
- Ergänzung: von Persönlichkeits-stilen bis zur **Persönlichkeits-störung**

4. Therapie:

4.1. Besonderheiten in der Komorbidität mit physischen Erkrankungen (Multimorbidität -> Polypharmazie -> Wechselwirkungen)

- Multimorbidität → Polypharmazie → Wechselwirkungen: z.B.: 7 Medikamente ergeben 21 Interaktionspaare: $i = (n^2 - n) / 2$
- Erhebliche Veränderungen in der Verstoffwechslung der Medikamente (Lebergröße bis 40% u. -durchblutung bis 30% reduziert, daher Enzymaktivität reduziert)
- Absorption verringert (Magenmotilität, Magensäureproduktion, Darmperistaltik herabgesetzt)
- Evtl. eingeschränkte Nierenfunktion -> Kumulation
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen: 10% Ursache für stat. Aufnahmen, weitere 11% treten während des KH-Aufenthaltes auf [Vortrag Dr. Brigitte Hermann, GGZ Graz]
- Statistisch signifikant unüberschaubare Interaktionen ab 5 Substanzen zu beobachten
- Zulassungsstudien sind problematisch zu übertragen auf das Alter, weil reduktionistisch (in der Regel bei jüngeren PatientInnen erhoben): Einschluss-, Ausschlusskriterien, ...
- „Ab 9 Verschreibungen leiden praktisch alle PatientInnen unter einer unbeabsichtigten Wirkung“ [Geriatr Wirnsberger, Uni.Klinik Graz, Ärzte Steiermark 03/23, S.21]
- Nicht zu vergessen: rezeptfreie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Kräutertees; Grapefruit kann die Wirkungen verstärken!!
- Gefahr der „Verschreibungskaskade“: treten z.B. unerwünschte Nebenwirkungen in Form von Schwindel oder Müdigkeit auf bzw. Verwirrheitszustände oder Unruhezuständen auf ein delirogenes Medikament, wird dies evtl. als eigenständiges, zusätzliches Symptom verkannt und es wird daher ein zusätzliches Medikament verschrieben, usw.

➤ „Unendlich“ viele Fragen stellen sich:

- Lebensdauer
- Prioritäten des Betroffenen, - der Pflegenden (Angehörigen)
- Lebensqualität
- Wer hat die Übersicht?
- Soziale, finanzielle Aspekte
- Kognitive Probleme
- Viele Jahre gleichbleibende Medikation - wenig longitudinales Wissen (wie lange Antidepressiva, Neuroleptika, ... verabreichen?)
- Pharmakologie am Lebensende (keine Studien)
- Persönlichkeit (Sparsamkeit, ...)
- Autonomiebestreben
- Anzahl der verschreibenden Ärzte
- ...

4.2. Behandlung der Demenz

???WAS KANN MAN DEN ÜBERHAUPT BEI DEMENZ TUN????

DAS „DEMENTZ – PAKET“

Pflegesituation möglichst entlasten

Dementztagesstätte

(= Selbstwerttankstelle; kognitive Stimulation, Biographiearbeit, Entlastung der pflegenden Angehörigen, Tagesstruktur)

Den Betroffenen körperlich möglichst gesund erhalten (Behandlung aller körperlichen Erkrankungen)

Medikamentöse Maßnahmen

(Antidementiva, Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychiatrischen Grund-, Begleiterkrankungen)

Ergänzend:

Ergotherapie

(Training von Kompensationsstrategien -> Erhalt von Autonomie, Selbstwert)

Physiotherapie

(Erhalt von Mobilität, Selbstwert / Sturzprophylaxe)

Logopädie

(Sprachabbau und Schluckstörungen entgegenwirken)

Diätologie

(Mangelernährung bei Demenz)

Orthoptik

(unentdeckte Sehstörungen -> Sturzprophylaxe, Lebensqualität)

Hörgerät

(CAVE: vergesslich + schlechter Sehen + schlechter Hören als 3fach-„Bedrohung“!)

Musiktherapie

(Musik im Gehirn: weit verzweigtes Netzwerk, das bei Demenz daher zunächst noch nicht sehr beeinträchtigt ist [Frühholz, Trost & Kotz (2016) / Jacobsen et al. (2015)] -> „hormonelles Feuerwerk“

(Dopamin, Serotonin, Oxycontin) -> Neurogenese / Biographiearbeit / Tanz-, Bewegungstherapie (s.u.)

Puppentherapie

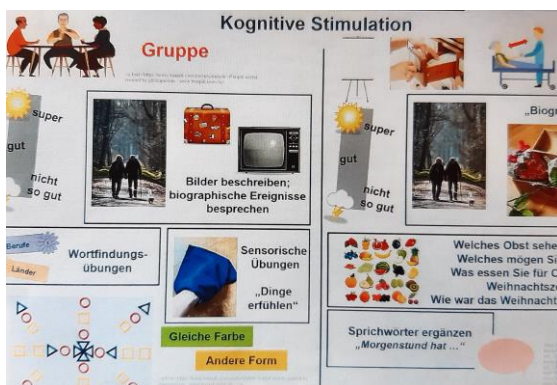
- (Demenzpuppe: babyähnlich -> aktiviert Freude und Wohlbefinden, angstlösend, gegen Agitiertheit, löst fürsorgliche Gefühle aus, bietet Sicherheit, Unterstützt den Aufbau von Beziehungen zum PP, ... und angenehmen Austausch)
etc.

Kognitives Training?

- Nach den S3-Leitlinien Demenz Empfehlungsgrad „schwach“
- Metaanalyse über 33 Studien bei leichter bis mittelschwerer Demenz: „moderater“ Effekt (aber u.a. „unklare Verblindung“; im Vergleich zu alternativen Methoden keine sichere Überlegenheit, Vertrauenswürdigkeit der Evidenz „niedrig“)
- CAVE: Kann aversiv erlebt werden (neg. Assoziationen zur Schule, Konfrontation mit eigener Vergesslichkeit, Scham, Abwertung, ...)
- Selbstdurchgeführtes computerbasiertes kognitives Training: „wir schlagen keine Anwendung vor“; „kein sicherer Nutzen“; keine größeren doppelblinden Studien

Kognitive Stimulation?

- Es gibt Evidenz für die Wirksamkeit auf die kognitive Leistung bei Menschen mit leichter bis moderater Demenz (Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb [Evidenz durch eine methodisch einwandfreie, quasi experimentelle Studie])
- In erster Linie wird dabei das implizite Gedächtnis angesprochen
- In einem geringeren Teil auch das explizite Gedächtnis
- Z.B. gezielte Gespräche über vergangene Ereignisse oder über Interessen / Wortspiele, Puzzles, Aktivitäten (Backen, Gartenarbeit, ...)
- Kann z.B. durch PP, ErgotherapeutInnen durchgeführt werden



Neurogenese im Hippocampus:

[Andres-Mach, Fike % Jarogniew (2011). Neurogenesis in the epileptic brain: a brief overview from temporal lobe epilepsy / Cameron & McKay (2001). Adult neurogenesis produces a large pool of new granule cells in the dental gyrus / Etgen et al. Leichte kognitive Störung und Demenz. Der Stellenwert modifizierter Risikofaktoren. Dtsch. Ärztebl. Int 2011; 108(44): 743-50 / Scarmeas et al. Mediterranean Diet and Mild Cognitive Impairment. Arch Neurol. 2009 February; 66(2): 216-225]

Positiv wirkend:

- ...über die Aktivierung von Wachstumsfaktoren
- Risikoreduktion von mindestens 35% für das Auftreten von MCI
- Physische Aktivität (z.B. Laufen)
- Kreativität
- Anregende Umwelt
- Kognitive Stimulation
- Mediterrane Ernährung (Risikoreduktion von 28% für das Auftreten einer leichten kognitiven Störung nach 4,5 Jahren)

Negativ wirkend:

- Isolation
- Stress
- Schlimme Lebenserfahrungen
- Schlafmangel
- Alter

Warum dann doch Demenztagesstätte?

- Fortbestehende Plastizität des Gehirns bis ins hohe Alter (s. Neurobiolog. Teil)
- Einspeichern neuer Inhalte geht am besten eingebettet in positive (!) Emotionen! Kann das bei einem expliziten Gedächtnis“training“ auch so vermittelt werden? (neg. Assoziationen zur Schule, Konfrontation mit eigener Vergesslichkeit, Scham, Abwertung, ...) -> in der Gruppe sanfter möglich!
- Kognitive Stimulation: Allgemeine (!) kognitive Aktivierung, Förderung von Aufmerksamkeit und Konzentration [Hübner u. Peters 2002]
- Gestörter Selbstwert, gestörtes Selbstbild führt zu mangelnder kognitiver Aktivierung -> Selbstwertsteigerung bedeutend! [Peters, Psychotherapie im Alter 15 (1) 55-65 2018]
- Neue Situationen und Herausforderungen regen an zu neuen neuronalen Pfaden
- Soziales Lernen, Perspektivenübernahme regen an (Konzept des „social embedded brain“) [Park et al. 2007]
- Entlastung der Angehörigen trägt zur Entspannung der Betreuungssituation bei: deutlich geringere Belastung schon, wenn sie tgl. mind. 3 Std. ohne den/die zu Pflegenden verbringen [Arai et al. 2004]

Ergotherapie bei Demenz?

[S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; Hrsg. DGPPN; 2. Auflage; Springer]

- Individualisiert
- Unter Einbezug der Bezugspersonen
- Übung und Stärkung im individuellen Alltag
- Strategien zur Reduktion von BPSD können geübt werden
- Auch zur Entlastung der Angehörigen geeignet

Psychotherapie bei Demenz?

[Hirsch 2009; Wolf 2017]

- Stützung der Selbstsicherheit und des Selbstbildes sowie Verringerung von Hilflosigkeit und psychosozialer Abhängigkeit
- Klärung von Gefühlen zum Selbst, zum Körper und zu den Bezugspersonen
- Akzeptanz und Bewältigung der bestehenden und zunehmenden Verluste sowie Anpassung an die jeweilige Verlustsituation
- Stabilisierung und Förderung von vorhandenen Kompetenzen (Ansatz der Intervention bei den vorhandenen Ressourcen) und Aktivitäten des täglichen Lebens
- Verringerungen von Verhaltensauffälligkeiten
- Stabilisierung der Emotionen und Affekte, auch mit dem Ziel, kognitive Einbußen anzunehmen, diese (möglichst) zu verringern und vorhandene kognitive Fähigkeiten maximal zu nutzen

- Verringerung einer frühzeitigen, dem neuropsychologischen Defizit nicht entsprechenden psychosozialen Deaktivierung und Isolierung
- Verringerung von depressiven Symptomen, Ängsten, Rückzugs- und regressiven Tendenzen
- Aufbau und Stärkung von Tagesstruktur, Wochenplänen und Aktivitäten
- Stabilisierung und Förderung von familiären Beziehungsstrukturen sowie sozialen Kompetenzen
- Vermittlung von externen und internen Gedächtnishilfen
- Förderung von Interesse an der Umwelt und an Tätigkeiten
- Förderung und Aktivierung von Ressourcen (erhaltenen Kompetenzen) und Reaktivierung vernachlässigter Ressourcen
- Förderung der Bewältigung von Einbußen und Kränkungen mit Humor

Künstlerische Therapien bei Demenz:

- Gute Hinweise für Wirksamkeit [PiA 1/2019]
- ...für Tanz- und Bewegungstherapie
- ...für Musiktherapie
- ...weil das Leibgedächtnis bei Demenz erhalten bleibt
- ...weil „historische und narrative Aspekte des Selbst langsam verschwinden zugunsten des körperlich-affektiven und sinnlichen Selbst in der Gegenwart“
- Menschen mit Demenz sind besonders empfänglich für affektive und atmosphärische Aspekte
- Selbst Walzertänze können sich Menschen mit Demenz noch aneignen [z.B. Rösler et al. 2002]

Leibgedächtnis - implizit:

- Bezeichnet Erinnerungen, die implizit (also nicht explizit im Bewusstsein) gespeichert sind
- Ist der Ort des Unbewussten
- „knowing how“ statt „knowing that“
- ...ist unsere „gelebte Vergangenheit“ [Fuchs 2012]
- Bedeutung z.B. für die Angehörigenarbeit s. dort („Bedeutung der emotionalen Ebene“)

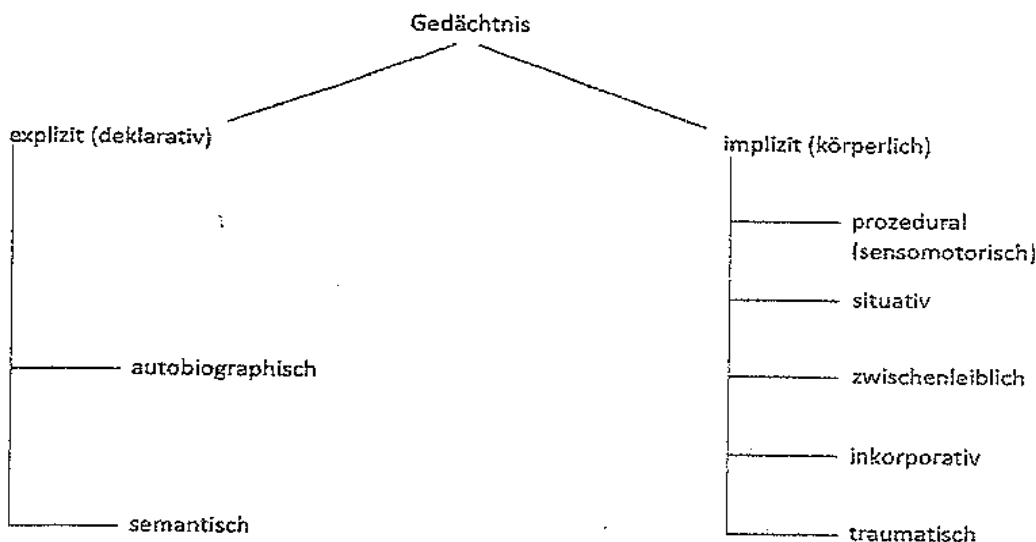


Abbildung 1: Taxonomie des Leibgedächtnisses nach Fuchs (2012)

Prozedurales Gedächtnis bleibt lange erhalten:

- (teil)automatisierte, sensomotorische, durch Übung und Wiederholung erworbene Fähigkeiten des Leibes
- Radfahren, Schifahren, Klavierspielen, Tanzen, ...
- Entlastet unsere Aufmerksamkeit von einer Überfülle von Details („den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen“)

Situatives Gedächtnis bleibt lange erhalten:

- „Raumgedächtnis“
- Z.B. ...an die Wohnung, in der wir aufgewachsen sind
- gleichermaßen für „Wohnen und Ge-wohnt-heit“ („vertraute Atmosphäre“)
- Erfahrungheit, Gesamteindruck: „Der Tormann hatte einen guten Riecher“

Zwischenleibliches Gedächtnis bleibt lange erhalten:

- ...mit dem der Säugling soziale Interaktion erlernt (das erste Lächeln...)
- Intuitiv, nonverbal, empathisch
- Z.B. eingespielte Tanzpartner

Inkorporatives Gedächtnis bleibt lange erhalten:

- So übernehmen Kleinkinder Rollen
- ...Jugendliche die Mimik ihrer Idole,
- So entsteht leibliche Persönlichkeitsstruktur (Habitus)
- z.B. die unterwürfige Haltung eines selbstunsicheren Menschen
- z.B. ein dominanter Blick, ...

Traumatisches Gedächtnis bleibt lange erhalten:

- Ein Trauma bleibt latent erhalten
- Ermöglicht erst Retraumatisierung: Wiederholung, erneute Erleben

- Ermöglicht erst Traumareaktivierung: erneutes Auftreten von Symptomen nach längerer Zeit der Symptomfreiheit
- z.B. Sturz in der Demenz kann zum permanenten Rückzug ins Bett führen, ohne sich daran erinnern können zu müssen, selbst ohne Verletzungen
- Z.B. ohne Urvertrauen, nach Folter, nach Vergewaltigung kein Sicherheitsgefühl im Leben mehr

Schmerzgedächtnis bleibt lange erhalten:

- „Gebranntes Kind scheut Feuer“
- Vergleicht den akuten Schmerz mit gespeicherten Schmerzerfahrungen und nimmt dann eine Bewertung vor -> Subjektivität von Schmerzen, Somatisierungskomponente bei Schmerzen
- D.h. es gibt auch hier eine Reaktivierungsmöglichkeit
- Auch hier z.B. Sturz in der Demenz

Behandlung von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz:

1. Abklärung eines evtl. Delirs

(Schwere körperliche Erkrankung im Hintergrund, hohe Komplikationsrate, hohe Sterberate, ...)

Beim Auftreten von herausforderndem Verhalten kann der schnelle Ruf nach dem Psychiater Zeitverlust bedeuten!!

2. Nicht – medikamentöse Maßnahmen
3. „Blinder“ Versuch mit Analgetikum? (unterbehandelte Schmerzen?)

„Die Behandlung nicht-kognitiver Symptomatik durch Psychopharmaka ist nur dann indiziert, wenn andere Maßnahmen nicht zum Ziel geführt haben“

(Konsensuspapier 2010 Österreichische Alzheimer Gesellschaft)

4. Antidementiva

„Vor dem Einsatz von Antipsychotika wird der Einsatz von Cholinesterasehemmern oder Memantin empfohlen...sind in der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten wirksam und werden...empfohlen.“

(Konsensuspapier 2010 Österreichische Alzheimer Gesellschaft)

- Bzgl. Psychopharmaka primär indiziert (wirken gg. BPSD / sedieren nicht)
- Behandlung der BPSD sollte eigentlich die primäre Indikation (für die Chefarztbewilligung) sein, nicht der MMST

5. Antidepressiva

Einschub: „Pregabalin hat sich bei Älteren mit somatischen und psychischen Angstsymptomen bewährt, sehr geringes Interaktionspotential“ (Konsensus-Statement – State of the art 2018 – Angststörungen, Neuropj)

6. (Neuroleptika)

**„Antipsychotika ...unter strengsten Kautelen
anwendbar...niedrigdosierte...muss initial wöchentlich,
später monatlich überprüft werden. Haloperidol nur in
Einzelfällen“**

(Konsensuspapier 2010 Österreichische Alzheimer Gesellschaft)

CAVE: Risperidon ist das einzige bei BPSD zugelassene Neuroleptikum - in Europa
- für bis zu 6 Wochen! Alle anderen: off label!

CAVE: Spätestens nach 6-8 Monaten erhöht sich die Mortalität bei Demenz unter
einer Behandlung mit Neuroleptika vs. Placebo!

[Ballard C et al; DART-AD investigators: The dementia antipsychotics withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol 2009; 8: 151-157]

7. ((Benzodiazepine))

**CAVE: Beide Letzteren verschlechtern evtl. die
kognitive Situation**
**MERKE: Mit Ausnahme von Antidementiva und
Risperidon bestehen keine speziellen Zulassungen für
Menschen mit Demenz**

Nicht-medikamentöse Maßnahmen:

- Suche nach möglichen Belastungsfaktoren
- Verstehen der Funktion des herausfordernden Verhaltens
- Einschätzen der „emotionalen Botschaft“
- Biographiearbeit

- Erkennen möglicher Musterwiederholungen
- Nicht-medikamentöser, auf die Person abgestimmter Behandlungsversuch (vermehrte Zuwendung, Musik, Massagen, Validation, Basale Stimulation, Snoezelen, Bewegungsförderung, Tiergestützte Therapie, Erinnerungstherapie...)

Validation: Validation oder auch Validieren ist eine wertschätzende Haltung, die für die Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz entwickelt wurde. Die Methode der Validation selbst wurde von Naomi Feil entwickelt. Sie geht davon aus, dass alte, desorientierte Menschen danach streben, die unerledigten Aufgaben ihres Lebens noch aufzuarbeiten. Die Anwender der Validation nach Feil machen es sich zur Aufgabe, die Menschen dabei zu unterstützen.

Basale Stimulation: bedeutet die Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche und die Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen sowie Angebote zur Herausbildung einer individuellen nonverbalen Kommunikation bei Menschen, deren Eigenaktivität aufgrund ihrer mangelnden Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist und deren Fähigkeit zur Wahrnehmung und Kommunikation erheblich beeinträchtigt ist, z. B.: schwerst mehrfachbeeinträchtigte Menschen, Schädel-Hirn-Traumatisierte,... Mit einfachsten Möglichkeiten wird dabei versucht, den Kontakt zu diesen Menschen aufzunehmen, um ihnen den Zugang zu ihrer Umgebung und ihren Mitmenschen zu ermöglichen und Lebensqualität zu erleben.

Snoezelen: Aufenthalt in einem gemütlichen, angenehm warmen Raum, in dem man, bequem liegend oder sitzend, umgeben von leisen Klängen und Melodien, Lichteffekte betrachten kann. Das Snoezelen dient der Verbesserung der sensitiven Wahrnehmung und zugleich der Entspannung. Der Snoezelenraum kann von wohlriechenden Düften durchflutet sein, die schöne Erinnerungen wecken und zum Träumen animieren.

Tiergestützte Therapie: fördern die Kommunikation untereinander / frühere Erlebnisse werden wachgerüttelt / „Tiere urteilen nicht“, Verbesserung von kognitiven Funktionen und Realitätskontrolle bei Menschen mit Demenz, Spannungs- und Angstlösung, Aktivierung, Motivationssteigerung, Kontaktfähigkeit, Körperwahrnehmung bei psychotischen Patienten, Selbstsicherheitstraining bei Angststörungen, Aggressionsminderung, Stimmungsaufhellung, Selbstwertsteigerung bei depressiven Patienten, Förderung von Wahrnehmung, Feinmotorik, Aufrechterhaltung und Aufbau eigener Ressourcen, Durchbrechung des Stationsalltags, Verhindern und Reduzieren von Stereotypen, Besserung der Befindlichkeit durch interaktionale Zuwendung

Erinnerungstherapie: arbeitet mit Materialien wie Fotos, Zeitungsausschnitten, Musik etc. aus der Lebensgeschichte des Patienten.

- Milieutherapie – Anpassung der Lebensbedingungen
- Angehörigenberatung

NDB – Modell:

- need driven dementia compromised behaviour model (bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz)
- Von einer Gruppe nordamerikanischer Pflegewissenschaftlerinnen in den 90er Jahren zusammengestellt (Algase Donna et.al. 1996; Kolanowski Ann M. 1999)
- Einteilung in Hintergrundfaktoren und „Nahe Faktoren“

NDB – Modell, Hintergrundfaktoren:

- Neurologischer Status: Zirkadianer Rhythmus, Gedächtnis, Merkfähigkeit, Sprache, motorische und sensorische Fähigkeiten
- Gesundheitsstatus: AZ, Funktionsfähigkeit, (I)ADL, Affekt, Medikamente
Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton / Brody (IADL):
Assessmentinstrument zur Beschreibung von Alltagsfähigkeiten komplexerer Natur:
Telefon / Einkaufen / Kochen / Haushalt / Wäsche / Transportmittel / Medikamente / Geldhaushalt
- Psychosoziale Variablen: Persönlichkeit, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand, Schulbildung, Beruf, Verhaltensreaktion - Reaktionsmuster auf Stress, Biographie (Missbrauchserfahrungen, ...), individuelle Copingstrategien

NDB – Modell, Nahe Faktoren:

- Physiologische Bedürfnisse: Hunger, Durst, Schmerz, Ausscheidung, Schlafstörungen
- Psychosoziale Bedürfnisse: Affekt, Emotionen (Angst, Langeweile, ...), Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten, Grad der Abhängigkeit bei der Körperpflege
- Physikalische Umgebung: Lärm, Licht, Wärme, Gerüche, Stationsalltag, Routinen)
- Soziale Umgebung: Personal (männlich – weiblich, ...), Personalausstattung, Personalstabilität, Umgebungsatmosphäre

4.3. Psychopharmaka:

Definition: „Substanzen, die in den Gehirnstoffwechsel eingreifen und seelische Abläufe beeinflussen.“

Aus pharmakologischer Sicht gibt es allerdings keine Substanzen, die direkt „auf die Psyche“ einwirken, vielmehr werden nur bestimmte Abläufe im Gehirnstoffwechsel beeinflusst (Botenstoff = Neurotransmittermangel – Hypothese).

Psychopharmaka gehören heute zu den am meisten verordneten Medikamenten und werden nicht nur von Psychiatern eingesetzt. Keine andere Arzneimittelgruppe wird aber gleichzeitig auch so kontrovers und emotional diskutiert.

Unbestritten dürfte sein, dass sich die Behandlungsmöglichkeiten seelischer Erkrankungen durch diese Substanzen entscheidend erweitert haben. Sie haben die Psychiatrie „menschlicher“ und „gesellschaftsfähiger“ gemacht, indem sie schwere psychiatrische Krankheitsbilder behandelbar gemacht haben und dadurch erst die Voraussetzung für Psychotherapie und sozialpsychiatrische Maßnahmen geschaffen haben.

In weiterer Folge haben sie aber eine rein biologische Sichtweise der Psychiatrie gefördert („der einfachere Weg“) und eine „ganzheitliche“ Betrachtung verhindern geholfen.

Für eine sachgerechte Behandlung psychiatrischer Erkrankungen ist ein Gesamt-Behandlungsplan obligat: sozialpsychiatrische Maßnahmen, (Gesprächs-)Psychotherapie, Psychopharmakotherapie

Übliche Einteilung:

- Tranquilizer (Beruhigungsmittel)
- Hypnotika (Schlafmittel)
- Antidepressiva (Stimmungsaufhellende Mittel)
- Phasenprophylaktika (Stimmungsstabilisierer)
- Neuroleptika (Antipsychotika)
- Antidementiva (Demenzmittel)/ Nootropika
- Sonstige Psychopharmaka

Tranquilizer (Beruhigungsmittel)

Definition: Psychopharmaka, welche zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen verwendet werden (lat.: tranquillare = beruhigen)

In erster Linie sind damit Benzodiazepine gemeint, es gehören aber auch pflanzliche Mittel = Phytopräparate (Hopfen, Baldrian), ältere Antihistaminika (Antiallergika – Atarax®), schwach potente Neuroleptika und etwa auch Betablocker dazu.

Bekanntes Beispiele für „Benzos“:

Valium®, Praxiten®, Psychopax®, Tranxilium®, Lexotanil®, Demetrim®, Adumbran®, Gewacalm®, Xanor®,...

