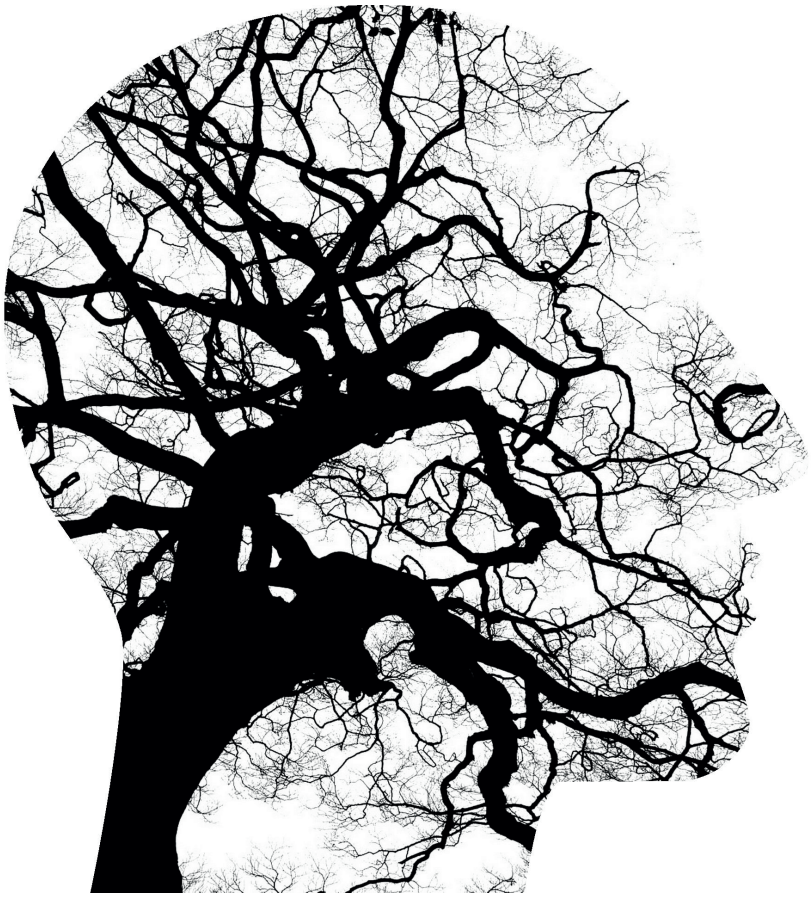
PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IM LEBENSVERLAUF



LSR
Landesseniorenrat Thüringen

LANDES GESUNDHEITS KONFERENZ THÜRINGEN
Gesundheit gemeinsam denken

INHALTSVERZEICHNIS

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG

Psychische Entwicklung im Erwachsenenalter 4
Susanne Wurm und Anne Blawert

Psychische Gesundheit im Alter 15
Britta Müller und Lea Ellwardt

ANPASSUNGS- UND ANGSTSTÖRUNGEN

Anpassungsstörung – Ein Konfliktpotenzial auch im Alter 24
Konrad Reschke

Angststörungen 42
Jan Steinhaußen

DEPRESSIONEN

Depressionen im Alter 49
Valentina Ludwig und Eva-Marie Kessler

DEMENZ

Geistige Gesundheit im Alter: Alzheimer 55
Michael Nehls

Die Pflege von an Demenz erkrankten Menschen zwischen Anspruch und Wirklichkeit 62
Jan Steinhaußen

SUIZIDALITÄT

Suizidalität im Alter 84
Reinhard Lindner, Hannah Müller-Pein, Christin Zschieschack

PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie 90
Martin Grabe

Psychotherapie mit älteren Menschen 98
Meinolf Peters

Hinter den Türen warten die Gespenster 108
Jan Steinhaußen

Was heißt und wozu taugt Biographiearbeit? 112
Rainer Hirt

VERSORGUNGS- UND ORGANISATIONSSTRUKTUREN PSYCHOTHERAPEUTISCHER HILFEN

Versorgungs- und Hilfestrukturen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen 116
Jan Steinhaußen

Aus dem Prozess der Landesgesundheitskonferenz 142

Wege in die Psychotherapie – Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer 144

Psychotherapie im Alter – Interview mit Prof. Dr. Stephan Mühlig 150

Der Thüringer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 156

Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V. Selbsthilfe Demenz 160

Der Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e. V. 162

EX-IN Landesverband Thüringen e. V. 164

Susanne Wurm und Anne Blawert

PSYCHISCHE ENTWICKLUNG IM ERWACHSENENALTER

Psychische Risiken, hohes Wohlbefinden und wichtige Ressourcen

Jüngere Menschen sind aktiv, sozial eingebunden und körperlich fit, alte Menschen sind vulnerabel, einsam und gebrechlich – das ist ein verbreitetes Bild von jungen und alten Menschen. Die Corona-Pandemie hat dieses ohnehin bestehende Bild eher noch verstärkt: Die als „Risikogruppe“ deklarierten alten Menschen wurden im starken Kontrast zu den jungen Menschen dargestellt, denen das Virus nichts anzuhaben scheint.

Dieses Bild von Gesundheit und Entwicklung in unserer ersten Lebenshälfte sowie Krankheit, Abbau und Vergänglichkeit in der zweiten Lebenshälfte ist eines, das seit vielen Jahrhunderten bildlich in Form einer auf- und wieder absteigenden Lebenstreppe dargestellt wurde: Meist beginnen diese Darstellungen mit einem Wiegenkind. Das Kind steht also zunächst auf einer niedrigen Entwicklungsstufe und steigt über Jugendalter und junges Erwachsenenalter die Treppe stetig empor, um im mittleren Erwachsenenalter an der Spitze der Entwicklung anzukommen. Ab hier geht es mit zunehmendem Alter bergab, bis am Ende, wiederum auf der niedrigsten Stufe, der Tod wartet. Dieses Bild von Entwicklung im Sinne von biologischer Reifung, schulischem und beruflichem Lernen und erweiterten Fähigkeiten in der ersten Lebenshälfte sowie Abbauprozessen und Verlusten ab dem mittleren Erwachsenenalter vermittelt eine heute überkommene Vorstellung von Entwicklung. Neuere Theorien und Modelle betrachten die gesamte Lebensspanne als Entwicklungsprozess und beständige Veränderung, von der Geburt bis zum Lebensende. Denn auch im Alter erleben Menschen Entwicklungsgewinne (z. B. indem sie etwas Neues lernen und Erfahrungen sammeln) und auch Kinder erleben Verluste (z. B. durch eine schwerere Krankheit oder den Verlust einer nahen Person). Nicht selten verschiebt sich zwar der Anteil erlebter Gewinne und Verluste über die Lebensspanne in Richtung eines Mehr an Verlusten, doch ist dies nicht zwangsläufig und immer der Fall. Es gibt Menschen, die sich erst im Erwachsenenalter von einer schwierigen Kindheit und Jugend erholen und Entwicklungen nachholen, die ihnen in früheren Lebensphasen nicht möglich waren. Und es gibt Menschen, die im Alter Freiheiten erleben, die ihnen zuvor nicht möglich waren zu leben, sei es durch berufliche oder familiäre Verpflichtungen oder auch infolge gesundheitlicher Belastungen. Denn Krankheiten werden nicht immer und zwangsläufig mit dem Alter schlimmer; viele Menschen erholen sich nach Krankheiten wieder und holen dann Dinge nach, die ihnen längere Zeit unerreichbar erschienen.

Das jahrhundertelang und damit über viele Generationen hinweg fest verankerte Bild der Lebenstreppe ist aber nicht als solches gut oder schlecht. Es kann dabei helfen, körperliche oder soziale Einbußen besser zu bewältigen. Ist ein Verlust des Partners oder der Partnerin aufgrund eines plötzlichen Todes in einem Alter von (beispielsweise) 38 Jahren noch unerwartet und schwer zu begreifen, ist dies ein Ereignis, mit dem Menschen in einem Alter von (beispielsweise) 83 Jahren eher rechnen. Es kann auch helfen, dauerhafte körperliche Einbußen zu akzeptieren, zum Beispiel starke Bewegungseinschränkungen aufgrund einer Hüftarthrose oder Seheinschränkungen aufgrund einer Eintrübung der Augenlinse (Katarakt), auch bekannt als Grauer Star. Die Vorstellung, „In meinem Alter ist das normal“, kann dabei helfen, Dinge hinzunehmen, die man nicht ändern kann. Doch Halt! – Muss man diese wirklich hinnehmen? Bei manchen Veränderungen ist dies tatsächlich der Fall, bei anderen können der medizinische Fortschritt sowie der eigene Lebensstil (z. B. regelmäßige Bewegung oder Gewichtsreduktion) große Verbesserungen bewirken. Beispielsweise können eine Hüftarthrose oder ein Grauer Star, die man früher hinnehmen musste, heutzutage mit Hilfe von Operationen verbessert werden.

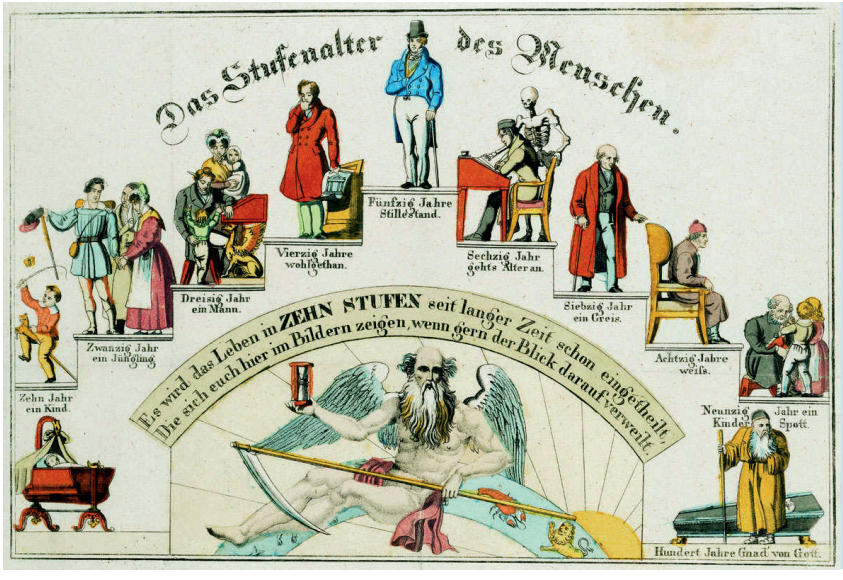
Im Laufe der individuellen Entwicklung gibt es eine Reihe von Lebensereignissen und Übergängen, die oftmals den Beginn einer anderen Phase des Lebens markieren. Der Schulabschluss, der Beginn der Berufstätigkeit, eine Heirat, das erste Kind oder Enkelkind sowie der Übergang in den Ruhestand markieren solche Wechsel in Lebensphasen ebenso wie möglicherweise ein Arbeitsplatzverlust, der Tod eines Angehörigen oder eine schwere Krankheit oder ein Unfall. Wann diese Ereignisse im Leben passieren, variiert erheblich. Eine 16-Jährige kann ebenso ihr erstes Kind erwarten wie eine 45-Jährige, der Bezug einer Rente (Erwerbsminderungs- oder Altersrente) kann mit 33 Jahren beginnen oder auch mit 66 Jahren.

Dies verdeutlicht, dass die stetig zunächst aufsteigende und später fallende Lebenstreppe die Lebenswirklichkeit vieler Menschen nicht vollständig beschreibt. Vielmehr gibt es viele verschiedene Lebenstreppen in einem einzigen Leben. Je nach betrachtetem Lebensbereich (z. B. Freizeit, Familie, Gesundheit, Lebenszufriedenheit, ...) kann die Kindheit, das junge oder spätere Erwachsenenalter oder das Alter als die beste Phase erlebt werden, und die Lebenstreppen drehen sich manchmal so unerwartet und nehmen andere Richtungen und Wege wie die Treppen des Schlosses Hogwarts der Harry-Potter-Romane. Verbunden mit den eigenen persönlichen Erfahrungen kann auch die psychische Entwicklung unterschiedliche Richtungen nehmen. Beispiele für solche Richtungen werden im Folgenden anhand von Depression und Einsamkeit einerseits sowie Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit andererseits beschrieben. Anschließend wird erläutert, welche Rolle unsere Einstellungen und Anpassungsprozesse dabei spielen.

Psychische Risiken

Während die Erkennung und Behandlung von Krankheiten wie dem oben beschriebenen Grauen Star oder der Hüftarthrose gut bekannt und medizinisch etabliert sind, gibt es andere Krankheiten, die in allen Lebensphasen immer wieder übersehen werden, besonders oft im Alter. Zu solchen Krankheiten zählen schwerwiegende psychische Probleme, insbesondere Depression.

Zu den Merkmalen einer Depression zählen eine gedrückte Stimmung, verminderter Antrieb und Aktivität sowie der Verlust von Freude und Interesse. Oftmals kommen Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit, Schlafstörungen und verminderter Appetit hinzu. Ebenso sind ein mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen verbreitet. Eine Depression ist dabei diagnostisch abgrenzbar von Gefühlen wie Traurigkeit, Stress oder Furcht, die alle Menschen hin und wieder erleben. Geht man diese Kriterien in Gedanken durch und überträgt sie auf ältere Menschen, wird sich die eine oder der andere dabei ertappen, beispielsweise eine gedrückte Stimmung, verminderte Aktivität oder Schlafstörungen als im Alter „normal“ zu beschreiben. Das Erkennen einer Depression im Alter wird auch dadurch erschwert, dass sich bei älteren Menschen eine Depression teilweise anders äußert als bei Jüngeren. Es zeigen sich bei ihnen beispielsweise eher psychosomatische Beschwerden wie Magen-Darm-Probleme; zudem bestehen häufiger subjektive Gedächtnisprobleme und kognitive Defizite als bei Jüngeren (Luppa et al., 2012).



Das Stufenalter des Menschen. Solche Lebenstreppendarstellungen waren seit dem 17. Jahrhundert populär. Dabei wurde der menschliche Lebenslauf meist in zehn Stufen zu je zehn Jahren dargestellt. Der Höhepunkt des Lebens wurde auf die fünfte Dekade gesetzt, da man davon ausging, dass der Mensch in diesem Alter der Vollendung am nächsten komme. Der Altersprozess wurde als Niedergang beschrieben.

Internationalen Studien zur Verbreitung von Depression im Alter ab 75 Jahren zufolge sind rund 7,1 % dieser Bevölkerungsgruppe von einer schweren Depression betroffen, die Verbreitung depressiver Störungen liegt sogar bei 17,1 % (Luppa et al., 2012). In einer großen deutschen Längsschnittstudie zeigt sich, dass das Risiko, depressive Symptome zu entwickeln, über das Erwachsenenalter hinweg einen leicht U-förmigen Verlauf hat (Wettstein & Spuling, 2019). Ab dem Alter von 40 Jahren sinkt das Depressionsrisiko zunächst leicht, um dann für Frauen etwa ab einem Alter von 60, bei Männern etwa ab 70 wieder anzusteigen. Es zeigt sich vor allem im hohen Alter ein zunehmend höheres Risiko depressiver Symptome bei Frauen gegenüber gleichaltrigen Männern.

Im späteren Lebensalter kommt hinzu, dass Depression mit einem hohen Risiko für eine Demenz einhergeht (Cherbuin et al., 2015). Eine Depression verdoppelt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken; umgekehrt können Demenzerkrankungen ebenso ein Auslöser für eine Depression sein. Es wird vermutet, dass eine Depression bei älteren Menschen nicht nur häufiger unterdiagnostiziert bleibt als bei jüngeren, weil zum Teil andere Symptome auftreten. Hinzu kommt, dass ältere Menschen ebenso wie ihre behandelnden Ärzte solche Symptome eher dem Altern als solchem oder einer körperlichen Erkrankung zuschreiben. Denken ältere Menschen, in ihrem Alter seien die oben beschriebenen Symptome altersbedingt normal, suchen sie oftmals keine Arztpraxis auf. Suchen sie eine Praxis auf, kommt es – anders als beim Beispiel des Grauen Stars – häufiger vor, dass ein Arzt nicht erkennt, dass eine behandelbare psychische Erkrankung vorliegt.

Die Depression ist eine weltweit stark verbreitete Erkrankung. Schätzungen gehen davon aus, dass 4,4 % der Weltbevölkerung und damit über 300 Millionen Menschen unter einer Depression leiden (WHO, 2017). Nicht selten löst eine Depression in der Folge eine körperliche Erkrankung aus. So ist beispielsweise die Wahrscheinlichkeit für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt) bei Vorliegen einer Depression um ein Drittel erhöht (Gan et al., 2014). Menschen mit Depression haben zudem eine nahezu doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, vorzeitig zu versterben (Walker et al. 2015). Dies liegt neben der erhöhten Wahrscheinlichkeit für körperliche Krankheiten daran, dass eine Depression ein Hauptgrund für Suizide ist (Walker et al., 2015).