Wirkungsweise der Benzodiazepine:

Beruhigend (sedierend), angstlösend, muskelentspannend, antiepileptisch

Mögliche Zielsymptome daher:

Angst- u/o Erregungszustände, ergänzend bei Depression, bei Entwöhnungsbehandlung, bei Somatisierungsstörungen

[Ausdruck psychischer Probleme oder Belastungen in Form körperlicher Beschwerden – keine ausreichende organische Ursache feststellbar - unterliegen keiner willentlichen Kontrolle]

Gefahren:

Suchtpotential, Konzentrationsminderung und Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Straßenverkehr, kann sogar Demenz vortäuschen), Atemdepression (COPD, ...), Verstopfung, Harnsperre, Harninkontinenz, Potenzstörungen, Verwirrheitszustände (Delir), v.a. beim älteren Menschen Gefahr der Kumulation

[Anreicherung eines Stoffes im Organismus, wenn mehr zugeführt wird, als eliminiert werden kann],

Stürze (durch Muskelentspannung und Kreislaufwirkung)

MERKE:

1/3 der über 65jährigen stürzt mindestens 1x/Jahr

Bei den über 80jährigen zumindest 50%

Unmittelbare Letalität bei Stürzen bei Alterspatienten: 20%

Sturz ist mittelbar eine der häufigsten Todesursachen im Alter: Angst vor weiteren

Stürzen → Einschränkung der Mobilität → Depression u. sozialer Rückzug / körperliche Komplikationen...

D.h.im Idealfall:

Nur kurzfristig, nicht bei positiver Suchtanamnese, nicht bei Sturzneigung, nicht bei chron. Atemwegserkrankungen, bei Erkrankungen des Verdauungstraktes, bei Problemen mit dem Harnlassen

Nicht unbedingt während der Psychotherapie: **Aus psychotherapeutischer Sicht**

„medikamentöse Abschirmung der Seele“

Univ. Prof. S. Kasper: „...Benzodiazepine bei PTSD und anderen Trauerreaktionen nicht verschrieben werden sollten, da neuere Ergebnisse darauf hinweisen, dass das Trauma dadurch schlechter verarbeitet werden kann“ [Jatros Neurologie Psychiatrie 1/2023; S. 5]

Mögliche Alternativen zu Benzodiazepinen:

Entspannungsmethoden, Ablenkung, Psychotherapie, Psychoedukation, Antihistaminika, Phytopräparate.

Zum Suchtpotential von Benzos:

- Benzodiazepine (und in geringerer Weise Benzo-Analoga = Z-Substanzen) können eine erhebliche (!) Toleranzentwicklung induzieren (über GABA-Inhibition)
- Sie sind daher Notfalls(!)Medikamente und nicht zur Dauermedikation geeignet
- Eine Toleranzentwicklung kann schon nach (3-)4 Wochen bei Verschreibung wg. Schlafstörung (bei Angsterkrankung 8 Wochen) entstehen [<https://aerztezeitung.at/2022/oaz-artikel/medizin/suchtpotential-von-benzodiazepinen-nicht-praeparat-sondern-person/>]
- Ist Abhängigkeit eingetreten, tritt die urspr. Indikation in den Hintergrund, das Arzneimittel wird gg. Entzugserscheinungen und zur Aufrechterhaltung der eigenen Funktionsfähigkeit eingenommen (z.B. gg. das Zittern, ...)
- „Dauer des Entzugs = Dauer der Einnahme“!!!!

Entzugserscheinungen Benzos: Schlafstörungen (> 70%), Angst (> 50%), depressive Verstimmungen bzw. Stimmungsschwankungen (ca. 50%), Muskelschmerzen, Muskelzucken (ca. 50%), Zittern (ca. 40%), Kopfschmerzen (ca. 40%), Übelkeit, Erbrechen (ca. 40%), Schwitzen, Tachykardie, Hypertonie, psychomotorische Unruhe, Halluzinationen, paranoide Verkennungen, Krampfanfälle, Delir

Hypnotika (Schlafmittel)

Definition: Jedes Arzneimittel, das Schlaf erzeugt, wird Hypnotikum genannt. Es handelt sich um keine scharf abgegrenzte Gruppe. Wann ein Beruhigungsmittel zum Schlafmittel wird, ist eine Frage der Dosis.

D.h. es können Tranquilizer, sedierende Antidepressiva, aber auch Neuroleptika eingesetzt werden.

Bekannte Beispiele:

Rohypnol®, Somnubene®, Halcion®, Lendorm®, Noctamid® (Bz) / Ivadal® (NBH) / Dominal® (NL)

Zusätzlich gibt es Nicht-Benzodiazepin-Hypnotika (Zolpidem – Ivadal® = Benzo-Analoga), Melatonin (stabilisiert den Biorhythmus), Barbiturate (werden nicht mehr eingesetzt)

Gefahren:

siehe Benzodiazepine: Suchtpotential, „medikamentöse Abschirmung der Seele“, Stürze (durch Muskelentspannung und Kreislaufwirkung), Konzentrationsminderung und Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Straßenverkehr, kann sogar Demenz vortäuschen), Atemdepression (COPD, ...), Verstopfung, Harnsperre, Harninkontinenz, Potenzstörungen, Verwirrheitszustände (Delir), v.a. beim älteren Menschen Gefahr der Kumulation

Hang-over! Achten auf Halbwertszeit! (z.B. Valium mit seinen Metaboliten: 150 Std.!!! [ebenfalls wirksames Stoffwechselprodukt im Abbauprozess])

Bei Dominal® Alpträume (auch bei Mirtabene®) und typ. NW der Neuroleptika (s.u.)

MERKE: Jedes Schlafmittel beeinflusst die „Schlafarchitektur“ (REM-Phasen) negativ und behindert damit die Traumarbeit

D.h.im Idealfall:

Siehe Benzodiazepine: Nur kurzfristig, nicht bei positiver Suchtanamnese, nicht bei Sturzneigung, nicht bei chron. Atemwegserkrankungen, bei Erkrankungen des Verdauungstraktes, bei Problemen mit dem Harnlassen; Dominal nicht bei Parkinson.

Mögliche Alternativen:

Herstellung einer natürlichen Erschöpfung, Entspannungstechniken, verhaltenstherapeutische Maßnahmen (Rituale, Bett nur zum Schlafen, ...), Psychotherapie, Phytopräparate
Chronotherapie (Phasenverschiebung, Schlafrestriktion), Lichttherapie, Melatonin

Dyssomnie: Nicht-medikamentöse Behandlungsansätze:

NB: S.g. SCHLAFSCHULEN werden in Deutschland an verschiedenen Kliniken als Wochenendseminar durchgeführt und von den Krankenkassen bezuschusst!!

[Meinolf Peters, Die gewonnen Jahre, 2017 Psychosozial-Verlag, S. 85]

- Schlafedukation: Wissen über Schlaf vermitteln
- Schlafhygieneberatung: falsche Vorstellungen über den Schlaf korrigieren
- Stimuluskontrolle: z.B. „das Bett ist nur zum Schlafen da“
- Schlafrestriktion: bei Nicht-Schlafen-Können Bett verlassen / Vereinbarung über „minimale Schlafzeit“, um Schlafdruck kontinuierlich abzubauen
- Entspannungstechniken: z.B. Progressive Muskelentspannung, autogenes Training, Phantasiereisen, angenehme Gedanken,
- Maßnahmen gegen das Grübeln: z.B. Gedankenstopp / andere Problemlösetechniken erarbeiten

[aus: Brigitte Holzinger, Gerhard Klösch: Schlafcoaching. Wer wach sein will, muss schlafen, Goldegg-Verlag 2013]

Regeln für eine gute Schlafhygiene:

- Aufklärung von „Mythen“ („Der Schlaf vor Mitternacht ist der Beste“, „nicht schlafen können ist lebensgefährlich“)
- Regelmäßige Zeiten für Aufstehen und Schlafengehen an sieben Tagen in der Woche
- Kein Tagschlaf
- Nur so lange im Bett liegen, wie tatsächlich geschlafen wird
- Kein Alkohol 3 Std. vor dem Zubettgehen (Achtung: Abbau 0,1 Promille pro Stunde)
- Kein Nikotin 3 Std. vor dem Zubettgehen
- Kein schweres Essen 3 Std. vor dem Zubettgehen
- Kein Koffein (Kaffee, Schwarz-, Grüntee, Cola) nach 14h
- Keine körperliche Anstrengung nach 18h (regelmäßige sportliche Betätigung vor 18h hingegen kann den Schlaf verbessern!)
- Das Schlafzimmer dient zum Schlafen (nicht zum Fernsehen oder Essen)
- Im Schlafzimmer 18° und Dunkelheit
- Keine elektronischen Geräte im Schlafzimmer
- Wecker wegrehen oder ganz aus Schlafzimmer entfernen, um ständiges „auf die Uhr sehen“ zu vermeiden
- Paradoxe Intervention: Wenn sich der Schlaf nicht einstellt, aufstehen, etwas lesen, nicht im Bett bleiben
- Einschlafrituale: autogenes Training, ...

[aus: Schlafstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen. Konsensus Statement 2012. Clinicum neuropsychy Sonderausgabe November 2012]

Antidepressiva (Stimmungsaufhellende Mittel)

Definition: Chemisch unterschiedliche Substanzen mit recht unterschiedlichen Wirkprofilen. Allen gemeinsam ist die stimmungsaufhellende und antriebsnormalisierende Wirkung, mit der auch ein Abklingen der körperlichen Depressionssymptome einhergeht. Antidepressiva haben beim Gesunden keinen Einfluss auf die Stimmung. Es besteht kein Abhängigkeitsrisiko.

Einteilung:

Einerseits klassisch – chemisch:

- Trizyklisch (z.B. Saroten®, Anafranil®)
- Tetrazyklisch (z.B. Ludiomil®)
- SSRI (Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; z.B. CipraleX®, Gladem®)
- SNRI (S. u. Noradrenalin-WA-Hemmer; z.B. Efectin®, Cymbalta®, Ixel®)
- SRE (Serotonin-Wiederaufnahmeverstärker; z.B. Stablon®)
- NaSSA (Noradrenerg, spezifisch serotonerg; z.B. Mirtabene®, Remeron®)
- NARI (Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; z.B. Edronax®)
- MAO-A-Hemmer (z.B. Aurorix®)
- Phytopharmaka (Johanniskraut – Achtung: Paninhibitor)
[Hemmt den Abbauprozess vieler Medikamente und kann so deren Wirkung steigern]
- Andere (z.B. Trittico®, Tolvon®)
- Kombi: Deanxit® (Antidep+Neurolep.), Harmomed® (Antidep+Tranqu.)

In der Praxis nach (wenn auch nicht wissenschaftlich eindeutig belegt):

- Antriebssteigernd: etwa SSRI, Efectin® (CAVE Suizidalität)
- Sedierend: etwa Mirtabene®, Trittico®, Tolvon® (CAVE Kreislaufsituation, Sturzneigung)

Entscheidung nach Leidensdruck und gemeinsamer Zielvereinbarung:

Antriebslosigkeit vs. innerer Unruhe / Anspannung

Schwierig, wenn Antriebslosigkeit zu innerer Unruhe führt...

Problem: Selbstbild, Definition über Leistung, Kränkung durch den älter werdenden Körper

Auswahl der möglichen Nebenwirkungen:

SSRI, SNRI: Magen-Darmtrakt, Appetitlosigkeit bis hin zu Magenblutungen

SSRI: Impotenz, vermehrtes Schwitzen, Angst, Nervosität

Mirtabene®: Schläfrigkeit, Hypotonie, Alpträume, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit

Trittico®: Müdigkeit, Mundtrockenheit, Sehstörungen, Priapismus [schmerzhafte Dauererektion]

Efectin®: Bluthochdruck, suizidales Verhalten

Gefahren:

- Vermeidung einer Auseinandersetzung mit psychosozialen Belastungsfaktoren,
- ...mit der Biografie (Kindheit, Traumata, ...),
- ...mit möglichen Konflikten („der einfachere Weg“)

MERKE: Ausweg aus all den o.g. Problemen bieten nur (ergänzende) sozialpsychiatrische, psychoedukative u/o psychotherapeutische Maßnahmen

Zu beachten bei Älteren:

[Konsensus-Statement – State of the art 2017, Neuropsychy]

- „one must be patient with the patient“ (Wirkbeurteilung erst nach 6 Wochen!)
- Im Hochdosisbereich bei SSRI keine zusätzliche Wirkung zu erwarten
- Eines der größten Probleme ist die Adhärenz
- Auswahl v.a. nebenwirkungsgeleitet
- Evidenzlevel A (empfohlen mit überzeugender klinischer Zuverlässigkeit) zur Augmentation: nur Quetiapin XR und Lithium
- Augmentation mit atypischen Neuroleptika: nach 6 Wochen Reduktions- oder Absetzversuch

Absetzphänomene, z.B. bei SSRIs:

- Nicht zu verwechseln mit Phänomenen einer körperlichen Abhängigkeit
- Entspricht eher dem Bild eines Hyperserotonismus (also einer Nebenwirkung), weil die Transporter im synaptischen Spalt unter chron. Einnahme von SSRI eher weniger werden und bei plötzlichem Absetzen dann dazu führen, dass Serotonin im Spalt eben zu konzentriert vorkommt
- Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Alpträume, Durchfälle, Schwindel, Sehstörungen, ...
- > daher eher langsam ausschleichen
- Angst, Unruhe, Reizbarkeit, Depressivität -> kann daher als Rückfall in eine Depression fehlinterpretiert werden
- Eher mild, eher selten, eher erst nach einigen Wochen der Einnahme!!

Phasenprophylaktika (Stimmungsstabilisierer)

Definition: Phasenprophylaktika verhindern oder reduzieren (in Ausmaß und Dauer) das Wiederauftreten zukünftiger Krankheitsphasen affektiver Psychosen

[Affektive Psychosen: Gruppe von seelischen Erkrankungen, bei denen die Betroffenen unter willentlich nicht kontrollierbaren Schwankungen oder einseitigen Auslenkungen ihrer Stimmungen leiden. Gleichzeitig kann bei starker Ausprägung der Beschwerden die Fähigkeit zur angemessenen Prüfung der Realität eingeschränkt sein].

Bekannte Beispiele:

- Lithium
- Antiepileptika
 - Carbamazepin – Tegretol®,
 - Valproinsäure. – Depakine®,
 - Lamotrigin – Lamictal®)
- Neuroleptika

Auswahl der möglichen Nebenwirkungen:

- Lithium: Zittern, Durst, Erbrechen, Durchfälle, Mattigkeit, Verwirrtheit
- Carbamazepin: Elektrolytstörung (Hyponatriämie)
- Valproinsäure: Sedierung
- Lamotrigin: Haut- und Schleimhautreaktionen
- Neuroleptika s.u.

Gefahren:

Lithium: Vergiftung (geringe therapeutische Breite) bis hin zur Intensivpflichtigkeit
Verstoffwechslung über die Niere (daher Achtung bei Nierenschwäche, im Alter eher verpönt)

Unbedingt ergänzende Maßnahmen nötig:

Psychotherapie, Psychoedukation, Selbsthilfegruppen

Neuroleptika / Antipsychotika

Definition:

Psychopharmaka, die sich durch ein charakteristisches Wirkspektrum auf die Symptome von Psychosen auszeichnen.

[Psychosen: schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht]

Sie wirken dämpfend auf psychomotorische Erregtheit, Aggressivität, affektive Spannung, Halluzinationen, Wahngedanken und schizophrene Ich-Störungen.
Das Risiko einer Abhängigkeit besteht nicht.

Einteilung:

- Chemisch
- Typische (= klassische, traditionelle) und atypische (= neuere) Neuroleptika
- Hochpotent – schwachpotent
- Depotneuroleptika

Typische Neuroleptika:

Ältere Substanzen, die neben der antipsychotischen Wirkung auch typische (parkinsonähnliche) Nebenwirkungen auf die Beweglichkeit der Muskulatur zeigen.

Sie lassen sich unterteilen in...

- Hochpotente Neuroleptika:
 - Wirken in erster Linie antipsychotisch
 - z.B. Haldol®, Cisordinol®, Dapotum®
- Schwachpotente Neuroleptika:
 - Wirken in erster Linie sedierend (insbesondere bei Erregungszuständen)
 - z.B. Truxal®, Buronil®, Dominal®

Atypische Neuroleptika:

- Geringe parkinsonähnliche Nebenwirkung
- Wirksamkeit gegen Minussymptome wie Affektverflachung, ...
- z.B. Risperdal®, Seroquel®, Zyprexa®, Solian®, Abilify®, Leponex®

Depotneuroleptika:

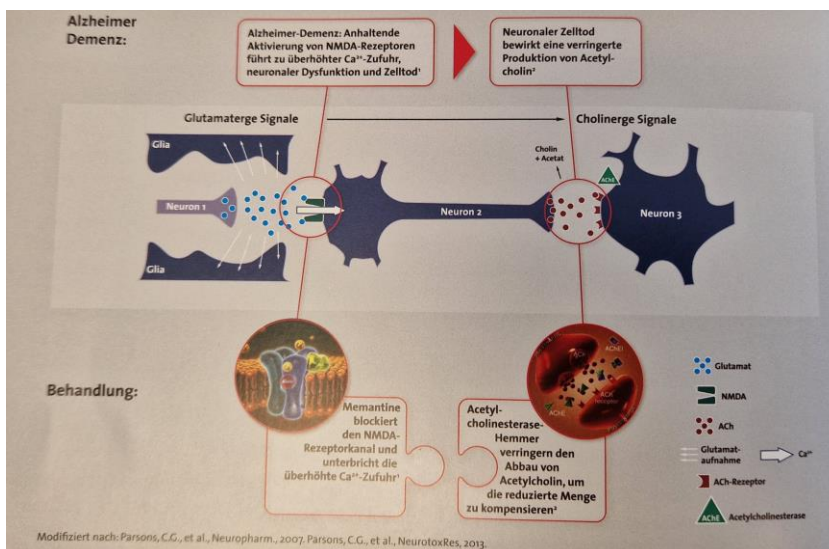
Mittels i.m.-Spritze

Vorteil: 2-4wöchentliche Abstände (Compliance besser), niedrigere und konstante Blutspiegel

z.B. Haldol Decanoat®, Risperdal Consta®, Dapotum D®

Mögliche Nebenwirkungen:

- Parkinsonoid
- bleibende Bewegungsstörungen (Spätdyskinesien)
- Krampfschwellensenkung
- Sedierung
- Unruhe (Akathisie)
- Reduzierte Konzentrationsfähigkeit
- Kognitive Verschlechterung
- „Eingemauert Sein“
- Niedriger Blutdruck
- Blutbildveränderungen
- Anstieg der Leberwerte im Blut
- Verstopfung
- Gewichtszunahme
- Prolaktinanstieg
- Diabetesfördernde Wirkung
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Malignes Neuroleptisches Syndrom mit Intensivpflichtigkeit



Antidementiva mit evidenzbasiertem Wirksamkeitsnachweis			
Donepezil (Aricept®)	Galantamin (Reminyl®)	Rivastigmin (Exelon®)	Memantin (Axura®, Ebixa®)
Schmelztablette 1x1 „Evs“ zu 5 u. 10mg Filmtablette 1x1 zu 5 mg und 10 mg	Retard-Kaps. 1x1 zu 8, 16 u. 24 mg aufdosieren Lösung: 4 mg = 1 ml	Pflaster 1x1 zu 9,5mg (Woche 1-4: 4,6 mg-Pflaster) Hartkapsel: 2x1 aufdosieren zu 1,5, 3, 4, 5 und 6 mg Lösung: 2 mg = 1ml	Filmtabl. 10mg 1x2 aufdosieren Ab 2009 Filmtabl. 20mg 1x1 Lösung: 20mg = 40Tropfen
Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Vaskuläre Demenz Lewy-Body Demenz MSE 10-26	Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Vaskuläre Demenz Lewy-Body Demenz MSE 10-26	Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Parkinson Demenz Lewy-Body Demenz Vaskuläre Demenz MSE 10-26	Indikationen Alzheimer Kognition & Verhalten Vaskuläre Demenz MSE 3-19
Therapieende bei MSE < 10 ? ist nicht gerechtfertigt !			Th. Ende: MSE < 3 ?!

Antidementiva (Demenzmittel) / Nootropika

Gemeinsame Definition: Zentralnervös wirksame Arzneimittel, die bestimmte Hirnfunktionen wie Gedächtnis, Konzentrations-, Lern- und Denkfähigkeit verbessern sollen.

Nootropika: unspezifische Beeinflussung von Hirndurchblutung und Hirnstoffwechsel, Wirkmechanismus weitgehend unbekannt, Wirksamkeit in Studien umstritten (z.B. Nootropil®, Sermion®, Hydergin®, Cerebrolysin®, Ginkgopräparate – Tebofortan®)

„Es gibt kein Nootropikum mit belegter Wirkung gegen das Absinken kognitiver Fähigkeiten und des Gedächtnisses im Alter. Indikationen dafür wurden bereits gestrichen und Medikamente mit dieser Indikation vom Markt genommen.“

(Pharmainformation Jahrgang 28/Nr.3; September 2013)

Ginkgo:

- S3-Leitlinie „Demenzen“ (11/23): Empfehlungsgrad „schwach“, Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nur „moderat“ („geringe Präzision“ der Studien)
- Achtung: Beschleunigt den Abbau vieler Medikamente und reduziert so deren Wirkung!!
- ... und birgt daher das Risiko auch zukünftiger Wechselwirkungen, wenn andere Medikamente dazu kommen sollten (wer kontrolliert denn dann?)
- Wenn überhaupt, sprechen Studien von einer “Wirksamkeit“ erst bei 240 mg Tagesdosis. Das ist genau die Dosis, bei der wie o.g. Wechselwirkung voll eintritt!
[Dr. Gabriel Eckermann, Kaufbeuren, Wechselwirkungspharmakologe]

Antidementiva:

- Acetylcholinesterase – Hemmer:
 - Neurotransmitter Acetylcholin (Gedächtnis) wieder mehr verfügbar
- Memantine: Glutamat-Rezeptor-Antagonist):
 - Neuroprotektiv, was die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen verbessert

ÖGPB-Empfehlungen:

[Österr. Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie, Kaspar, S., et al., ClinicumNeuroPsy,2015. Sonderausgabe Nov.2015]

- Grundsätzlich sollte eine antidementive Therapie **möglichst frühzeitig** begonnen werden (S.17)
- Generell lässt sich sagen, dass nur **ausreichende Dosierung** auch zur **vollen Wirksamkeit** führt (S.11)
- Etwa **50% der PatientInnen** sprechen auf die Therapie an (S.11)

Nebenwirkungen:

Cholinerge Begleiteffekte bei AChE-Hemmer:

- Magen-Darmbeschwerden, daher Anamnese wichtig! (daher abends geben?)
- Agitiertheit (daher morgens geben?)
- Synkopen (Bradykardien, CAVE AV-Block ab II°)

Andere Effekte: Verstärkung der EPS bei Gabe von Antipsychotika

Memantine: Schwindel, Unruhe / Interaktionen überprüfen, Dosisreduktion, Substanzwechsel, Darreichungsform ändern (Pflaster)

Interaktionen:

AChE-Hemmer:

- Bradykardie (+ Betablocker, Amiodaron, Digitalis)
- EPS (+ Antipsychotika)
- Wirkverlust (+ zentrale Anticholinergika – Atropin, trizyklische AD, Biperidin (Akineton), Spasmolytika)
- Gastrointestinale Blutung (+ NSAR +SSRI)

Memantine:

- Kumulation mit Spiegelerhöhung (+ Cimetidin, Vegetarier)
- Schwindel, Dyskinesien (+ L-Dopa, Dopaminagonisten)
- Psychotische Symptome (+ Amantadin, Ketamin)

Antidementivum	Kombination	Wirkung	Bemerkungen
Donepezil	Clarithromycin	D. 75-150% erhöht; Fallbeispiel: schwere Bradykardie (32/min.)	Cyp2D6 Polymorphismus bei 5-10% der Bevölkerung: Cyp2D6-Strecke genetisch blockiert - > C. inhibiert Cyp3A4 (D. über bd. metabolisiert)
	Metoprolol	D.-Spiegel erhöht	M. hemmt Cyp2D6
	Fluoxetin	D.-Spiegel erhöht	F. hemmt Cyp2D6
	Paroxetin	D.-Spiegel erhöht	P. hemmt Cyp2D6
Galantamin	Metoprolol	G.-Spiegel erhöht	M. hemmt Cyp2D6
	Fluoxetin	G.-Spiegel erhöht	F. hemmt Cyp2D6
	Paroxetin	G.-Spiegel erhöht	P. hemmt Cyp2D6
Memantine	Bupropion	B.-Spiegel erhöht	Gem. über Cyp2B6
	Diazepam	D.-Spiegel erhöht	Gem. über Cyp2B6
	Sertralin	S.-Spiegel erhöht	Gem. über Cyp2B6

Quelle: Dr. Gabriel Eckermann, Interaktionen beim geriatrischen Patienten:

Risiko bei Leberfunktionsstörung:

- mittelschwere Leberfunktionsstörung:
 - Donepezil - Tagesdosis halbieren
 - Galantamin – max. 16mg Tagesdosis
 - Rivastigmin – Tagesdosis halbieren
- schwere Leberfunktionsstörung: KI für alle AChE

Risiko bei schwerer (!) Nierenfunktionsstörung:

- Donepezil: keine Dosisanpassung erforderlich
- Galantamin: KI (94% werden über Niere ausgeschieden)
- Rivastigmin: KI
- Memantine: Dosis halbieren

S3-Leitlinie Demenzen 11/23:

[S3: Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen: Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung]

- Leichte bis mittelschwere SDAT: Empfehlungsgrad für Ache-Hemmer: „stark“ (für Memantine „fehlende Evidenz“)
- Mittelschwere bis schwere SDAT: Empfehlungsgrade genau umgekehrt
- *Kombinationstherapie*: „stark dagegen“ („100% Konsens“)
- Vaskuläre Demenz: alle Empfehlungsgrade „schwach“ (und weiterhin „off-label“!)
- Parkinsondemenz: Rivastigmin, Donepezil „schwach“
- LBD: Donepezil „schwach“
- FTD: „Es kann keine pharmakologische Behandlung zur Verbesserung der Kognition empfohlen werden“

Neue Alzheimer-Therapien:

[online Fortbildung 11.07.2024 durch Assoz.-Prof.ⁱⁿ PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Stögmann, Univ.-Klinik für Neurologie, AKH Wien, Leiterin der Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen und Demenzerkrankungen / Pharmainformation 05/24]

Aktuell die beiden Anti-Amyloid Antikörper Lecanemab und Donanemab:

- Von der FDA bereits zugelassen (amerikanische Arzneimittelbehörde „Food and Drug Administration“)
- Die EMA (European Medicines Agency) sieht (noch?) kein günstiges Wirkungs/NW-Verhältnis
- Empfehlungen zur angemessenen Anwendung sehr aufwendig: MMSt > 22 (sehr früh) / gesicherte Biomarker-Diagnose (LP oder Amyloid-PET) / MRT des Gehirns zu Beginn und mindestens 5x im ersten Jahr (Risiko von Mikroblutungen u/o Ödemen) / d.h. keine Antikoagulation / Aufklärung und Einverständnis
- Aufbau Spezialambulanzen notwendig: Infusion alle 2 Wochen, bis die Plaques abgebaut sind bzw. solange PatientInnen profitieren
- Nach 18 Monaten bei Lecanemab der Abbau um 27% verlangsamt, bei Donanemab um 35% -> d.h. umgerechnet eine Krankheitsverzögerung von etwa 4-7 Monaten

Sonstige Psychopharmaka:

Psychostimulantien: Koffein, Nikotin, Kokain, Amphetamine

Acamprosat (Campral®): Glutamatregulator, bewirkt Abnahme des Verlangens nach Alkohol (Anti-Craving)

Naltrexon: Anti-Craving, greift in den Endorphinstoffwechsel und damit in das Belohnungssystem ein

Disulfiram (Antabus®): Wirkt über Enzymblockade; Abbauprodukt des Alkohols reichert sich im Körper an, da Abbau gehemmt; vegetative Unverträglichkeitsreaktionen auf Alkohol wie Übelkeit, Brechreiz, Schwindel, Herzrasen; wird zur Alkoholentwöhnung eingesetzt

5. Neurobiologische Aspekte des Alterns:

Die Katastrophe?