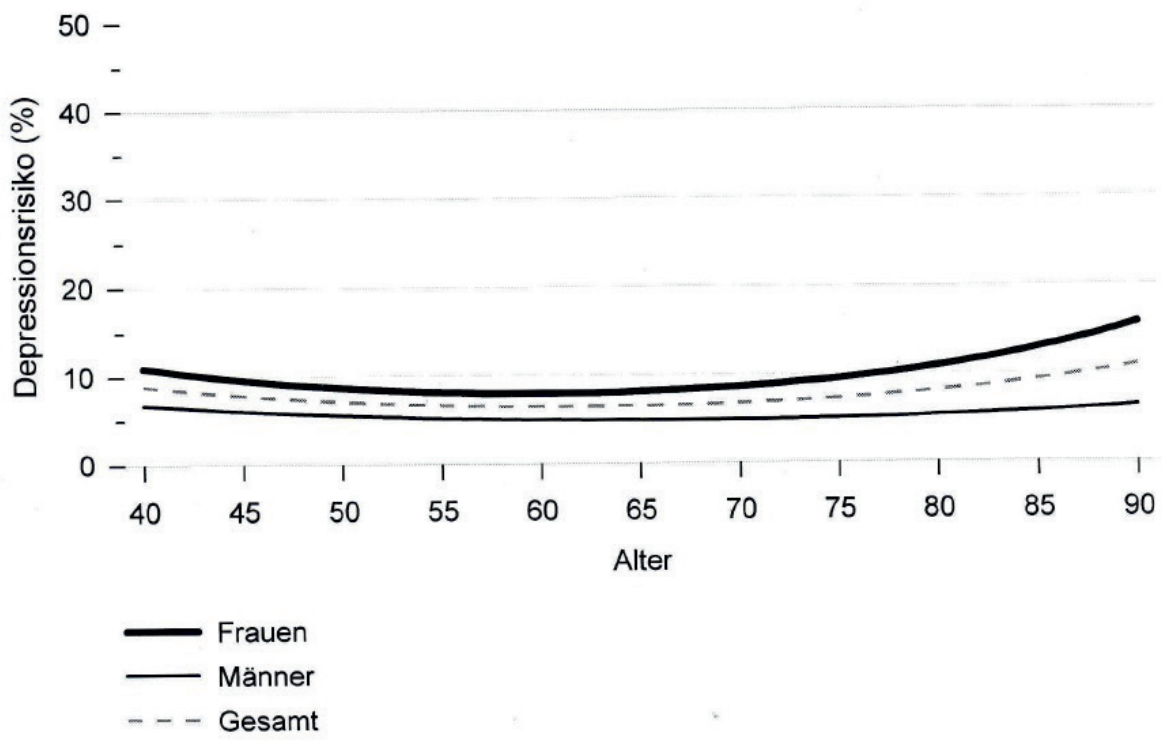


Abbildung 1: Verbreitung depressiver Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte (Quelle: Wettstein, M., & Spuling, S. M. (2019))

Ein Faktor, der zur Entwicklung einer Depression beitragen kann und dem derzeit medial vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird, ist Einsamkeit (Erzen & Çikrikci, 2018) – teilweise wird sogar von einer Einsamkeits-Epidemie gesprochen. Häufig wird damit das Bild verbunden, dass insbesondere alte Menschen einsam seien. Bevölkerungsrepräsentative Studien wie der Deutsche Alterssurvey zeichnen jedoch ein anderes Bild. Diesen Daten zufolge berichteten 11 % der 45- bis 54-Jährigen darüber, und damit jede elfte Person dieser Altersgruppe, sich einsam zu fühlen. Bei den 75- bis 84-Jährigen war die Zahl mit 7,5 % deutlich geringer. Mit steigendem Alter zeigt sich zwar ein Anstieg der Einsamkeit, aber selbst bei 90-jährigen Menschen ist Einsamkeit nicht verbreiteter als bei 45- bis 54-Jährigen, liegt also auch hier bei 11 % (Huxhold & Engstler, 2019). Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass in solchen bevölkerungsbasierten Studien Pflegeheimbewohner nicht einbezogen werden können und gesundheitlich stark eingeschränkte Personen häufiger ablehnen, an einer Studie teilzunehmen.

Dennoch ist bemerkenswert, dass auch in Zeiten des sogenannten Lockdowns im Zuge der Corona-Pandemie nur rund 11 % der befragten 65- bis 74-Jährigen über Einsamkeit berichteten (Cosmo-Studie, https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/archiv/13-02/cosmo-analysis.html). Bei jüngeren Altersgruppen war ein Einsamkeitserleben hingegen deutlich verbreiteter: Bei den 50- bis 64-Jährigen berichtete rund jede fünfte Person (21%) und bei den 18- bis 49-Jährigen sogar mehr als jede vierte Person (26%) über Einsamkeit. Einen vergleichbaren Befund zeigt eine telefonbasierte Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung. Diese Studie bezog Menschen ab 80 Jahren mit ein und auch für diese Altersgruppe zeigten sich besonders niedrige Einsamkeitswerte im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen (Entringer & Kröger, 2020). Damit ist zwar in allen Altersgruppen ein höheres Einsamkeitserleben festzustellen, als dies aus vergleichbaren Studien vor der Corona-Pandemie bekannt ist. Die Differenz im Einsamkeitserleben vor – im Vergleich zu während – der Corona-Pandemie ist jedoch für ältere Menschen geringer. Diese insgesamt positiven Befunde bei älteren Personen entsprechen dem „Paradox des subjektiven Wohlbefindens“ im Alter und damit dem aus zahlreichen Studien bekannten Befund, dass ältere Menschen oftmals trotz gesundheitlicher (oder anderer) Einschränkungen ein hohes Wohlbefinden aufrechterhalten können (siehe nachfolgender Abschnitt).

Insgesamt betrachtet ist Einsamkeit also keineswegs primär ein Thema des hohen Alters, sondern spielt auch in jüngeren Lebensjahren eine Rolle. Wenngleich die Belastung durch Einsamkeit für die Betroffenen nicht unterschätzt werden sollte, darf dennoch in Frage gestellt werden, ob der Vergleich mit Epidemien passend ist. Denn innerhalb von 10 Jahren (2008 – 2017) stieg die Quote einsamer Menschen zwischen 45 und 84 Jahren von 8,6 % auf 9,2% und damit lediglich um 0,6 Prozentpunkte. Dies spricht nicht für einen sprunghaften Anstieg einsamer Menschen in der zweiten Lebenshälfte (Huxhold et al., 2019).

Zufriedenheit mit dem Leben und der Gesundheit

Angesichts der mit steigendem Alter wahrscheinlicher werdenden Gesundheitseinbußen mag es überraschen, dass die meisten Menschen bis ins hohe Alter hinein zufrieden mit ihrem Leben sind (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010). Lebenszufriedenheit bezieht sich hier nicht auf das Erleben einzelner glücklicher Momente, sondern auf die globale Beurteilung des eigenen Lebens: War und ist es ein gutes Leben? Ist es von Sinn erfüllt? In einer großen Längsschnittstudie unter Erwachsenen ab 40 Jahren in Deutschland (Deutscher Alterssurvey, DEAS) wurden seit 1996 über 20.000 Erwachsene immer wieder nach ihrer Lebenszufriedenheit gefragt. Hierbei sollte die Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) angegeben werden. Im Durchschnitt gaben die Befragten eine Zufriedenheit nahe dem Wert von 4 (zufrieden) an, und zwar mit 40 wie mit 90 Jahren (siehe Abbildung 2). Zunächst steigt die Lebenszufriedenheit von Frauen wie Männern ab einem Alter von 40 Jahren an und erreicht bei Frauen mit etwa 65 Jahren, bei Männern etwas später mit etwa 75 Jahren das Maximum, um danach leicht abzusinken. Vor diesem Maximum sind Frauen etwas zufriedener als Männer, im hohen Alter dann etwas weniger zufrieden. Die Unterschiede in der Lebenszufriedenheit im Alter etwa von 40, 60 oder 90 Jahren sowie die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind zwar erkennbar, jedoch insgesamt recht klein.

Die hohe Lebenszufriedenheit älterer Menschen wird auch als „Wohlbefindens-Paradox“ bezeichnet, denn man würde erwarten, dass der Verlust der beruflichen Position oder einer nahestehenden Person sowie das Auftreten körperlicher oder psychischer Erkrankungen dazu führt, dass Menschen ihr Leben insgesamt als weniger zufriedenstellend beurteilen. Dies ist über lange Zeit jedoch nicht der Fall.

Die meisten Menschen erleben im Alter genauso viele positive Gefühle wie in der Jugend und im mittleren Erwachsenenalter. Solche guten Gefühle wirken sich positiv aus: Menschen, die häufig positive Gefühle wie Freude, Glück und Energie erleben, leben insgesamt länger und sind gesünder als diejenigen, die weniger positive Gefühle erleben (Zhang & Han, 2016). Erst im hohen Alter nehmen positive Gefühle etwas ab. Für negative Gefühle wie Angst und Ärger zeigt sich ein etwas anderer Verlauf: Diese sind im Jugendalter am stärksten ausgeprägt und werden dann bis ins Alter hinein stetig weniger. Erst das bevorstehende Lebensende führt dazu, dass die Lebenszufriedenheit abnimmt, und das in den letzten Jahren vor dem Tod besonders schnell (Gerstorf, Hülür, Wagner, Kunzmann, & Ram, 2018). Dies kann eine Erklärung sein für die durchschnittlich abnehmende Lebenszufriedenheit im sehr hohen Alter. Eine abnehmende Lebenszufriedenheit in den letzten Lebensjahren ist bei einer zum Tod führenden Erkrankung jedoch in jedem Lebensalter zu erwarten, in jungen Jahren genauso wie mit 100 Jahren.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die meisten älteren Menschen auch bei eintretenden Verlusten mit ihrem Leben insgesamt zufrieden bleiben. Ein ähnliches Muster hoher Zufriedenheit trotz eintretender Verluste findet sich nicht nur bei der Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, sondern auch bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustands, der sogenannten subjektiven Gesundheit.

Unter der subjektiven Gesundheit versteht man den Gesundheitszustand, den eine Person individuell für sich wahrnimmt. Sie basiert auf der persönlichen Einschätzung und Bewertung der eigenen Gesundheit und muss vom objektiven, also medizinisch diagnostizierten Gesundheitszustand unterschieden werden: Personen, die objektiv gesehen viele Krankheiten und Einschränkungen haben, können sich recht gesund fühlen, wohingegen es Personen gibt, die sich trotz objektiv guter Gesundheit krank fühlen. Die Bewertung der subjektiven und objektiven Gesundheit stimmt mit zunehmendem Alter immer weniger überein. Dies macht deut-

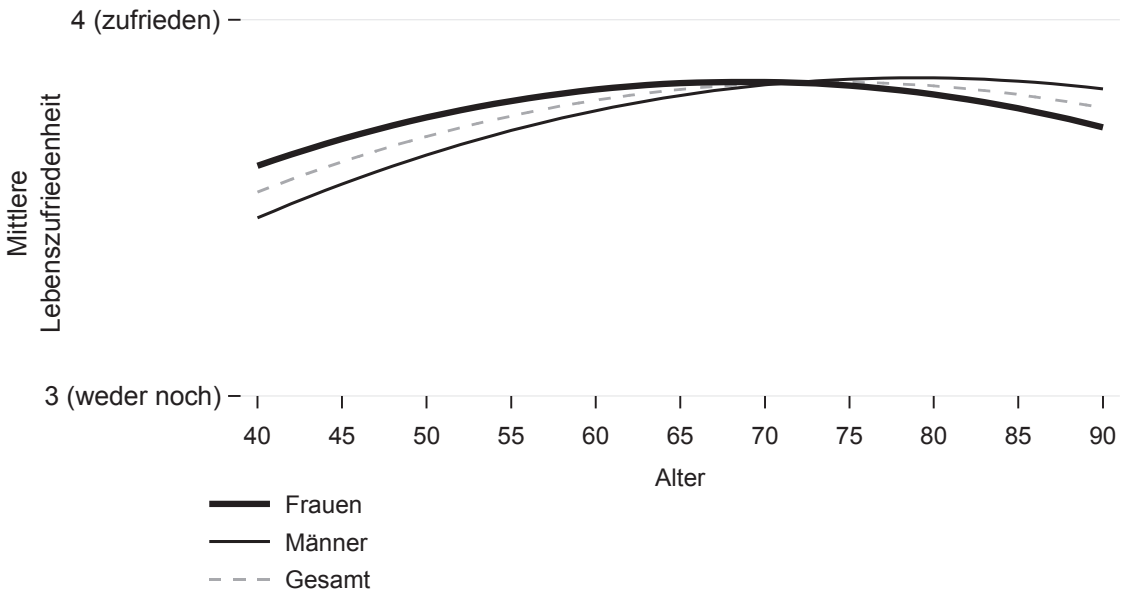


Abbildung 2: Mittlere Lebenszufriedenheit bei Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte (Quelle: Wettstein, M., & Spuling, S. M. (2019))

lich, dass objektive und subjektive Einschätzung unterschiedliche Aspekte der Gesundheit erfassen, insbesondere im höheren Alter.

Bemerkenswert ist, dass viele ältere Menschen eine im Verhältnis zur objektiven Gesundheit recht gute subjektive Gesundheit haben. Deutlich wird dies nochmals anhand von Daten des Deutschen Alterssurveys, hier für Menschen zwischen 70 und 85 Jahren (siehe Abbildung 3). Vergleicht man die Anteile von Menschen, die mehrere Erkrankungen haben und demgegenüber den Anteil von Personen, die subjektiv ihre Gesundheit als gut einschätzen, lässt sich Folgendes feststellen: 82 % haben mindestens zwei Erkrankungen, 25 % der Menschen in dieser Altersgruppe haben sogar fünf oder mehr Erkrankungen. Demgegenüber bewertet jedoch fast die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen, nämlich 45 %, ihre subjektive Gesundheit als gut und nur 15 % stufen ihre subjektive Gesundheit als schlecht ein. Dies zeigt eindrucksvoll, dass krank zu sein nicht zwingend damit einhergeht, sich auch krank zu fühlen.

Die Diskrepanz zwischen der Anzahl objektiv erfassbarer Erkrankungen und der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit ist ein Hinweis darauf, dass sich im Alter die Bewertungskriterien und -maßstäbe ändern, die zur Beurteilung der eigenen Gesundheit herangezogen werden. Die subjektive Gesundheit spiegelt gerade im Alter verstärkt Aspekte wie Lebenszufriedenheit, positive Stimmung und körperliche Aktivität wider und nicht so sehr die Anzahl der Krankheiten oder Schwere der Symptome.

Ein wichtiger Grund für den hohen Stellenwert von subjektiver Gesundheit im Erwachsenenalter ist deren Bedeutung für die Langlebigkeit. Anhand der subjektiven Gesundheit einer Person lässt sich besser als anhand des objektiven Gesundheitszustands vorhersagen, wie lange diese Person lebt. Dies konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden (Idler & Benyamini, 1997). Dabei gibt es erste Hinweise darauf, dass der Zusammenhang von subjektiver Gesundheit und Sterblichkeit heute größer ist, als es noch in den 1980er Jahren der Fall war; ein Erklärungsansatz hierfür ist der heutzutage bessere Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsinformationen (Leinonen et al., 2001).

Eine gute subjektive Gesundheit kann als Zeichen dafür gesehen werden, dass eine Person über genügend Ressourcen verfügt, um sich erfolgreich an sich verändernde Lebensumstände anpassen zu können. Welche Ressourcen zur Aufrechterhaltung von guter subjektiver Gesundheit und Wohlbefinden zentral sind, wird im nächsten Absatz dargestellt.

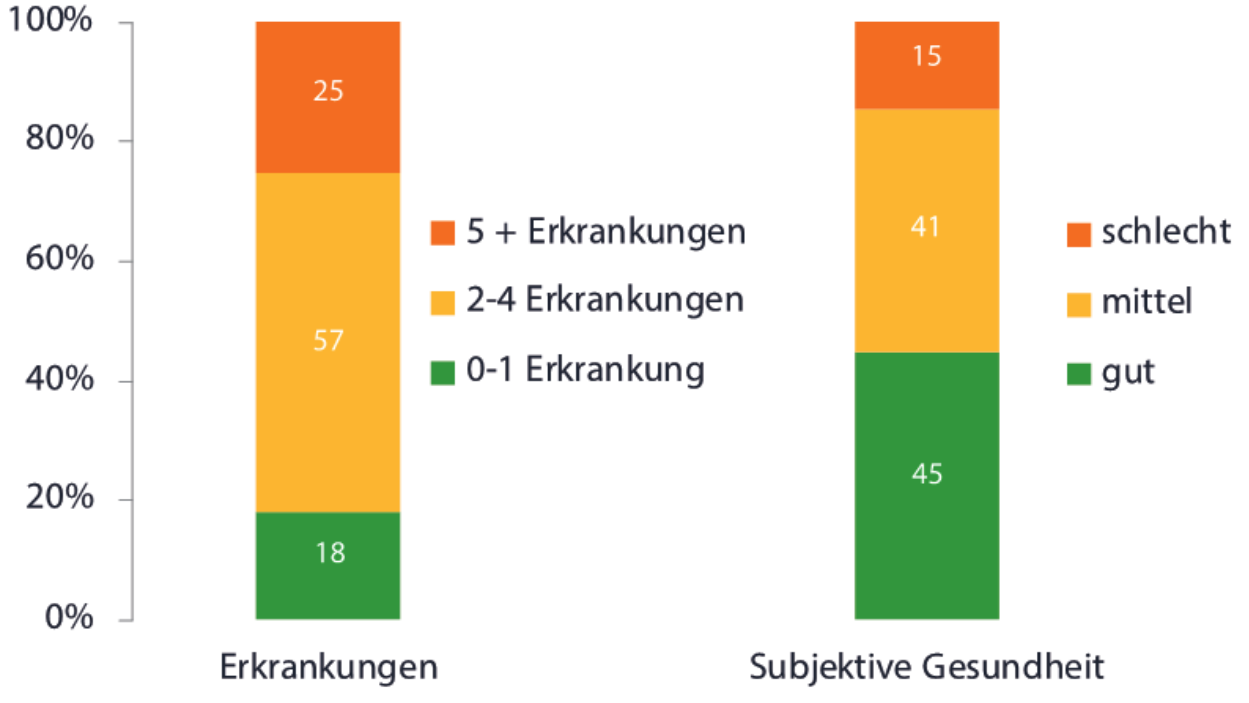


Abbildung 3: Verbreitung von Erkrankungen und subjektive Gesundheit bei Menschen im Alter zwischen 70 und 85 Jahren (Quelle: Daten des Deutschen Alterssurvey 2014, eigene Berechnungen)

Zentrale Ressourcen für ein zufriedenes Älterwerden

Es gibt verschiedene Ansätze und Theorien dazu, wie Menschen mit sich verändernden Lebensumständen und Fähigkeiten umgehen. Ein globaler Ansatz aus der Entwicklungspsychologie befasst sich mit der Fähigkeit zur Selbstregulation. Ein verwandter, wenn auch stärker gesundheitsorientierter Ansatz aus der Epidemiologie ist die Theorie zum „Response Shift". Beide Perspektiven beschreiben Strategien, die Menschen nutzen, um angesichts abnehmender (gesundheitlicher) Ressourcen ein hohes Wohlbefinden bzw. eine hohe subjektive Gesundheit aufrechtzuerhalten. Die mit dem Alter steigende Wahrscheinlichkeit von Verlusten erfordert von jeder Person stetige Anpassung. Menschen verfügen dabei über ein hohes individuelles Änderungs- und Anpassungsvermögen, das ihnen erlaubt, flexibel mit Verlusten und Einschränkungen umzugehen. Neben der Fähigkeit zur Selbstregulation und dem Ändern von Bewertungsmaßstäben (Response Shift) sind auch Vorstellungen vom Älterwerden und Altsein dabei zentrale Ressourcen, auf die Personen zurückgreifen.

(a) Die Fähigkeit zur Selbstregulation

Über die ganze Lebensspanne hinweg setzen sich Menschen Ziele und versuchen, diese zu verwirklichen. Hierbei gibt es Ziele, die als „normal" betrachtet werden und die man von den meisten Menschen erwartet. Hierzu zählen etwa der Schulabschluss oder die Gründung einer Familie im mittleren Alter. Für das höhere Erwachsenenalter haben jüngere wie ältere Menschen jedoch eher Vorstellungen davon, was man im Alter „nicht mehr" macht, als davon, welche Ziele man sich nun setzen kann. Dies stellt besondere Herausforderungen an Ältere für die Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase, die so als Freiheit oder Orientierungslosigkeit erlebt werden kann. Es gibt aber auch ganz private, individuelle Ziele wie z. B. das Erlernen eines bestimmten Musikinstruments oder eine Reise in die Karibik. Zur Erreichung all dieser Ziele sind Ressourcen notwendig, sei es Geld für die Reise, Unterstützung von Eltern und Lehrern beim Lernen oder auch Selbstvertrauen, um die Ziele überhaupt in Angriff zu nehmen. Im Alter nehmen diese Ressourcen jedoch tendenziell ab. Umso wichtiger wird die Fähigkeit zur Selbstregulation. Damit ist die Fähigkeit gemeint, flexibel mit sich verändernden Ressourcen und Situationen umgehen und sich daran anpassen zu können. Dies kann sich sowohl darauf richten, etwas Neues zu lernen, wie beispielsweise ein neues Musikinstrument, als auch darauf, bestehende Fähigkeiten aufrechtzuerhalten, wie beispielsweise regelmäßig zu üben, um ein Instrument weiter auf gleichbleibendem Niveau spielen zu können. Dabei sind zwei verschiedene Strategien der Selbstregulation zentral: Einerseits kann eine Person sich selbst „anpassen" bzw. anstrengen, um ihr Ziel zu erreichen. Beim Beispiel des Musikinstruments könnte das Musikunterricht sowie häufiges und intensives Üben bedeuten, um sich zu verbessern. Andererseits kann die Person auch das Ziel „anpassen" bzw. ändern, indem sie z. B. den Wunsch aufgibt, dieses Instrument spielen zu wollen. Die Frage, wann welche der beiden Anpassungsstrategien – sich selbst oder das Ziel anzupassen – sinnvoller ist, lässt sich nicht pauschal beantworten. Dies hängt von den individuellen Voraussetzungen und Ressourcen einer Person ab. Bei im Alter schwindenden Ressourcen wie Belastbarkeit oder körperlichen Fähigkeiten kann es eine gute Strategie sein, daran zu arbeiten, die verbliebenen Ressourcen besser zu nutzen. Es können aber auch Handlungsabläufe verbessert bzw. optimiert werden. Zudem

„Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann,
den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann,
und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden."

Das Gebet wird Reinhold Niebuhr zugeschrieben, der es vor dem oder während des Zweiten Weltkrieges verfasst haben soll.
Der Sinnspruch hat allerdings Vorläufer. Im Handbüchlein der Moral schreibt der Stoiker Epiktet:

„Das eine steht in unserer Macht, das andere nicht. In unserer Macht stehen: Annehmen und Auffassen, Handeln-Wollen, Begehren und Ablehnen – alles, was wir selbst in Gang setzen und zu verantworten haben. Nicht in unserer Macht stehen: unser Körper, unser Besitz, unser gesellschaftliches Ansehen, unsere Stellung – kurz: alles, was wir selbst nicht in Gang setzen und zu verantworten haben."

kann es sinnvoll sein, in bestimmten Fällen daran zu arbeiten, besser mit Verlusten umzugehen. Durch solche Strategien können Alternsprozesse aktiv beeinflusst und Abbauprozesse aufgehalten oder kompensiert werden.

Das weithin bekannte *Gelassenheitsgebet* illustriert etwas vereinfacht die Fähigkeit zur Selbstregulation. In diesem wird um die Gelassenheit gebeten, Dinge hinzunehmen, die man nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die man ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden. Gerade für diesen letzten Punkt sind Erfahrungen mit sich selbst und der Umwelt wichtig, die im Laufe des Lebens gewonnen werden.

(b) Response Shift

Während die Fähigkeit zur Selbstregulation auf jeden Bereich der menschlichen Entwicklung über die Lebensspanne angewandt werden kann, ist das Konzept des Response Shift rein auf die Gesundheit bezogen. Es versucht zu erklären, wie Menschen im Angesicht von schweren Krankheiten oder gesundheitlichen Einschränkungen trotzdem eine gute subjektive Gesundheit aufrechterhalten können. Drei Faktoren tragen dazu bei (Schwartz et al., 2007): Rekalibrierung, Repriorisierung und Rekonzeptualisierung. *Rekalibrierung* bedeutet, dass eine Person ihre Bewertungsmaßstäbe für die Gesundheit verändert. Beispielsweise kann sie die Vorstellung, einen Rollator nutzen zu müssen, als sehr schlimm erachten – tritt dieser Fall dann jedoch ein, passt sie sich an die Situation an und empfindet die Situation nicht mehr so schlimm, sondern ist weiter zufrieden mit ihrer Gesundheit. *Repriorisierung* tritt ein, wenn ehemals selbstverständliche, nun aber unerreichbare Zustände abgewertet und andere Gesundheitsfaktoren wichtiger werden. Zum Beispiel kann es einer Person, deren Gehfähigkeit eingeschränkt ist, wichtiger werden, sich gut zu fühlen, als täglich lange spazieren zu gehen. Schließlich kann sich auch die Bewertung verändern, *welche Faktoren* eine gute Gesundheit ausmachen (Rekonzeptualisierung). Wer sich denkt: „Solange ich noch meine Zeitung lesen kann, ist es egal, dass ich nicht mehr so gut höre“, der wird sich subjektiv gesünder fühlen als jemand, für den der Hörverlust entscheidend ist. Veränderungen im inneren Bewertungssystem können also maßgeblich dazu beitragen, sich trotz gesundheitlicher Veränderungen weiterhin subjektiv gesund zu fühlen.

(c) Vorstellungen vom Älterwerden und Altsein

Wie eingangs am Bild der Lebenstreppe diskutiert, vollzieht sich Entwicklung über die gesamte Lebensspanne und ist geprägt von normativen Vorstellungen darüber, in welchem Alter welche Entwicklungsschritte gemacht werden sollten und ab wann mit Verlusten gerechnet werden muss. Diese normativen Vorstellungen über das Älterwerden und Altsein spiegeln sich in Alterssterotypen wider. Diese bezeichnen allgemeine Auffassungen davon, wie ältere Menschen sind und was sie tun. Diese Stereotype können positiv sein: Alte Menschen sind weise und gut in ihre Familie eingebunden. Viel häufiger sind sie allerdings negativ: Alte Menschen sind krank, vergesslich, einsam. Anders als andere Stereotype, die sich auf Gruppen richten, denen man selbst nicht angehört, wachsen die meisten von uns unweigerlich in die Gruppe der „Alten“ hinein, wenn wir nur lange genug leben. Persönliche Erfahrungen mit dem Älterwerden werden vor dem Hintergrund dieser gesellschaftlichen Alterssterotype gemacht und so von diesen beeinflusst. Problematisch daran ist, dass in jungen Jahren „das Alter“ in so weiter Ferne ist, dass Altersstereotype – positive wie negative – relativ unkritisch übernommen werden und das Bild auf das eigene Älterwerden und Altsein prägen. Dies hat Folgen, zunächst für das eigene Verhalten und somit das eigene Älterwerden, aber auch dafür, wie gesund wir bleiben und wie lange wir leben. Menschen mit negativen Alterssterotypen haben beispielsweise Jahre später ein höheres Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu leiden und schlechtere Gedächtnisleistungen zu entwickeln als Menschen mit positiven Alterssterotypen (Levy et al., 2009; 2016). Zudem leben Menschen mit einer positiven Sicht auf das eigene Älterwerden durchschnittlich siebeneinhalb Jahre länger als Menschen mit einer negativeren Sicht (Levy et al., 2002) – ein Zugewinn an Lebensjahren, der größer ist als der durch bekannte Gesundheitsfaktoren wie z. B. einen geringen Body-Mass-Index (Maßzahl zur Bewertung des Körpergewichts), körperliche Aktivität oder einen normalen Blutdruck.

Die Auswirkungen positiver wie negativer Altersbilder sind bereits in vielen Studien untersucht worden (für eine Übersicht: Wurm et al., 2017). Welche Faktoren neben gesellschaftlichen Stereotypen jedoch noch dazu beitragen, wie Menschen ihr Älterwerden wahrnehmen, ist erst seit kurzem

in den Fokus der Forschung gerückt. Eine bedeutende Rolle spielt die Persönlichkeit. Hierbei hängt das persönliche Altersbild einerseits davon ab, welche Eigenschaften eine Person mitbringt. Wer beispielsweise offen für neue Erfahrungen ist, hat eine positivere Einstellung zum Älterwerden als jemand, der wenig offen ist (Kornadt, Siebert, & Wahl, 2019). Andererseits ist es aber auch wichtig, welche Werte eine Person hat. Wem es wichtig ist, neugierig und offen zu sein und wohlwollend auf andere Menschen zu blicken, der hat tendenziell eine positive Einstellung zum Älterwerden. Wem hingegen soziale Anerkennung und das Ausüben von Macht wichtig sind, der blickt negativer auf das eigene Älterwerden (Blawert & Wurm, 2020). Neben der Persönlichkeit spielen auch gesundheitliche Ereignisse eine Rolle für Veränderung von Altersbildern. So nehmen Personen nach einem Herz-Kreislauf-Ereignis, wie z. B. einem Herzinfarkt, ihr Älterwerden verstärkt als verbunden mit gesundheitlichen Verlusten wahr und weniger als eine Zeit persönlicher Weiterentwicklung als Personen ohne solch ein Ereignis (Wurm et al., 2019). Insgesamt lässt sich festhalten, dass realistische, aber positive Altersbilder wesentlich zu einem gesunden Älterwerden über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters beitragen.

Zusammenfassung

Jede Lebensphase ist von Gewinnen und Verlusten geprägt. Mit dem Älterwerden verschiebt sich das Verhältnis tendenziell in Richtung von mehr Verlusten und weniger Gewinnen, dennoch sind auch in jungen Jahren Verluste und im höchsten Alter weiter Gewinne möglich. Eine differenzierte und ressourcenorientierte Sicht auf das Älterwerden ist wichtig, um unterschätzte Risiken wie eine depressive Symptomatik richtig einzuordnen und ggf. zu behandeln, anstatt diese als „im Alter normal“ abzutun. Die meisten Menschen sind über die gesamte Spanne des Erwachsenenlebens jedoch zufrieden mit ihrem Leben und – trotz des verstärkten Auftretens von Erkrankungen – auch mit ihrer Gesundheit. Dies gelingt über eine Reihe von Strategien: Mit dem Älterwerden ändern Menschen sowohl die Wege, um Ziele zu erreichen, als auch die Ziele selbst; zudem verändern sie die Bewertungsmaßstäbe dessen, was ein gutes Leben und eine gute Gesundheit ausmachen. Die Einstellung, die man zum Älterwerden hat, wirkt dabei wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung: Wer Älterwerden mit Krankheit und Abbau assoziiert, der wird dies wohl auch verstärkt so erfahren; wer Älterwerden hingegen mit Weiterentwicklung und neuen Plänen verbindet, der hat gute Chancen, dies auch wirklich zu erleben.

Prof. Dr. Susanne Wurm und Anne Blawert

Universitätsmedizin Greifswald
Abteilung für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Institut für Community Medicine
Walther-Rathenau-Straße 48, 17475 Greifswald
Telefon: 03834 / 867703
susanne.wurm@med.uni-greifswald.de
anne.blawert@med.uni-greifswald.de

Prof. Dr. Susanne Wurm

Anne Blawert

Literatur

Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. Social indicators research, 99(2), 183-203. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990956/pdf/nihms194976.pdf

Blawert, A., & Wurm, S. (2020). Shifting self-perceptions of ageing: differential effects of value priorities on self-perceptions of ageing beyond age stereotypes. European Journal of Ageing. doi:10.1007/s10433-020-00578-3

Cherbuin, N., Kim, S., Anstey, K.J. (2015) Dementia risk estimates associated with measures of depression: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 5(12): e008853

Entringer, T., & Kröger, H. (2020). Einsam, aber resilient – Die Menschen haben den Lockdown besser verkraftet als vermutet. DIW aktuell, 46, 1-6

Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. International Journal of Social Psychiatry, 64(5), 427-435. doi:10.1177/0020764018776349

Gan, Y., Gong, Y., Tong, X. et al. (2014) Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. BMC Psychiatry 14(1), 1-11

Gerstorf, D., Hülür, G., Wagner, G. G., Kunzmann, U., & Ram, N. (2018). Terminal change across facets of affective experience and domain satisfaction: Commonalities, differences, and bittersweet emotions at the end of life. Developmental Psychology, 54(12), 2382

Huxhold, O., Engstler, H., & Hoffmann, E. (2019). Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017. DZA-Fact Sheet, 1-9.

Huxhold, O., & Engstler, H. (2019). Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte (pp. 71-89), Springer

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of health social behavior, 38, 21-37

Kornadt, A., Siebert, J., & Wahl, H.-W. (2019). The interplay of personality and attitudes toward own aging across two decades of later life. PLoS ONE, 14, e0223622. doi:10.1371/journal.pone.0223622

Leinonen, R., Heikkinen, E., Jylhä, M. (2001) Predictors of decline in self-assessments of health among older people – A 5-year longitudinal study. Social Science & Medicine 52:1329-1341

Levy, B. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., Slade, M. D., Troncoso, J., & Resnick, S. M. (2016). A culture-brain link: Negative age stereotypes predict Alzheimer's disease biomarkers. Psychology & Aging, 31(1), 82-88. doi:10.1037/pag0000062

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. Journal of Personality and Social Psychology, 83(2), 261.

Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. Psychological Science, 20(3), 296-298.