- Im Alter von 90 Jahren besitzt der Mensch im Schnitt nur mehr 40-50% der Kilometer an Nervenfasern.
- Der Mensch verliert 1 Nervenzelle pro Sekunde, also 85.000 am Tag.

Aber trotzdem:

- Das bedeutet mit 90 Jahren hat er (nur) 10% weniger Nervenzellen insgesamt.
- ...und im Rattenversuch ist folgender Nachweis gelungen:
 - „Body building“ des Gehirns ist möglich → Im „enriched environment“ wurde eine Zunahme der Verästelungen im Gehirn gemessen.
(Ratten, die in einem "enriched environment" =aufgewerteter Lebensraum aufgezogen werden haben in ihren Käfigen –im Gegensatz zu Standardkäfigen - Laufräder, Spielzeug und Mobiliar).

Quelle: Münsterlingen 2006: Vortrag Prof.Dr., Dipl.Psych. MARKOWITSCH Hans J. (Universität Bielefeld): „Hirnforschung: Alter und Psychotherapie: Neuropsychologische Perspektiven“

- In Rattengehirnen können – intravital – in einzelne Zellen mit dünnen Glaspipetten fluoreszierende Farbstoffe injiziert werden. So ist es möglich den Nervenzellen beim Wachsen „zuzuschauen“.
- Neurogenese (= Bildung von Nervenzellen) gibt es auch in ganz alten Gehirnen, diese ist also bis zum „letzten Tag“ möglich.
- Im gesunden Gehirn passiert kein signifikanter Zelltod, aber Veränderungen an den Synapsen (= Verbindung einer Nervenzelle zu einer anderen Zelle oder zu einer anderen Nervenzelle) im Alter. Am „Verletzlichsten“ ist dabei der Hippocampus (zählt zu den evolutionär ältesten Strukturen im Gehirn, befindet sich im Temporallappen und ist u.a. für das Gedächtnis zuständig).
- Wird eine Synapse verändert, so werden die verbleibenden benachbarten Synapsen größer und eventuell effektiver.
- Synapsen werden teilweise nur „stillgelegt“ und „erwachen“ zu einem späteren Zeitpunkt wieder.
- Die Zelle an sich ist theoretisch in der Lage ewig zu leben. Krebszellen z.B. leben potentiell ewig! Telomere (= die „Enden“ der Chromosomen, „zelluläre Sanduhr“) werden durch sog. Telomerasen immer ersetzt und nicht nach jeder Teilung weniger.
- Alter bedeutet eine fortlaufende Reduktion der Überlebenswahrscheinlichkeit, die Zunahme der Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Multimorbidität

Quelle: Münsterlingen 2006: Vortrag Dr.med. NOLL-HUSSONG Michael (Zellphysiologie und Psychotherapeut; Klinik und Institut für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizin. Psychologie, Klinikum rechts der Isar, Techn. Univ. München): „Von Zellen und Netzwerken – Entwicklungsneurobiologie des Alterns“

- Plastizität (Anpassungsfähigkeit) des Gehirns besteht ein Leben lang.
- Die weit verbreitete Meinung das Gehirn beginne ab dem 25. Lebensjahr abzubauen stimmt nicht, weil nur die Gehirne Schwerkranker untersucht wurden.
- Jedes Gehirnzentrum hat seine individuelle Reifungsgeschichte.
- Bei 2/3 der Hirnzentren (z.B. für die Sprache) gibt es keine genetischen Einflüsse, sondern Einflüsse durch Lernen
- „Es funktiniert leider auch umgekehrt“:
 - Durch Nichtüben kann Muttersprache verlernt werden.
 - Defektzustand bei Schizophrenie ist kein Teil, sondern eine Folge der Erkrankung (Copingfolge!!! Gehirnareale liegen brach durch weniger Interaktion mit der Umwelt).
 - Ähnliche Beobachtungen bei schweren Depressionen.
- Positive psychosoziale Einflüsse durch soziale Interaktion, Lebenszufriedenheit und Wohlfühl wirken positiv auf Plastizität.
- Stress wirkt negativ durch Cortisolspiegel (Cortisol „zerstört“ Zellen im Hippocampus).
- Das Alter an sich ist kein belastender Faktor, ABER die Wahrscheinlichkeit negativer Einflüsse steigt.
- Der KÖNIGSWEG wäre: Bewusstes Lernen von Neuem (keine Kreuzworträtsel) → Studienergebnis zeigt signifikant seltener Demenzen.
- Die IQ - Kurven sinken durchschnittlich zwar im Alter, ABER: die Streuung wird größer, d.h.:
 - 2/3 haben im Alter einen stabilen IQ
 - 10% verbessern sich sogar!
 - 1/3 wird schlechter. Wobei hier auch Demenzen und andere psychiatrische Erkrankungen, sowie Personen, die eben nicht mehr aktiv lernen, mit eingerechnet werden.

Quelle: Münsterlingen 2006: Vortrag Prof.Dr.rer.nat. JÄNCKE Lutz (Ordinarius am Lehrstuhl für Neuropsychologie an der Univ. Zürich): „Use it or loose it: Das alternde Gehirn eine Lernmaschine?“

5.1. Plastizität des Alters

- Daher emotionales Lernen, das bei Menschen mit Demenz noch möglich ist, fördern.
- Daher soziale Beziehungen im Alter fördern.
- Soziale Beziehungen bieten auch Trainingsumfeld für kognitive Funktionen.
- Studienergebnis:
 - Kein statistischer Zusammenhang zwischen Gesundheit und Zufriedenheit bzw. zwischen Einkommen und Zufriedenheit bei Einzelpersonen, wohl aber bei Paaren!
- Ältere Paare besitzen bessere Problemlöseleistung als die „beste“ Einzelperson innerhalb des Paares, weil:
 - Innerhalb des Paares herrscht mehr Zusammenarbeitserfahrung.
 - Innerhalb des Paares herrscht mehr Kooperation als Konkurrenz.
 - Folglich: Partner als Cotherapeuten ausbilden!!!
- Studienergebnis:
 - Bedeutung von Geschwistern nimmt ab dem Alter von 50 Jahren wieder zu (nicht nur positive Beziehungen!!!).

Quelle: Münsterlingen 2006: Vortrag Prof. Dr. MARTIN Mike (Lehrstuhl für Gerontopsychologie am Institut für Psychologie der Universität Zürich): „Plastizität von Erleben und Verhalten: Möglichkeiten und Grenzen“

6. Abenteuer Alterspsychotherapie, besondere Herausforderungen:

6.1. WAS IST „ANDERS“?

6.1.1. Verhaltensbiologische, philosophische und ethische Aspekte in der Betreuung alter Menschen als Herausforderung für die Sozialpsychiatrie

(„Warum nur nehmen sie sooo schwer Hilfe an?“)

Die Verhaltensforschung befasst sich mit der objektiven Erforschung des Verhaltens der Tiere (Tierethologie) und des Menschen (Humanethologie).

Die Primatenforschung liefert Hinweise auf mögliche Verhaltensrelikte beim Menschen, die insbesondere bei Älteren zu Tage treten können.

KRAEPELIN vermutete schon 1920 unter Bezug auf DARWIN, dass „in Krankheitszuständen verschollene Regungen aus der Vorzeit der persönlichen UND stammesgeschichtlichen Entwicklung neues Leben gewinnen“

Das gilt besonders für Ältere, deren Einschränkungen durch Abbau und Behinderung archaische Grundängste wecken (Großhirn und „Filter“ Limbisches System „setzen aus“, Stammhirn „entscheidet alleine“)

Bei Depressiven und Menschen mit Demenz stehen zunächst therapeutisch zugängliche persönliche Konflikte im Vordergrund → beim genaueren Hinsehen erkennt man im Hintergrund immer unpersönlichere archaisch-ethologische Grundmuster wie Gefühle der Verfolgung, Beraubung und Verarmung, Erstarrung oder Getriebenheit.

Einige spezifische Konflikte Älterer korrelieren recht eindeutig mit ethologischen Grundmustern:

- Die weiterziehende Herde:
die kranke, schwache und alte Tiere zurücklässt, sodass diese Raubtieren zum Opfer fallen (z.B. freiwilliger Suizid der Alten bei den Navajos / alte Inuit wurden auf Eisschollen ausgesetzt / Steinzeitvölker in Afrika: den Hyänen zum Fraß zurückgelassen, ...)
- Altersbedingter Rückzug:
das geschwächte α -Tier wird (im Beruf, als Familienoberhaupt, Vereinsobmann, ...) durch die jüngere und stärker gewordene β -Garnitur „gestürzt“.
- Berufsaufgabe bedeutet zugleich die Vertreibung aus dem gewohnten Revier. Ebenso kann bei Umzugsdepressionen an das Aufgeben des gewohnten Reviers und eine Versetzung in ein anderes, fremdes Revier (z.B. Heim) gedacht werden.

Einige der für das Herdenverhalten typischen Muster sind beim Menschen als Relikte erhalten geblieben. In bestimmten Situationen greift er auf sie zurück (regrediert) im Bedürfnis, sich nicht vom Rest zu unterscheiden und sich dadurch sicher und geschützt zu fühlen [Quelle: Dr. med H. Luft: „Verhaltensbiologische Aspekte im Gruppenverhalten“, aus der Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“, Band 1-2005]

➤ "Nicht auffallen, dann kann man nicht reinfallen"

(Konstantin Wecker: „Brahmberg oder die Kunst des Vertuschens“)

(„...damit die Herde mich nicht zurücklässt“ / „...damit ich als α -Tier nicht gefährdet bin“ / „...damit ich nicht aus meinem Revier vertrieben werde“ / „...damit ich nicht ins Heim komme“)

Fünf zentrale Kategorien eines guten Lebens im Alter

Selbständigkeit
Selbstverantwortung
Selbstaktualisierung
Mitverantwortung
Bewusst angenommene Abhängigkeit

Quelle: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Kruse, Institut für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 2005/2016

1. Selbständigkeit:

Die Fähigkeit des Individuums, die zentralen Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe oder aber mit Hilfe, die es selbst zu gestalten und zu kontrollieren vermag, auszuüben, sodass ein selbständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich bleibt.

2. Selbstverantwortung:

Die Fähigkeit und die Bereitschaft des Individuums, sich selbst, die eigenen Gedanken, Gefühle, Entscheidungen und Handlungen zum Gegenstand einer reflektierten Auseinandersetzung zu machen, den Alltag in einer selbstbestimmten Weise zu gestalten und Ziele für die persönliche Zukunft zu entwerfen -> im Prozess der medizinischen und pflegerischen Versorgung: Mitbestimmung!

3. Selbstaktualisierung:

Die dem Individuum innewohnende Tendenz zur (=SELBST)Verwirklichung aller Qualitäten der Persönlichkeit – der körperlichen, kognitiven, emotionalen, empfindungsbezogenen, sozial-kommunikativen, ästhetischen und alltagspraktischen, wobei jede dieser Qualitäten für sich alleine schon eine Qualität der Selbstaktualisierung darstellt (s. Demenz!)

4. Mitverantwortung:

Die Fähigkeit und die Bereitschaft des Menschen, sich in die Lebenssituation anderer hineinzusetzen, sich für andere zu engagieren, etwas für andere zu tun, sich in der Gesellschaft zu engagieren (Aristoteles: „zoon politikon“)

5. Bewusst angenommene Abhängigkeit:

Beschreibt die Fähigkeit des Menschen, die in seiner Lebenssituation notwendigen Hilfen anzunehmen und die Abhängigkeit als ein natürliches Phänomen des Menschseins zu deuten. (Konzept der Freundschaft?). Sie beschreibt weiterhin die Fähigkeit des Menschen, Einschränkungen und Verluste, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können, anzunehmen, wobei diese Fähigkeit auch gefördert wird durch Hilfen, die dazu beitragen, Einschränkungen und Verluste in Teilen zu kompensieren oder deren subjektive Folgen erkennbar zu verringern.

Relationale Autonomie im Spannungsfeld zw. individualistischer Autonomie und Bevormundung:

- Individualistische Autonomie könnte bedeuten: „...Na! Wenn er/sie nicht will...“ -> allein gelassen
- Was bedeutet ein „nein“? (Nachfragen, Atmosphäre? evtl. kein Konzept für „nein“ – bedeutet vielleicht etwas Anderes?)
- Autonomie ist ein komplexer Begriff, der stets auf einer ganzheitlichen Ebene (sozial, geistig, körperlich-leiblich) durch Beziehungen erarbeitet werden muss („eingebettete Autonomie“)
- Mehrere Möglichkeiten schaffen für Entscheidung (Taktiken finden, „überreden“, auf Zeit setzen, vertrauensförderndes Klima schaffen...)
- Dennoch glz. Selbstverantwortung zugestehen

[Johann Platzer, Katholisch-theologische Fakultät Graz]

Es gibt folglich drei (!!!) Ebenen:

- die verhaltensbiologisch ableitbare Archaisch-Unbewusste
- die philosophisch begründbare Vernunftbetont-Bewusste
- die ethische, welche Interventionen überhaupt erst ermöglicht

Bedeutung der verhaltensbiologischen und philosophischen Überlegungen für die praktische extramurale Arbeit:

1. *Archaische Konflikte erkennen.*
2. *Den anfänglichen „Widerstand“ gegen die Annahme von Hilfen in diesem Sinne richtig einordnen.*
3. *Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung fördern.*
4. *Ein Klima der „Bewusst angenommen Abhängigkeit“ schaffen.*
5. *Signalisieren, dass man „zu einer Herde gehört, die Hilfsbedürftige mitnimmt“.*
6. *Unterstützen im Sinne der „relationalen Autonomie“*

Die **Alterspsychiatrische Beratungsstelle SOPHA** macht Beratung, Abklärung und organisiert die Behandlung und Betreuung im extramuralen Bereich, es vermittelt in idealtypischer Weise, dass es „eine Herde gibt, die einen nicht zurücklässt“ und achtet die relationale Autonomie.

Das **SOPHA mobil** – Team (Sozialpsychiatrische Hilfe im Alter) betreut in Erweiterung mit **PIA** im häuslichen Bereich und „ist eine Herde, die nie zurücklässt“. Es schafft in idealtypischer Weise ein Klima der „bewusst angenommenen Abhängigkeit“ und „relationalen Autonomie“

STUDIENERGEBNIS 1:

Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial

(The British Journal of Psychiatry (2010) 197, 463-467: G.Klug, G. Hermann, B. Fuchs-Nieder, M. Panzer, A. Haider-Stipacek, H.-G. Zapotoczky and S. Priebe)

„Over 1 year...the total costs of care per participant where...€8751.44...for the geriatric home treatment group and €21 031.84...for the control group.“

„Geriatric home treatment was associated with lower depression scores, better global functioning...also had fewer admissions to nursing homes and spent fewer days in psychiatric in-patient care...very effective and cost-effective...The benefits are already substantial after 3 months and are even more marked after a 12-month period.

= **RCT** (randomisierte, kontrollierte Studie) einer gemischten Gruppe Depressiver:

- Verbesserung der psychischen Symptomatik
- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Weniger Pflegeheim- und psychiatrische Krankenhaustage
- Kosten weit unter 50% trotz eines hochqualifizierten, ambulanten, multiprofessionellen Teams

STUDIENERGEBNIS 2:

= **Zwillingsstudie** über mehrere Zentren (SOPHAs Steiermark), durchgeführt durch die EPIG (Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit), im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark zur Evaluation der SOPHAs:

- Verbesserung der Psyche bei umfassender Versorgung
- Besserung der körperlichen (!) Befindlichkeit
- Weniger somatische (!) Arztbesuche (HausärztIn, InternistIn)
- Weniger somatische (!) Medikation (besonders ACE-Hemmer und Antidiabetika)
- Durch die SOPHA-Betreuung weniger chronischer Stress und Absinken der Gesamtbelastung des Körpers [Peinhaupt et al. BJPsych Open 2021]

6.1.2. Aus o.g. Überlegungen ergeben sich auf folgenden Ebenen Besonderheiten für die Begleitung, Betreuung, Therapie Älterer:

- Auf der organisatorischen Ebene
- Inhaltlich
- Auf der Beziehungsebene
- Bezüglich der Angehörigen

(nach Blow 2000, Blow u. Barry 2000, Epstein et al. 2007)

Organisatorisch:

- Gerontologische, -psychiatrische, -psychotherapeutische Kenntnisse.
- Kognitive, somatische und sensorische Defizite berücksichtigen können.
- Vernetzung mit allen relevanten Einrichtungen.
- Indirekte Arbeit mit Angehörigen, sozialem Umfeld und mobilen und anderen involvierten Diensten.
- Niederschwelligkeit (ambulant, kostenfrei, wohnortnahe, aufsuchend, nicht zwingend mit Überweisungsschein)
- Psychotherapie: vorzugsweise vormittags/Gruppenangebote (altershomogen) favourisieren (vergleichbare Lebensthemen/voneinander lernen/keine Abwertungen durch Jüngere/evtl. Kürzere Sitzungsdauern).

Inhaltlich:

- Ressourcen- statt defizitorientiert vorgehen (geriatrisches Prinzip)
- Diagnose ist in der Vorstellungswelt Älterer nicht vorhanden, wird verleugnet, Folgen werden dem Alter oder Erkrankungen zugeschrieben → sanftes Heranführen.
- Altersspezifische Themen ansprechen: (Nach-) Kriegserfahrungen, Verluste, Kränkungen, soziale Isolation, Einschränkung in der Mobilität, Umzug in ein Heim.
- Religiös – spirituell – existentielle Ebene mit einfließen lassen.
- Vermittlung von Fertigkeiten zum Wiederaufbau von Sozialkontakten
- Schuld- und Schamgefühle sind oft sehr ausgeprägt – ansprechen.
- Strukturierung des Tagesablaufes.
- Unterstützung bei der ALTERNARBEIT (wie Trauerarbeit / Integration der Lebensgeschichte / Anerkennung der Veränderungen am Selbstbild / neue Ziele)

Auf der Beziehungsebene:

- Beziehungsaufbau noch wichtiger als bei jüngeren Patienten (Peters et al. 2002)
- Spezielle (Gegen-) Übertragungen berücksichtigen (Radebold 1992, Peters 2006)
- Konfrontatives Vorgehen weitgehend aussparen (würde nur negative Übertragungen begünstigen und Widerstand hervorrufen: „Ich lass mich doch von meiner Tochter nicht bevormunden“ - „Der Umgang mit mir ist schlimmer als die eigentliche Krankheit“)
- Die mögliche Annahme des Älteren berücksichtigen, nach den vorherrschenden gesellschaftlichen Normen vom (jüngeren) Betreuer / Psychotherapeuten als Mensch in seinem Wert nicht voll akzeptiert zu werden (Fischer, Peter 2012)

- Die mögliche Annahme des Älteren berücksichtigen, dass dem (jüngeren) Betreuer / Psychotherapeuten das (zeitgeschichtliche) Verständnis fehlt (Fischer, Peter 2012. Zur Psychotherapie alter Menschen. Psychopraxis, 15 (3), 22-26)
- „Tabuverletzung“ im Therapieangebot an Ältere (in der bisherigen Kulturgeschichte „lernen“ die Jüngeren von den Älteren und nicht umgekehrt...) (Radebold 2002)
- Dass der Ältere dennoch (!) einen (jüngeren) Betreuer / Psychotherapeuten akzeptieren „müssen“, lässt unter Umständen ein Minderwertigkeitsgefühl aufkommen
 - Ansprechen!!!
 - Respekt vor der bisherigen Lebensleistung zeigen!

!!!DIE WÜRDE DES GELEBTEN LEBENS ACHTEN!!!

Übertragungsphänomene:

Sigmund Freud 1898, Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen:

„Die psychoanalytische Therapie...scheitert bei allzu betagten Personen daran, daß sie bei ihnen, dem angehäuften Material entsprechend, allzuviel Zeit in Anspruch nehmen würde, so daß man bis zur Beendigung der Kur in einen Lebensabschnitt geraten würde, für welchen auf nervöse Gesundheit nicht mehr Wert gelegt wird“

Sigmund Freud 1905, Über Psychotherapie:

„Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl zur psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe an oder über fünfzig Jahre einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche die Therapie rechnet – alte Leute sind nicht mehr erziehbar – und andererseits das Material, welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert“

- Bei der **Übertragung** werden alte, oft verdrängte Gefühle, Erwartungen, Befürchtungen, Vorurteile aus der Kindheit unbewusst auf neue soziale Beziehungen übertragen
- Übertragung findet in jeder Interaktion zwischen Menschen statt
- In Beziehungen, in denen ein „Gefälle“ herrscht (Schüler-Lehrer, ...) findet Übertragung verstärkt vor
- Wenn mit „Neutralität“ gearbeitet wird, d.h. das Entstehen einer normalen Alltagsbeziehung zu unterbinden versucht wird (Patient-Therapeut), noch stärker
- Z.B. Eltern-, Geschwister-, Kinder-, Enkelübertragung – können multigenerationell auch nebeneinander bestehen [Radebold 1998]
- Wie nun umgekehrt der Therapeut auf die Übertragung durch seinen Klienten unbewusst mit Gefühlen, Erwartungen, Befürchtungen, Vorurteilen reagiert, bezeichnet man als **Gegenübertragung**
- Ist der/die Therapeut(in) deutlich jünger – wie meist in der Alterspsychotherapie, dann kommt es zu einer (rollen?)**umgekehrten Übertragung**: „Ich lass mich doch nicht von meiner Tochter bevormunden“; „Der könnte mein Kind sein...hat ja keine Erfahrung“; „Soll wiedergutmachen, was meine Kinder nicht leisten konnten“ und umgekehrt, ... (findet auch bei Kinderlosen statt!) [Radebold]
- Neben der Gegenübertragung als Reaktion (s.o.) gibt es beim Therapeuten auch eine Übertragungsbereitschaft auf den Klienten: die **Eigenübertragung**
- Daher sollte die eigene Beziehung des/der TherapeutIn zu den Eltern und Großeltern reflektiert worden sein: Ärger, Hass, Scham, Schuld, idealisierte Wünsche, Enttäuschungen, verpasste Chancen, Rachegefühle...
- ...ebenso wie die eigenen Altersbilder, (Todes)ängste, ...
[H. Radebold „Psychodynamik und Psychotherapie Älterer“ (1992), Springer, Berlin, Heidelberg, New York“]

Was Ältere in uns auslösen können:

- Grotjahn (1956): eine intensivere Übertragung
- Plotkin (2000): wir sind evtl. „mehr persönlich involviert“, da:
- ... von Älteren mehr wertgeschätzt
- ... die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit evtl. ausgelöst wird
- ... wir weniger analytische, mehr unterstützende Funktion erhalten
- Peters et al. (2014): mehr Freundlichkeit bei Älteren, weniger Neutralität

Bei welchen Älteren ist mit einer intensiveren Übertragung zu rechnen:

[Vortrag Meinolf Peters, 05.04.2024, Graz]

- Einsame Ältere
- Betagte Ältere
- Bei unsicher-ängstlich (verstrickter) Bindung
- Wenn der Tod näher rückt

Ältere TherapeutInnen und ältere KlientInnen:

[Vortrag Meinolf Peters, 05.04.2024, Graz]

- Ältere TherapeutInnen fühlen sich in der Therapie Älterer entspannter und kompetenter
- Eher geschwisterliche Übertragung
- Eigene Alterserfahrungen
- Vergleichbare biografische Erfahrungen
- Gleiche Entwicklungsaufgaben

Befragung jüngerer TherapeutInnen bei älteren KlientInnen: als schwierig erlebt ...

[Studie von Lee et al. (2003)]

- Unterschiedliche Vorstellungen und Ziele
- Sich vermutlich im Alter der (Enkel)Kinder zu befinden
- Mehr Zeit zu verwenden, um Therapie zu erklären
- Häufigere Verlustthemen, manchmal Hoffnungslosigkeit
- Sehr komplexe, sehr lang bestehende Probleme
- Ausgeprägte „Gesprächigkeit“ Älterer
- Schwierigere Abgrenzung, was persönliche Infos betrifft

..aber auch:

- „ein Gefühl, gewollt und willkommen zu sein und gebraucht zu werden“
- „Sie neigen dazu, die Gespräche wertzuschätzen“
- „Sie kommen pünktlich und respektieren deine Professionalität“
- Einige hatten die Arbeit mit Älteren auch als Aufforderung erlebt, eigene Einstellungen und Vorbehalte zu überprüfen: „Ältere Erwachsene sind menschliche Wesen, keine andere Spezies“
- „Erkennen, dass die späten Jahre erfüllend sein können, dass Freude möglich ist“

Beispiele für Übertragungsfallen:

(-> 4. Gebot: „Du sollst Vater und Mutter ehren lebenslang“)

- Als „braver Enkel“ unterliegt man dem Tabu, älteren Menschen nicht zu

widersprechen (z.B.: Eine junge Ärztin behandelte eine ältere depressive Patientin. In der mit der Enkelübertragung korrespondierenden Gegenübertragung wagte sie es nicht, deren Tabletten sucht anzusprechen, und akzeptierte eine schädliche Selbstmedikation)

- Ältere Patienten erscheinen wie schwache Eltern und lösen Parentifizierungsreflexe aus
- ...erscheinen wie autoritäre Eltern und lösen in Erinnerung der eigenen Abhängigkeit Rachegefühle aus
- Reflexion eigener Scham, eigener Schuldgefühle, eigenen Grolls (z.B.: Ein Therapeut verhält sich unduldsam gegenüber einer 90jährigen bzgl. einer Heimunterbringung. In der Supervision reflektierte er, wie sehr er unter der Rigidität einer gleichaltrigen Tante gelitten habe ≈ verleugnete Rache)

[Psychotherapie im Alter 2/21, „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Fokus]

6.1.3. Bedeutung der Angehörigenarbeit hinsichtlich Demenz

Ebenso wichtig sind Angehörige alter Menschen, sowie formelles und informelles Helfernetz. Für sie gilt genauso wie für die Erkrankten: Unterstützung, Beratung und Betreuung müssen möglichst frühzeitig erfolgen, um drohender oder bereits eingetretener Überlastung entgegenzuwirken.