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T. et al. (2012) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 136(3):212-221

Schwartz, C. E., Andresen, E. M., Nosek, M. A., & Krahn, G. L. (2007). Response shift theory: Important implications for measuring quality of life in people with disability. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88(4), 529-536. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WB6-4NCKBG1-V/2/7ac7c412fa2691e90b-60641d9a5baa29

Walker, E.R., McGee, R.E., Druss, B.G. (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 72(4):334-341

Wettstein, M., & Spuling, S. M. (2019). Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte (pp. 53-70), Berlin, Springer

WHO (2017). Depression and other common mental disorders: Global Estimates. Geneva, World Health Organization

Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A., Westerhof, G., & Wahl, H.-W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. Developmental Review, 46, 27-43. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002

Wurm, S., Wiest, M., Wolff, J. K., Beyer, A.-K., & Spuling, S. M. (2019). Changes in views on aging in later adulthood: the role of cardiovascular events. European Journal of Ageing. doi:10.1007/s10433-019-00547-5

Zhang, Y., & Han, B. (2016). Positive affect and mortality risk in older adults: A meta-analysis. PsyCh journal, 5(2), 125-138

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden werden durch individuelle Merkmale, soziale Umstände und Umweltfaktoren beeinflusst. Die Landesgesundheitskonferenz Thüringen (LGK) setzt sich für die psychische Gesundheit in allen Altersgruppen und Lebensphasen ein.

Das Jahresthema der Landesgesundheitskonferenz lautet 2020 und 2021 "Psychische Gesundheit und Resilienz". Mit Hilfe des Jahresthemas sollen die Aktivitäten der Mitglieder der LGK gebündelt und an die (Fach-)Öffentlichkeit transportiert werden. Mehr Informationen zur LGK finden Sie auf den Seiten 142 und 143 in diesem Heft sowie auf www.lgk-thueringen.de.

Britta Müller und Lea Ellwardt

PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM ALTER

Welche Rolle spielen der sozioökonomische Status und das soziale Netzwerk?

1. Einführung

Die psychische Gesundheit von älteren Menschen gleichen Jahrgangs kann sehr unterschiedlich sein. Während die einen mit viel Freude ihren Alltag gestalten, ziehen sich andere zurück, leiden unter Einsamkeit oder weisen deutliche kognitive Verluste auf. Woher kommen diese Unterschiede? Und lassen sie sich beeinflussen?

Ein Teil dieser Unterschiede ist auf die soziale Dimension von Alternsprozessen zurückzuführen. Das Soziale beim Altern wird deutlich, wenn man die beiden soziologischen Konstrukte „sozioökonomischer Status“ und „soziales Netzwerk“ auf die Analyse von Gesundheit im Alter anwendet.

Mit dem Begriff des *sozioökonomischen Status* wird die Position bezeichnet, die eine Person innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie einnimmt. Sie wird in der Regel über den Beruf, das Einkommen und das Bildungsniveau bestimmt. Personen mit gleicher oder vergleichbarer Statushöhe bilden Statusgruppen. Die vertikale Hierarchie der Statusgruppen wird als *soziale Ungleichheit* bezeichnet. Nationale und internationale Forschungsbefunde belegen sehr robuste Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto häufiger werden Menschen krank, haben sie Unfallverletzungen und Behinderungen, desto früher sterben Menschen. Dieser Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit, auch bezeichnet als *sozialer Gradient* von Gesundheit, ist mehrfaktoriell bedingt. Er kann durch Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen (z. B. Stress am Arbeitsplatz, Umweltbelastungen in der Wohnumgebung), Bewältigungsressourcen (z. B. soziale Unterstützung, Freizeitmöglichkeiten, Kontrollüberzeugungen), in der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Arzt-Patient-Kommunikation) sowie im Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z. B. Rauchen, Ernährung, Symptomtoleranz) vermittelt sein (Klärner et al., 2020).

Als *soziale Netzwerke* werden in der Soziologie die sozialen Interaktionen zwischen Individuen bezeichnet (in Abgrenzung von „sozialen Netzwerken“, die für Onlinedienste stehen). Ausgegangen wird davon, dass Individuen nicht als isolierte Atome handeln. Sie sind vielmehr in ein Netz zwischenmenschlicher Beziehungen eingebettet, die das Erleben und Handeln des Einzelnen formen. Soziale Netzwerke lassen sich quantitativ (z. B. Anzahl der Netzwerkpersonen; Anzahl an Kontakten) als auch qualitativ (z. B. Intensität der Interaktionen, soziale Unterstützung) beschreiben. Soziale Netzwerke leisten einen wichtigen Beitrag zur Erklärung von Gesundheit. Weniger stark eingebundene Personen weisen ein höheres Sterblichkeitsrisiko auf. Soziale Unterstützung reduziert die Wahrscheinlichkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wirkt sich positiv auf Krankheitsverläufe aus. Die Wirkung sozialer Netzwerke auf Gesundheit beruht auf den vier Mechanismen *soziale Unterstützung, soziale Kohäsion, sozialer Einfluss sowie soziale Ansteckung*. Soziale Unterstützung ist eine Ressource, mit der durch die Beziehung zu anderen Menschen Bedürfnisse psychosozialer Art (z. B. Trost, Verständnis, Zuneigung, Anerkennung), instrumenteller Art (z. B. Tipps, Wissen), materieller Art (z. B. Geld, Wohnraum) und praktischer Art (z. B. Pflege, Hilfe) befriedigt werden. Soziale Kohäsion meint den durch gemeinsam getragene Werte und Normen gewährleisteten Grad des inneren Zusammenhalts einer sozialen Gruppe. Sozialer Einfluss beschreibt Prozesse des sozialen Lernens und des sozialen Drucks, Prozesse also, durch die Individuen in einem sozialen Netzwerk mit ihren Handlungen, ihrer An- oder Abwesenheit bewusst oder unbewusst auf andere einwirken. Unter sozialer Ansteckung wird der Prozess der Übernahme

von Emotionen, Ideen, Motiven und Verhalten von einer anderen Person verstanden. Die quantitativen und qualitativen Merkmale sozialer Netzwerke im Alter werden v. a. durch den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand und durch die Gesundheit der älteren Person selbst als auch durch die ihrer Netzwerkpartner beeinflusst. Insbesondere in der Bedeutung der Gesundheit *für* das soziale Netzwerk unterscheidet sich diese Lebensphase von früheren, wie dem jungen oder mittleren Erwachsenenalter. Der Tod wichtiger Netzwerkpersonen, funktionale Einschränkungen (wie z. B. eingeschränkte Mobilität, Höreinbußen) oder auch Pflegebedürftigkeit verändern das soziale Netzwerk im Alter bedeutsam. So beträgt beispielsweise die Abnahme der Netzwerkgröße ab dem Alter von 60 bis 65 Jahren schätzungsweise eine Kontaktperson pro Dekade (Wrzus, Hänel, Wagner, & Neyer, 2013).

2. Geringer sozioökonomischer Status ist Risikofaktor für die Gesundheit

Gesundheit wird im Alter zu einem zentralen Lebensbereich und weist im Vergleich zu früheren Lebensphasen Besonderheiten auf. Das Risiko für Erkrankungen mit langsamen Verläufen, die sich oft nicht vollständig heilen lassen, steigt. Als Ursachen dafür werden die Zunahme altersphysiologischer Prozesse, die Kumulation von Risikofaktoren im Lebensverlauf, lange Latenzzeiten und Folgeerkrankungen von bereits im frühen Lebensalter ausgebrochenen Erkrankungen betrachtet (Tesch-Römer & Wurm, 2009). Zudem tritt Multimorbidität, also das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen, mit zunehmendem Alter häufiger auf, wodurch die funktionale Gesundheit gefährdet wird (Müller, Nienaber, Reis, Kropp, & Meyer, 2014).

Wenngleich die Analyse der Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit im Alter ein vergleichsweise junges Forschungsgebiet ist, liegen erste robuste Forschungsbefunde vor. So zeigt sich z. B. für Deutschland, dass die fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr (*fernere Lebenserwartung:* durchschnittliche Anzahl an Jahren, die eine Person in einem bestimmten Alter noch vor sich hat) statusabhängig differiert. Wenn alle Männer ab dem 65. Lebensjahr nach der Höhe ihres Einkommens absteigend geordnet werden, dann beträgt die Differenz in der ferneren Lebenserwartung zwischen den 20 % Männern mit dem höchsten Einkommen und den 20 % Männern mit dem niedrigsten Einkommen 6,6 Jahre. Frauen weisen eine Differenz von 3,7 Jahren auf (Lampert, Hoebel, & Kroll, 2019).

Die folgende Darstellung konzentriert sich auf die Statusabhängigkeit der beiden häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter, der Demenz und der Depression.

2.1 Vermindertes Demenzrisiko bei Höhergebildeten

Konsens besteht darin, dass der Verlauf kognitiver Fähigkeiten – diese umfassen die Dimensionen „Sprachfähigkeit“, „Gedächtnis“, „Allgemeinbildung“, „Problemlösen“ und „Orientierung“ – im Alter eine hohe interindividuelle Variabilität aufweist (Christensen et al., 1994). Zudem gestaltet sich der Verlauf unterschiedlich in Abhängigkeit von den jeweiligen Leistungsbereichen. So sind altersbedingte Differenzen bei den Dimensionen „Problemlösen“ und „Gedächtnis“ deutlich ausgeprägter als bei der „Allgemeinbildung“ (Finkel, Reynolds, McArdle, & Pedersen, 2007; Reischies & Lindenberger, 2010).

Wenn die Abnahme pathologisch verläuft, also über eine normale altersbedingte Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeiten hinausgeht, und medizinisch diagnostiziert ist, spricht man von Demenz. Demenz ist eine psychiatrische Kondition, die bei degenerativen und nichtdegenerativen Erkrankungen des Gehirns auftritt. Die Krankheit, die am häufigsten mit Symptomen der Demenz einhergeht, ist die Alzheimer-Krankheit. Charakteristisch für Demenz sind starke Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung (besonders Kurzzeitgedächtnis), der Sprache, der Motorik und manchmal der Persönlichkeitsstruktur. Das Demenzrisiko steigt mit dem Alter exponentiell an. So beträgt die Prävalenz der Demenz vom Alzheimertyp bei der Gruppe der 60-Jährigen schätzungsweise ein Prozent und verdoppelt sich danach alle fünf Jahre (Ferri et al., 2005). Ab dem 85. Lebensjahr ist das Risiko bereits drastisch erhöht und misst etwa 25 %. Die kognitiven Verläufe und das Risiko, an Demenz zu erkranken, eine mögliche, aber nicht zwingende Folge eines ungünstigen Verlaufs, sind durch eine Vielzahl sozialer und sozioökonomischer Faktoren bedingt (Müller & Kropp, 2011, 2012).

Der diesbezüglich wohl stärkste Faktor ist Intelligenz bzw. intellektuelle Kapazität, in Surveys häufig gemessen am Bildungsabschluss. Die *Hypothese der kognitiven Reserve* (Liberati, Raffone, & Belardinelli, 2012; Scarmeas & Stern, 2003) geht davon aus, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss und Berufsstatus über ein größeres Repertoire an Bewältigungsstrategien verfügen, die die Abnahme an kognitiven Funktionsfähigkeiten im Alter hinauszögern und abmindern als Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss. Dies beinhaltet, dass eher alternative Regionen im Gehirn aktiviert werden können, die bei Bedarf die Funktionen weniger leistungsfähiger, von Demenz oder Alzheimer betroffener Regionen übernehmen. Nicht Bildung per se, sondern das damit assoziierte intellektuelle Anregungspotenzial des sozialen und beruflichen Umfeldes werden als Erklärung dafür herangezogen (Gow, Mortensen, & Avlund, 2012; Lee & Chi, 2016; Then et al., 2013; Wang et al., 2012).

Die Assoziation zwischen Bildung und Demenzrisiko ist empirisch vielfach belegt: Laut einer Metaanalyse von über 69 Studien haben ältere Menschen mit einem niedrigen Bildungsabschluss ein 1,61-mal so hohes Risiko, an Demenz zu erkranken, als ältere Menschen mit einer hohen Bildung (Meng & D'Arcy, 2012). Ein interessanter Befund ist der sogenannte *Hürdeneffekt*: Größere kognitive Reserven zögern die Diagnose einer Demenz zwar hinaus, setzt die Demenz jedoch erst einmal ein, verläuft sie schneller als bei geringeren Reserven. Dies kommt dadurch, dass die kompensatorischen Prozesse der kognitiven Reserve die stattfindende Abnahme kognitiver Funktionen lange maskieren. Bis die Abnahme klinisch diagnostiziert ist, haben sich die pathologischen Prozesse aber womöglich schon länger manifestiert (Bruandet et al., 2008).

Die kognitive Reserve hängt eng mit einem stimulierenden sozialen Umfeld zusammen. Mehrere theoretische Ansätze postulieren daher explizit einen Zusammenhang zwischen sozialer Einbettung und kognitiver Funktionsfähigkeit. Allen voran konstatiert die *Use-it-or-lose-it-Hypothese* (Hultsch, Hertzog, Small, & Dixon, 1999), dass das Gehirn – ähnlich einem Muskel – regelmäßig trainiert werden muss, um voll funktionsfähig zu bleiben. Soziale Beziehungen helfen dabei, indem sie den Menschen zu sozialen und körperlichen Aktivitäten stimulieren (körperliche Aktivität ist ein weiterer Prädiktor kognitiver Funktion (Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004)) und komplexen intellektuellen Input liefern (Schooler, 1984). Die *Stress-Puffer-Hypothese* (Fratiglioni et al. 2004) unterstellt eine positive Wirkung emotional unterstützender Beziehungen in Krisenzeiten. Stress gilt als Alzheimer-fördernder Faktor, da er mit strukturellen Veränderungen im Hippocampus assoziiert ist (Wilson et al., 2003). Dieser Hypothese zufolge profitieren Menschen insbesondere von sogenannten funktionalen Netzwerken mit reichhaltigen Unterstützungsleistungen ungeachtet der eigentlichen Beziehungsanzahl bzw. Netzwerkgröße. Die *Haupteffekt-Hypothese* (Cohen, 2004) vermutet, dass stark integrierte Menschen über mehr Motivation (auch: Normen und sozialen Druck), Wissen und Ressourcen für einen gesunden Lebensstil verfügen. Bei dieser Hypothese besitzen auch sogenannte strukturelle Aspekte sozialer Netzwerke Relevanz, wie die Einbettung in komplexe und diverse Beziehungsgeflechte. Alle drei Hypothesen sind in ihren Aussagen komplementär, da sie sich auf unterschiedliche Mechanismen konzentrieren, die prinzipiell parallel wirksam sein können.

2.2 Depressionen seltener bei höherem sozioökonomischen Status

Depressive Störungen im Alter sind häufig. Schätzungen auf der Grundlage von mehr als 20 internationalen Studien gehen davon aus, dass bei den über 75-Jährigen durchschnittlich 17 % eine depressive Symptomatik aufweisen und ca. 7 % an einer Major Depression leiden, wobei mit zunehmendem Alter das Risiko einer Depression steigt (Luppa, Luck, König, Angermeyer, & Riedel-Heller, 2012). Depressionen im Alter erhöhen die suizidale Mortalität, gehen mit Einbußen der subjektiven und funktionalen Gesundheit einher und beeinträchtigen häufig das Behandlungsergebnis bei somatischen Erkrankungen. Sie sind zudem Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten. Es bestehen Zusammenhänge zwischen Depressionen und neurodegenerativen Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz und Parkinson. Chronische Schmerzen im Alter erhöhen das Risiko einer Depression.

Auch im Alter weisen Depressionen einen sozialen Gradienten auf: Ein geringerer sozioökonomischer Status geht mit einem erhöhten Risiko für depressive Erkrankungen einher. Dieser Zusammenhang kann zum einen darin begründet sein, dass eine depressive Erkrankung einen geringeren sozio-

ökonomischen Status (*Driftthese*) nach sich zieht. Zum anderen kann der sozioökonomische Status selbst eine depressive Erkrankung zur Folge haben (*Verursachungsthese*). Bislang ist noch nicht abschließend geklärt, welcher der beiden Mechanismen für Personen im Alter hauptsächlich eine Rolle spielt. Vorliegende Befunde stützen eher die Verursachungsthese. In diese Richtung weist auch ein interessantes Ergebnis einer japanische Studie über die späte Wirkung früher Lebenserfahrungen: Personen, die in Familien mit einem geringen sozioökonomischen Status aufgewachsen waren, hatten Jahrzehnte später – im Alter – ein um 44 % höheres Risiko, eine Depression zu entwickeln im Vergleich zu jenen, deren Kindheit durch einen hohen sozioökonomischen Status geprägt war (Tani et al., 2016).

3. Soziale Netzwerke können sich positiv auf die Gesundheit im Alter auswirken

Ein gut gesicherter Befund der Alternsforschung ist der Zusammenhang zwischen sozialer Aktivität und Lebenszufriedenheit. Eine hohe Lebenszufriedenheit kann mit dem Übergang in den Ruhestand vor allem dann erreicht werden, wenn soziale Aktivitäten fortgesetzt bzw. Interaktionen beibehalten werden. Dies kann dadurch erreicht werden, dass dem altersbedingten Wegfall sozialer Rollen (z. B. Berufstätigkeit) und sozialer Aktivitäten (u. a. mit Kollegen) mit der Aufnahme neuer Aktivitäten (z. B. Enkelbetreuung, Ehrenamt) begegnet wird.

Aber auch für konkrete Gesundheitsparameter im Alter bestehen Zusammenhänge mit sozialen Netzwerken. Vergleichsweise häufig wurden diesbezüglich kognitive Altersverläufe und Depressionen untersucht.