Aber auch deshalb von Bedeutung: Eine Analyse von 198 Lebensqualitätsstudien bei Menschen mit Demenz zeigt: zu besserer LQ zählen das Bestehenbleiben von Beziehungen, soz. Engagement und funktionalen Fähigkeiten. Zur schlechteren LQ zählen: schlechtere körperliche und geistige Gesundheit, aber an 3. Stelle: „das schlechtere Wohlbefinden der Pflegenden“

[Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu Yt, Lamont RA, Henderson C, Clarke R, Hindle JV, Thom JM, Jones IR, Morris RG, Rusted JM, Victor CR, Clare L. Living with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. Psychol Med. 2018 Oct;48(13):2130-2139]

- 92% der Menschen mit Demenz werden von „Angehörigen“ versorgt (2024 Ö: 80%)
- durchschnittlich 8 Jahre lang
- durchschnittlich 36,7 Std./Woche

Wer sind die pflegenden Angehörigen? [Schneekloth 2006]

- ¾ aller privaten Hauptpflegepersonen sind Frauen
- 60% von ihnen sind selbst schon 55 Jahre und älter
- 28% von ihnen sind (Ehe-)PartnerInnen
- 42% von ihnen sind (Schwieger-)Kinder
- 22% von ihnen sind andere Familienmitglieder
- 8% von ihnen sind Freunde und Bekannte

Wer sind die pflegenden Frauen? [ÖBIG 2005; Frauenbericht Wien 2010]

- 79% der pflegenden Angehörigen
- Durchschnittsalter 58 a
- Haben zu 91% kein Einkommen

Unterschiedliche Motive: (Seidl/Labenbacher 2007)

Pflegende Frauen: das selbstlose Handeln steht im Vordergrund

Pflegende Männer: fühlen sich eher verpflichtet

Ängste und psychische Belastungen der betreuenden Angehörigen: (Faßmann, 1995)

- 40% mittleres burnout
- 25% hohes burnout
- 7% akutes burnout
- Erhöhtes Depressionsrisiko (Prävalenz 36%, Kontrollgruppe 9,6%)
- Erhöhtes Risiko, an körperlichen Erkrankungen zu leiden (Bluthochdruck, Infektionserkrankungen, ...)
- Stresshormon-Niveau um 23% höher, Antikörper-Niveau um 15% niedriger als in der Kontrollgruppe.

Betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz ...

- leben oftmals völlig isoliert.
(Adler, Gunzelmann; Machold, Schuhmacher&Wilz, 1996)
- sind häufiger suchgefährdet (Schlaf-, Beruhigungsmittel, Alkohol)
(Adler, Gunzelmann; Machold, Schuhmacher&Wilz, 1996)
- ...neuerdings auch Kauf- und Spielsucht!
- haben ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.

(Pinquart und Sörensen, 2003)

Einflussfaktoren auf die Belastung:

- Ethnische und kulturelle Einflüsse
- Wissen um die Erkrankung
- Soziale Unterstützung
- Herausforderndes Verhalten des Betroffenen
- Familienkonflikte (Qualität der Beziehung vor Beginn der Demenz)
- Persönlichkeitsvariablen des Angehörigen

„Allein gelassen“

- Der Kontakt zum Menschen mit Demenz wird immer „ärmer“
- Freunde und Bekannte kommen seltener, gar nicht.
- Andere Angehörige leugnen die (Schwere der) Krankheit.
- ÄrztInnen und TherapeutInnen bagatellisieren die Symptome und deren Auswirkungen.
- Menschen im „öffentlichen Leben“ haben wenig Verständnis.

(Workshop Münsterlingen 2012; Prof. Dr. Sabine Engel, Professorin für psychogerontologische Intervention, Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg)

- Partner von Menschen mit Demenz haben sich adaptiert, stützen, übernehmen und ergänzen:
 - Bei Homevideos über diese Paare ergab sich nur eine 50%ige Trefferquote von beobachtenden Laien, wer jetzt der Betroffene von beiden sei!

Quelle: Münsterlingen 2006: Vortrag Prof. Dr. MARTIN Mike (Lehrstuhl für Gerontopsychologie am Institut für Psychologie der Universität Zürich): „Plastizität von Erleben und Verhalten: Möglichkeiten und Grenzen“

Möglichkeiten der Angehörigenberatung u.a.:

- Wie umgehen mit Widerstand gegen Hilfe?
- Wie umgehen mit Rollenumkehr?
- Wenn alte Konflikte in der Demenz hochkommen?
- Wie umgehen mit der Emotionalität von Menschen mit Demenz?
- Wie umgehen mit der neuen Rolle bei Demenz?

- Wie umgehen mit dem Verlust bei Demenz?
- Wie kann ich die Beziehung bei Demenz gut aufrechterhalten?
[Florian Bödecker, „Wie Menschen mit Demenz ihre Beziehung erhalten können“, PiA 4/13.Jg. 2016]

Widerstand gegen die Annahme von Hilfen archaisch bedingt?

Angst: Gefühle der Verfolgung, Beraubung und Verarmung – Alte, Kranke und Schwache werden „zurückgelassen“; / „gestürztes Oberhaupt“ - Vertreibung aus dem gewohnten „Revier“ (Heimunterbringen, ...)

Rollenumkehr: Vater und Mutter werden zu Kindern bzw. umgekehrt.

Betreffend Demenz: In der (auch biografischen) Rückentwicklung des Menschen mit Demenz treten *alte Konflikte* wieder zutage (und verschwinden eventuell auch wieder...) (Kompensatorisch verstärkte) *Emotionale Antenne* -> *größere Sensibilität*

Rollenneue definierung: „Werdende Witwe“; „Fühlen Sie sich noch als Ehefrau?“

Trauer normalisieren: ist nicht „unpassend“ – normalerweise folgt dem biologischen Tod der soziale – in der Demenz ist es umgekehrt!!

Hinweise für den Alltag:

Grundlegendes - Haltung:

- Sicherheit geben
- Selbstwert steigern
- Autonomie bewahren
- Scham und Abwehr respektieren
- Beschäftigung statt Training
(Lebensqualität im Vordergrund!)

In der Kommunikation ist zu beachten:

- Wortfindungsstörungen: umgekehrt wird das Gehörte immer weniger verstanden → (sich) Zeit lassen
- Langsam, deutlich, in einfachen und kurzen Sätzen, von vorne und auf Augenhöhe sprechen
- Geschlossene Fragen bevorzugen, komplexe Fragen vermeiden
- Wichtig auch: Körpersprache, Mimik, Sprachmelodie, Sprechrhythmus, „zwischen den Zeilen lesen“
- Zu lautes Sprechen kann verwirren
- Erklärungen, Diskussionen, Konfrontation mit der Realität vermeiden. Menschen mit Demenz verlieren die Fähigkeit, Einsicht in überzeugende Argumente zu haben und lassen sich ungern überzeugen
- Achten Sie auf das Tragen von Brillen und Hörgeräten

Einfühlsame Kommunikation mit Menschen mit Demenz



Die Haltung einfühlsamer Kommunikation

sich auf die Bedürfnisse des Anderen konzentrieren und versuchen, sie zu befriedigen

Ein Beispiel



Der an Demenz erkrankte Mensch kann sich nicht an seine Umgebung anpassen → wir müssen uns und seine Umgebung anpassen

Ressourcenorientiert denken und versuchen, den Blick auf die noch vorhandenen Fähigkeiten zu richten (Geriatrisches Prinzip!) → nicht gleich alles abnehmen (Kruse: Selbständigkeit! Selbstverantwortung! Selbstaktualisierung!)

Miteinbeziehen in Entscheidungen, selbst wenn diese nicht verstanden werden (Kruse: Mitverantwortung! Bewusst angenommene Abhängigkeit!) → Dinge, die hinter dem Rücken besprochen werden, machen misstrauisch und paranoid und können das Verhältnis stark belasten

Tagesstruktur schafft Sicherheit!

Tägliche Rituale und Routinen im Alltag einführen bzw. belassen

Notwendige Veränderungen einfühlsam und schrittweise einführen

Gedächtnisstützen verwenden (z.B. Türen, Kästen, Laden, Fotos beschriften, große Kalender...).

Häufig Datum und Uhrzeit einfließen lassen

Bei Spaziergängen über das sprechen, was Sie sehen
Pflegerische Kleidung mit einfachen Verschlüssen. Kleidungsstücke in richtiger Reihenfolge zu Recht legen

Komplexe Aufgaben in in einfachere Teilschritte zerlegen, so können sie länger selbstständig durchgeführt werden

Die Körperpflege immer mit denselben Worten und in derselben Reihenfolge durchführen und genügend Zeit geben

Individuelle Körper/Waschbiografie berücksichtigen. Ist tägliches Duschen sinnvoll?

Gewährleisten von genügend Trinken (Durstgefühl im Alter reduziert, Vergesslichkeit macht es noch schwieriger)

Gemeinsam essen, damit die Handlungen gesehen und nachgemacht werden können.

Eventuell das Essen so zubereiten, dass es mit den Fingern gegessen werden kann (finger food).

Essen Eingeben einfühlsam und sorgsam, genügend Zeit lassen

Gemeinsame Spaziergänge vermitteln ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und der Sicherheit.

Schlafstörungen: Frische Luft und Bewegung, zu viel Tagesschlaf vermeiden, ein gemeinsames „Gute Nacht Ritual“ entwickeln
Für gute Beleuchtung sorgen: Schatten können oft nicht zugeordnet werden und Angst machen

Lieder, Reime, hauswirtschaftliche Fähigkeiten und religiöse Rituale bleiben lange erhalten
→ fördern!

Musik kann alte Erinnerungen wecken

Überforderung, Versagensängste und Enttäuschungen werden oft erleben → ganz bewusst Erfolgserlebnisse ermöglichen

Möglichst nicht mit der Vergesslichkeit konfrontieren

Situationen vermeiden, in denen der Mensch mit Demenz wahrscheinlich „versagen“ wird

Menschen mit Demenz sind oft davon überzeugt, selbstständig und angemessen zu handeln. Die Krankheit wird oft bagatellisiert oder sogar negiert. Das ist zu respektieren und im Umgang zu berücksichtigen, notwendige Unterstützung sollte daher behutsam erfolgen

Die Betroffenen Menschen leben im Sinne der Rückwärtsentwicklung oft in ihrer Vergangenheit, sind z.B. noch berufstätig, sorgen sich um die Kinder, wollen von der Schule nach Hause oder erkennen Angehörige nicht mehr... Dieses Erleben ist real (keine Halluzination!), die oft gut gemeinte Konfrontation unserer Realität ist daher kontraproduktiv und kann zu Verunsicherung und aggressiver Abwehr führen.

Eigenen Ansprüche und Maßstäbe (der Angehörigen, der Pflegenden, ...) sollten mit den Ansprüchen von Menschen mit Demenz in Relation gebracht werden

Wie kann ich Hoffnung geben - wie kann ich die Beziehung bei Demenz gut aufrechterhalten anhand von Überlegungen, was Beziehung ausmachen kann:

[Prof.Dr.med.Giovanni Maio, Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Freiburg: „Menschsein in der Demenz“; 2015; Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien; Imago Hominis, Band 22, Heft 4, S. 249-258]

- Der Mensch mit Demenz bleibt ein unverwechselbares Wesen mit eigenem Charakter, er hat weder sein Selbst, seine Identität noch seine Persönlichkeit verloren
- Nicht nur fragen, was die Demenz dem Menschen wegnimmt. Was kann sie bedeuten?
- Es geht nicht immer die Erinnerung verloren, sondern oft auch nur der geistige Zugang zu ihr (s. Erfolge durch Musiktherapie / Duft der Lieblingsblume, Gestreichelt werden, ...)
- Auf den „Erinnerunginseln“ kann man sich auch gemeinsam aufhalten
- Der Mensch mit Demenz muss entlastet werden, irgendeiner früheren Form, Rollenerwartung zu genügen -> evtl. freierer, unbekümmerter Umgang möglich: „Mein Vater war früher nie so angenehm, ich hab‘ ihn nur streng in Erinnerung“

WIE KANN ICH DAS SELBSTWERTGEFÜHL STEIGERN:

- Alles wird fremd -> Geborgenheitsgefühl neu vermitteln!
- Ressourcenorientiert begegnen (nicht defizitorientiert)
- Vermitteln, dass sie keine Belastung sind, sich nicht schämen müssen
- Anerkennung geben (oft reichen kleine, bekannte Gesten)
- Zuwendung geben (Blick, Geste, Umarmung, ...)
- Wertschätzung geben

WIE KANN ICH DIE „EMOTIONALE ANTENNE“ NUTZEN:

... in Hinblick auf Intimität:

- Geistige Nähe (Gespräche) nimmt ab
- Körperliche Nähe (Sexualität) kann abnehmen
- **Aber: Emotionale Nähe** bleibt lange erhalten (s.o.)
- Nonverbale Mitteilungen können in der Demenz auch im späten Stadium gemacht und verstanden werden
- Hinweise in Einzelfällen auf Empathiefähigkeit mindestens bis ins mittlere Stadium
- Die größere Sensibilität kann (für Beziehungsangebote) genutzt werden

... in Hinblick auf Vertrautheit:

- Episodisches Gedächtnis für neue Erlebnisse früh beeinträchtigt
- Im fortgeschrittenen Stadium auch das autobiographische Langzeitgedächtnis
- Gemeinsame Erinnerungen nehmen immer mehr ab
- **Aber: Emotionales Lernen** (nicht bewusst, aber atmosphärisch erinnert!) bleibt als Fähigkeit bis mindestens ins mittlere Stadium

- Im Frühstadium der Demenz...
- Semantisches Gedächtnis (allg. Tatsachen und Wissen) scheint mehr betroffen als das episodische, autobiographische Gedächtnis
- An Lebendiges (Personen, Tiere) erinnern sich Menschen mit Demenz besser als an Dinge

- Das implizite Gedächtnis (unbewusst wissen, wie man etwas macht, was man mit einer Sache macht) ist deutlich länger erhalten als das explizite Gedächtnis (Tatsachen und Ereignisse, die bewusst wiedergegeben werden können)
- Mit vertrauten Personen und Dingen umgeben, auch wenn diese nicht explizit erkannt werden!!!

... in Hinblick auf Positivität:

- Wechselseitigkeit, offene Kommunikation und gemeinsame Erlebnisse nehmen ab
- **Aber: auf der emotionalen Ebene** können positive Interaktionen wie Liebe, Wärme, Nähe, Dankbarkeit und Wertschätzung bis ins fortgeschrittene Stadium ausgedrückt werden

6.1.4. Konzept des „uneindeutigen Verlustes“ – die „weiße Trauer“:

[9. Münsterlinger Symposium für Alterspsychotherapie, „Alter und Abschied“, Workshop mit Heidi Schänzle-Geiger, Gerontopsychologin]

- Mensch mit Demenz zur gleichen Zeit abwesend und präsent („Ich fühle mich einsam, obwohl mein Mann neben mir sitzt“)
- Es gibt keinen „Beweis“ für den Verlust (Totenschein, Grab...)
- Trauerarbeit daher nicht möglich (Trauer beginnt vor dem biologischen Tod)
- „Sozialer Tod“ („sich verabschiedet, ohne zugehen“)
- VERLUST des geliebten Menschen
- VERLUST der Sicherheit über die Zukunft des Betroffenen und seine eigene
- VERLUST der Kontrolle über das aktuelle Leben
- VERLUST des Vertrauens in eine faire und verlässliche Welt
- VERLUST von Träumen
- VERLUST von Identität (Bin ich noch verheiratet?)
- Dem Problem einen Namen geben
- Trauer und Traurigkeit normalisieren
- Zum „dualen Denken“ anregen: „Sie ist gegangen, aber auch noch da“, ...
- Gespräche mit anderen Betroffenen
- Familienrituale, -feste weiterführen, anpassen
- Sich eine „psychologische Familie“ suchen (unterstützende - „Wahlfamilie“)
- Es ist nicht meine Schuld, sondern die der Krankheit
- Achtsamkeit für eigene Bedürfnisse / Entlastung
- Schuldgefühle, Scham, Ärger sind normal, Hass und Liebe können „gleichzeitig“ da sein
- Sich öffnen, seine Gedanken: „Könnt ich doch sterben“, „Ich lass mich scheiden“, ...
- Rekonstruktion der Identität (neue Rolle, ...)
- Das Verlorene betrauern (Rituale nach jedem Verlust: das letzte gemeinsame Schifahren, Verlust der Kontinenz)

CAVE: Bei Verleugnung / Unterdrückung drohen neben einem burnout des betreuenden Angehörigen auch Vernachlässigung (bis hin zur Misshandlung)

6.1.5. Bedeutung der historischen Dimension:

[Meinolf Peters: „Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie“. 2004 Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen]

- Bedeutung der frühen Erfahrungen für spätere Lebensphasen unbestritten
- Zeitgeschichtliche Einflüsse bisher jedoch weitgehend unberücksichtigt
- Sind aber Identität stiftend
- Die Kohorten [beieinander liegende Geburtsjahrgänge] zeigen gemeinsame Gewohnheiten, Verhaltensweisen, Normen, Vorlieben und Einstellungen
- Daher sind zeitgeschichtliche Einflüsse in die Behandlung zu integrieren, zeitgeschichtliches Wissen ist notwendig
- Wir befinden uns am Übergang
- ...der (vor) während des Zweiten Weltkriegs Geborenen
- ...über die in der Nachkriegszeit Geborenen
- ...bis zu den späten 68ern

Jahrgänge 1929 – 1945 betroffen durch:

(Vortrag Prof. Dr. med. RADEBOLD Hartmut; (bis 1997 Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Univ. Kassel): „Zeitgeschichtliche Einflüsse auf die Psychotherapie Älterer (Jahrgang 29-45)“ Münsterlingen 2006)

- Bombenangriffe, Evakuierungen, Flucht
- Vertreibung, Aufwachsen in der Fremde (BRD: 14 Millionen Menschen)
- Väterliche Abwesenheit (BRD: 2,5 Millionen Halbwaisen; 1,7 Millionen Kriegswitwen)
- Zusätzlicher Verlust der Mutter, Geschwister, Großeltern
- Gewalterfahrung (in der BRD geschätzte 2,4 Millionen Vergewaltigungen)
- 30% der Kinder sind ausgeprägt traumatisiert, 30% ausgeprägt geschädigt
- Aber auch: 40% haben nicht Derartiges erlebt (nur „Abenteuer“)
- Traumaaktivierung/Retraumatisierung durch Kriegsberichterstattung, Geschichtssendungen, schwere Operationen, Handtaschendiebstahl

Mögliche erworbene Störungen /Krankheiten aufgrund zeitgeschichtlicher Erfahrungen und deren mögliche Verlaufsmuster:

[Radebold 2005]

- Direkt fortbestehend bis heute anhaltend (PTSD)
- Erworbene und anerzogene typ. Einstellungen und Verhaltensweisen der Kriegskinder
- Chronifizierte schwere Anpassungsstörung/Persönlichkeitsveränderung
- Zunächst abgespalten – reaktiviert im Alter (Angst, Depression)
- Reaktiviert durch Demenz und Pflegebedürftigkeit (erneute Hilflosigkeit)
- Krankheitsbilder (unter welchen diese Betroffenen leiden können)
 - Posttraumatische Belastungsstörung (engl.: Posttraumatic Stress Disorder, Abk.: PTSD)
 - Angst und Panik
 - Depression und Abkapselung
 - Phobien
 - BPSD bei Demenz

- Geförderte Funktionen (Wie ist diese Generation „erzogen“ worden?):
 - Altruismus („Selbstlosigkeit“)
 - Verzichtshaltung, Sparsamkeit
 - Härte gegen sich selbst
 - „Funktionierend“

 - Störungen (die durch diese Erlebnisse entstehen können):
 - Beziehungs-, Bindungsstörung
 - Eingeschränkte psychosoziale und psychosexuelle Identität beider Geschlechter.
 - Einschränkung der Lebensqualität und der Funktionsfähigkeit.
 - Funktionelle körperliche Störungen (gehäuft Koronare Herzkrankheiten)
 - Chronifizierte Anpassungsstörung

 - Verstärkung durch...
 - Kaum protektive Faktoren.
 - Keine Gelegenheit zum Trauern (heute noch 1,2 Millionen in der BRD)
 - Kinder „funktionieren“ als Heranwachsende, zeigten keine Symptome (Gesellschaft, auch Psychiatrie war zufrieden)
 - Niemand wollte die Geschichten hören

 - Danach nur 3 – 4 Jahre Zeit für Verarbeitung
 - Verleugnung, Bagatellisierung
 - Verkehrung ins Gegenteil (Abenteuergeschichten)
 - Spaltung Kognition - Affekt
 - Generalisierung („haben ja alle erlebt“)

 - Folgende Fragen stellen raschen einen Bezug zum Patienten her:
 - Welcher Jahrgang sind Sie? (Nicht: „Wie alt“)
 - Wo sind sie geboren? (Flucht, ...)
 - „In der Regel ist Ihr Jahrgang schwer betroffen!“ (damit Angebot, weiter zu erzählen)

 - Vorschläge für Vorgehensweise:
 - Schreiben sie Ihre Biographie!
 - Erzählcafé
 - Biographiearbeit in Gruppen
 - Innerhalb der Familie erzählen
 - Fokalthherapie (jetzt Abschied nehmen)
 - Längerfristige Psychotherapie
 - Krisenintervention
 - Institutionen (Heime, ...) ausbilden und beraten
 - Musterwiederholungen bekämpfen (z.B. Frauen durch Frauen pflegen, ...)
- MERKE!! Eltern dieser Generation waren durch 1. Weltkrieg betroffen!!!!**
 (d.h. selbst traumatisiert, im täglichen Überlebenskampf in der Zwischenkriegszeit)

Kriegskinder können daher folgende Verhaltensweisen zeigen:

[Radebold 2014]

- Nichts wegwerfen können – Vorräte anlegen -> Vermüllungssyndrom
- Ausgeprägte Sparsamkeit
- Sorgfältiges Planen, Organisieren (ansonsten tödlich im Kriegseinsatz) -> Zwanghaftigkeit
- Erhöhtes Sicherheitsbedürfnis -> wahnhafte Züge
- Erhaltung von Autonomie, um Krieg zu über überleben -> Ablehnung von Hilfen
- Kämpfen um Erhalt alten oder neu erworbenen Eigentums
- Ausgeprägtes Reinlichkeits- und Sauberkeitsbedürfnis (aufgrund Erziehung od. erlebter Vergewaltigung)
- Fehlende Rücksichtnahme auf sich selbst („Zäh wie Leder, hart wie Kruppstahl“)
- Sofort zum Aufbruch bereit sein (Bombenalarm, ...)
- Ständige Angst, wichtige Personen zu verlieren (Angst der Mutter, wenn man mit dem Auto wegfährt, wenn man zu spät kommt, ...)
- Schwierigkeit bis Unmöglichkeit zu trauern (stattdessen innerer Rückzug, Erstarrung, Dekompensation)
- Vorsichtige, skeptische bis misstrauische Grundeinstellung (verhindert Kontakte und Annahme von Hilfe)
- Konkretistisches Denken (Unfähigkeit zum abstrakten Denken, zur Metaebene)
- Einengung von: Lebensumständen, Kontaktfähigkeit, Gefühlsleben, psychosozialer Funktionalität, Lebensqualität, Bewältigung des Älterwerdens, Herausforderndes Verhalten, Fehlendes Verständnis der Umwelt, Teufelskreis

6.1.6. Welche Rolle spielt die nationalsozialistische Erziehung?

(Aus der Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“ 1/10.Jg. 2013; „Frauen“)

(Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten; H. Radebold, W. Bohleber, J. Zinnecker (Hrsg.); Juventa Verlag Weinheim und München; 2008)



AKG IMAGES / LUCIEN LORELLE (Ausschnitt)

Um Soldaten und Mitläufer zu „produzieren“, forderte das NS-Regime von Müttern, die Bedürfnisse ihrer Babys zu ignorieren:

Die wichtigsten Grundsätze der nationalsozialistischen Erziehung beschreibt die Ärztin **JOHANNA HAARER** (1900 - 1988) in ihrem Buch „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ (1934). Sie war Autorin von auflagenstarken Erziehungsratgebern, die eng an die Ideologie des Nationalsozialismus angelehnt waren und in „Reichsmütterschulungen“ und über 3000 Wanderlehrerinnen verbreitet wurde an 3 Millionen Mütter bis 1943 (aufgelegt vor u. nach 1945! Nach 45 ohne „deutsche“ im Titel; bis 1987 1,2 Mill.! – zuletzt 1996! Bis in 60er Jahre Lehrbuch und Schulungen in Berufs- und Fachschulen). (Wikipedia).

- Eine möglichst frühe Trennung von Mutter und Kind. Das Neugeborene soll erst einmal 24 Std. für sich alleine sein, ehe es das erste Mal gestillt werden darf. Der Säugling soll immer nur 20 min. gestillt werden und danach bis zum nächsten Stillen in einem anderen Zimmer alleine gelassen werden.
- Grundsatz: „Sich niemals ohne Anlass mit dem Kind abgeben“ (Schreien lassen in der Nacht, ... Hart bleiben, ...)
- Von Anfang an in der Erwachsenensprache mit dem Neugeborenen kommunizieren, keine Gurrlaute o.ä.
- Gehorsam eintrichtern: „Du musst Gehorchen lernen“; Aufforderungen mit einem Klaps verbinden
- „Mutter“ sagen statt „Mutti“ oder „Mama“
- Reinlichkeitserziehung: „Wer ein unsauberes, schlecht riechendes und mit seinen Entleerungen beschmutztes Kind um sich duldet, handelt den bevölkerungspolitischen Zielen unserer Staatsführung zuwider“
- Nach Hitler sei „jedes Kind eine Schlacht“. Die Mutter müsse jeden Tag den Kampf mit den schlechten, gierigen, Ekel erregenden und aggressiven Seiten des „Tyrannen“ bestehen.

NB: Es handelt sich hier um Zitate von J. Haarer, der Autor identifiziert sich in keinem Fall damit!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Folgen der Erziehung:

- Lt. Bindungsforschung wirken die Folgen dieser Erziehung bis heute nach (über die Generationen hinweg)
- Langzeitstudie: 136 rumänische Waisenkinder, Hälfte im Heim, Hälfte in Pflegefamilie -> Probleme bei Sprache und Bindungsverhalten (Kontrollgruppe aus der Region bei den leiblichen Eltern aufwachsend)
[Team um die Psychiaterin Mary Margaret Gleason, Universität in New Orleans, 2014 veröffentlicht in der Zeitschrift „Pediatrics“]
- Eine ganze Generation wurde systematisch (durch „Reichsmütherschulungen“) erzogen zu Emotions- und Bindungslosigkeit, -armut
- Lt. Radebold: anfällig waren v.a. Mütter, die selbst aus zerrütteten Familien kamen (1. WK!) und deren Männer an der Front waren
- Bindungsverhalten an die nächste Generation weitergegeben: „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“
- Klaus Grossmann, Uni Regensburg, 1988: Bei den 65 untersuchten Eltern und Kindern entsprach das Bindungsverhalten in 80% der Fälle dem der Eltern
- Metaanalyse Uni Amsterdam, 2016: Daten von 4819 Personen ausgewertet – Weitergabe bestätigt
- 2007, Uni Montreal: Weitergabe über den Kortisolspiegel (Vernachlässigung -> niedriger Spiegel)

Das hat u.a. folgende Auswirkungen für den Start der Kriegskinder ins Erwachsensein:

- Bildung eines bindungslosen „Typus eines Volkskörpers“
- Durch die Gleichschaltung aller Lebenswelten (s.o. / BDM = Bund Deutscher Mädchen / Hitlerjugend / NS-Frauenschaft / NSDAP) sollte alles, was einem Kind andere Möglichkeiten eröffnen hätte können, ausgemerzt werden.
- Viele Mütter haben sich – natürlich (?) – nicht an diese Prinzipien gehalten, sie galten allerdings als Vorbild und wirkten somit unterschwellig sehr wohl.
- Töchtern „standen“ weniger Aggression und Eigeninitiative „zu“ als Söhnen. Dies kann dazu führen, dass Aggression unterdrückt und gegen das eigene Selbst gerichtet wird.
- Durch die (kriegsbedingt) abwesenden Väter entwickelten Töchter ein starkes Fürsorgeverhalten gegenüber den Müttern. Sie verdrängten dadurch die Durchsetzung eigener Lebenswünsche, lösten sich (wenn überhaupt) schwerer von der Mutter und konnten daher ihren eigenen Lebensweg weniger durchsetzen. Sie wurden den eigenen Bedürfnissen gegenüber eher unempathisch.
- Söhne konnten in der Identifizierung mit dem (abwesenden) Vater Grandiosität fantasieren und dadurch evtl. zur Selbstüberschätzung neigen.
- Töchter sprechen später eher über ihre Ängste und Traumatisierungen und weniger über Macht und Aggression und die NS-Identifizierung der Mütter.
- Die Abwesenheit der Väter und die Nähe zur Mutter im Krieg hatte eine Entfremdung der Geschlechter voneinander zur Folge.
- Familiäre Delegation, es „anders“, „besser“ zu machen, Wiedergutmachung für die Eltern bewirken
- Durch gezwungenermaßen mangelnde Rücksicht auf den eigenen Körper (Hunger, Kälte, ...) Verzicht auf notwendige Behandlungen, Vorsorgeuntersuchungen
- Streben nach „lebenslanger“ Autonomie
- Unvollständige Familie wird zur Norm
- Sehnsucht nach einer „heilen“ und sicheren Welt
- Lebenslange Abspaltung der Gefühle
- Funktionieren, freundlich und angepasst sein als Idealbild

Transgenerationales Lernen:

- Frühdeprivation bei Mäusen -> deutliche Erhöhung der Stresshormone auch bei der folgenden Generation [Francis, 1999]
- Hühner und Enten aus Brutschrankeiern eignen sich selbst nicht als Bruthennen [Hüther]
- Intensives Pflegeverhalten von mütterlichen Ratten führt zu höherer Glucocorticoidrezeptoren-Dichte und damit zu höherer Resilienz bei den Nachfahren [Weaver, 2004]
- Mäuse mit Trennungs-Trauma (von der Mutter unregelmäßig getrennt) -> dauerhaft starker Stress, in Krisen apathisch bis lebensmüde, oft Zeit ihres Lebens, oft bis in die dritte! Generation [Züricher Studie Dr. Mansuy]
- Ursache dafür ist die „**Epigenetik**“: nicht die DNA selbst verändert sich (keine Mutation!), sondern über die „Methylierung“ deren Aktivität („On- und Off-Gene“)

Und das bedeutet für die Kriegsenkel, transgenerational übernommene Gefühle:

- Heimatlosigkeit, ohne Gefühl der Verwurzelung, mit Existenzängsten, ohne Sicherheitsgefühl, -> Schaffung einer sicheren und verwöhnenden Lebenssituation für die Kinder: Haus, eigenes Zimmer, Ausbildung, Spielzeug, Reisen, ...)
- Mit Bindungsschwierigkeiten, identitätsverwirrt aber glz. kein Verständnis für die „kleinen psychischen Probleme“ (Pubertät, Schulschwierigkeiten, ...) -> die Kinder sollen allein zurechtkommen und die Eltern nicht behelligen
- Die Kinder spüren die fremden, traumatischen Erfahrungen der (Groß)Eltern -> „Etwas gut machen müssen“ [Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten; H. Radebold, W. Bohleber, J. Zinnecker (Hrsg.); Juventa Verlag Weinheim und München; 2008]

6.1.7. „50 Jahre danach – die 68er werden alt“ – Gedanken zur Besonderheit dieser Generation:

(Aus der Zeitschrift Psychotherapie im Alter 2/19)

- Sie sind nicht in der nationalsozialistischen Tradition (s.o.) erzogen worden
- Sie fühlen sich Traditionen weniger verpflichtet
- Sie legen weniger Wert auf Sicherheit und Ordnung
- Sie folgen einer liberaleren Grundhaltung
- Sie verfügen i.d.R. über höhere Bildungsabschlüsse
- Sie verfolgen eher intellektuelle, kulturelle, kreative Interessen
- Möchten evtl. im Alter nochmals „Jugendträume“ aufleben lassen
- Sie haben evtl. Schuldgefühle hinsichtlich früherer Gewaltaffinität, Bewunderung mutiger Regelverstöße, mangelnder Abgrenzung zu Terrorismus und zu großer sexueller Freizügigkeit
- Das Scheitern der Protestbewegung führte bei Vielen zu einer tiefen Identitätskrise und zu Verlusterfahrungen → sind sie deshalb vielleicht etwas besser vorbereitet auf die Fährnisse des Alterns (oder retraumatisiert?)
- Der Feminismus öffnet wohl auch die Augen alternder Frauen für Chancen (länger leben, bessere Generativität, anhaltendere Beziehungen) und Risiken (länger alleine leben, eher Altersarmut)
- Größere Bedeutung von Autonomie
- Die Enttäuschung über die „Amtskirche“, welche die Liberalisierungswünsche der „68er“ gegenüber der Kirche hervorrief, und ein Abrücken von der Religion bedeuten evtl. einen „sicheren Hafen“ weniger für ältere Menschen
- Evtl. sozial engagiert bis ins hohe Alter (für Flüchtlinge, für die Umwelt, in einem Ehrenamt)

6.1.8. Mögliche Konfliktpotentiale

(Münsterlingen 2004: Vortrag Prof. Dr. Martin TEISING, Analytiker, FH für Pflege in Frankfurt: „Das Bild des alternden Mannes und seine narzisstischen Konflikte“ / Vortrag Prof. Dr^a. Pasqualina PERRIG-CHIELLO, Lehrbeauftragte am Institut für Psychologie der Uni Bern; Nationales Forschungsprogramm für Generationenbeziehung „Von männlichen Weisen und zänkischen Weibern“)

- Heute 65jährige sind oft ohne Vater aufgewachsen.
 - Aufgewachsen im NAZISTISCHEN Größenwahn.
 - Anerkennen Müssen eigener Begrenzungen (Körper, Karriere,)
 - Selbstwertgefühl niedrig („Glanz im Auge des Gegenübers erlischt“)
 - Beziehungsverarmung durch Objektverluste.
 - Potenzprobleme
-
- Somatisierung, Hypochondrie
 - Neid auf Jüngere
 - Todessehnsucht
 - Ohnmächtige Wut
 - Bedürfnis nach Anhalten der Zeit.
 - Nicht Wahrhaben Wollen der eigenen Bedürftigkeit.
 - Suizidversuch aus der Phantasie eines schmerzlosen, leidlosen Zustandes heraus.
-
- Immer noch keine positive Kultur für alte Menschen.
 - Hauptsächlich negative Vorstellungen übers Alter.
 - Positive Einzelfälle werden glorifiziert und als absolute Ausnahmen vorgestellt.
 - Es heißt „die Weisheit“, aber „der weise Alte“
 - Der tiefe Status des Alter ist darauf zurückzuführen, dass die Mehrheit der Alten Frauen sind („Agism (Bilder des Alters)=Sexism“)
-
- Frauen schätzen sich jünger ein als gleichaltrige Männer, diese Diskrepanz nimmt zu.
 - Die kognitiven Fähigkeiten der männlichen über 90jährigen sind besser als die der gleichaltrigen Frauen.
 - Frauen leben mehr mit Demenz, als dass sie dadurch sterben.
-
- Bei alten Frauen fallen moderierende Faktoren für Vorurteile weg (Schönheit, Mutterrolle, Attraktivität, ...)
 - Einziges positives Altersstereotyp für Frauen ist die Großmutter (aber nur in der Familie!)

6.1.9. Einsamkeit im Alter:

ICD-10: „Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung“ (Z60.2)

- ...verkürzt die Lebenserwartung
- ...erhöht das Risiko von Behinderung
- ...führt zu erhöhter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- ...ist bei Älteren Risikofaktor für Depression, Demenz, Wahn- und Angsterkrankungen

Nach der klassischen Definition von Peplau und Perlmann (1982) „ein subjektiv unangenehm empfundener Zustand von Wahrnehmung unerfüllter intimer und sozialer Bedürfnisse“

Nach Schwab (1997) „das quälende Bewusstsein eines inneren Abstands zu anderen Menschen und die damit einhergehende Sehnsucht nach Verbundenheit in befriedigenden, Sinn gebenden Beziehungen“

Nach Cacioppo (2002) „ein Gefühl sozialer Isolation, das aus der Diskrepanz zwischen den ersehnten und aktuell vorhandenen Beziehungen des Individuums entsteht“

Nach Weiss (1973) zwei Formen:

- Soziale Einsamkeit (z.B. durch die soziale Isolation nach einem Umzug, ins Heim...)
- Emotionale Einsamkeit (durch das – als schmerzhaft empfundene – Fehlen einer stabilen Bezugsperson)
- Gegen die soziale Einsamkeit helfen neue Sozialkontakte, gegen die emotionale jedoch nicht.
- Im Alter ist das Risiko emotionaler Einsamkeit erhöht, da mehr Verluste wichtiger Bezugspersonen vorkommen und größere Schwierigkeiten bestehen, adäquaten Ersatz zu finden

Psychodynamische Theorien für mögliche Hauptursachen:

- Tiefenpsychologischer Ansatz: Frühkindlichen Verlust- und Trennungserfahrungen / Mangel an elterlicher Wärme und Zuwendung in der Kindheit (Kriegskinder: „weggegebene“, „unerwünschte“, „ungewollte“ Kinder)
- Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz: Selbstschädigende Kognitionen u./o. Mangel an sozialer Kompetenz (gestörtes Selbstbild als Folge)

Beispiele für selbstschädigende „automatische Gedanken“, die zu Einsamkeit führen können:

- „Ich kann anderen Menschen nicht vertrauen, denn sie könnten grausam mir gegenüber sein“
 - „Wenn andere Menschen wüssten, wie man wirklich ist, dann würden sie schlecht von einem denken“
 - „Wenn ein Mensch um Hilfe bittet, dann ist das ein Zeichen von Schwäche“
 - „Wenn jemand nicht meiner Meinung ist, dann heißt das vermutlich, dass er mich nicht mag“
-
- Klientenzentrierter Ansatz: Gestörte Beziehung zum eigenen Selbst
 - Einsamkeit im Alter kann umgekehrt frühe Traumatisierungen reaktivieren

Teufelskreis:

- Erhöhte Stressanfälligkeit der *Kriegskinder* durch Traumatisierungen
- Veränderte Lebensumstände sind für sie nur schwer erträglich (Anpassung erschwert)
- Sie können sich kaum in die Welt der Jüngeren hineindenken (ihr Einfühlungsvermögen ist gering)
- Mentalität, zu kurz gekommen zu sein
- Zu wenig Vertrauen ins Leben mitbekommen
- *Deren Kinder* verspüren zu wenig elterliche Zuwendung
- Generation der Kriegskinder können ihre Sichtweise aber nicht ändern (fühlen sich daher „bedroht“) -> verharrt in ihrem Standpunkt (als „Schutzfunktion“)
- Die Kinder der Kriegskindergeneration (die *Kriegsenkel*) haben von Anfang an gespürt, wie unterstützungsbedürftig die Eltern sind und eine „ungute“ Fürsorge entwickelt („Ich allein bin dafür zuständig, dass meine Eltern glücklich sind“. „Ich darf ihnen keine Sorge bereiten“)
- Andererseits kann der Unterstützungsbedarf für die Eltern nicht angenommen werden, da sie sich selbst auf der Suche nach nicht erfahrener emotionaler Zuwendung befinden

Das hat u.a. zur Folge:

- Vereinbarungen – etwa die Enkel betreffend – werden nicht eingehalten
- Ältere sind ständig fordernd, nichts ist „gut genug“ (bis hin zur paranoiden Verarbeitung: „Man behandelt mich absichtlich falsch“)
- Die lebenslange Sorge um die Eltern schafft unterschwellige Spannungen
- Den Eindruck, die Eltern interessieren sich nicht für mein Leben

Das wiederum hat zur Folge:

Mit Eintritt in das Dritte (ab 60) und Vierte (ab 80) Lebensalter kommt es nicht selten zu einem Beziehungsabbruch seitens der Kinder, sodass sie im Alter jetzt tatsächlich wieder ganz auf sich allein gestellt sind.

Deshalb zählt u.a. zu den Betreuungszielen:

- Kontakt zu den Kindern verbessern.
- Beziehungen zu Freunden/Verwandten wieder aufnehmen.
- Beschäftigung/Funktion im sozialen Bereich.
- Kompetenteres Auftreten in sozialen Funktionen.
- Beziehungsangebot durch ambulante Hilfen, Therapeuten, ..., um wenigstens ein Stück mitmenschlicher Geborgenheit zu bieten
- Arbeit am gestörten Selbstbild
- Bearbeiten, Relativieren der selbstschädigenden Kognitionen
- Gruppenangebot (therapeutisch / Selbsthilfegruppen, ...): Aufbau von Hoffnung, Erkennen der Universalität („Ich bin nicht allein“), nachahmendes Verhalten, bessere Glaubwürdigkeit als von Professionisten, „mütterliche“ Versorgung in der Gruppe

(Sabine Bode, Journalistin, 4 Sachbücher mit dem Schwerpunkt Kriegsfolgen, u.a. „Die vergessene Generation“, veranstalte gemeinsam mit ihrem Ehemann, dem Familientherapeuten Georg Bode, Seminare zum Thema: „Was die Eltern weitergaben“)

6.1.10. Rolle des Lebensrückblicks:

[MÜNSTERLINGEN 2006: Vortrag Dr^a phil. Pasqualina PERRIG-CHIELLO (Institut für Psychologie der Uni Bern): „Die rekonstruierte Lebensgeschichte: Bedeutung und Funktion des Lebensrückblickes im Alter“ / MÜNSTERLINGEN 2006: Vortrag Prof.Dr.phil. BOOTHE Brigitte (Ordinaria Klinische Psychologie Univ. Zürich) und Dipl.Psych. GRIMM Geneviève (Institut für Klin. Psychologie Univ. Zürich): „Leiden und Freuden im Lebensrückblick: Lebendige Vergangenheit heitere Zuversicht“ / Vortrag 27.09.2024 GRAZ: Dipl.-Psych. Barbara RABAIOLI-FISCHER]

- Ältere widmen sich ihren Erinnerungen mit Vorliebe und teilen diese gerne mit.
- Beginnend ab 40 Jahren im Sinne einer Bilanzierung bis hin zu (unbewussten) Verklärung.
- !!! Alter dauert länger als Kindheit und Pubertät zusammen!!!!
- Kindheit wird eher ausgeblendet, Beginn mit der Adoleszenz (d. h. mit der „Erfolgsgeschichte“)
- Autobiographisches Erinnern ist immer subjektive Rekonstruktion.
- Studienergebnis: Negative Erinnerung korreliert mit Neurotizismus.

[„Neurotizismus“ bezeichnet eine stabile, überdauernde Persönlichkeitseigenschaft. Neurotische Menschen gelten als ängstlich, launisch, empfindlich, depressiv, reizbar und labil“ (<http://www.psychomeda.de/lexikon/neurotizismus.html>)]

- Aber: berichtete positiv gefärbte Lebensereignisse nehmen altersabhängig ab.
- Nach Verlusten (Tod, Scheidung) überwiegen negativ gefärbte Erinnerungen.
- ... mit einer Ausnahme: Bei Verlust der „großen Liebe“ umgekehrter Effekt bis hin zur Verklärung.
- Orientierung am früheren sicheren Selbst-
- Biographiearbeit ist niederschwellige, „natürliche“ Psychotherapie, für Ältere leichter zu akzeptieren: **LEBENS-RÜCKBLICKSTHERAPIE**
- Klinischer Nachweis derzeit noch nicht in Studien ausreichend erbracht, bisherige Ergebnisse aber verheißungsvoll, sogar Holocaustüberlebenden.
- Klinische Beobachtung: Wenn Erinnerung kommt, dann geht die Depression zurück.

MERKE: Generationenübergreifende Gedächtnisketten dürfen nicht abreißen!

Vorteile der Biographiearbeit:

- Erlebtes wird durch Erzählen lebendig
- Erzählen schafft Gemeinschaft
- ...steht im Dienste psychischer Reorganisation
- ...steht im Dienste der Vergangenheitsbewältigung (im aktuellen Kontext)
- ...ist kreative Leistung (stärkt das Selbstvertrauen!)
- ...man stand nie derart im Mittelpunkt (Wertschätzung!)
- ...liefert Instrumente zur Selbsthilfe, macht bewährte Coping-Strategien nutzbar
- Menschen begeistert von dieser Möglichkeit (d.h. Schärfung der Glücksintelligenz)
- ... macht unerledigte Erfahrungen, Erlebnisse, Wunden deutlich

Zu beachten die jwL. Teil-Biografien:

- Soziale Biografie: Geschichte unserer sozialen Beziehungen und Lebensverhältnissen (z.B. auch finanziellen Grundlagen)
- Kulturbiografie: umfasst sowohl unsere Begegnungen mit der „großen Kultur“ (Literatur, Musik, ...) als auch unsere „Alltagskultur“ (Alltagsrituale, Gewohnheiten)
- Naturbiografie: beschreibt sowohl die Geschichte unseres Körpers als auch unsere natürlichen Umwelten, in denen wir gelebt haben

- Religiöse-, Mythobiografie incl. deren Wandel im Lebenslauf
- Lern- und Bildungsbiografie und Lernprozesse im Lebenslauf
- Persönlichkeitsbiografie (auch unter geschlechtsspezifischem Blickwinkel)

Zur Erzählkompetenz Äterer:

- Kohortenspezifischer Effekte: Die erzählten Leben (historisch-narrative Kompetenz Äterer)
- Neuropsychologische Aspekte: die kristalline Kompetenz Äterer (= Pragmatik: Faktwissen) und die „Langsamkeit des Alters“ (genug Zeit und innere Ruhe)
- Positive psychosoziale (therapeutische) Funktionen: Anerkennung, Resonanz, Generativität, soziale Integration, innere Verarbeitung, Herstellung von Sicherheit und Kontrolle, Identität, Sinnggebung (Entwicklung einer therapeutischen Beziehung)
- Negative Funktionen: zahlreiche Wiederholungen verfestigt, entemotionalisiert, Deckerinnerungen (nebensächliche Kindheitserinnerungen verdecken wichtige = Verdrängungsmechanismus), konkretistischer Erzählstil („dann war ich beim Dr. ... und dann beim Dr. ...“), Weitschweifigkeit

[Meinulf Peters, Vortrag 01.03.2019 bei der Alterspsychiatrischen Tagung in Wien]

6.1.11. Hochaltrigkeit:

[Zeitschrift Psychotherapie im Alter, „Hochaltrigkeit“, 2/11.Jg.2014]

Bedeutung:

- Def.: 80+ [Hochaltrigkeit in Österreich, eine Bestandsaufnahme; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009]
- Die am schnellsten wachsende Altersgruppe [Motel-Klingebiel et al.2013]
- Kulturelles Hinterherhinken der gesellschaftlichen Institutionen
- Genauso wie zu Beginn des Lebens auf optimale gesellschaftlich-kulturelle Unterstützung angewiesen

Gefahren:

- Objektive Vulnerabilitäten (Muskelschwäche, Gewichtsverlust, eingeschränkte Mobilität und Alltagsaktivitäten)
- Fokussierung auf das Körperliche und Fragmentierung
- Subjektive Perspektive bleibt dabei unberücksichtigt?
- Ätiologische Komplexität geht verloren
- Neg. Altersbild verschiebt sich nach hinten trotz der wachsenden Akzeptanz für die Alterspsychiatrie (aber eben 60+)

Wirkung auf die Psyche:

1. Dysfunktionale Reaktionen auf das Altern und dessen Verluste
2. Organische psychische Störungen (SDAT, Parkinson, Insult, ...)
3. Psychische Störungen aufgrund pathologischer Entwicklungsprozesse (chronisch, - rezidivierend)

Mögliche Ziele der Betreuung (Therapie):

1. Gegenwartsbezug und unmittelbare Bedürfnisse werden wichtiger
2. Vermittlung von Halt, Sicherheit, Struktur und Kontinuität werden wichtiger
3. Erleben eines positiven Selbstbildes
4. Aktivierung des Generativitätsprinzips durch jüngere (junge) Bezugspersonen
5. Sichere Bindungen, um ein Sicherheitsgefühl (zurück-) zu gewinnen
6. Blick auf fundamentale Fragen des Lebens
7. Neubewertung der eigenen Biographie im Rückblick
8. Neue Formen mitverantwortlichen Lebens
9. Weiterentwicklung der Fähigkeit zum Schließen von Kompromissen zw. Erreichtem und Nicht-Erreichtem
10. Kompensation körperlicher Verluste
11. Ausbildung einer Zukunftsperspektive trotz Grenzsituation

6.1.12. Psychologische Kurzintervention am Lebensende: Würdetherapie

- Die Würde des Menschen wird in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UNO als unantastbar erklärt und ist ein zentraler Begriff in der Palliativmedizin
 - Niederlande: Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ist Copingstrategie, um Selbstverlust und Todesangst zu lindern und wieder Kontrolle zu erlangen [Medical Decisions concerning the End of Life, MDEL, Van der Maas et al. 1991]
 - „Dignity therapy“ in Kanada von Harvey M. Chochinov entwickelt
1. Erzählen Sie mir ein wenig aus Ihrer Lebensgeschichte; insbesondere über die Zeiten, die Sie am besten in Erinnerung haben oder die für Sie am wichtigsten sind.
 2. Wann haben Sie sich besonders lebendig gefühlt?
 3. Gibt es etwas Besonderes, das Sie ihrer Familie über sich mitteilen wollen? Gibt es bestimmte Dinge, die Ihre Familie von Ihnen in Erinnerung behalten soll?
 4. Was sind die wichtigsten Aufgabenbereiche, die Sie in Ihrem Leben eingenommen haben (Rollen in der Familie, im Beruf, im Sozialleben, ...)? Warum waren Ihnen diese Aufgaben wichtig und was haben Sie Ihrer Meinung nach darin erreicht?
 5. Was sind Ihre wichtigsten Leistungen, worauf sind Sie besonders stolz?
 6. Gibt es etwas, von dem Sie merken, dass es gegenüber Ihren Lieben noch ausgesprochen werden will? Oder etwas, das Sie gerne noch einmal sagen möchten?
 7. Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für die Menschen, die Ihnen am Herzen liegen?
 8. Was haben Sie über das Leben gelernt, das Sie gerne anderen weitergeben möchten? Welchen Rat oder welche Worte, die Ihre/n ... (Tochter, Sohn, Ehemann, Ehefrau, Eltern, andere Menschen) leiten können, würden Sie gerne weitergeben?
 9. Gibt es konkrete Empfehlungen, die Sie Ihrer Familie mitgeben möchten, um sie für die Zukunft vorzubereiten?
 10. Gibt es speziell für dieses Dokument noch etwas, das Sie hier mit aufnehmen wollen?
- Im Vorhinein wird besprochen, mit wem im Ernstfall das Dokument fertig gestellt wird
 - Interview wird aufgezeichnet, transkribiert und nochmals gemeinsam überarbeitet
 - Sitzungen verlaufen in der Regel hoch emotional
 - Den Abschluss der Intervention bildet schließlich die Übergabe des gebundenen Generativitätsdokumentes. Der Klient selbst übernimmt die Weitergabe des Dokuments an zuvor bestimmte Bezugspersonen

6.1.13. Spezielle Betreuungsziele im Alter:

Ziele betreffend das Umfeld

- Bewältigung des Alltags
- Installieren von ambulanten Hilfen
- Kontakt zu den Kindern verbessern
- Den Enkeln Vorbild/Spielkamerad sein
- Beziehungen zu Freunden/Verwandten wieder aufnehmen
- Beschäftigung/Funktion im sozialen Bereich
- Strukturiertes Tages-/Wochenprogramm (z.B. Demenztagesstätte)
- Lösung finanzieller (sozialer, Wohnungs-) Probleme
- Sanierung des Haushalts
- Sicherstellung einer ausgeglichenen Ernährung
- Kompetenteres Auftreten in sozialen Funktionen

Ziele betr. die Person

- Verbesserung kognitiv-mnestischer Funktionen
- Autonomie möglichst erhalten
- Erhalt/Verbesserung der Gesundheit
- Angstbewältigung auf alternative Weise
- Korrektur falscher Vorstellungen über den Schlaf
- Verbesserung von Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit
- Unterstützung in der ALTERN SARBEIT (s.u.)

6.1.14. Bindung und Alter:

[10. Münsterlinger Symposium Alterspsychotherapie: „Beziehung und Partnerschaft im Alter“ / M. Peters: Entwicklungspsychologische Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapie älterer Menschen, Psychologie in Österreich 2 / 2023]

- Die Bindungstheorie nach dem Kinderpsychiater JOHN BOWLBY beruht eigentlich auf der frühen Mutter-Kind-Beziehung
- Das Alter ist ein Lebensabschnitt, in dem das Bindungssystem aus der Kindheit aber häufig durch Verluste und Bedrohungen reaktiviert wird
- Im Alter reduziert sich die Anzahl von Bindungsfiguren. Allerdings entstehen mehr andere Formen von Bindungen, z.B. größere Varianz von Bindungsfiguren (z.B. Ärzte, psychosoziale BetreuerInnen,...), symbolische Bindungen, Bindungssubstitute (z.B. Gott), Bindungen zu Orten oder (Haus)tieren

Sicher gebunden:

- Beschreibung: verlässt die Bindungsperson eines Kindes den Raum, gibt es Tränen, aber : „Sie kommt zurück“ -> „sicherer Hafen“)
- Betroffene gehen daher offen mit ihren Emotionen um, können negative Emotionen (z.B. Trauer über Verluste) zulassen
- Stellt daher einen Schutz im Alter dar
- Welchem Bindungstyp ich auch in der Therapie begegne: Die therapeutische Beziehung soll versuchen, eine sichere Bindung zu bieten

Unsicher vermeidend, -distanziert:

- Entstehung: Kommunikation zur Bindungsperson ist unverlässlich -> sie wird daher zum Selbstschutz vermieden

- Reaktiviert als Reaktion auf Verluste?
- Schutzreaktion auf zunehmende Verletzlichkeit?
- Ein unsicherer Bindungsstil erhöht die Vulnerabilität im Alter
- Betroffene minimieren daher Affekte, schildern nur positive, keine negativen Affekte, haben mehr psychosomatische Störungen und Depressionen
- bei Bindungsangeboten ziehen sie sich zurück, nehmen daher weniger Psychotherapie in Anspruch

Unsicher verstrickt:

Entstehung: in der Kindheit ist die Bindungsperson unberechenbar, im Erwachsenenalter verstrickt in Beziehungen, passiv oder ängstlich gg.