3.1 Soziale Kontakte fördern kognitive Verläufe

Einige Metaanalysen – also zusammenfassende Untersuchungen mehrerer Einzelstudien – haben bereits die beeindruckende Vielzahl an Studien zu sozialer Integration und kognitiver Funktion zusammenfassend aufgearbeitet. In einer Metaanalyse von Kuiper et al. (2015) zeigten drei von 43 Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen kognitiver Funktionsabnahme und Netzwerkgröße. Ältere Menschen mit kleineren Netzwerken verzeichneten eine stärkere Abnahme im Beobachtungszeitraum als ältere Menschen mit größeren Netzwerken (Chi und Chou 2000; Holtzman et al. 2004; Hughes et al. 2008). Diese Assoziation war stärker als für funktionale Aspekte wie geringe soziale Aktivität.

In einer weiteren Übersicht zu 19 Längsschnittstudien fanden Kuiper und Kollegen (2015) einen positiven Zusammenhang zwischen Demenzrisiko und geringer sozialer Teilhabe, geringer Kontakthäufigkeit und hoher Einsamkeit. Die Autoren verglichen die Effektstärken mit denen einer geringen Bildung, geringer körperlicher Aktivität und der Altersdepression. Ergebnisse zu Netzwerkgröße und Zufriedenheit mit dem Netzwerk blieben hingegen inkonsistent, sodass hierfür kein signifikanter Zusammenhang gefunden wurde: Nur zwei der acht Studien, die Netzwerkgröße berücksichtigten, zeigten eine erhöhte Demenzwahrscheinlichkeit von älteren Menschen mit kleinen Netzwerken (James, Boyle, Buchman, Barnes, & Bennett, 2011; Saczynski et al., 2006).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Fratiglioni und Kollegen (2004) in ihrer Metaanalyse von 13 Studien. Drei von sechs Studien, die soziale Netzwerke analysierten, fanden ein vermindertes Demenzrisiko für stark sozial integrierte Personen (Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan, & Winblad, 2000; Scarmeas, Levy, Tang, Manly, & Stern, 2001; Wang, Karp, Winblad, & Fratiglioni, 2002). Fünf von sieben Studien fanden eine geringere Abnahme kognitiver Funktionsfähigkeiten. Darüber hinaus ist auch der umgekehrte Kausalzusammenhang belegt: Nehmen kognitive Fähigkeiten mit dem Alter stark ab, verkleinert sich infolgedessen oft auch das soziale Netzwerk der Betroffenen (Aartsen, Van Tilburg, Smits, & Knipscheer, 2004), da sich ihr sozialer und physischer Aktionsradius verringert. Die zunehmenden kognitiven Beeinträchtigungen können so einen Rückzug in familiäre Beziehungsnetzwerke begünstigen.

3.2 Soziale Kontakte schützen vor Depression

In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2014 werteten Schwarzbach, Luppa, Forstmeier, König und Riedel-Heller (2014) insgesamt 37 Einzelstudien zu sozialen Netzwerken und Depression bei älteren Menschen aus.

Während die Befunde zu qualitativen Netzwerkaspekten insgesamt sehr konsistent sind (wenig soziale Unterstützung und geringe Beziehungsqualität sind mit Depression assoziiert), fielen die zu Familienstand, Netzwerkgröße und Kontakthäufigkeit mehrheitlich heterogen aus. Übereinstimmend zeigte sich hingegen, dass Alleinlebende kein höheres Risiko für depressive Symptome aufweisen. Teilweise werden Beziehungen durch den kulturellen Kontext moderiert. So war in östlichen Kulturen wie China und Japan eine hohe Kontaktfrequenz mit einem geringeren Depressionsrisiko assoziiert. Für westliche Kulturen hingegen konnte dieser Zusammenhang nicht bestätigt werden. Der Bedeutung sozialer Netzwerke für die Beziehung zwischen funktionalen Beeinträchtigungen und depressiven Symptomen gingen Litwin und Stoeckel (2016) in ihrer Arbeit nach. Es zeigte sich, dass funktional beeinträchtigte Personen mehr depressive Symptome aufweisen, wenn sie über keinerlei soziales Netzwerk verfügen im Vergleich zu jenen mit Netzwerkpartnern.

4. Können soziale Kontakte die Ungleichheiten in der Gesundheit verringern?

Studien, die gleichzeitig die Beziehungen zwischen sozialer Ungleichheit, sozialen Netzwerken und Gesundheit im Alter analysieren, sind vergleichsweise rar. Sie berücksichtigten sowohl funktionale (also v. a. Unterstützungsformen) als auch strukturelle (also v. a. Größe, Häufigkeit der Kontakte) Aspekte. Grob zusammengefasst liegen die folgenden Befunde vor:

Erstens wurde untersucht, ob niedriggebildete Personen kleinere Netzwerke haben, welche wiederum mit schlechterer Gesundheit zusammenhängen. Der aktuelle Forschungsstand kann dies weder eindeutig bejahen noch verneinen. Dies bedeutet, dass es zumindest noch andere Erklärungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Einbettung und Gesundheit gibt.

Zweitens scheint die kompensatorische Wirkung sozialer Netzwerke bei eingeschränkter Gesundheit unterschiedlich auszufallen, je nachdem, welchen sozioökonomischen Status Personen haben. So konnten Olofsson, Padyab und Malmberg (2018) mit europäischen Daten aus der SHARE-Studie (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) nachweisen, dass Personen mit niedrigerer Bildung und schlechter Gesundheit mit ihrem sozialen Netzwerk zufriedener waren als Personen mit höherer Bildung und schlechter Gesundheit. Die Autoren vermuten, dass Personen mit geringerer Bildung bei schlechter Gesundheit (im Vergleich zu höher Gebildeten mit schlechter Gesundheit) eher Hilfe im sozialen Netzwerk suchen und finden, was zu einer höheren Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten führt.

Drittens wurde untersucht, ob andersherum ein hoher sozioökonomischer Status ausgleichend auf die gesundheitlichen Folgen kleiner Netzwerke wirken kann. Die gesammelten Befunde unterstützen diese Annahme nur partiell. Es kann also (vorerst) nicht von einer kompensatorischen Wirkung ausgegangen werden.

5. Fazit: Was wissen wir (und was noch nicht)?

Der Beitrag konnte zeigen, dass im höheren Lebensalter Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Demenz- und Depressionsrisiko bestehen. Die dargestellten Befunde geben jedoch keine eindeutige Antwort auf die Frage nach dem Verlauf gesundheitlicher Ungleichheit im Lebenslauf. Fraglich bleibt beispielsweise, ob die herkömmlichen Indikatoren überhaupt geeignet sind, Unterschiede in den akkumulierten sozioökonomischen Bedingungen im Alter hinreichend zu erfassen (Ausbildung und Beruf liegen lange zurück, sind für Männer und Frauen nur bedingt vergleichbar, Eigentumsverhältnisse geben mehr Aufschluss über Anhäufung von Ressourcen als das Einkommen) (Clemens, 2008; Kohli, Künemund, Motel, & Szydlik, 2000; Leopold & Engelhardt, 2011; von dem Knesebeck & Schäfer, 2009). Auch ist denkbar, dass der sozioökonomische Status der erwachsenen Kinder für die Gesundheitsverläufe der Eltern im hohen Alter eine größere Rolle spielt als der sozioökonomische Status der Eltern selbst. Wie zudem am Beispiel der Depression gezeigt werden konnte, kann darüber hinaus auch der erlebte elterliche sozioökonomische Status in der Kindheit für die Gesundheit im Alter eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen (Brandt, Deindl, & Hank, 2012;

Pakpahan, Hoffmann, & Kröger, 2017). Für weitere Forschungen kann es deshalb lohnend sein, neben der sozioökonomischen Position der Person im Alter auch die ihrer Eltern und erwachsenen Kinder stärker in den Blick zu nehmen.

Studienbefunde zu den Wechselwirkungen zwischen quantitativen Netzwerkmerkmalen und Demenz- und Depressionsrisiko belegen, dass soziale Interaktionen auch im Ruhestand einen wichtigen Schutzfaktor für die Gesundheit darstellen. Es scheint, dass es dabei weniger auf die Netzwerkgröße als vielmehr auf das Ausmaß bzw. die Qualität sozialer Einbettung ankommt. Diese kann auch bei abnehmender Netzwerkgröße als hoch erlebt werden, vor allem wenn ein Netzwerk durch anhaltende Stabilität der engen Bezugspersonen gekennzeichnet ist. Wichtig ist, dass sowohl quantitative als auch qualitative Merkmale je eigenständige Beiträge zur Erklärung der Bandbreite gesundheitlicher Parameter im Alter leisten können (Antonucci, Ajrouch, & Janevic, 1999).

Vorliegende Analysen zu Zusammenhängen der drei Bereiche „sozioökonomischer Status“, „Gesundheit“ und „soziales Netzwerk“ konzentrieren sich v. a. auf Depression sowie funktionale und subjektive Gesundheit. Demenzerkrankungen sind hingegen weitgehend unerforscht. Die Vermittlungsmechanismen von sozioökonomischem Status, Gesundheit und sozialem Netzwerk im Alter können durch bisherige Studien nicht hinreichend erklärt werden. Nach bisherigem Kenntnisstand erscheinen kompensatorische Effekte von Netzwerkmerkmalen auf die gesundheitliche Ungleichheit im Alter am wahrscheinlichsten.

Aus der bisherigen Forschung wird Folgendes deutlich: Erstens liegt der Fokus der Studien auf in der eigenen Häuslichkeit lebenden Personen. Weitgehend unklar ist, inwieweit vorliegende Befunde auch auf in Pflegeeinrichtungen lebende Personen übertragbar sind. Diese Forschungslücke gilt es zu schließen. Zweitens hat sich gezeigt, dass Forschungsansätze, die komplexe Merkmale von sozialen Netzwerken erheben, für die Untersuchung der Beziehung „sozioökonomischer Status“, „Gesundheit“ und „soziales Netzwerk“ besser geeignet sind als Instrumente, die ausschließlich quantitative oder qualitative Merkmale erheben. Drittens werden Netzwerkmerkmale in der gerontologischen Forschung mehrheitlich nur indirekt gemessen. Etablierte quantitative und qualitative Verfahren der Netzwerkanalyse spielen bei der Erforschung von alten Menschen bislang eine untergeordnete Rolle. Ihr Potenzial sollte für zukünftige Forschung wesentlich stärker genutzt werden.

6. Erkenntnisse für die Praxis

Welche konkreten Erkenntnisse ergeben sich aus dem aktuellen Forschungsstand für die Praxis? Der Erfolg einer Intervention ist selbstverständlich in höchstem Maße abhängig von der jeweiligen individuellen Situation. Einige grobe Empfehlungen lassen sich jedoch ableiten, ohne dass sie Vollständigkeit oder Allgemeingültigkeit beanspruchen:

- Gesellschaftliche Teilhabe und soziale Aktivitäten, die als positiv wahrgenommen werden, fördern die psychische Gesundheit auch im Alter.
- Es kommt weniger auf das Ausmaß als auf die Qualität der sozialen Beziehungen an. Der Kontakt zu einigen wenigen engen Freunden nützt unter Umständen mehr als der Kontakt zu vielen flüchtigen Bekannten.
- Sozioökonomische Benachteiligungen von älteren Menschen, zum Beispiel niedriggebildete Menschen oder Menschen mit geringem Einkommen, sind Risikofaktoren für Depressionen und Demenzen.
- Gerade für ältere Menschen mit einem geringeren sozioökonomischen Status sind gute soziale Beziehungen von hohem gesundheitlichen Wert.

Anmerkung

Dieser Beitrag basiert auf einer gekürzten und überarbeiteten Version des folgenden Buchkapitels:

Müller, B., Ellwardt, L. (2019): Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter. In: Klärner, A., Gamper, M., Keim, S., Von der Lippe, H., Moor, I., Vonneilich, N.: Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten – eine neue Forschungsperspektive. Wiesbaden: SpringerVS, S. 227-253.

Dieses Buchkapitel ist im Internet kostenfrei abrufbar unter:
https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-21659-7_10.pdf

Dr. phil. Britta Müller

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
britta.mueller@med.uni-rostock.de
www.imp.med.uni-rostock.de

Jun.-Prof. Dr. Lea Ellwardt

Universität zu Köln
Institut für Soziologie und Sozialpsychologie
Universitätsstraße 24, 50931 Köln
ellwardt@wiso.uni-koeln.de
www.lea-ellwardt.de

Literatur

Aartsen, M. J., Van Tilburg, T., Smits, C. H., & Knipscheer, K. C. (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. Journal of Social and Personal Relationships, 21(2), 249-266.

Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Janevic, M. (1999). Socioeconomic status, social support, age, and health.

Antonucci, T. C., Fuhrer, R., & Dartigues, J.-F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. Psychology and aging, 12(1), 189.

Brandt, M., Deindl, C., & Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: the role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. Soc Sci Med, 74(9), 1418-1425. doi:10.1016/j.socscimed.2012.01.004

Bruandet, A., Richard, F., Bombois, S., Maurage, C., Masse, I., Amouyel, P., & Pasquier, F. (2008). Cognitive decline and survival in Alzheimer's disease according to education level. Dementia and geriatric cognitive disorders, 25(1), 74-80.

Christensen, H., Mackinnon, A., Jorm, A., Henderson, A., Scott, L., & Korten, A. (1994). Age differences and interindividual variation in cognition in community-dwelling elderly. Psychology and aging, 9(3), 381.

Clemens, W. (2008). Zur „ungleichheitsempirischen Selbstvergessenheit "der deutschsprachigen Alter (n) ssoziologie. In Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter (pp. 17-30): Springer.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. American psychologist, 59(8), 676.

Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., . . . Huang, Y. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The lancet, 366(9503), 2112-2117.

Finkel, D., Reynolds, C. A., McArdle, J. J., & Pedersen, N. L. (2007). Age changes in processing speed as a leading indicator of cognitive aging. Psychology and aging, 22(3), 558.

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Lancet Neurol, 3(6), 343-353. doi:10.1016/s1474-4422(04)00767-7

Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. Lancet, 355(9212), 1315-1319. doi:10.1016/s0140-6736(00)02113-9

Gow, A. J., Mortensen, E. L., & Avlund, K. (2012). Activity participation and cognitive aging from age 50 to 80 in the glostrup 1914 cohort. Journal of the American Geriatrics Society, 60(10), 1831-1838.

Hoogendijk, E. O., Suanet, B., Dent, E., Deeg, D. J., & Aartsen, M. J. (2016). Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Maturitas, 83, 45-50. doi:10.1016/j.maturitas.2015.09.002

Hultsch, D. F., Hertzog, C., Small, B. J., & Dixon, R. A. (1999). Use it or lose it: engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? Psychol Aging, 14(2), 245-263.

James, B. D., Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2011). Life space and risk of Alzheimer disease, mild cognitive impairment, and cognitive decline in old age. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19(11), 961-969.

Kohli, M., Künemund, H., Motel, A., & Szydlik, M. (2000). Soziale Ungleichheit. In Die zweite Lebenshälfte (pp. 318-336): Springer.

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Voshaar, R. C. O., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing research reviews, 22, 39-57.

Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends.

Lee, Y., & Chi, I. (2016). Do cognitive leisure activities really matter in the relationship between education and cognition? Evidence from the aging, demographics, and memory study (ADAMS). Aging & mental health, 20(3), 252-261.

Leopold, L., & Engelhardt, H. (2011). Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 63(2), 207-236.

Liberati, G., Raffone, A., & Belardinelli, M. O. (2012). Cognitive reserve and its implications for rehabilitation and Alzheimer's disease. Cognitive processing, 13(1), 1-12.

Litwin, H., & Stoeckel, K. J. (2016). Social Network, Activity Participation, and Cognition: A Complex Relationship. Res Aging, 38(1), 76-97. doi:10.1177/0164027515581422

Luppa, M., Luck, T., König, H.-H., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. Journal of affective disorders, 142(1), 166-171.

Meng, X., & D'Arcy, C. (2012). Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. PloS one, 7(6), e38268.

Müller, B., & Kropp, P. (2011). Aktivität und Kognition im höheren Lebensalter — Befunde aus der ILSE: oder: Wie bleibt das Gehirn möglichst lange frisch? In J. Höppner, D. Schläfke, & J. Thome (Eds.), Impulse für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der Lebensspanne (pp. 215-228). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Müller, B., & Kropp, P. (2012). Freizeit im höheren Lebensalter. Ein Bereich aktiver Lebensgestaltung. Befunde aus der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). In M. Kumlehn & A. Kubik (Eds.), Konstrukte gelingenden Alterns (pp. 207-228). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Müller, B., Nienaber, C. A., Reis, O., Kropp, P., & Meyer, W. (2014). Sexuality and affection among elderly German men and women in long-term relationships: results of a prospective population-based study. PloS one, 9(11), e111404.

Olofsson, J., Padyab, M., & Malmberg, G. (2018). Health disparities in Europe's ageing population: the role of social network. Global health action, 11(1), 1445498.

Pakpahan, E., Hoffmann, R., & Kröger, H. (2017). The long arm of childhood circumstances on health in old age: Evidence from SHARELIFE. Advances in Life Course Research, 31, 1-10.

Reischies, F. M., & Lindenberger, U. (2010). Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In Die Berliner Altersstudie (pp. 375-401): Akademie Verlag.