Bindungsperson): reduziert sich deutlich im Alter (10% oder weniger) [ASCHE et al. 2013]

- Betroffene maximieren Affekte, haben mehr Angststörungen, auch bewusste und unbewusste Todesangst
- In der Therapie ist daher eine abgegrenztere Haltung (um nicht verstrickt zu werden) zunächst (!) zu akzeptieren

„Bindungssicherheit: ein Grundbedürfnis bei Demenz“

[Dr.med. Dipl.Psych. Wilhelm Stuhlmann; stuhlmann@geronet.de]

- Neben dem Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle ein wesentliches Grundbedürfnis
- Bindung bringt Schutz, Geborgenheit und Sicherheit zur Verminderung der Angst
- Menschen mit Demenz können ihre Identität nur mit Unterstützung aufrechterhalten, sie brauchen ein Umfeld, in dem ihre Realität anerkannt wird
- Bildet eine sichere Basis für die Auseinandersetzung mit der zunehmend entfremdeten Umwelt
- Unsichere Gebundenheit kommt in der Rückwärtsentwicklung und zunehmenden kognitiven Beeinträchtigung in der Demenz wieder hoch
- Bindungsvermeidung in der Demenz u/o herausforderndes Verhalten
- Versuch der Schaffung eines „sicheren Hafens“ durch z.B. Bezugspflege, Validation, Biographiearbeit, Demenz-WGs, biographisch orientierter Einrichtung des Zimmers (im Heim, Betreuten Wohnen, ...), etc.

6.1.15. Themen bei (älteren) Migranten:

Migration – Risikofaktoren:

- Vor der Migration: Einem Kriegsgeschehen ausgeliefert gewesen zu sein / Verfolgung erlitten zu haben / in wirtschaftliche Not gewesen zu sein
- Während der Migration: Lebensbedrohliche Situationen erlebt zu haben / körperlichen Schaden erlitten zu haben
- Nach der Migration: Armut / soz. Isolation / Arbeitslosigkeit / Integrationsprobleme

Postmigrationsstressfaktoren:

[Webinar „Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund“, 20.04.2023, Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Univ.Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité Berlin]

- Mangel an Abdeckung der Grundbedürfnisse
- Aufenthalt in Sammelunterkünften
- Aufenthalt nur in zugeteilten Gemeinden (außerhalb der community?)
- Erzwungene Trennung von einem Familienmitglied
- Erzwungene Isolation / soziale Exklusion
- Glz. keine Privatsphäre / Rückzugsmöglichkeiten

- Sprachliche u/o kulturelle Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden
- Keine sinngebende Beschäftigung – Abhängigkeit von Sozialleistungen
- Fehlende Zukunftsperspektive
- Unklarer Aufenthaltsstatus, drohende Abschiebung
- Rassistische u/o rechtsextremistische Übergriffe
- Wahrgenommene Diskriminierung und Stigma
- Sozialer Abstieg, fehlende soziale Unterstützung
- Schlechter Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

Migration – mögliche psychische Folgen:

[Kokou-Kpolou et al. 2020]

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) – 30,6% [Steel et al. 2009]
- Depression – 30,8% [Steel et al. 2009]
- Angstzustände
- Substanzkonsum
- Anhaltende Trauerstörung

Themen bei älteren Migranten:

- Arbeit/Erwerbsleben beendet; Entlastung, aber auch Wert-, Sinnkrise
- Rückkehr in die Heimat ja/nein? Immer geplant, jetzt nicht mehr so wichtig
- Fokus der Lebensplanung meist auf die Familie (Kinder, Enkel)
- Eingeholt werden von „alten Geschichten“
- Kommen eher selten in die Psychotherapie (Stigma, Vorurteil, Scham)
- Wenn der Anfang gelingt, meist gut möglich und interessant
- Respekt und Würde sehr wichtig
- Sorge, Betroffenheit über die Lebensgeschichten
- Migrationsbilanz, Lebensbilanz thematisieren
- Rückkehr vs. Hierbleiben thematisieren
- Lebensgeschichte würdigen
- Trauer über Verluste und Trennungen ermöglichen
- Bindungen stärken

[10. Münsterlinger Symposium Alterspsychotherapie: „Beziehung und Partnerschaft im Alter“]

6.2. WAS IST „GLEICH“?

(„Ja! Es gibt sie, die Entwicklungsaufgaben bis zum Tod...“)

6.2.1. Entwicklungsaufgaben nach Erikson:

Mögliche Beeinflussungen nach den Phasen der psychosozialen Phasen der Entwicklung nach dem Psychoanalytiker, Gerontologen und Entwicklungsforscher **Erik H. ERIKSON**. Er hat in seinem Buch „Kindheit und Gesellschaft“ (1950) „Entwicklungsaufgaben“ beschrieben. Seine Hypothese: lebenslanger Prozess, in einem Spannungsfeld miteinander stehend, die psychosexuelle und psychosoziale Entwicklung fördernd bzw. beeinträchtigen könnend und damit naturgemäß einen Einfluss auf das Altern habend. Erst ihre Bearbeitung können zu „Weisheit“ führen... (später ersetzte er „vs.“ durch „mit“!)

1. Ur-Vertrauen gegen Ur-Misstrauen (1. Lj.):

[s.a. zur nationalsozialistischen Erziehung / zu Bindungsstilen im Alter]

- „Kann ich meiner Bezugsperson (das muss nicht unbedingt die Mutter sein!) vertrauen?“
- Auf existentieller Ebene: „Bin ich willkommen in dieser Welt?“
- Wenn das gegeben ist: Selbstvertrauen, Sicherheitsgefühl, „Ich kann mich verlassen“
- Wenn das gegeben ist, kann ich beruhigter in die Unwägbarkeiten des Alters u/o der Demenz gehen
- Wenn das nicht gegeben ist (z.B. kriegs- bzw. nachkriegsbedingt): äußerlich freundlich bis angepasst, innerlich aber skeptisch bis misstrauisch bei glz. hohem Sicherheitsbedürfnis (testpsychologisch belegt)
- NB: Andererseits ist Ur-Misstrauen notwendig, um mögliche Gefahren zu erkennen

2. Autonomie gegen Scham und Zweifel (2., 3. Lj.):

[s.a. zu philosophische u. ethische Aspekten bei Autonomie]

- Das zuvor gebildete Vertrauen ist dabei wesentlich, ansonsten können Scham und Zweifel vorherrschen aus Angst zu scheitern:
- Streben nach Selbständigkeit, Autonomie und Stolz stellen sich der Abhängigkeit entgegen
- Z.B. Kriegsbedingt völlig ausgeliefert und hilflos gewesen zu sein kann zu lebenslangem Kampf um Autonomie führen
- Im Alter werden die körperlichen Grenzen wieder sichtbarer (zunehmende Pflegebedürftigkeit)
- Dann ist entscheidend, ob aus dieser Entwicklungsphase genug Toleranz für Abhängigkeit mitgebracht wurde
- Gefühl der Machtlosigkeit -> Rebellion (z.B. gg. Hilfsangebote) -> Niederlage

3. Initiative gegen Schuldgefühle (4., 5. Lj.):

- Habe ich meine Autonomieprobleme „gelöst“, kommt die nächste Krise:
- Ausbildung eines „Ichs“, dabei dienen hauptsächlich die Eltern (oder Andere) als Vorbild -> Eifersucht und Rivalität
- Glz. entstehen erste Freundschaften außerhalb der Familie, Fantasie, Wissensdurst und eine erste Moral.
- „Bewege ich mich ‚zu weit‘ weg von der Familie?“ (bin ich „zu initiativ“?) -> Schuldgefühle und Angst
- Schuldgefühle können natürlich bleiben, können aber auch im Alter wieder hochkommen i.R. des Bilanzierens
- Dann kann es z.B. i.R. einer Therapie darum gehen, die Bilanzierung auf realistischere Beine zu stellen, damit ich sie besser integrieren und evtl. neue Initiativen entwickeln kann

4. Leistung (Werksinn) gegen Minderwertigkeitsgefühl (6. Lj. bis zur Pubertät):

- Schule: Erfolgserlebnisse, Etwas Nützliches tun („Werksinn“)
- Gefühl der Kompetenz vs. Angst zu scheitern
- Gefahr von Unzulänglichkeits- und Minderwertigkeitsgefühlen
- Funktionieren, planen, organisieren (wiederaufbauen!) zum Selbstwert bzw. als „Harnisch“
- Im Alter fällt diese Leistungsfähigkeit schrittweise weg (Pensionierung, Grenzen der

- körperlichen und geistigen Fähigkeiten)
 - Kann ich diese Verluste integrieren und mit den verbliebenen Fähigkeiten Selbstwert generieren?
 - Oder führen fehlende Aufgabe zu einem Gefühl der Leere u/o Wertlosigkeit?
- 5. Identität gegen Identitätsdiffusion:**
- Vorwiegend Thema der Adoleszenz: „Hab ich den richtigen Weg gewählt?“
 - Festigung der sozialen Rolle / Leitbilder und Ideale
 - Gefahr der Identitätsdiffusion, wenn die Anerkennung der eigenen Person fehlt
 - Aber auch später noch Identitätsdiffusion möglich bei Arbeitslosigkeit, Pensionierung, chronischen Krankheiten, etc.
 - Wie komme ich mit Rollendiffusion oder gar Rollenkehr (in der Betreuung durch Kinder od. Enkelkinder) zurecht?
- 6. Intimität und Distanzierung gegen Selbstbezogenheit und Isolierung (20–ca. 45.Lj):**
- Hat man eine gut entwickelte Identität, ist man bereit für Intimität (sexuell, aber auch Gemeinschaftsgefühl innerhalb einer Gruppe) und kann Partnerschaften eingehen
 - Ist man nicht fähig, Intimität aufzubauen, droht Isolation
 - Gegenstück: die reife und wirksame Distanzierung, Abgrenzung
 - Fehlende Identifizierungsmöglichkeit (abwesende Väter), ausgeprägte Parentifizierung (Fürsorgeverhalten gegenüber den Müttern) bedingen eingeschränkte psychosexuelle und psychosoziale Identität: Pubertieren war unmöglich, symbiotische Beziehung zu den Kriegsmüttern -> Distanz / Beziehungsstörungen
 - Können Verluste (Ehepartner, ...) im Alter ausgeglichen, (auch rückblickend – z.B. Suche nach der Mutter in der Demenz) integriert werden?
- 7. Zeugende Fähigkeit (Generativität) gegen Stagnation (45.-65.Lj.):**
- Familie, Erziehung der nächsten Generation rücken im Vordergrund
 - Fehlt Möglichkeit zum Kind -> anderes schöpferisches Werk
 - Fehlt dieser „Sinn“, entsteht Langeweile, ein Gefühl der Nutzlosigkeit, Verarmung und Stagnation
 - Generativität kann ein unbewusstes Gefühl der „Unsterblichkeit“ erzeugen („dem Tod ein Schnippchen schlagen“)
- 8. Ich-Integrität gegen Verzweiflung und Ekel:**
- Im Lebensrückblick Bilanzierung: positive – negative Erfahrungen, Leistungen werden abgewogen (integriert) -> Weisheit
 - Eine andere Liebe zu den Eltern entwickeln („sie sind nicht schuld“ – Eigenverantwortung) -> Weisheit
 - Wenn Negatives überwiegt, können Verzweiflung, Ekel, Lebensüberdruß und massive Abwertung aufkommen, zumal auch das Lebensende naht

Generativität:

- Ein zentraler Bestandteil in einem „erfolgreichen Altern“
- Lernen von jüngeren Menschen (neue Entwicklungen und Techniken)
- Akzeptanz sozialen Wandels und Offenheit für Neues
- Unterstützung anderer Generationen (Enkel, Mentoring, „Senioren helfen Senioren“, Ehrenamt, ...)
- Im hohen Alter: Selbständigkeitserhalt zur Entlastung nachkommender Generationen
- Am Lebensende: Weitergabe an die nächste Generation, „Vererben“ auch im weiteren Sinne
- Grand-Generativity (Sorge um die Zukunft und das Überleben der Welt insgesamt)

6.2.2. Entwicklungsaufgaben und –konflikte im Alter:

[Meinolf Peters, deutscher Psychologe und Alterspsychotherapeut: Klinische Entwicklungspsychologie des Alters: Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie]

Auseinandersetzung mit Konflikten im späteren Berufsleben:

Ältere sind nicht generell niedriger produktiv :

[Dittmann-Kohli u. van der Heijden 1996]

Nachlassende körperliche Kraft, verschlechterte Sinnesleistung, verminderte Schnelligkeit und Reaktionsgeschwindigkeit spielen nur in manchen Bereichen eine Rolle, weil in der Regel Arbeitsanforderungen nicht bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen!!

- Aber: Moderne Institutionen sind auf Kurzfristigkeit ausgelegt, erfordern Flexibilität
- ...vermitteln weniger Orientierung und dauerhafte (oft emotionale) Bindung
- Erfahrung wird entwertet
- ...“widersprechen“ dadurch dem Alter
- ...können daher zur („inneren“) Kündigung (als Selbstschutz!) führen

Vorgesetztenproblematik:

- Inneres Verbot, mit dem väterlichen Objekt, dem Chef, zu konkurrieren
- Eher respektvoll-väterliche oder geschwisterliche Bindung zum Chef (quasi als „heimlicher Chef“)
- „Undankbar“: Dann konkurriert Jüngerer und rückt zum Chef auf
- Konflikt (Neid?) bis hin zur Kündigung
- **Entwicklungsaufgabe: Versöhnung mit Berufswahl und Werdegang**

Auseinandersetzung mit der Pensionierung:

Mögliche Gefahren:

- Wesentlich Identitätsstiftendes geht verloren
- Wesentliche Sozialkontakte gehen verloren
- Strukturierung des Alltags geht verloren
- Selbstwertgefühl geht verloren
- Das „eigentliche“ Alter beginnt (negatives Altersbild?)
- Idealisierung („späte Freiheit“) geht schief?
- Aktivierung von Partnerschaftskonflikten
- Kollektive narzisstische Kränkung

Neue Sinnfindung ist gefragt:

- Umbruchsphasen drängen Sinnfrage auf
- Evtl. Sinnkrise durch eingeeengte Ziele, Fähigkeiten und Zukunftsperspektiven → Angst
- **Entwicklungsaufgabe: hoch besetzte narzisstische Ziele zu modifizieren**
- Wunsch nach Veränderung weicht Wunsch nach Stabilität und Erhaltung → Gelassenheit
- CAVE: negatives Altersbild
- Im Alltag: Enkel, Ehrenamt, ...

Auseinandersetzung mit geschlechtlicher Identität und Sexualität:

- Sexuelle Aktivität und Reaktionsfähigkeit nehmen im Alter ab, ebenso das sexuelle Interesse, welches aber auf hohem Niveau bleibt [von Sydow 1992; Unger und Brähler 1998; Bucher et al. 2001]
- **Entwicklungsaufgabe: zunehmende sexuelle Funktionsstörungen müssen integriert werden:** innerlich
- bzw. ins Paar -> Voraussetzung: wechselseitiges Vertrauen

♂:

- Erhöhte Männlichkeitsorientierung führt zu größerer gesundheitlicher Beeinträchtigung [Thiel und Degenhardt 2001]
- Evtl. wg. Größeren „Verschleißes“
- Evtl. wg. größerer narzisstischer Kränkung und Anpassungsstörung?
- Evtl. weil Kompensation durch Beruf wegfällt?
- **Entwicklungsaufgabe: Distanz finden zum narzisstischen Ideal** (Vorbilder? Altersbilder?) [Radebold 1986]

♀:

- In dieser Generation: Verzicht auf eigene Selbstentwicklung, Aufopferung für die Familie → „Hypothek“
- Erleben des „Mehr zum Körper Werdens“ nicht zum ersten Mal (Menopause)
- Größere Fähigkeit, Gefühle zu äußern und wahrzunehmen + größere Bereitschaft, sich anregen zu lassen → evtl. größere Veränderungsbereitschaft
- CAVE: mütterliches Vorbild

Auseinandersetzung mit (Objekt)beziehungen:

- Nacherlebte Phase und darauffolgende Zeit nach dem Tod des Ehepartners = ca. Hälfte (!) des Erwachsenenlebens (20-30a = historisch neu!)
- Beziehungen werden wieder wichtig, wenn Beruf und andere Rollen wegfallen
- Nicht die Anzahl der Beziehungen ist wichtig, sondern der Grad des Vertrauens und der Verlässlichkeit
- **Entwicklungsaufgabe: vertrauensvolle Beziehung finden mit Ausgewogenheit hinsichtlich Intimität/Abstand bzw. Bezogenheit/Rückzug**
- Freundschaften haben dabei oft mehr Bedeutung als der (Ehe)partner oder die erwachsenen Kinder: als Spiegel, Ersatzobjekte nach Verlusten, Vergleichsmöglichkeit, „unersetzbare“ Vertrautheit [Lee u. Ishii-Kuntz (1987); Lee u. Shehan (1989)]

z.B. Ehe: -konflikte-, krisen:

- Copingstile der Frauen werden aktiver (evtl. neg. Auswirkung: Machtumkehr) [Shanan 1991]
- Wegfall der gem. Projekte (Kinder, Wohnen, Beruf) -> tragfähiges eheliches Selbst?
- **Entwicklungsaufgaben: neue Nähe, neue Gemeinsamkeiten, gemeinsam Alt werden als Ziel**

Wenn Paare älter werden:

1. Die eingespielten Beziehungsmuster geraten durcheinander...
2. Vieles fällt weg, was früher das Leben des Paares mit Sinn erfüllt hat...
3. Unerledigtes aus der Vergangenheit taucht auf...
4. Veränderungen in der Sexualität und Erotik...
5. Unachtsamkeiten im Alltag wirken sich stärker aus...
6. Erfahrungen von Minderung und Verfall. Der näher rückende Tod...

[10. Münsterlinger Symposium Alterspsychotherapie: „Beziehung und Partnerschaft im Alter“]

z.B. Beziehung zu erwachsenen Kindern:

- „Intimität auf Abstand“ [Rosenmayr 1990]
- **Generativität als Entwicklungsaufgabe** (vs. Stagnation – Erikson) erleichtert das Erkennen der eigenen Endlichkeit, weil man „in der nächsten Generation weiterlebt“
- Großelternschaft zweite Chance zur Generativität
- Enkel profitieren umgekehrt für ihr eigenes Altersbild, durch großelterliche Erfahrung

z.B. Beziehung zu den betagten Eltern:

- **Entwicklungsaufgabe: Filiale Reife:** Kinder fühlen sich für die alten Eltern verantwortlich ohne (!) Rollenumkehr durch (nicht erfüllt: filiale Angst):
- Gelungene Verselbständigung
- Freiwillige (!) Wiederzuwendung
- Fürsorglich-grenzziehendes Pflegeverhalten (Abgeben an Profis, ...)
- Fähigkeit, Schuldgefühle zu kontrollieren

Auseinandersetzung mit (Objekt)verlusten:

- DAS Thema des Alters schlechthin
- Einerseits Trennungen: Ablösung der Kinder, Rollenverluste (Beruf, ...), Ich-Verluste (körperliche, kognitive Einbußen), ...
- Konfrontiert auch mit der eigenen Endlichkeit
- Pathologische Trauer schwächt das Immunsystem
- **Entwicklungsaufgabe: bestmögliche Integration**

z.B. Tod des Partners:

- „Nachsterben“: z.B. eineinhalbfach erhöhte Mortalität bei Witwern im ersten Jahr [Beutel 1991]
- Tod vorwiegend durch koronare Herzerkrankungen („gebrochenes Herz“)
- Pathologische Trauer: ausbleibend, chronisch, verzögert, übertrieben, larviert – wenn Beziehung sehr ambivalent war oder zu narzisstisch besetzt (gleich einem Selbstverlust) oder der Partner die einzige Bezugsperson

z.B. Tod der eigenen Eltern:

- Eigentlich normatives Lebensereignis
- Oft war bei langem Leidensweg die Trauer schon „antizipiert“
- Aber: „Wenn die Mutter stirbt, stirbt endgültig die Jugend“ (Zitat einer Klientin)
- Denn die Eltern erscheinen „omnipotent“ und verkörpern die „absolute Sicherheit“

z.B. Tod des Kindes:

- Umkehrung der natürlichen Abfolge des Sterbens
- „Die Welt ist kein sicherer Ort mehr“
- Teil der eigenen Lebensgeschichte und der eigenen Identität stirbt
- Komplizierter Trauerprozess
- Hinterlässt eine Wunde, die nie völlig verheilt
- Hoffnung, im Kind weiter zu leben (Generativität), stirbt mit

Auseinandersetzung mit dinglich-räumlicher, materieller, nichtpersoneller Lebenswelt:

- Materielle Lebenswelt entscheidet über „späte Freiheit“ vs. Abhängigkeit
- Zunehmende Beschränkung darauf wg. Nachlassens von Sinnen und Mobilität
- Verteidigung des Besitzes, Festhalten an Gegenständen, Anhäufen von Erinnerungsstücken bedeutet Identität, eigene Lebensgeschichte bzw. die Kontinuität des Lebens aufrecht zu erhalten („Unsterblichkeit“)

Materielle Lebensumstände und Altersarmut:

- Reichtum bedeutet Barriere und „Versicherung“ gegen den Tod
- Armut bedeutet Versagen, Scham, Unwertgefühl und Endgültigkeit (Chancen schwinden)
- Erbe bedeutet symbolische Wiedergutmachung und selbstwertstabilisierenden Ausgleich für Abhängigkeiten

Wohnung und Wohnumgebung:

- Im Alter durchschnittlich 21,4 Stunden pro Tag in der eigenen Wohnung
- Eigene Wohnung ist Sinnbild für die Kontinuität des Lebens, Ort, an dem evtl. die Kinder aufgewachsen sind, Ort voller Erinnerungen, Bollwerk, „Haut und Hülle“
[Jansen u. Klie 1999]

→ Heimunterbringung kann als „Niederlage“ empfunden werden?

- Als „Niederlage“, weil Viele einen tatsächlichen „Kampf“ um den Verbleib in ihren eigenen vier Wänden führen mussten – und ihn „verloren“!!
- Als „Niederlage“, weil die eigene Wohnung (das „eigene Nest“) mit all den Erinnerungen und Routinen aufgegeben werden musste
- Als „Niederlage“, weil mit der Heimunterbringung Autonomie und Selbstbestimmung verloren gingen und zunehmend Fremdbestimmung an deren Stelle tritt
- Als „Niederlage“, weil ein Heim ein neues, fremdes, ungewisses Revier darstellt, in dem man sich („auf meine alten Tage“, evtl. beeinträchtigt durch einen dementiellen Prozess) erst neu orientieren muss
- Als „Niederlage“, weil man sich aus dem Familienverband „herausgerissen“ fühlt (immer seltener besucht werde, immer Weniger vom Alltag der Familie mitbekomme)

- Als „Niederlage“, weil man seine persönlichen Gegenstände zugunsten einheitlicher Gegenstände aufgeben muss
- Als „Niederlage“, weil man ab nun hauptsächlich defizitorientiert (statt ressourcenorientiert = geriatrisches Prinzip) betrachtet wird: „aufgrund seiner Mängel, seiner Verletzlichkeit, seiner administrativen Eigenschaften“ [Das „Asylrisiko“ in sg. „totalen Institutionen“, Goffman, 1961]
- Als „Niederlage“, weil man nach Allem fragen muss (zum „Bittsteller“ wird)
- Als „Niederlage“, weil man den Autonomieverlust Anderer, auch Todesfälle miterleben muss
- Folglich Zerstörung wesentlicher Fundamente der eigenen Identität
- Zerschneiden der Lebenskontinuität
- CAVE: Als „Niederlage“ empfunden, weil möglicherweise am Beginn dieser Generation (in der Kindheit) bereits negative Heimerfahrungen standen.
- Bzw. den Betroffenen im Vorfeld oft „mit einem Heim gedroht“ wurde („Wenn...Hilfe nicht annimmt, dann...“)
- UND: Es findet ein Wertewandel beim älteren Menschen (und deren Angehörigen) statt vom Schätzen der Containmentfunktion eines Heimes (Sich-Aufgehoben-Fühlen, umfassend versorgt sein, ...) hin zum Streben nach bestmöglicher Autonomie und Selbständigkeit!!

Auseinandersetzung mit Zeitlichkeit und Vergänglichkeit:

- **...gehört zu den schwierigsten Entwicklungs-aufgaben:** Existentieller Grundkonflikt
- Vergangenheitsorientierung nimmt zu, positive Erinnerungen dominieren aber [Brandstätter u. Wentura 1994].
- Subjektives hinkt immer weiter hinter objektiven Alter hinter her, imaginäres Alter ist aber selbstwertschützend („Man ist so alt wie man sich fühlt“)
- Ziel: gewisse Annäherung, keinesfalls eine Korrektur!! („Platz für Fantasie lassen“)

Anniversary Reaction: Psychologische Reaktion, die zu einem regelmäßigen Zeitpunkt (Sterbetag, Geburtstag, ...) auftritt und mit der Erinnerung an eine emotional aufwühlende – unverarbeitete - Erfahrungen aus der Vergangenheit (z.B. einem Verlust eines geliebten Menschen, damit verbundene Schuldgefühle, nicht abgeschlossener Trauerprozess, ...) verbunden ist -> aus dem Unbewussten wieder hervorgekommen? Erneute Chance?

Auseinandersetzung mit Altersabbau, Krankheit und Tod:

- **Entwicklungsaufgabe: Integrität vs. Verzweiflung** [E. H. Erikson]
- Der Körper wird zum „unsicheren Gesellen“ oder sogar Widersacher
- „Enteignung“, Verlust der Vollständigkeit, Demütigung, Strafe, Sich-ausgeschlossen-Fühlen, Beunruhigung, Abhängigkeit, Sorge zur Last zu fallen, ...
- Verletzt narzisstische Fantasien von Unverletzlichkeit

Sterben und Tod:

- Sterben evtl. auch Reaktivierung früher Trennungs- und Verlustängste bzw. Retraumatisierung von Objektverlusten
- Unterschiedliche Abwehrmechanismen: Verschiebung auf Angst vor Überfällen oder Stürzen, stärkere Besetzung des Körpers, Ritualisierung des Lebens, symbiotische Beziehungswünsche, Nachfahren, ...
- **Therapeutische Aufgabe: Unterstützung beim positiven Bilanzieren**

Entwicklungsaufgaben für das Altern nach Radebold:

[Radebold 1992, Heuft, Kruse, Radebold 2000, Radebold, Radebold 20009]

1. Bisherige Berufstätigkeit beenden! Und dann?
2. Sich gut um den eigenen Körper kümmern
3. Das „Kind in uns“ suchen und annehmen
4. Sich Veränderungen und unbekanntem Gefühlen stellen
5. Befriedigungsmöglichkeiten suchen
6. Beziehungen erhalten und gestalten, Beziehungen zu unseren Älteren klären, Beziehungen zu Gleichaltrigen verbessern und neue Beziehungen aufbauen, Beziehungen zu Jüngeren verändern, Beziehungen entwickeln – besonders, wenn man alleine lebt
7. Partnerschaft entwickeln
8. Selbständigkeit bewahren
9. Sich immer wieder auf das Älterwerden einstellen

6.3. WAS „LOHNT“ SICH?

6.3.1. Die „Neutrale Haltung“ wird in Frage gestellt:

- **Existenzielle Dimension:**

[die Existenz, das Leben, das Dasein betreffend / lebenswichtig / bedeutend / tief / einschneidend / spürbar]

- Konfrontation mit grundlegenden Fragen des Lebens
- Konfrontation mit Grundängsten des Menschen: Sehnsucht nach = Angst zu verlieren von: Angehörige, Beruf, materielle Werte, Sozialprestige, Zuneigung Anderer, Gesundheit, körperliche und geistige Kraft, Macht und Einfluss, äußere Schönheit, das Leben an sich [Hans Morschitzky; Angststörungen; Springer Wien New York; 4. Auflage 2009]

- **Politische Dimension:** zeitgeschichtlicher, gesellschaftlicher Kontext

- **Persönliche Dimension:** Konfrontation mit dem eigenen Älterwerden

-> „Neutrale Haltung“, personale Distanz des
Therapeuten wird eigentlich
unmöglich!!!!???? <-

(...wohl auch aufgrund auftretender Gegenübertragungsgefühle) [Peters et al. 2014]

6.3.2. Altersarbeit (hilft auch mir selbst?):

[9. Münsterlinger Symposium Alterspsychotherapie 2014, Vortrag: Prof. em. Dr. med. Michael Ermann: „Auf dem Weg in den Ruhestand. Alter und Abschied als Psychotherapeut“]

- Trauerarbeit um das Älterwerden
- Anerkennung der Realität des Verlustes
- Trauer um Verlust, Endlichkeit, Abschied
- Aufbau eines neuen Selbstbildes
- Verinnerlichung des „Damals“
- Wenn erfolgreich -> Altersweisheit und Gelassenheit

- Abschied: von Familie, Beruf,
- Begegnung mit dem Sterben: Angehörige, Freunde, Kollegen, ...
- Veränderungen am Selbst: Einschränkungen, Verfall / als narzisstisches Problem / als Schamproblem / Verleugnung der Vergänglichkeit
- Angst vor dem Alter: vor Krankheit, Behinderung, Vereinsamung, Abhängigkeit, ...
- Angst vor dem Sterben und dem Nichtmehrsein

- Festgefahrenen Trauerprozess wieder in Bewegung bringen
- Auseinandersetzung mit dem Körper und den Krankheiten
- Aussöhnung mit dem eigenen Körper
- Bearbeitung und Integration von Verlusten und Kränkungen
- Lebensrückblick, Neubewertung, Aussöhnung mit der eigenen Vergangenheit, Verständnis für die eigene Lebensgeschichte
- Akzeptanz der Endlichkeit

6.3.3. Arbeit an den (meinen?) Altersbildern:

Def.: generalisierte Erwartungen an das Auftreten bestimmter Persönlichkeitseigenschaften, an das äußere Erscheinungsbild oder an Verhaltensweisen von Menschen im höheren Lebensalter. Sie beinhalten auch Vorstellungen über das Alter und das Altern, d.h. subjektive Theorien darüber, welche Zustände für das Alter vorliegen bzw. welche Veränderungen im Verlauf des Alterungsprozesses eintreten.

...werden geprägt und beeinflusst durch:

- Erlebnisse mit den eigenen Großeltern
- Krankheits-/Pflegefälle in der eigenen Familie
- Begegnungen mit alten Menschen
- Erzählungen Anderer
- Szenen aus Filmen, Bücher, Märchen
- Durch formale Regelungen (4. Gebot – „Du sollst Vater und Mutter ehren“ / Pensionsgrenzen, ...)

Z.B. *positiv*: Weisheit / Lebenserfahrung / Wärme / Gelassenheit / Würde / perfekte Großeltern / Golden Agers / ...

Z.B. *negativ*: Abbau / Rigidität / Einsamkeit / Griesgram / Gebrechlichkeit / „alte Nazis“ / verzagt und mutlos / ...

Z.B. Die „hilfebedürftigen Alten“

Z.B. Die „reisefreudigen Älteren“

Z.B. Der „Greis“

Z.B. Die „eingeschränkte Produktivität älterer Arbeitnehmer“

Z.B. Das „unerotische und asexuelle Alter“

Warum gehört die Bearbeitung von Altersbildern zu möglichen Betreuungszielen?

1. CAVE self-fulfilling prophecy (Stereotype-Threat-Hypothese) [Bedrohung]: Die Konfrontation mit vermeintlichen Forschungsergebnissen, die besonders gravierende Verluste in der Gedächtnisleistung älterer Menschen zu belegen scheinen, führt bei älteren Menschen (und nur bei diesen!) zu schlechteren Ergebnissen in einem anschließenden Gedächtnistest. Dagegen führt eine Relativierung des diagnostischen Werts von Gedächtnistests zu einer Verringerung von Altersunterschieden in der Gedächtnisleistung. (Hess et al. 2005).
2. Vorbeugend: Altersstereotypien können zu Selbststereotypien werden: positivere Selbstwahrnehmung → gesundheitsförderlicheres Verhalten → erhöhte Lebenserwartung. (Levy et al. 2002/2003/2009)
3. CAVE bei den Behandelnden / Therapeuten: Ältere Menschen erhalten zu wenig Psychotherapie (lt. Sigmund Freud in Hinblick auf seelische Vorgänge zu wenig entwicklungsfähig („Über Psychotherapie“ 1905) / psychische Störungen „organisch bedingt“, daher kaum therapierbar / „alte Nazis“ ...); lt. Fachdiskussion benötigen bis zu 10% der über 60-jährigen Psychotherapie!!! (Radebold 2012)
4. CAVE Abwertung durch „patronizing talk“ [bevormundend, herablassend]: Vereinfachung des Vokabulars und der Grammatik, eine höhere Lautstärke, Oberflächlichkeit, übertriebene Positivbewertung, Beschränkung auf alterstypische Themen, bevormundende Äußerungen
5. Gesellschaftlich, um Inklusion zu erreichen (besondere Herausforderung: „demenzfreundliches Gemeinwesen“ – Achtung vor ihrer Würde (Kruses 5 Kriterien gelten auch für Menschen mit Demenz! Herausforderndes Verhalten statt Verhaltens-Störung, ...), Alzheimergesellschaften, Selbsthilfegruppen für die Betreuenden, mobile Betreuung zu Hause, Umgang mit Menschen mit Demenz in Heimen, Förderung von Demenztagesstätten, vorformulierte Patientenverfügung, ...)

Die Forderung nach Sozialer Inklusion ist verwirklicht, wenn jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben oder teilzunehmen. Unterschiede und Abweichungen werden im Rahmen der sozialen Inklusion bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder gar aufgehoben. Ihr Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen. Das Recht zur Teilhabe wird sozialetisch begründet und bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche, in denen sich alle barrierefrei bewegen können sollen.

Inklusion beschreibt dabei die Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne dass dabei Normalität vorausgesetzt wird. Normal ist vielmehr die Vielfalt, das Vorhandensein von Unterschieden. Die einzelne Person ist nicht mehr gezwungen, nicht erreichbare Normen zu erfüllen, vielmehr ist es die Gesellschaft, die Strukturen schafft, in denen sich Personen mit Besonderheiten einbringen und auf die ihnen eigene Art wertvolle Leistungen erbringen können. Ein Beispiel für Barrierefreiheit ist, jedes Gebäude rollstuhlgerecht zu gestalten. Aber auch Barrieren im übertragenen Sinn können abgebaut werden, beispielsweise indem ein sehbehinderter Mensch als Telefonist oder als Sänger arbeitet (Wikipedia).

6. Für Professionelle im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie oder Pflege, bei denen eher die mit dem Altern verbundenen Defizite und Schwierigkeiten ins Blickfeld rücken (Winter/Matzawrakos 2008: Mehr als ein Drittel der Pflegepersonen, die auf der Gerontopsychiatrie arbeiten, haben Angst vor dem Alt werden / Vorerfahrungen, Altersbilder, Zukunftsängste werden insgesamt zu wenig reflektiert, ...)

6.3.4. Günstige Voraussetzungen für die Psychotherapie Älterer:

- Weitgehend bearbeitete Konflikte mit den eigenen Eltern
- Keine idealisierten Erfahrungen mit chronologisch Älteren
- Selbst Trauerprozess durchlebt zu haben
- Eigene Erfahrungen mit Krankheiten
- Kontakt zu Älteren im Alltagsleben
- Eigene Erfahrungen als Elter
- Stabile vertrauensvolle Beziehung
- Körper stärker akzeptieren und integrieren
- Wissen über physiologische Veränderungen
- Wissen über Erkrankungen und Medikamente
- Bio-psycho-soziale Perspektive sehen
- Historischer Kontext / geschichtliches Wissen
- Vorstellungen und Annahmen über das Alter

[Radebold 2001]

7. Rechtliche Aspekt: Der neue Erwachsenenschutz

- Ab 01.07.2018 gültig, hat die Sachwalterschaft ersetzt
- Unterstützung statt Stellvertretung -> primär: geeignete Formen sozialer Unterstützung finden
- Wenn schon Stellvertretung, dann möglichst eine selbstgewählte: Vorsorgevollmacht, gewählte Erwachsenenvertretung
- Selbstbestimmung trotz Stellvertretung: sofern Entscheidungsfähigkeit gegeben / alltägl. Rechtsgeschäfte autonom möglich
- Entscheidung gegen den Willen nur aus schwerwiegenden Gründen möglich: Heimunterbringung, medizinische Behandlungen

Stufen: Selbstbestimmung ->

- Selbstbestimmung mit Unterstützung
- Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung
- Gewählte Erwachsenenvertretung
- Gesetzliche Erwachsenenvertretung (Angehörigenvertretung)
- Gerichtliche Erwachsenenvertretung (ersetzt Sachwalterschaft)

Wann ist Entscheidungsfähigkeit gegeben?

- Bisherige Begriffe der „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ werden ersetzt
- Bedeutung und Folgen seines Handelns verstehen
- Seinen Willen danach bilden
- Sich entsprechend verhalten
- Unerfahrenheit oder niedriger Intelligenzgrad bedeuten nicht automatisch einen Mangel an Entscheidungsfähigkeit

Beispiele für Unterstützung:

- Familie, nahestehende Personen, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, soziale und psychosoziale Dienste, Peergroups, Beratungsstellen, Betreutes Konto, ...
- Soweit eine Person bei der Besorgung ihrer Angelegenheiten entsprechend unterstützt wird, darf für sie kein Erwachsenenvertreter tätig werden!!

Patientenverfügung:

- Durch Errichtung einer Patientenverfügung kann man im Vorhinein bestimmen, welche (genau bezeichneten!) medizinischen Behandlungen, wenn man den eigenen Willen nicht mehr äußern kann (bei Entscheidungs- oder Artikulationsunfähigkeit) nicht durchgeführt werden sollen, (wird erst dann wirksam!): Künstliche Ernährung / Künstliche Beatmung / Sofortige Wiederbelebung / Lebensverlängernde Maßnahmen (3 / 6 / 12 Monate)
- Behandlungswünsche, was Schmerzen betrifft: palliativ – in vertrauter Umgebung – mit religiöser Begleitung
- Auskunftserteilung über Gesundheitszustand: Personen ausdrücklich zulassen bzw. ausschließen

Verbindlich:

- Im Vorfeld dokumentierte medizinische und juristische Belehrung obligat -> schriftlich!!
- Juristischer Abschluss kostenfrei, wenn über Patientenombudschaft der ÄK
- Kann jederzeit widerrufen werden
- 8 Jahre gültig, dann Erneuerung nötig
- Bleibt die Bestätigung aus -> automatisch „Andere“ (s.u.)
- Im Patientenverfügungsregister registriert (und im ELGA, wenn gewünscht)
- CAVE: medizin. Personal ist in Notfällen nicht verpflichtet, die Register abzufragen

Und Andere:

- Schriftliche Willens(!)erklärung
- Geht auch mündlich: z.B. Vorsorgegespräch im Pflegeheim
- Sollte im Vorfeld mit einem Arzt besprochen werden, um eindeutig formuliert werden zu können
- Muss beachtet werden, in die medizinischen Überlegungen miteinbezogen werden

Selbstbestimmteste Form -> Vorsorgevollmacht:

- In sie kann eine Patientenverfügung integriert werden
- Durch Errichtung einer Vorsorgevollmacht kann man im Vorhinein exakt bestimmen, welche Person im Fall des Falles welche Angelegenheiten (bzgl. Pflege, medizinischer Versorgung, Heimunterbringung, ...) erledigen soll.
- Rechtzeitig, noch voll entscheidungsfähig, höchstpersönlich und schriftlich -> für den Ernstfall (Entscheidungsunfähigkeit)
- bei Notar, Anwalt, Erwachsenenschutzverein
- Registriert im ÖZVV (Österr. Zentralen Vertretungsverzeichnis)
- Wann? Durch ärztliches Attest („...aus fachärztlicher Sicht ist nun der Zeitpunkt gekommen, wo...in Kraft treten sollte“ – Begründung), aktiviert infolge durch Notar,

- Rechtsanwalt, Vertretungsnetz
- Grundsätzlich keine Kontrolle, da Vertrauensperson
- Davon ausgenommen: Wohnortverlegung ins Ausland + medizin. Behandlung gegen den Willen des Betroffenen
- Jederzeit widerrufbar durch die betroffene Person -> dann erfolgt aber eine gerichtliche Erwachsenenvertretung

Nächste Stufe, wenn der Zeitpunkt der vollen Entscheidungsfähigkeit übersehen wurde -> Gewählte Erwachsenenvertretung:

- Wer? Freie Auswahl, keine Bindung an Verwandtschaftsverhältnis, keine Naheverhältnis zur Betreuungseinrichtung
- Rechtzeitig, Auswirkung nur mehr in Grundzügen verständlich, höchstpersönlich und schriftlich
- Z.B. bei noch leichter Demenz
- bei Notar, Anwalt, Erwachsenenschutzverein (ist dessen Kernkompetenz!) – mit ärztlichem Attest über geminderte Entscheidungsfähigkeit -> sofortige Wirksamkeit!!
- Angelegenheiten müssen aufgezählt sein: einzelne Rechtsgeschäfte (Liegenschaftsverkauf, Erbschaftsverfahren, ...) oder Kreis von Angelegenheiten (Vertretung vor Ämtern und Behörden, Finanzielles, medizin. Versorgung, pflegerische Belange, Wohnortbestimmung wie z.B. Heimunterbringung)
- Registriert im ÖZVV
- Jederzeit widerrufbar durch die betroffene Person -> dann gerichtl. EWV
- Unter gerichtlicher Kontrolle: Antrittsbericht (über Lebens- und Vermögenssituation), jährl. Bericht über persönliche Kontakte, regelmäßige Rechnungslegung > 15.000€
- Gerichtliche Genehmigung zusätzlich nötig z.B. bei Heimunterbringung mit dauerhafter Wohnortauflösung

Bei fehlender Auswahl-, Entscheidungsfähigkeit -> Gesetzliche Erwachsenenvertretung:

- Wer? Im Gesetz vorgegeben: Eltern und Großeltern, volljährige Kinder od., Enkelkinder, Geschwister, Nefen, Nichten, Ehegatten, eingetragene Partner, Lebensgefährten (nach 3 Jahren), Person in einer EWV
- Gültig nur für 3 Jahre, weil nur für best. Anlassfall!! (aber mit Verlängerungsmöglichkeit)
- Ärztl. Attest über geminderte Entscheidungsfähigkeit -> Notar, RA, Vertr.Netz -> Eintragung ins ÖZVV -> sofortige Wirksamkeit (Wirkungsbereiche u. Berichtspflichten ans Gericht s.o.)
- Jederzeit widerrufbar durch die betroffene Person

Gerichtliche Erwachsenenvertretung (entspricht der früheren Sachwalterschaft):

- Durch Gerichtsbeschluss – auf Antrag
- Clearingprozess (Vertretungsnetz) und Erstanhörung durch Richter obligatorisch
- Gutachten und mündliche Verhandlung fakultativ
- Angehörige haben Rekursrecht
- Wer? Vorrangig eine vom Betroffenen gewählte Person, dann Angehörige oder nahestehende Personen / Erwachsenenschutzvereine / Anwälte, Notare, andere

- geeignete Personen
- ABER wesentl. Verbesserung gegenüber Sachwalterschaft: es gilt der Grundsatz „Selbstbestimmung trotz Stellvertretung“, es kommt auf die Einzelsituation an: wenn gerade entscheidungsfähig für Rechtsgeschäfte, dann keine Zustimmung nötig (Beispiele: bipolare Erkrankung, vaskuläre Demenz)
- Ausnahme Handlungsfähigkeit eingeschränkt durch extra Genehmigungsvorbehalt im Gerichtsbeschluss
- Strenge Kontrolle durch das PflEGschaftsgericht: Antrittsbericht, jährl. Berichtspflicht

Entscheidung bei dauernder Änderung des Wohnortes:

- Natürlicher Wille im „Wohnortclearing“ zu erforschen
- Wenn weitere häusliche Betreuung angestrebt wird -> Finanzierung? -> Ressourcen?
- Gerichtlich genehmigungspflichtig -> persönliche Anhörung (aber nicht bei VSV, im Inland)
- Wohnungsauflösung erst nach gerichtlichem Beschluss möglich

Entscheidung bei medizinischen Behandlungen:

Vorgangsweise bei Gefahr in Verzug:

- D.h. bei Lebensgefahr, Drohen schwerer Gesundheitsschäden sowie großer Schmerzen
- nicht, wenn verbindliche Patientenverfügung oder noch aktuelle Behandlungsentscheidung vorliegen! – aber: inwieweit auslegungsbedürftig??
- dennoch soweit als möglich aufklären
- ...muss (!) auch ohne Aufklärung und Einholung der Einwilligung begonnen werden
- Beurteilung, ob Gefahr in Verzug, obliegt allein dem Behandler
- Wenn Behandlung abgeschlossen, Verständigung des gesetzl. Vertreters empfohlen
- Dauert die Behandlung an, Einwilligung einholen versuchen

Keine Gefahr in Verzug, Klient(in) entscheidungsfähig:

- Vertreter(in) muss nicht einbezogen werden
- Über Grund und Bedeutung der Behandlung aufklären
 - Aufklärung in einfacher Sprache verpflichtend
 - Ist die Entscheidungsfähigkeit hergestellt, reicht die einfache Einwilligung (wenn volljährig)

Keine Gefahr in Verzug, Klient(in) nicht alleine entscheidungsfähig:

- Zweifel an Entscheidungsfähigkeit: Verpflichtend durch Unterstützerkreis (kann jeder sein) herstellen (nur „Bemühungsvorschrift“) -> dokumentieren!
- Veto gegen Einbeziehung bestimmter Personen beachten (Entscheidungsfähigkeit dabei nicht erforderlich – Kopfschütteln etwa reicht)

- Unterstützterkreis hilft bei der Entscheidungsfindung, darf sie aber nicht ersetzen
- Ziel ist Entscheidungsfindung, bei Koma daher nicht notwendig
- Kein Konsens -> im Zweifel ist Betroffener selbst entscheidungsfähig

Keine Gefahr in Verzug, Klient(in) nicht entscheidungsfähig:

- Wenn kein informed consent -> Vorsorgebevollmächtigter, Patientenverfügung, Erwachsenenvertreter, gerichtliche Entscheidung einholen (Pflegerchaftsgericht)
- Dennoch: ärztl. Aufklärung in Grundzügen (außer bei Koma / dem Wohl der Person abträglich)
- Vertreter hat sich vom natürlichen Willen (Widerspruch) leiten zu lassen -> ein „Nein“ (Kopfschütteln reicht) ist zu respektieren
- Zwangsbehandlung nur nach UbG
- Ansonsten droht ein Verfahren wegen eigenmächtiger Heilbehandlung (§ 110 StGB) -> Freiheitsstrafe bis zu 6 Monaten od. Geldstrafe bis zu 360 Tagsätzen
- Aber: Im Zweifel gilt eine medizinisch indizierte Behandlung als gewünscht

(Passend zur Selbstbestimmung??) die Sterbeverfügung:

Sterbeverfügungsgesetz 2021: Eine Sterbeverfügung ist eine Willenserklärung einer sterbewilligen Person, zu einem selbstbestimmten Zeitpunkt unter eigenhändiger Zuführung eines speziellen Präparates sein Leben zu beenden.

Man muss dazu das 18. Lj. beendet haben (volljährig sein), österreichischer Staatsbürger sein (bzw. seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben) und entscheidungsfähig sein (höchstpersönlich, nicht der Erwachsenenvertreter)

Begriffsklärung: „Entscheidungsfähigkeit“ (§ 24 (2) ABGB):

- E. muss zu jedem Zeitpunkt gegeben sein! (Demenz??)
- Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung seines Handelns und die Folgen daraus im jeweiligen Zusammenhang verstehen ...
- ..., einen Willen danach bestimmen ...
- ... und sich entsprechend verhalten kann

Begriffsklärung: „Freier Wille“ in der Psychiatrie:

- Richter 2021: es hat sich die Meinung verfestigt, dass bestimmte psychisch kranke Menschen durchaus eine rationale und selbstbestimmte Entscheidung im Hinblick auf die eigene Lebensbeendigung treffen können -> Einzelfallentscheidung!
- Haller 2020: die bisher gültige Aussage, dass Suizid immer Krankheit sei, kann in dieser Form heute nicht mehr vertreten werden

Begriffsklärung:

- Aktive Sterbehilfe: in Form von absichtlicher und aktiver Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts (in Ö in jeder Form verboten)
- Passive Sterbehilfe: durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei gleichzeitiger schmerzlindernder Behandlung (in Ö in der PV geregelt)
- Indirekte Sterbehilfe: durch eine schmerzlindernde Medikation unter Inkaufnahme einer nicht beabsichtigten Lebensverkürzung (in Ö erlaubt durch ÄrztInnen)
- Beihilfe zum Suizid: als Hilfeleistung zur Selbsttötung, z.B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Mittels (in Ö als assistierter Suizid geregelt)

Medizinische Voraussetzungen:

- Unheilbare, zum Tod führende Krankheit
- Oder: schwere dauerhafte Krankheit mit anhaltenden Symptomen, deren Folgen die Person in ihrer gesamten Lebensführung massiv beeinträchtigen
- Nicht anders abwendbarer Leidenszustand
- Psychiatrische Erkrankung nicht per se ausgeschlossen: was ist z.B. bei bipolarer Erkrankung?????

Formale (medizinische) Voraussetzungen:

- Aufklärung durch 2 Ärzte (zumindest ein Palliativmediziner, bei Bedarf?? Ein Psychiater/klinischer Psychologe)
- ...die den dauerhaften, freien Entschluss bestätigen
- ...auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen
- ...mögliche Behandlungsalternativen aufzeigen (Palliativmedizin, Hospiz, Psychotherapie, ...)
- ...und die Auswirkungen des Präparates (Natrium Pentobarbital), Dosierung, Begleitmedikation Paspertin
- Schriftliche Dokumentation und Unterfertigung

Formale (juristische) Voraussetzungen:

- Schriftliche Errichtung durch Notar / Patientenvertretung
- Frühestens 12 Wochen nach 1. ärztlicher Aufklärung (in terminaler Phase ausnahmsweise 2 Wochen)
- Spätestens 1 Jahr nach 2. ärztlicher Aufklärung
- Unterfertigung / Dokumentation im Sterbeverfügungsregister

Die weiteren nötigen Schritte:

- Abholung des Präparates aus jeder öffentlichen Apotheke
- ...gegen Vorlage einer gültigen Sterbeverfügung
- ...durch die sterbewillige Person selbst
- ...oder eine in der Sterbeverfügung ausdrücklich genannte Vertrauensperson
- Keine Person kann zur Mitwirkung am assistierten Suizid gezwungen werden!!!
- Durchführung der lebensbeendenden Maßnahme durch die sterbewillige Person selbst
- Einzig zulässige Hilfeleistungen zur Assistenz: Abholung des Präparates in der Apotheke + Legen von venösen Zugängen oder Magensonden
- Den auslösenden letzten Schritt zum assistierten Suizid MUSS die sterbewillige Person selbst setzen!!