Rueda, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. Ageing & Society, 29(4), 625-647.

Saczynski, J. S., Pfeifer, L. A., Masaki, K., Korf, E. S., Laurin, D., White, L., & Launer, L. J. (2006). The effect of social engagement on incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. Am J Epidemiol, 163(5), 433-440. doi:10.1093/aje/kwj061

Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. Journal of European Social Policy, 20(1), 32-44.

Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M.-X., Manly, J., & Stern, Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. Neurology, 57(12), 2236-2242.

Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. Journal of clinical and experimental neuropsychology, 25(5), 625-633.

Schooler, C. (1984). Psychological effects of complex environments during the life span: A review and theory. Intelligence, 8(4), 259-281.

Schwarzbach, M., Luppa, M., Forstmeier, S., König, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life-a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry, 29(1), 1-21. doi:10.1002/gps.3971

Tani, Y., Fujiwara, T., Kondo, N., Noma, H., Sasaki, Y., & Kondo, K. (2016). Childhood socioeconomic status and onset of depression among Japanese older adults: the JAGES prospective cohort study. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24(9), 717-726.

Tesch-Römer, C., & Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. Gesundheit und Krankheit im Alter, 7.

Then, F. S., Luck, T., Luppa, M., Thinschmidt, M., Deckert, S., Nieuwenhuijsen, K., Riedel-Heller, S. G. (2013). Systematic review of the effect of the psychosocial working environment on cognition and dementia. Occup Environ Med, oemed-2013-101760.

von dem Knesebeck, O., & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In Gesundheitliche Ungleichheit (pp. 253-265): Springer.

von dem Knesebeck, O., & Vonneilich, N. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42(6), 459-464.

Wang, H.-X., Jin, Y., Hendrie, H. C., Liang, C., Yang, L., Cheng, Y., Murrell, J. R. (2012). Late life leisure activities and risk of cognitive decline. Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences, 68(2), 205-213.

Wang, H.-X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. American journal of epidemiology, 155(12), 1081-1087.

Wilson, R., Evans, D., Bienias, J., De Leon, C. M., Schneider, J., & Bennett, D. (2003). Proneness to psychological distress is associated with risk of Alzheimer's disease. Neurology, 61(11), 1479-1485.

Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. Psychological bulletin, 139(1), 53.

Konrad Reschke

ANPASSUNGSSTÖRUNGEN – EIN KONFLIKTPOTENZIAL AUCH IM ALTER

1. Anpassungsstörungen auch im Alter möglich

Dieser Artikel beschreibt Anpassungsstörungen, ihre Prävalenz, Symptomatik, Ursachen und Aspekte der Prävention und Intervention mit leichter Priorisierung des Alters. Dabei soll auch der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Diskussion, Forschung und Therapie dargestellt werden.

Nicht selten existiert eine kritische Haltung gegenüber dem Begriff der Anpassungsstörung. „Warum soll ich mich an diese Situation anpassen?“ Man kann sich stigmatisiert und schwach erleben, als habe man als Mensch bisher nicht gelernt, mit den äußeren Belastungsfaktoren und den Beschwerden umzugehen. Symptomverstärkende Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, die sich nicht schnell genug verändernden externen Belastungsfaktoren anpassen, chronifizieren diesen Prozess. Hier sind Hilfen und Informationen zum Verständnis der sich manifestierenden Störung erforderlich.

Hilfreich ist die Vermittlung eines guten subjektiven Erklärungsmodells, die Durchführung einer Screeningdiagnostik mit spezifischen Verfahren und die Auflösung von eingeengten Therapieerwartungen. Die Einengung auf die unmittelbar auslösenden Faktoren muss verhindert werden, stattdessen sollte frühzeitig auf die biografischen Ressourcen und Bewältigungserfahrungen fokussiert werden (Siehe Punkt 6).

Zu den Menschen, die bei der Bewältigung einer Anpassungsstörung eventuell Schwierigkeiten haben, gehören z. B. solche, bei denen eine vorzeitige krankheitsbedingte Berentung vorgelegen hat, Menschen mit langer Arbeitsunfähigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit oder wo eine resignative Lebensbilanz im Alter aufgetreten ist. Auch bei Trennung im Alter, Verlust von Kindern oder bei einer Ambivalenz bezüglich der eigenen Zukunftserwartungen ist ein schwieriger Adaptationsprozess möglich.

Hier kann es erforderlich sein, psychopharmakotherapeutische Mitbehandlungen zu bedenken. Eine Rückkehr zum alten Zustand und die völlige Herstellung eines alten bekannten Gleichgewichtszustandes zwischen Anforderungen und Fähigkeiten und Ressourcen sind bei Anpassungsstörungen selten möglich. Anpassung kostet Zeit und braucht Veränderung der Situation und der Person. Dies bedeutet Geduld und die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung kleinster positiver Veränderungen. Das Verstehen und die Akzeptanz der neuen Situation verlangen kognitive Einsicht, Problemanalyse und Veränderungsbereitschaft. Schwierigkeiten können auch bei einem abwehrenden Umgang mit psychologischen Einzel- und Gruppeninterventionen auftreten („Ich brauche doch keine Psychotherapie“).

Oft kann man in der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis noch eine primäre organmedizinische Behandlungserwartung und mangelnde Motivation zur Veränderung individuellen Bewältigungsverhaltens erkennen. Eine solche Einengung der Wahrnehmung auf externe Belastungsfaktoren oder körperliche Behandlungsroutinen kann mit bedingen, dass eine frühe Motivierung zur Bearbeitung des persönlichen Bewältigungsverhaltens oder zum Aufbau von Ressourcen und Resilienz nicht möglich erscheint. Es ist hier sinnvoll, zuerst die eigene Lebensgeschichte und Erfahrungen mit habituell rigiden und lebensgeschichtlich stabilisierte Verhaltens- und Erlebnisgewohnheiten zu bearbeiten und z. B. Motivation aus dem Aufbau gesundheitsförderlicher Funktionen zu entwickeln. Die Psychoedukation muss primär biopsychosoziale Erklärungsmodelle verständlich anbieten (siehe Punkt 5).

2. Die Anpassungsstörung

Bei der Anpassungsstörung handelt es sich um eine physische und psychische Reaktion auf belastende Lebensereignisse, die nach Art und Ausmaß über eine normale und zu erwartende Reaktion auf die gegebene Belastung hinausgeht und zu Beeinträchtigungen in sozialen und/oder beruflichen Bereichen führt. Wesentlich ist dabei, dass sich die Symptomatik als Reaktion und in Folge auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor entwickelt und auch Menschen treffen kann, die vordem als körperlich und psychisch gesund galten.

Die Belastung kann ein einzelnes Ereignis darstellen oder sich durch das Vorliegen mehrerer Belastungsfaktoren ergeben und wiederkehrend oder kontinuierlich auftreten. Die Belastung kann sich auf eine einzelne Person und eine größere Gruppe beziehen, sie wirkt jedoch ubiquitär, bei einer einzelnen Person entsteht diese Störung, bei anderen liegen vielleicht Schutzfaktoren und erhöhte Resilienz vor, sie erkranken nicht.

Das auslösende Ereignis kann die Unversehrtheit des sozialen Netzes (Verlusterlebnis) oder soziale Werte (nach Emigration oder Flucht) betreffen sowie auch im Zusammenhang mit lebensphasentypischen Veränderungen (Elternschaft, Pensionierung) auftreten. Auch chronische Krankheiten, phasenhaft sich verschlechternde Krankheiten und Multimorbidität können häufig zu psychischen Beeinträchtigungen der Anpassung mit Krankheitswert führen. Letzteres gilt nicht nur für die von Krankheit betroffenen Menschen selbst, sondern auch für ihre Angehörigen, Partner und Kinder.

Anpassungsstörungen stellen dann eine komorbide Störung dar, die in Rehaprozessen auch diagnostiziert werden muss. Anpassungsstörungen beeinflussen so den Verlauf und Ergebnis von Rehaprozessen. Wenn kritische Reha-Verläufe bei sonst körperlichen chronischen Krankheiten auftreten, kann das Vorliegen der Diagnose und ihrer Auswirkungen auf die Patienten und die Behandler zu einem Konfliktpotenzial werden, im letzten Teil des Artikels werden dazu einige Herausforderungen und Konfliktpotenziale beschrieben. Einleitend werden einige klassifikatorische Beschreibungen mit Fokus auf ICD 11 gegeben und danach werden therapeutische Ansätze skizziert.

Anpassungstörungen können in jedem Lebensalter auftreten. Typische Beispiele für Auslöser einer Anpassungsstörung stellen u. a. der Verlust eines Angehörigen, eine schwere Erkrankung, Trennungserlebnisse oder der Verlust des Arbeitsplatzes dar. Somit ist schon klar, dass auch im höheren Lebensalter Anpassungsstörungen entstehen können.

Entscheidend ist dabei jedoch, dass der auslösende psychosoziale Belastungsfaktor und seine Folgen nicht die Kriterien eines Traumas, also eines traumatischen Ereignises erfüllen (Reschke, 2001).

Die Anpassungsstörung kann vielfältige körperliche und seelische Symptome haben. Charakteristisch sind Angst, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Reizbarkeit, Ärger, Aggression und Wut, aber auch Bedrückung, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Schuld und affektive Instabilität und diffuse Mischemotionen wie Verbitterung. Daneben können Schlaf-, Appetit- und sexuelle Funktionsstörungen sowie weitere somatoforme Symptome auftreten. Als häufig feststellbar werden auch leichtgradige dissoziative Symptome angegeben, die einen gutartigen Verlauf nehmen, ein vermehrter Substanzgebrauch sowie das Auftreten von autoagressiven und suizidalen Handlungen (Schweiger & Hohagen, 2000). Verhaltensänderungen betreffen die Vernachlässigung beruflicher, sozialer und interpersoneller Verpflichtungen, das Auftreten von Vermeidungsverhalten und vorübergehenden Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken. Dabei kann die Symptomatik sowohl im Leidensdruck als auch in Intensität und Dauer beträchtlich variieren, sie scheint basal mit dysfunktionalen Denkstilen und emotionalen Dysregulationen verbunden zu sein.

Ob eine Anpassungsstörung als Reaktion auf eine Belastung entsteht, wird aufgrund externer Faktoren wie Ausmaß, Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit des Ereignisses sowie aufgrund von Merkmalen der Person selbst wie der Vulnerabilität, den Bewältigungsstrategien und den ihr zur Verfügung stehenden personalen Ressourcen, aber auch durch Merkmale der individuellen Situation, z. B. in Form von sozialer Unterstützung, bestimmt. Ebenso sind die Chronifizierung der Symptomatik und der Übergang in eine andere Störungsform, bei einer grundsätzlich guten Kurzzeitprognose, von dem Zusammentreffen ungünstiger Personen-, Kontext-, Ereignis- und Bewältigungsmerkmale abhängig.

Kasten 1

Das Symptombild der Anpassungsstörung ist sehr variabel und individuell

Angst
Hilflosigkeit
Verzweiflung
Reizbarkeit
Ärger
Aggression und Wut
Bedrückung
Traurigkeit
Hoffnungslosigkeit
Schuld
affektive Instabilität
diffuse Mischemotionen wie Verbitterung
Schlafstörungen
Appetitstörungen
sexuelle Funktionsstörungen
vielfältige somatische Symptome
leichtgradige dissoziative Symptome
vermehrter Substanzgebrauch
autoagressive und suizidale Handlungen

Der zeitliche Verlauf ergibt sich nach den klassifikatorischen Vorgaben mit einem Beginn innerhalb eines Monats (ICD-10) bzw. von 3 Monaten (DSM-5) nach Belastungsbeginn sowie einer Dauer von nicht länger als 6 Monate nach Belastungsende oder deren Folgen (akuter Verlauf). Daneben ist bei chronischem Verlauf eine Dauer von länger als 6 Monaten nach Ende der Belastung möglich, welcher im ICD-10 mit einer Obergrenze von zwei Jahren belegt wird.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich die in Symptomen unterschiedlicher Qualität resultierende, emotionale, kognitive und verhaltensmäßig funktionelle Beeinträchtigung aufgrund des ungünstigen Zusammentreffens eines bestimmten Grades an Vulnerabilität und der Art, dem Ausmaß und der Intensität eines Belastungsereignisses, als eine Störung des Anpassungsprozesses selbst darstellt. Als undifferenzierte, zeitlich-ereignisbedingte Reaktionsbildung liegt die Anpassungsstörung vor, wenn die Symptome nicht die Qualität und die Leitkriterien anderer psychischer Störungen aufweisen bzw. erfüllen (Reschke, 2001, Reschke, Hallensleben, Gödicke, Stöber 2020).

Zwei neue Formen von Anpassungsstörungen werden diskutiert, die Anpassungsstörung mit verlängerter Trauerreaktion und die posttraumatische Verbitterungsstörung. Die Verbitterungsstörung stellt eine Anpassungsstörung mit der spezifischen Mischemotion der Verbitterung in krankhafter Steigerungsform dar, sie wird als posttraumatisches Verbitterungssyndrom beschrieben (Linden, Schippan, Baumann, Spielberg, 2004). Diese Anpassungsstörung stellt eine spezifische psychische Störung dar. Diese Störungsform spielt aufgrund von spezifischen neuen sozialen Belastungen der Moderne (Prekarisierung, Mobilitätsdruck, Veränderung der Arbeitswelt, Industrialisierung, Globalisierung, Digitalisierung) eine nicht zu unterschätzende Rolle, da sie schwer zu erkennen, schwer zu beeinflussen und schwer zu behandeln ist. Häufig führt sie zur Chronifizierung bis hin zu Invalidität. Dieses Verbitterungssyndrom stellt einen Subtyp der Anpassungsstörungen dar (siehe Kasten 2).

Kasten 2

„Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder = PTED)“

Diese Anpassungsstörung ist charakterisiert durch das Leitsymptom der anhaltenden Verbitterung. Weitere Symptome sind andere negative Affekte, sozialer Rückzug, Phobie (z. B. Arbeitsplatzphobie) und eine häufig lang anhaltende Arbeitsunfähigkeit.
Auslöser ist ein einschneidendes, aber nicht außergewöhnliches kritisches Lebensereignis und das Erleben von Ungerechtigkeit (z. B. Arbeitsplatzverlust oder „Mobbing“).
Als Therapie ist eine Verbindung von kognitiver Verhaltenstherapie, klientzentrierter Psychotherapie und ein weisheitstherapeutischer Ansatz sinnvoll.

Früher wurde häufig noch der Begriff der Krise verwendet. Menschliche Krisen sind auch noch heute oft eine Entstehungsursache einer Anpassungsstörung. Für unser Verständnis der Störung ist entscheidend, welche implizite Bedeutung der Krisenbegriff enthält (Kasten 3). Die Krise beinhaltet einerseits das Gefahrenmoment (Schädigung, Verlust) und stellt gleichzeitig eine Gelegenheit dar, die Entwicklung von Anpassungsaktivitäten und der Rückgriff auf verborgene Ressourcen und Schutzfaktoren zu erleben. Dies kommt in der chinesischen Schriftform des Wortes Krise zum Ausdruck (Abbildung 1).

Krise

Gefahr

Chance

Abbildung 1: Krise in der chinesischen Schriftsprache

3. Anpassungsstörungen sind heute besser diagnostizierbar

Für die Diagnostik von psychischen Störungen sind Ärzte aller Fachrichtungen sensibilisiert. Eigene Studien haben gezeigt, dass es jedoch große Unterschiede zwischen den Arztfachgruppen gibt. Am häufigsten diagnostizieren Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe Anpassungsstörungen. Durch Fort- und Weiterbildung werden die speziellen diagnostischen Kenntnisse bei allen Ärzten auf den aktuellen Stand gebracht. Die Lebenszeitprävalenz von Anpassungsstörungen liegt etwa bei 20 %, dies bedeutet, dass im Laufe des Lebens etwa jeder fünfte Mensch einmal an einer Anpassungsstörung leiden kann. Die Prognose ist meist gut. Geschlechterdifferenzen sind eher gering, jedoch können Jüngere und Ältere häufiger erkranken. Mit therapeutischer Unterstützung können schnellere Heilungsverläufe erwartet werden und eine geringere Chronifizierung und Rückfalltendenz.

Es existieren verschiedene Ansätze der spezifischen Psychodiagnostik von Anpassungsstörungen, die von Fachleuten neben der Exploration und gründlicher Verhaltensanalyse zur Differentialdiagnostik angewendet werden können. Hier sind zu nennen z. B. das Berner Verbitterungs-Inventar und das New Module Adjustment Disorder (Einsle, Köllner, Dannemann, und Maercker, 2010; Bachem und Maercker, 2014. Snoj, 2008). Für die Anpassungsstörungen hat die zuständige Arbeitsgruppe für die nächste Revision der ICD bedeutende Änderungen angekündigt (Maercker et al., 2013a). Der eingereichte Vorschlag definiert Anpassungsstörungen als maladaptive Reaktionen auf identifizierbare psychosoziale Stressoren oder einen Wechsel der Lebensumstände. Kernsymptome umfassen ein anhaltendes gedankliches Verhaftetsein auf eine Belastung (Präokkupation) und Symptome einer Fehlanpassung, die das Funktionieren im Alltag behindern. Letztere umfassen beispielsweise Konzentrations- oder Schlafstörungen (Maercker et al., 2013a, 2013b). Der Definitionsvorschlag basiert auf dem Stress-Response-Modell der Anpassungsstörungen (Maercker, Einsle & Köllner, 2007), das ein Kontinuum zwischen normativen Lebensbelastungen und Traumata annimmt und die Stressbezogenheit von Symptomen in den Vordergrund stellt. Dadurch soll eine bessere Unterscheidung zwischen Anpassungssymptomen und phänomenologisch ähnlichen depressiven Symptomen ermöglicht werden.

Vor dem Hintergrund dieses theoretisch fundierten Störungskonzeptes werden nun erstmals positive Symptome spezifisch für Anpassungsstörungen definiert. Diese gliedern sich in zwei Symptomgruppen (siehe Kasten 3).

Kasten 3

Neudefinition der Symptomgruppen der Anpassungsstörung

Symptome der Präokkupation: Als Symptome der Präokkupation werden wiederkehrende, quälende, sich spontan oder infolge eines Schlüsselreizes aufdrängende Gedanken an den Stressor sowie übermäßige Sorge, Gedankenkreisen, Intrusionen oder ständiges Grübeln über die Konsequenzen des Stressors beschrieben.

Symptome der Fehlanpassung: Symptome der Fehlanpassung behindern die betroffene Person in der Bewältigung ihres Alltags, beispielsweise durch Schlaf- oder Konzentrationsprobleme. Sie können sich auf die Persönlichkeit oder das Verhalten des Betroffenen beziehen und umfassen neben ängstlichen und depressiven Symptomen üblicherweise auch Störungen der Impulskontrolle oder des Sozialverhaltens.

Im Vorschlag von Maercker et al. (2013b) wird beschrieben, dass die genannten Symptome deutliches Leid verursachen und zu einer Beeinträchtigung des beruflichen oder sozialen Lebens des Betroffenen führen, beispielsweise durch Fehlzeiten oder familiäre Konflikte. Im Gegensatz dazu ist es bei einer Diagnosestellung nach ICD-10 oder DSM-5 ausreichend, wenn ein deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung des beruflichen oder sozialen Lebens vorliegt.

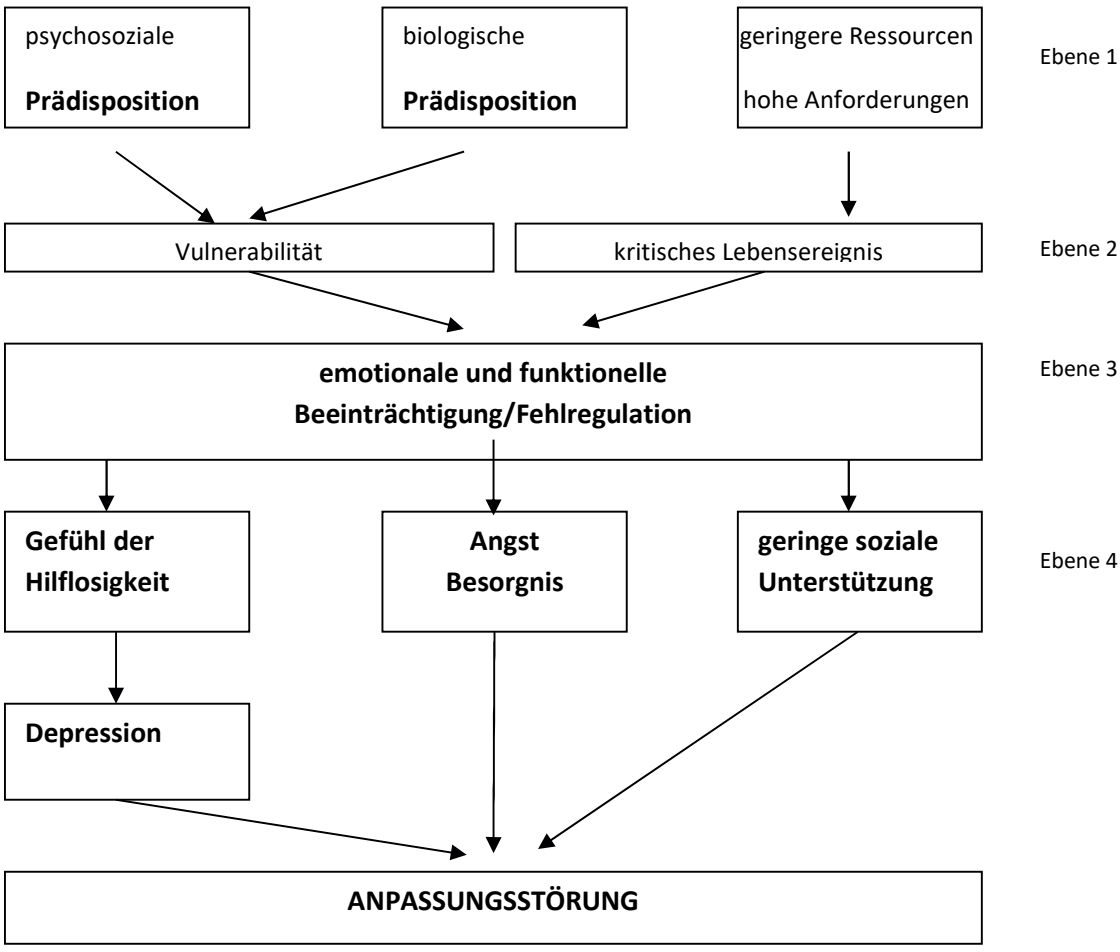


Abbildung 2: Entstehungsmodell der Anpassungsstörung

Der zeitliche Rahmen für die Diagnose der Anpassungsstörungen entspricht den Vorgaben der ICD-10. Die Symptome der Störung sollten innerhalb eines Monats nach dem Beginn des Stressors auftreten und innerhalb von sechs Monaten wieder abgeklungen sein, sofern der Stressor nicht fortbesteht. Darin liegt der Begründungszusammenhang dafür, dass Anpassungsstörungen auch länger als sechs Monate bzw. zwei Jahre bestehen können. Der Zeitraum zur Bemessung der Symptomdauer beginnt erst mit dem Ende der Belastungssituation.

Außerdem soll eine Anpassungsstörung weiterhin nicht diagnostiziert werden, wenn die diagnostischen Kriterien für eine andere Störung erfüllt werden. Die in der ICD-10 beschriebenen Subtypen sollen allerdings wegfallen. Eine eindeutige Theorie der Verursachung der Störung existiert bis heute nicht. Reschke und Teichmann (2008) haben ein Modell der Entstehung der Anpassungsstörung (Abbildung 2) vorgestellt .

4. Therapieansätze und manualisierte Therapieprogramme

Nachfolgend werden einige Ansätze und Elemente der Therapie von Anpassungsstörungen beschrieben. Anpassungsstörungen wurden schon immer in allen psychotherapeutischen Verfahrensrichtungen behandelt. Dabei konkurrieren tiefenpsychologische (Maina, Forner und Bogetto 2005), verhaltenstherapeutische (Bengel und Hubert, 2009; Hoffmann und Hofmann, 2008) und klientzentrierte Methoden (Altenhöfer, 2005). Die Anwendung aller Methoden ist erfolgversprechend. Heute existieren viele Therapiestudien, welche die Evidenz (Behandlungsgüte und Behandlungssicherheit) nachweisen.

Die vier Säulen der Therapie bei Anpassungsstörungen nach Bachem und Maercker (2013) umfassen z. B.:

1. Verbesserung der Selbstwahrnehmung
2. Auseinandersetzung
3. Aktivierung
4. Erholung

In diesem Beitrag sollen zwei verhaltenstherapeutische Ansätze etwas näher beschrieben werden.

4.1 Modularer Behandlungsansatz nach Bengel und Hubert (2009)

Ein Ansatz stammt von Bengel und Hubert (2009). Er beinhaltet eine akzeptierende Grundhaltung, um die Patienten in eine aktive Rolle zu bringen und die Fähigkeit zur Selbstregulation zu betonen. Kasten 4 zeigt die Techniken zur Intervention:

Kasten 4

Therapiebausteine nach Bengel und Hubert (2009)

Erarbeitung eines Störungsmodells und Festlegung von Therapiezielen
Exploration der individuellen Symptomatik, des auslösenden Ereignisses und der Erfassung des lebens- und lerngeschichtlichen Hintergrundes
Erfassung von Vermeidungsverhalten
Formulierung eines Störungsmodells
Ressourcenanalyse:

» Lebenslinie: persönliche Erfolge im Leben
» Analyse gemeisterter schwieriger Lebenssituationen
» eigene Stärken – Selbst- und Fremdeinschätzung
» Tagebuch und Stimmungskurven

Vermittlung von Selbsthilfefähigkeiten (Aktivierung, Ressourcenanalyse und -nutzung):

» neue Ideen zur Lösung der Problemsituation gewinnen („Gelöster Blick“)
» Blick für gut funktionierende Bereiche schärfen („Trumpfkarten“)
» Vermittlung von imaginativen Stabilisierungstechniken
» „Tresorübung“
» der „Innere sichere Ort“
» Einführung eines „wohlwollenden inneren Begleiters“ bei selbstabwertenden oder schuldhaften Selbstverbalisationen

Berücksichtigung von Suizidalität (Non-Suizid-Vertrag), missbräuchlichem Suchtmittel- oder Medikamentenkonsum (Suchtmittelprotokolle)
Einbettung des belastenden Ereignisses in die Biografie und Entwicklung neuer Perspektiven:

» Abschiedsrituale
» Schreiben eines Abschiedsbriefs bei Verlusterlebnissen

Perspektivwechsel:

» Perspektive des Leid-Verursachers einnehmen bei Kränkungsereignissen

Zukunftsszenarios entwickeln:

» positive, aber dennoch realistische Entwicklung einer Zukunftsperspektive und Ableitung von Zielen aus dem Szenario
» Lebensbereiche als Kreissegmente der Gesamtzufriedenheit
» der Weg vom Soll- zum Ist-Zustand

4.2 Therapieprogramm für Anpassungsstörungen (TAPS) von Reschke, Kusel, Teichmann und Hallensleben (2010)

In einem Überblick soll das manualisierte Therapieprogramm für Anpassungsstörungen von Reschke, Kusel, Teichmann und Hallensleben (2010) und Jarchow, Kusel, Teichmann, Hallensleben, Reschke und Stöber (2013) nachfolgend dargestellt werden. Das Therapieprogramm wurde für erwachsene Patienten mit Anpassungsstörungen entwickelt (TAPS) und evaluiert. Der Aufbau und die Ziele des TAPS werden in einer Kurzbeschreibung in Tabelle 1 dargestellt.

Sie liefert einen umfassenden Überblick über die wichtigsten konzeptionellen und inhaltlichen Aspekte des TAPS. Die Tabelle listet die Zielstellungen, Inhalte und Strategien der Einzelstunden des „TAPS“ auf und zeigt die Zuordnung der Sitzungen zu den vier Stufen der Anpassung nach Schröder (1995).

Tabelle 1: Die vier Stufen der Anpassung an einen Stressor nach Schröder und deren Zuordnung zu den zehn Sitzungen des TAPS (Reschke, Kusel, Teichmann und Hallensleben, 2010).

	Stunden und deren Zielstellung	Inhalte und Interventionen
BEGREIFEN	**1. Stunde: Ankommen, sich entlasten und entspannen**	
	— Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung — Erreichen eines lern- und änderungsfähigen Zustandes der Teilnehmer und der Gruppe — Entlastung und Entspannung	— Vorstellung des Kursleiters und der Ziele und Inhalte des „TAPS“ — Entgegennahme von Erwartungen — Besprechung von Gruppenregeln — erste Problembeschreibung in Form einer Interaktionsübung — Entspannungstechniken kennenlernen — Hausaufgabe (HA): Entspannung
	2. Stunde: Information und Motivation	
	— Erarbeitung eines Störungsmodells — Begreifen der Problemsituation — Erkennen von Eigenschaften und Reaktionsbesonderheiten bei der Problembewältigung	— edukative Vermittlung eines theoretischen Modells zu Anpassung und Anpassungsstörungen — Analyse von Hauptstressoren — Verhaltensanalyse in Gruppenarbeit — HA: Entspannung, Überprüfung der Verhaltensanalyse
	3. Stunde: Der Gedanken-Gefühls-Spirale entkommen	
	— Zusammenhang zwischen auslösender Situation, deren gedanklicher Bewertung und daraus resultierenden Gefühlen — Erkennen von Dysfunktionalität von Bewertungen und deren Auswirkung — Modellvermittlung der Selbstverbalisation	— Erarbeitung der Dysfunktionalität bestimmter Gedankenmuster — Vermittlung von Selbstmodifikationstechniken von Gedanken: „ESEL-Technik“ und Gedankenstopp — Vermittlung einer Entspannungsübung mit affirmativer Vorsatzbildung — HA: Entspannung mit Vorsatzbildung

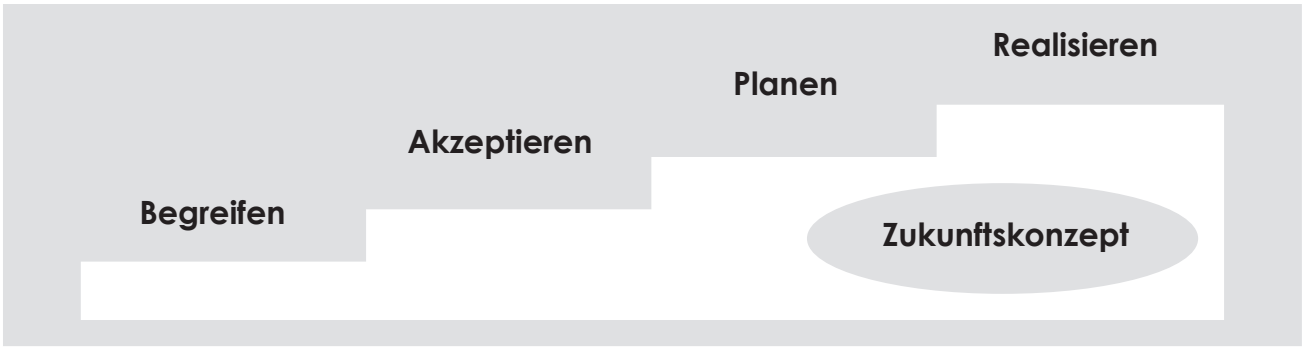
AKZEPTIEREN	**4. Stunde: Denkfallen erkennen und verändern**	
	— Modifikation dysfunktionaler Bewertungsmuster — Überwindung von Denkfallen erarbeiten	— Edukation zu Selbstverbalisation — Förderung flexiblen Denkens — Erkennen und Modifizieren individueller Denkfallen — fakultativ: Edukation zu kognitiven Schemata und Veränderung dieser — HA: Entspannung mit Vorsatzbildung
	5. Stunde: Gefühle ausdrücken und Ruheort finden	
	— Verstehen von Gefühlen und Gefühlsregulation — kennenlernen der Konzepte „emotionale Kompetenz“ und „kontrollierter Gefühlsausdruck“ — ressourcenverstärkende Imagination	— Informationen über das Gefühlsleben — Übung zum „kontrollierten Gefühlsausdruck“ — Gefühle in der Gruppe mitteilen — Imaginationsübung zum Finden des Ortes von Ruhe und Kraft — HA: Imaginationsübung, Denkfallen im Alltag umgehen
	6. Stunde: Negative Gefühle ausdrücken, positive Gefühle kultivieren	
	— Umgang mit belastenden Gefühlen — Kultivieren von positiven Gefühlen	— eigene Gefühlsreaktionen erkennen — ressourcenorientierte Vermittlung von gefühlsregulierenden Strategien — Kennenlernen von Genussregeln — HA: Genuss üben
PLANEN	**7. Stunde: Problemlösungen erarbeiten**	
	— Vermittlung und Anwendung eines Problemlösemodells — Förderung von Flexibilität im Denken und Problemlösen	— Übung „9-Punkte-Problem“ — Verhaltensexperiment einer Problemsituation — HA: Problemlöseschema für ein reales Problem ausfüllen
	8. Stunde: Gewohnheiten ändern	
	— Änderung von dysfunktionalen Gewohnheiten — Erlernen einer Haltung von Gelassenheit im Umgang mit Problemen	— Übung „Verzicht auf Gewohnheiten“ — Minderung perfektionistischer Einstellungen — HA: Gelassenheitsimagination, Improvisieren in Problemsituationen
	9. Stunde: Eigene Probleme bewältigen lernen	
	— persönliche Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen erkennen sowie Defizite bei der Bewältigung des belastenden Problems — Haltung von Gelassenheit annehmen	— Vermittlung von allgemeinen und konkreten Bewältigungsstrategien — Einstellung von Aushalten üben — HA: Aushalten einer Situation, offene Fragen klären

REALISIEREN	10. Stunde: Neubewertung der Anpassungskrise als Chance zur Veränderung	
	— Vermittlung der Rolle von Zielen — Loslösung und Beendigung der Therapie — Prüfen einer ggf. vorliegenden weiteren Behandlungsbedürftigkeit — Übergang zu Eigeninitiative	— Förderung des Kohärenzsinns mit der Übung „Meilensteine meines Lebens“ — Zielformulierung und -umsetzung — Abschluss-Feedback durch Vergleich mit den Erwartungen der 1. Stunde — HA: Absichtserklärung

Die Zielbereiche des TAPS sind also eine Förderung der seelischen Gesundheit, eine Minderung der durch den akuten bzw. chronisch anhaltenden Belastungsfaktor aufgetretenen Symptome kognitiver und affektiv-motivationaler Art ebenso wie Minderung von Verhaltens- und psychophysiologischen Symptomen. Damit einher geht eine Erweiterung der aktuellen und habituellen (kurz- und langfristig einsetzbaren) Ressourcen zur Stress- und Belastungsregulation, die Vermittlung von Bewältigungs- und Selbstregulationskompetenzen (emotional und kognitiv), z. B. Selbstreflexions-, Einsichts- und Entspannungsfähigkeit, eine Vermittlung von Problemlösekompetenzen und die Entwicklung und Verbesserung von Fertigkeiten, Konfliktbewältigungs- und sozialen Fähigkeiten. Das Programm wurde evaluiert und steht für den klinischen Einsatz zur Verfügung. Ein Teilnehmermanual kann auch für den Laien hilfreiche Hinweise und Übungsanleitungen bieten.