Gültigkeitsdauer / Kosten:

- ...bis zum Widerruf durch die sterbewillige Person selbst
- 1 Jahr nach Errichtung durch den Notar
- (Vorzeitiger) Tod des Sterbewilligen
- Präparat muss verpflichtend zurückgegeben werden!!
- Kosten (Stand 05/23): Arztgespräch 132€ pro angefangener halber Stunde / Notartarif frei verhandelbar / Präparat 400€ pro Dosis

Zahlen in Österreich: Errichtete Sterbeverfügungen (09/24): 481 / Ausgegebene Präparate: 398 / Retournierte Präparate: 52 / Gemeldete Sterbefälle durch assistierten Suizid lt. Statistik Austria: 2022: 54 / 2023: 98 / Im ASCIRS [Critical Incident Reporting System] eingelangte Motive: Leiderleben (62), körperliche Symptome (62), Angst vor künftigem Leid (21), psychische Symptome (11), Kontroll-, Autonomieverlust (4)

Literaturliste:

Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie; Johannes Kipp, Gerd Jüngling; Ernst Reinhardt Verlag München Basel; 4., aktualisierte Auflage 2007

Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns; Gabriele Junkers; Schattauer Verlagsgesellschaft Stuttgart New York; 1995

Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie; Hans Förstl; Georg Thieme Verlag Stuttgart New York; 2. Auflage 2003

Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie; G. Heuft, A. Kruse, H. Radebold; Ernst Reinhardt Verlag München Basel; 2. Auflage 2006

Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten; H. Radebold, W. Bohleber, J. Zinnecker (Hrsg.); Juventa Verlag Weinheim und München; 2008

Die Generation danach – Der Nationalsozialismus im Familiengedächtnis; Margit Reiter; StudienVerlag 2006

Kindheiten im Zweiten Weltkrieg – Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive; H. Radebold, G. Heuft, Insa Fooker (Hrsg.); Juventa 2006

Enkelkinder und ihre Großeltern – Intergenerationelle Beziehungen im Wandel; F. Höpflinger, C. Hummel, V. Hugentobler; Seismo Verlag 2006

Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie; A. Maercker (Hrsg.); Springer Verlag 2002

Sucht im Alter – Altern und Sucht; Dirk K. Wolter; Verlag W. Kohlhammer; 1. Auflage 2011

Fischer, Peter 2012. Zur Psychotherapie alter Menschen. Psychopraxis, 15 (3), 22-26

Psychiatrie und Psychotherapie: Duale Reihe; Möller HJ, Laux G, Deister A; Thieme-Verlag Stuttgart; 4. Auflage 2009

Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie; Meinolf Peters; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004

Prof.Dr.med. Giovanni Maio, Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Freiburg: „Menschsein in der Demenz“; 2015; Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien; Imago Hominis, Band 22, Heft 4, S. 249-258

Erwachsenenschutzrecht; Broschüre des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz + Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer dazu: <https://www.aekwien.at> – „Die Einwilligung in die medizinische Heilbehandlung nach dem 2. Erwachsenenschutzgesetz“

www.sozialministerium.at: Sterbeverfügung – Ein Leitfaden für die Praxis

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; Hrsg. DGPPN; 2. Auflage; Springer

Zeitschriftenreihe „Psychotherapie im Alter“:

Band 1-2005 („Verhaltensbiologische Aspekte im Gruppenverhalten“)

Band 4-2009 („Schmerz“)

Band 1-2007 („Persönlichkeitsstörungen“)

Band1-2012 („Männer“)

Band 2-2012 („Sucht“)

Band 4-2012 („Einsamkeit“)

Band 1-2013 („Frauen“)

Band 2-2013 („Altersbilder“)

Band 4-2013 („Trauer“)

Band 1-2014 („Suizid und würdevolles Sterben“)

Band 2-2014 („Hochaltrigkeit“)

Band 1-2018 („Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatik“)

Band 3-2018 („Flucht, Vertreibung und Emigration reloaded: Wiederkehr des Verdrängten nach über 70a?“)

Band 1-2019 („Künstlerische Therapien“)

Band 2-2019 („Intergenerationelle Beziehungen“)

Band 3-2019 („50 Jahre danach – die 68er werden alt“)

Band 4-2019 („Leben mit Behinderung – Individuum, Institution, Profession“)

Band 2-2021 („Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Fokus“)

Band 2-2022 („Psychosenpsychotherapie“)

Band 4-2023 („Depression“)

Band 2-2024 („Gesellschaftliche Krisen“)

Band 4-2024 („Persönlichkeitsstörungen: Neue Modelle, neue Therapie?“)

Münsterlinger Symposien zur Alterspsychotherapie:

2004: „Der psychotherapeutische Prozess“

2006: „Psychotherapie im Alter – Sicht von Entwicklungspsychologie und Hirnforschung“

2010: „Persönlichkeitsstörungen im Alter“

2012: „Alter und Angst“

2014: „Alter und Abschied“

2017: „Beziehung und Partnerschaft im Alter“

ANHANG:

Instrumentelle Aktivitäten (IADL)

	Punktzahl
Telefon:	
Benutzt Telefon aus eigener Initiative, wählt Nummern	1
Wählt einige bekannte Nummern	1
Nimmt ab, wählt nicht selbständig	1
Benutzt das Telefon überhaupt nicht	0
Einkaufen:	
Kauft selbständig die meisten benötigten Sachen ein	1
Tätigt wenige Einkäufe	0
Benötigt bei jedem Einkauf Begleitung	0
Unfähig zum Einkaufen	0
Kochen:	
Plant und kocht erforderliche Mahlzeit selbständig	1
Kocht erforderliche Mahlzeit nur nach Vorbereitung durch Drittpersonen	0
Kocht selbständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	0
Benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0
Haushalt:	
Hält Haushalt instand oder benötigt zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	1
Führt selbständig kleine Hausarbeiten aus	1
Führt selbst kleine Hausarbeiten aus, kann aber Wohnung nicht rein halten	1
Benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	1
Nimmt überhaupt nicht teil an täglichen Verrichtungen im Haushalt	0
WÄSCHE:	
Wäscht sämtliche eigene Wäsche	1
Wäscht kleine Sachen	1
Gesamte Wäsche muss auswärts versorgt werden	0
TRANSPORTMITTEL:	
Benutzt unabhängig öffentliche Transportmittel, eigenes Auto	1
Bestellt und benutzt selbständig Taxi, jedoch keine öffentlichen Transportmittel	1
Benutzt öffentliche Transportmittel in Begleitung	1
Beschränkte Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung	0
Reist überhaupt nicht	0
MEDIKAMENTE:	
Nimmt Medikamente in genauer Dosierung und zum korrekten Zeitpunkt eigenverantwortlich	1
Nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	0
Kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	0
GELDDAUSHALT:	
Regelt finanzielle Geschäfte selbständig (Budget, Schecks, Einzahlung, Gang zur Bank)	1
Erledigt tägliche kleinere Ausgaben, benötigt aber Hilfe bei Einzahlung, Bankgeschäften	1
Ist nicht mehr fähig mit Geld umzugehen	0
Weibliche Patienten	Gesamtpunktzahl: / 8
Männliche Patienten	Gesamtpunktzahl: / 5

Schmerzskala ECPA

Dimension 1 : Beobachtungen außerhalb der Pflege	
Item 1 - verbale Äußerungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien	
0	Patient macht keine Äußerungen
1	Schmerzäußerungen, wenn Patient angesprochen wird
2	Schmerzäußerungen, sobald jemand beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Item 2 - Gesichtsausdruck: Blick und Mimik	
0	entspannter Gesichtsausdruck
1	besorgter, gespannter Gesichtsausdruck
2	ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen
3	verkrampfter und/oder ängstlicher Blick
4	vollständig starrer Blick/Ausdruck
Item 3 - Spontane Ruhehaltung	
0	keinerlei Schonhaltung
1	Vermeidung bestimmter Position, Haltung
2	Patient wählt eine Schonhaltung, aber kann sich bewegen
3	Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung
4	Patient bleibt vollständig immobil
Dimension 2 : Beobachtungen während der Pflege	
Item 4 - ängstliche Abwehr bei der Pflege	
0	Patient zeigt keine Angst
1	ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck
2	Patient reagiert mit Unruhe
3	Patient reagiert aggressiv
4	Patient schreit, stöhnt, jammert
Item 5 - Reaktionen bei der Mobilisation	
0	Patient steht auf / läßt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung
1	Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten
2	Patient klammert mit den Händen / macht Gebärden bei Mobilisation und Pflege
3	Patient nimmt während Mobilisation und Pflege Schonhaltung ein
4	Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege
Item 6 - Reaktionen während Pflege von schmerzhaften Zonen	
0	keinerlei negative Reaktionen während Pflege
1	Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung
2	Reaktionen beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen
3	Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen
4	Unmöglichkeit, sich schmerzhaften Zonen zu nähern
Item 7 - verbale Äußerungen während der Pflege	
0	keine Äußerungen während der Pflege
1	Schmerzäußerungen, wenn man sich an den Patienten wendet
2	Schmerzäußerungen, sobald Pflegenden beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Dimension 3 : Auswirkungen auf Aktivitäten	
Item 8 - Auswirkungen auf Appetit	
0	keine Veränderungen bezüglich Appetit
1	leicht reduzierter Appetit, ißt nur einen Teil der Mahlzeiten
2	muß animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen
3	ißt trotz Aufforderung nur ein paar Bissen
4	verweigert jegliche Nahrung
Item 9 - Auswirkungen auf Schlaf	
0	guter Schlaf, beim Aufwachen ist Patient ausgeruht

Schmerzskala ECPA

1	Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen
2	Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen
3	zusätzliches nächtliches Erwachen
4	seltener oder fehlender Schlaf
Item 10 - Auswirkungen auf Bewegung	
0	Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt
1	Pat. bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen
2	seltener / verlangsamte Bewegungen
3	Immobilität
4	Apathie oder Unruhe
Item 11 - Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit	
0	üblicher Kontakt
1	Herstellen von Kontakt erschwert
2	Patient vermeidet Kontaktaufnahme
3	Fehlen jeglichen Kontaktes
4	Totale Indifferenz
Total Punkte (0= kein Schmerz, 44= maximaler Schmerz)	

ECPA: Echelle comportementale de la douleur pour personnes agees non communicantes

MMSE - MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Patient: _____ geboren am: _____

Untersucht von: _____ am: _____

I. ORIENTIERUNG

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|
| I.1. Den wievielten haben wir heute? | TAG | <input type="checkbox"/> |
| I.2. | JAHR | <input type="checkbox"/> |
| I.3. | MONAT | <input type="checkbox"/> |
| I.4. Welcher Wochentag ist heute? | | <input type="checkbox"/> |
| I.5. Welche Jahreszeit haben wir nun? | | <input type="checkbox"/> |
| I.6. Können Sie mir den Namen eines Arztes nennen? /
Wie heißt Ihr Hausarzt? | | <input type="checkbox"/> |
| I.7. In welchem Stock befinden wir uns hier? | | <input type="checkbox"/> |
| I.8. In welcher Anstalt sind Sie hier? /
Wie ist Ihre Adresse? | | <input type="checkbox"/> |
| I.9. In welcher Stadt ist diese Anstalt? /
In welcher Stadt ist dieses Haus? | | <input type="checkbox"/> |
| I.10. In welchem Land befinden wir uns hier? | | <input type="checkbox"/> |
| | Orientierungs-
score (max.10) | _____ |

II. KURZZEITGEDÄCHTNIS

- Fragen Sie den Patienten, ob Sie sein Gedächtnis testen dürfen. Dann sagen Sie langsam und deutlich Buch, Haus, Blume (jedes Wort in etwa einer Sekunde). Nachdem Sie alle drei Worte gesagt haben, bitten Sie den Patienten die Worte zu wiederholen. Diese erste Wiederholung bestimmt seinen Score. Fahren Sie jedoch fort (bis zu sechs Wiederholungen), die drei Worte zu sagen, bis er alle drei Worte wiederholen kann.
(Anzahl der Versuche....)
- | | | |
|-------|-----------|--------------------------|
| BUCH | | <input type="checkbox"/> |
| HAUS | | <input type="checkbox"/> |
| BLUME | | <input type="checkbox"/> |
| | Score 0-3 | _____ |

III. AUFMERKSAMKEIT UND RECHNEN

- Bitten Sie den Patienten, bei 100 beginnend, fortlaufend 7 abzuziehen. Hören Sie nach fünf Subtraktionen auf. Bewerten Sie die Anzahl der richtigen Subtraktionen.
- | | | |
|---|-----------|--------------------------|
| 93 | | <input type="checkbox"/> |
| 86 | | <input type="checkbox"/> |
| 79 | | <input type="checkbox"/> |
| 72 | | <input type="checkbox"/> |
| 65 | | <input type="checkbox"/> |
|
ODER | | |
| Wenn der Patient den „Reihensubtraktionstest“ nicht ausführen will oder kann, bitten Sie ihn, das Wort „WOCHE“ rückwärts zu buchstabieren: Der Score ist die Anzahl der Buchstaben in korrekter (verkehrter) Reihenfolge. | E | <input type="checkbox"/> |
| | H | <input type="checkbox"/> |
| | C | <input type="checkbox"/> |
| | O | <input type="checkbox"/> |
| | W | <input type="checkbox"/> |
| | Score 0-5 | _____ |

IV. GEDÄCHTNIS

Bitten Sie den Patienten, die drei Worte, die Sie ihm zuvor nannten (II), zu nennen.

BUCH
HAUS
BLUME
Score 0-3 _____

V. SPRACHE

Benennen: Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr bzw. einen Bleistift und fragen Sie ihn, was das sei.

UHR
BLEISTIFT

Wiederholung: Lassen Sie den Patienten wiederholen: „Keine Wenss, Unds oder Abers“.

KORREKTE
WIEDERGABE

Dreistufenbefehl: Geben Sie dem Patienten ein glattes leeres Blatt Papier und sagen Sie: „Nehmen Sie das Blatt Papier in Ihre rechte Hand, falten Sie es halb und legen Sie es auf den Boden“.

NIMMT ES IN
DIE RECHTE HAND
FALTET ES HALB U.
LEGT ES AUF
DEN BODEN

Lesen: Lassen Sie den in großer Druckschrift geschriebenen Text „Schließen Sie Ihre Augen“ lesen und bitten Sie den Patienten, dem Geschriebenen Folge zu leisten. Eine Antwort ist nur richtig, wenn der Patient die Augen auch wirklich schließt.

SCHLIESST
DIE AUGEN

Schreiben: Geben Sie dem Patienten ein leeres Blatt Papier und bitten Sie ihn, einen Satz zu schreiben. Dieser soll spontan geschrieben werden. Er muss ein Substantiv und ein Verb enthalten und sinnvoll sein. Grammatik und Interpunktion brauchen nicht korrekt zu sein.

SCHREIBT
EINEN SATZ

Sprachscore
max. 8 _____

VI. KOPIEREN

Zeigen Sie dem Patienten die Zeichnung mit den beiden sich überschneidenden Fünfecken und bitten Sie den Patienten, dies genau zu kopieren. Alle 10 Ecken müssen erkennbar sein und die Figuren müssen sich schneiden. Tremor und Drehungen werden ignoriert.

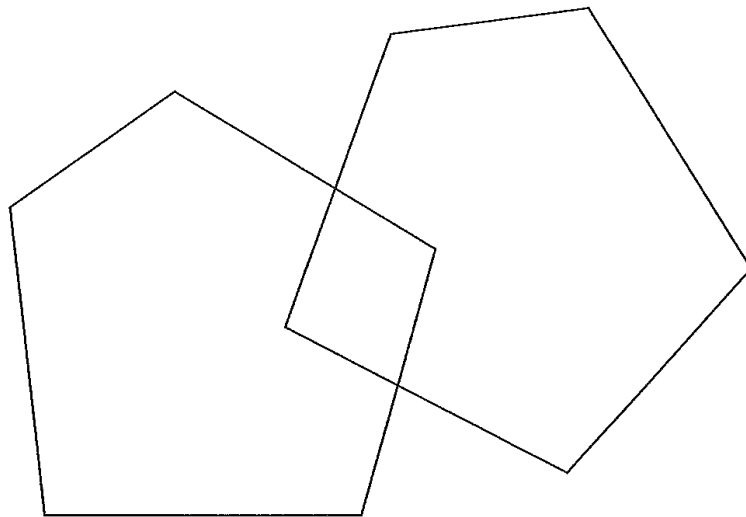
ZEICHNET
RICHTIG
Score 0-1 _____

Addieren Sie die erreichten Punkte der Einzelaufgaben. Der maximale Score in diesem Test beträgt 30 (Rechnen oder Buchstabieren).

GESAMTSCORE

(nach Folstein et al. 1975)

Schließen Sie die Augen



Name	
Alter	Jahre
Datum	

“Bitte zeichnen Sie das Zifferblatt einer Uhr mit allen Zahlen und stellen Sie die Zeiger auf 11.10 Uhr ein!”

DIA-5	Frage	Ja	Nein
01	Ich fühle mich bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
02	Ich habe Angst, dass ich etwas falsches sagen oder tun könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
03	Ich kann mich gut entspannen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
04	Mein Leben kommt mir sinnlos vor	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
05	Es fällt mir schwer, mich aufzuraffen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
06	Ich habe Angst vor der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
07	Ich kann mein Leben genießen, auch wenn mir manches schwerer fällt	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich fühle mich durch Schwierigkeiten leicht überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
09	Ich muss viel grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10	Ich bin grundsätzlich mit meinem Leben zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	Summe (Anzahl der Vierecke)		

0-2 Punkte: unauffällige Stimmung
 Ab 3 Punkten: Depressions-verdacht
 Ab 4 Punkten: eine Depression von Krankheitswert ist wahrscheinlich

**Delirium Screening durch Beobachtung
Delirium Observation Screening Scale (DOS)**

	Datum			Datum			Datum			
	Frühdienst Name	Vorwache Name	Nachtwache Name	Frühdienst Name	Vorwache Name	Nachtwache Name	Frühdienst Name	Vorwache Name	Nachtwache Name	
	Manchmal - Nie	Weiss nicht - Immer	Manchmal - Nie	Weiss nicht - Immer	Manchmal - Nie	Weiss nicht - Immer	Manchmal - Nie	Weiss nicht - Immer	Manchmal - Nie	
Bemerkungen:										
1	Nickt während des Gesprächs ein	0	1	-	0	1	-	0	1	-
2	Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt	0	1	-	0	1	-	0	1	-
3	Bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung	1	0	-	1	0	-	1	0	-
4	Beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht	0	1	-	0	1	-	0	1	-
5	Gibt unpassende Antworten auf Fragen	0	1	-	0	1	-	0	1	-
6	Reagiert verlangsamt auf Aufträge	0	1	-	0	1	-	0	1	-
7	Denkt irgendwo anders zu sein	0	1	-	0	1	-	0	1	-
8	Erkennt die Tageszeit	1	0	-	1	0	-	1	0	-
9	Erinnert sich an kürzliche Ereignisse	1	0	-	1	0	-	1	0	-
10	Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig	0	1	-	0	1	-	0	1	-
11	Zieht an Infusion, an Sonde oder an Katheter usw.	0	1	-	0	1	-	0	1	-
12	Reagiert unerwartet emotional	0	1	-	0	1	-	0	1	-
13	Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind	0	1	-	0	1	-	0	1	-
	Summe pro Schicht (wenn ≥ 3, zusätzlich CAM)									
	Info an Ressourcenpflege oder Ärzte weitergeleitet (Handz.)									

Adaptiert von Schuurmans (2001) Variante 2.2
© Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel, 2007

6. Anhang: Kurzfassung

Das vorliegende Manual befasst sich ausschließlich mit der für die Anwendbarkeit des Heimaufenthaltsgesetzes primären Fragestellung

„Wann ist die Verabreichung von Medikamenten als medikamentöse Freiheitsbeschränkung im Sinn des § 3 (1) HeimAufG zu qualifizieren und an die Bewohnervertretung zu melden?“

Eine Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Mittel liegt vor, wenn die Behandlung *unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen*, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben (Erläuterungen der Regierungsvorlage zum Heimaufenthaltsgesetz S. 9 Anm.14; Barth/Engel, Heimrecht (2004), Anm. 7 § 3 HeimAufG). Der Oberste Gerichtshof (2 Ob 77/08z und 1 Ob 21/09h) hält fest, dass für das Vorliegen einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung die folgenden Fragen entscheidungserheblich sind:

1. Welchen therapeutischen Zweck verfolgt die Anwendung jedes einzelnen der zu überprüfenden Medikamente?
2. Wurden bzw. werden die Medikamente – insbesondere in der dem Bewohner verabreichten Dosierung und Kombination – dieser Zweckbestimmung entsprechend eingesetzt?
3. Welche konkrete Wirkung war und ist für den Bewohner mit dem Einsatz der Medikamente verbunden?

„Selbst die therapeutisch indizierte medikamentöse Behandlung ist als Freiheitsbeschränkung zu beurteilen, wenn sie primär der Unterbindung von Unruhezuständen und der Beruhigung, also zur „Ruhigstellung“ des Patienten dient“ (2 Ob 77/08z und 1 Ob 21/09h).

Zur Beurteilung des Vorliegens einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung ist neben der Intentionalität der Medikamentengabe auch die potenzielle bzw. beabsichtigte Wirkung des verabreichten Medikaments auf den Patienten zu prüfen. Pharmaka, bei denen eine sedierende Haupt- oder Nebenwirkung von vornherein ausgeschlossen werden kann, werden in aller Regel keine medikamentöse Beschränkung darstellen können. Wird aber im Rahmen einer multipharmakologischen Behandlung aufgrund der Wechselwirkungen der einzelnen Präparate eine sedierende Wirkung auf den Patienten erwartet bzw. beabsichtigt, so ist für die Beurteilung des Vorliegens einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung wiederum die Intention ausschlaggebend.

Eine besondere Erheblichkeitsschwelle (Grad der Sedierung) hinsichtlich Dauer und Ausmaß der Sedierung muss für die Qualifikation einer medikamentösen Therapie als Freiheitsbeschränkung nicht vorliegen. Eine Dämpfung des Bewegungsdranges bzw. eine Verringerung der „Weglauftendenz“ ist einer Unterbindung der Ortsveränderung gleichzuhalten. Therapeutische und pflegerische Beweggründe können die Qualifikation einer solchen Maßnahme als Freiheitsbeschränkung nicht verhindern. Ist eine Sedierung nicht feststellbar, so kann auch in der Regel nicht von einer Freiheitsbeschränkung gesprochen werden.

Stellt die medikamentöse Behandlung eine Alternative oder Ergänzung zu einer anderen Art von Freiheitsbeschränkung (z. B. mechanische Fixierung) dar, so ist regelmäßig von einem medikamentösen Freiheitsentzug auszugehen, da es rechtlich keinen Unterschied machen kann, ob mechanische oder medikamentöse Maßnahmen zur Gefahrenabwehr eingesetzt werden.

Im Folgenden werden einzelne Medikamentengruppen bzw. auch Substanzklassen im Hinblick auf deren potentiell freiheitsentziehenden Wirkungen näher dargestellt.

Im Rahmen einer Schmerztherapie mit bspw. **Opioiden / Analgetika** bei Palliativpatienten ist die auftretende Sedierung in der Regel eine unvermeidliche Nebenwirkung. Dies gilt in der Regel auch für **Narkotika**, die im Rahmen von Operationen oder etwa invasiven diagnostischen Untersuchungen verabreicht werden.

Antidementiva sowie Ginkgo biloba-Präparate und Nootropika haben keine sedierende Wirkung, die Therapie der kognitiven und nicht-kognitiven Symptomatik der Demenzerkrankung steht im Vordergrund.

Der Einsatz von **Antidepressiva** ist in aller Regel allein durch andere therapeutische Indikationen motiviert; eine allenfalls sedierende Wirkung ist als unvermeidliche Nebenwirkung anzusehen, wenn es keine Alternative zur Behandlung der Depression gibt. Werden sedierende Antidepressiva aber zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdrangs verabreicht, so wird auch mit dieser Substanzklasse eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung verwirklicht.

Die Verabreichung von Arzneimitteln zur Behandlung nicht-psychiatrisch geprägter Krankheitsbilder (z. B. internistischer Erkrankungen) ist in der therapeutisch notwendigen Dosierung keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung. Eine allenfalls auftretende Sedierung (z. B. Antihistaminika der ersten Generation oder Beta-Blocker) stellt eine unvermeidliche Nebenwirkung in der Verfolgung des Therapiezieles dar. Im Rahmen eines so genannten „**Off-Label-Use**“ (zulassungsüberschreitender Einsatz von Arzneimitteln) ist die Verwendung solcher Präparate zur Durchführung einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung aber sehr wohl möglich, wenn mit deren Verabreichung überwiegend die Bewegungsdämpfung bezweckt wird bzw. die sedierende Nebenwirkung bewusst „ausgenutzt“ wird, obwohl diese durch eine Therapieumstellung vermieden werden könnte. Denkbar wäre auch eine Fallkonstellation, bei der etwa typische Neuroleptika, wie z. B. Cisordinol und Haldol über einen langen Zeitraum verabreicht werden und der Patient starke extrapyramidal-motorische Störungen und eine Muskelsteifigkeit entwickelt, die zu einer massiven Bewegungseinschränkung führt. Auch hier liegt im Fall einer Duldung bzw. Ausnutzung dieser bewegungseinschränkenden Nebenwirkungen eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor.

Die Verabreichung von **Antipsychotika** zur Behandlung von psychotischen Symptomen sowie der Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) stellt in therapeutisch notwendiger Dosierung keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar. Werden Antipsychotika aber auch zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdranges (Agitiertheit, Poriomanie) oder zur Ruhigstellung (Schreien, Aggression, Unruhe, etc.) verabreicht, wird damit in der Regel eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung verwirklicht. Vor allem die typischen Neuroleptika (im Besonderen die hochpotenten), die auch als intravenöse Applikationsform zur Verfügung stehen, sind dazu geeignet, unmittelbar zum Zweck der Unterbindung der Ortsveränderung eingesetzt zu werden.

Die zur Gruppe der **Tranquillanzien** gehörenden **Benzodiazepine** werden aufgrund ihrer beruhigenden, Angst lösenden und zumeist auch Schlaf anstoßenden Wirkung zur Sedierung eingesetzt, aber auch zur Muskelentspannung und gegen (bestimmte) Krampfanfälle genutzt. Insbesondere in der medikamentösen Therapie der BPSD ist die Sedierung von agitiert-verwirrten oder hochgradig ängstlichen Patienten oft die beabsichtigte und erwünschte Wirkung. Werden also Benzodiazepine zum Zweck der Unterbindung des Bewegungsdranges (z. B. Agitiertheit, Poriomanie) oder zur Ruhigstellung (Schreien, Aggression, Unruhe, etc.) verabreicht, so stellen sie eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung dar. Dies gilt insbesondere auch für jene Situationen, in denen Benzodiazepine wie auch Antipsychotika als medizinisch indizierte Einzelfallmedikation ärztlich angeordnet und in der Folge vom diensthabenden Pflegepersonal dem Patienten verabreicht werden.

bei Bedarf

Dass Medikamente zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen potenziell als Mittel zur Freiheitsbeschränkung eingesetzt werden können, ist unstrittig, zumal der Therapieerfolg ja in der Versetzung eines Patienten vom wachen in den schlafenden Zustand besteht. Für die Verwirklichung eines medikamentösen Freiheitsentzuges durch **Hypnotika** kommt einerseits deren Verabreichung zur „Unzeit“, d. h. zu einem Zeitpunkt, der keine Rücksicht auf den individuellen Tag-Nacht-Rhythmus des Patienten nimmt, in Frage, andererseits aber auch der Umstand, dass diese Mittel nicht im Zusammenhang mit der Behandlung einer Schlafstörung, sondern überwiegend zum Zweck der Sedierung etwa bei Verhaltensstörungen eingesetzt werden. Umgekehrt ist aber auch festzuhalten, dass fallweise auch Arzneimittel, die *nicht* Hypnotika sind (z. B. Antidepressiva, Antipsychotika, Benzodiazepine und Antihistaminika), zur Behandlung von Schlafstörungen verabreicht werden. Auch hier gilt, dass bei einem gezielten Einsatz zum Zweck der Behandlung einer Schlafstörung grundsätzlich keine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vorliegt, wenn die Sedierung – mangels weniger die Beweglichkeit einschränkender Alternativen – eine unvermeidliche Nebenwirkung darstellt.

Die Verabreichung sedierender Medikamente wie Schlafmittel, Neuroleptika oder anderer Psychopharmaka ist jedenfalls dann eine Freiheitsbeschränkung, wenn diese gegeben werden, um den Bewohner an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern, um die Pflege zu erleichtern oder um Ruhe auf der Station oder im Heim herzustellen. Ebenso kann ein medikamentöser Freiheitsentzug vorliegen, wenn etwa die Habitualnorm des Patienten nicht berücksichtigt wird und sein Schlaf zu einem bestimmten Zeitpunkt pharmakologisch erzwungen wird. Gleiches gilt, wenn die Dauer des Schlafes ohne medizinische Notwendigkeit über das individuell notwendige Schlafbedürfnis eines Patienten hinaus, medikamentös verlängert wird.