Die Zusammenstellung der einzelnen Sitzungen und deren zeitliche Abfolge lehnen sich an die von Schröder postulierten „vier Stufen der Anpassung an einen Stressor“ an (Abbildung 3 aus Reschke, Kusel, Teichmann und Hallensleben, 2010).

Es können folgende Stufen der Anpassung (Schröder, 1995) an Lebensereignisse unterschieden werden:



Was bedeuten diese vier Stufen in einem gut verlaufenden Anpassungsprozess? Im Kasten 5 wird die Bedeutung der vier Stufen der Anpassung dargestellt.

Kasten 5

Die vier Stufen der Anpassung

Begreifen
Adäquate Aufnahme und Verarbeitung der vergangenen und zukünftigen Vorgänge im Zusammenhang mit dem Schicksalsschlag

Akzeptieren
Annahme und Aussöhnung mit der Situation, den Beschwerden und den Folgen
Integration eines neuen Rollen-Selbst- und Fremdverständnisses
Lösung von Inkongruenzen sowie biographische Einordnung, Relativierung und partielles Vergessen des Schicksalsschlages

Planen
Umstrukturierung der Zone der nächsten Entwicklung auf der Grundlage von Entscheidungen und Willensprozessen
Auf- und Umbau des individuellen Zukunftskonzeptes

Realisieren
Aktive Umsetzung von Erkenntnissen vorangegangener Anpassungsstufen zur Lebensgestaltung mit dem Ziel hoher Lebensqualität und individueller Zufriedenheit
Aufsuchen und Einnahme einer sinnhaften Position im gewohnten Lebensumfeld

Abschließend sollen zusammenfassend einige Hinweise formuliert werden, die bei dem Verdacht auf eine Anpassungsstörung Beachtung finden sollten.

5. Vorschläge für den älteren Menschen

1. „Das Alter ist nichts für Feiglinge“ und „Auch aus Steinen, die einem in den Weg gelegt werden, kann man Schönes bauen“. Beide Zitate, das letzte stammt von J. W. von Goethe, zeigen eine gute Richtung der Bewältigung auf. Aus jeder Krankheitserfahrung erwächst auch Erfahrung. Wichtiger als jemals zuvor ist aber eine Besinnung auf die eigenen Schutzfaktoren und auf die Aktivierung aller Ressourcen, die aktuell oder früher schon einmal geholfen haben. Dabei spielen gewachsenes Gesundheitswissen des älteren Menschen über seine Verhaltens- und Emotionsregulation und seine Weisheits-Potenziale eine große Rolle.

2. Die Anpassungsstörung mit ihrer diffusen Symptomatik ist ernst zu nehmen. Es ist keine "leichte" psychische Störung. Sie kann unbehandelt chronifizieren, weiteres psychisches Leid und Fehlanpassungen bedingen und in eine andere Störungsform übergehen! Besonders wenn die depressiven Symptome persistieren, sich verschlechtern und Antrieb und Motivation schwinden, Zukunftsdenken und Optimismus nachlassen und wenn suizidale Gedanken existieren. Für die Behandlung der mit starken depressiven Symptomen verbundenen Anpassungsstörung und der Depression gibt es dann Spezialisten.

3. Die evidenzbasierte spezialisierte Therapie der Anpassungsstörung wird heute durch psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie geleistet. Eine spezialisierte Psychodiagnostik ist möglich, sie liefert zugleich die richtigen Ansatzpunkte für eine gezielte Intervention.

4. Der Betroffene sollte seine Lage kommunizieren lernen, nichts verdrängen und sich nicht zurückziehen. Menschliche und therapeutische Anteilnahme und Fürsorge würdigen die Problemlage des Patienten. Die Akzeptanz und Umstrukturierung dysfunktionaler und blockierter Gefühle ist erforderlich.

5. Das übergreifende Ziel aller psychotherapeutischen Interventionen ist die Analyse der auslösenden Faktoren der Situation, belastender Stressoren und deren Bedeutungsklärung. Die emotionale Stabilisierung und Stressreduktion sind ebenfalls

ein zentrales Anliegen, um die bessere Bewältigung des Alltags zu erreichen bzw. alltagstaugliche Verhaltensroutinen aufrechtzuerhalten oder neu zu entwickeln. Um den Anpassungsprozess zu fördern, sollte der Betroffene dabei unterstützt werden, seine Gefühle in Worte zu fassen, anstatt in destruktive Handlungen und negative Gedankenmuster zu verfallen.

6. Vor allem bei Vorliegen einer chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankung als auslösendem Faktor ist eine durch den Fachmann durchgeführte ausreichende Psychoedukation zum Verständnis der Erkrankung und ihrer Folgen notwendig, um die Integration in das Lebenskonzept zu fördern.

7. Eine stabile belastungsfähige personale Identität und positive Lebensorientierung begünstigen die Bewältigung von Verlusten und die Anpassung an Krankheitsfolgen und lebensphasentypische Veränderungen. Die Identität erreicht man zum Beispiel durch Reflexion eigener Biographie, Biographiearbeit und Lebensrückblick-Therapie (Kast, 2010).

8. Entspannungstechniken und Achtsamkeit können unabhängig von der Belastungssituation zur Spannungsreduktion sowie zum erleichterten Aufbau neuen Bewältigungsverhaltens eingesetzt werden. Besonders Achtsamkeit spielt hier eine große Rolle (mindfulnes bases Age).

9. Eine motivationale Klärung eigener Ziele und Wünsche, das Wachhalten von Zukunftsorientierung und Optimismus z. B. im Trainingsprogramm „Optimistisch den Ruhestand meistern“ von Neubauer, Reschke und Schröder (2016) sowie Ressourcenaktivierung (Bewusstmachung, Stärkung und Ausbau persönlicher Ressourcen) vermindern das Belastungserleben und stärken das Gefühl der Kohärenz und des Kontrollerlebens.

10. Die Stärkung der Selbsthilfepotenziale und die Förderung des konstruktiven Umgangs mit Belastungen vermindern die Gefahr einer Chronifizierung oder der Exzerbation.

11. Informationseinholung, Aufbau von Autonomie, von Selbstkontrolle und die Entwicklung oder Verbesserung von Fertigkeiten (Skillstraining) können sich in Abhängigkeit von der konkreten Anforderungssituation immer als hilfreich erweisen.

12. Folgende altersspezifische Therapieziele sind auch bei Anpassungsstörungen immer mit zu beachten.

Annäherungsziele: Gefördert werden können folgende Ziele, an die man sich annähern kann

» Altruismus (Fürsorge; Generativität: Jüngeren etwas mitgeben);

» Glauben, Sinnfindung (eng verbunden mit dem Gedanken an eigene Endlichkeit).

Vermeidungsziele: Zu vermeiden sind fortgesetzte Erfahrungen von

» Erniedrigung, Blamage, Vorwürfe, Kritik, Verletzungen, Spannungen, Schwäche, Kontrollverlust.

Daneben spielt die Förderung von zentralen Merkmalen aktiver Lebensgestaltung im Alter eine große Rolle, dies sind:

» Selbständigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens;

» Selbstverantwortung als Grundlage für aktive Lebensgestaltung;

» Aktive Teilhabe an Umwelt;

» Persönliche Sinnerfahrung.

6. Weisheitstherapie und Lebensrückblick-Therapie – Hilfen für die Psyche im Anpassungsprozess

Für die Bewältigung von Anpassungsstörungen können die Grundgedanken von zwei weiteren Therapieansätzen hilfreich sein. Wie bereits oben schon einmal erwähnt, können sich im Alter bei vielen Personen auch Ressourcen und Resilienzfaktoren ausbilden, auf die ein Mensch zurückgreifen kann. Es ist weiterhin möglich, sich intensiv mit der eigenen Gewordenheit zu beschäftigen und dabei die Stärken und Widerstandkräfte in der eigenen

Biographie und Persönlichkeit herauszufinden. Bei dieser Suche im biografischen Gedächtnis, wie sie z. B. in der Lebensrückblicktherapie von Verena Kast erfolgt, werden nicht nur Konflikte und Verluste zu thematisieren sein, sondern auch deren Überwindung und die Problembewältigungskompetenzen, die dabei entwickelt worden sind.

An dieser Stelle sollen die beiden Ansätze skizziert werden.

6.1. Weisheit als Resilienz- und Therapiefaktor

Aus der Weisheitsforschung ist bekannt, dass hohe Weisheit einhergeht:

» mit besserer Distanzierungsfähigkeit von belastenden Ereignissen,

» mit besserer Akzeptanz, dass vor allem die eigene Reaktion das Wohlbefinden beeinflusst,

» mit besserer Fähigkeit, Lebenserfahrungen auf neue Situationen übertragen zu können,

» mit besserer Befassung mit dem Wohlbefinden von anderen,

» mit weniger Verharren in Erinnerung an unangenehme Ereignisse,

» und mit größerem Einfluss auf die Lebenszufriedenheit im Alter als z.B. Gesundheit, sozioökonomischer Status, finanzielle Situation, Umwelt und soziales Engagement.

Was liegt also nahe? In der Prävention und Gesundheitsförderung sollten die Weisheitskompetenzen eines Menschen erforscht und gestärkt werden, damit sich diese positiven Einflüsse im Leben besser auswirken können. Auch in der Psychotherapie sind die Ansätze verwendbar, so in der Weisheitstherapie (Baumann und Linden, 2010). Wenn man die Weisheit wie folgt definiert (Baumann und Linden, 2010): „Fähigkeit zur Lösung unlösbarer Probleme, d. h. von Problemen, die man nicht aus der Welt schaffen kann“. Oder eine andere Definition ist: „Weisheit ist die Expertise im Umgang mit schwierigen Fragen des Lebens, wie z. B. Fragen der Lebensplanung, Lebensgestaltung und der Lebensdeutung und stellt eine psychologische Fähigkeit dar, die hilft, komplexe und letztlich nicht eindeutig lösbare Lebensprobleme zu verarbeiten bzw. zu ertragen…“. Darin eingeschlossen sind Fähigkeiten zum Perspektivwechsel, zur Empathie, zur Emotionsakzeptanz, zur Heiterkeit, zu Faktenwissen, zum Kontextualismus, zur Wertrelativierung, zur Ungewissheitstoleranz und zur Nachhaltigkeitsperspektive.

Die Weisheitstherapie ist ein spezifischer kognitiver Therapieansatz, der in die Lage versetzen kann, z. B. kritische Lebensereignisse und die damit verbundenen Kränkungen, Verluste und Herausforderungen funktional besser zu verarbeiten, sich davon innerlich zu distanzieren und neue Lebensperspektiven aufzubauen. Weisheits-Kompetenzen sind also lehr- und lernbar und unterstützen die Verbesserung der Bewältigungskompetenzen und den Abbau von Anpassungsstörungen. Die Weisheitstherapie wurde insbesondere bei der Behandlung der posttraumatischen Verbitterungsstörung untersucht und in ihrer Wirkung bestätigt.

Wenn man also Weisheit reflektieren und verbessern lernt, kann man Fähigkeiten vermitteln oder stärken, wie man mit Schicksalsschlägen besser umgeht, dass man daran wachsen kann, anstatt daran zu zerbrechen. Im nachfolgenden Kasten werden die wichtigsten Weisheitskompetenzen aufgeführt (Schippan, Baumann und Linden, 2004), die zu erkennen und zu fördern in jedem Alter sich lohnen dürfte. Reflektieren sie einmal selbst in einer Selbstanalyse, wie gut diese Fähigkeiten schon ausgebildet sind und wo eventuell noch Bedarf der Nachholung existieren könnte.

Bei der Lebensrückblicktherapie geht es um einen narrativen (erzählenden) psychotherapeutischen Ansatz von Verena Kast (Kast, 2010). In ihren vielen Büchern zum Thema kann man viel lernen, wie Integration und das Bewältigen von altersbezogenen Anpassungserfordernissen besser gelingen kann. Die Titel der von ihr herausgegebenen Bücher sprechen hier eine eigene Sprache: „Die innere Freiheit des Alterns“, „Lebenskrisen werden Lebenschancen“, „Immer wieder mit sich selber eins werden: Identität und Selbstwert entwickeln in einer komplexen Welt“ und „Sisyphos — Altes loslassen und neue Wege gehen“.

Was hat es aber nun mit dem Lebensrückblick auf sich? Je älter man wird, desto bedeutsamer kann ein Lebensrückblick werden. In erster Linie gilt dies für einen selbst, es kann jedoch auch für naheste-

Kasten 6

Wichtige Weisheitskompetenzen

1. Perspektivwechsel: Fähigkeit zum Erkennen der verschiedenen Perspektiven der an einem Problem beteiligten Personen.
2. Selbstdistanz: Fähigkeit, sich selbst aus der Sicht einer anderen Person wahrzunehmen.
3. Empathie: Fähigkeit zum Erkennen und Nachempfinden von Gefühlen anderer.
4. Emotionswahrnehmung und Emotionsakzeptanz: Fähigkeit zur Wahrnehmung und Akzeptanz eigener Gefühle.
5. Emotionale Serenität und Humor: Fähigkeit zur emotionalen Ausgeglichenheit bei der Vertretung eigener Überzeugungen und Standpunkte sowie die Fähigkeit, sich selbst und die eigenen Schwierigkeiten mit Humor zu betrachten.
6. Fakten- und Problemlösewissen: Generelles und spezifisches Wissen um Probleme und Möglichkeiten der Problemlösung.
7. Kontextualismus: Wissen um die zeitliche und situative Einbettung von Problemen und die zahlreichen Umstände, in die ein Leben eingebunden ist.
8. Wertrelativismus: Wissen um die Vielfalt von Werten und Lebenszielen und die Notwendigkeit, jede Person innerhalb ihres Wertesystems zu betrachten, ohne dabei eine kleine Anzahl universeller Werte aus dem Auge zu verlieren.
9. Selbstrelativierung: Fähigkeit zu akzeptieren, dass in der Welt vieles nicht nach dem eigenen Willen läuft und man selbst nicht immer am wichtigsten ist.
10. Ungewissheitstoleranz: Wissen um die dem Leben inhärente Ungewissheit bezüglich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.
11. Nachhaltigkeit: Wissen um negative und positive Aspekte jedes Geschehens und Verhaltens sowie kurz- und langfristige Konsequenzen, die sich auch widersprechen können.
12. Problem- und Anspruchsrelativierung: Fähigkeit, die eigenen Probleme durch einen Vergleich mit den Problemen anderer Personen zu relativieren.

hende Menschen wichtig sein. Da werden die Stoffe erzählt und berichtet, aus denen sich eine Biographie zusammensetzt und die die Identität abbilden. Es gibt positive "Erlösungsgeschichten" und negative "Kontaminationsgeschichten". In der angeleiteten oder selbst durchgeführten Arbeit mit dem Lebensrückblick wird das gelebte Leben mit seinen Erfahrungen von Schuld und Scham, von Glück und Erfolg, von Gutem und Schlechtem erfahrbar. Es gibt Grenzsituationen und Übergänge, Schlüsselerlebnisse und Lebensmotive, die auch hinsichtlich ihrer Bewältigung zu reflektieren sind. Gelungene Erfahrungen können und sollen weitergegeben werden. Wenn allerdings negative Erfahrungen und Gefühle überwiegen, sollte man eine "Lebensrückblicktherapie" mit Inanspruchnahme von Hilfe durch einen Therapeuten in Erwägung ziehen. Dann können auch Blockaden beseitigt werden, können ungelöstes Leid und Konflikte besprochen werden. So ist es dann auch möglich, sich zu integrieren, wieder mit Optimismus und mehr Zuversicht nach vorne blicken zu können. Ein etwas anderer Begriff für eine solche Arbeit an der Reflexion des Selbst ist Biographiearbeit. Hier erfolgt eine Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte meist ohne psychotherapeutische Intention und mit oder ohne Anleitung.

Prof. Dr. Konrad Reschke

E-Mail: reschke@uni-leipzig.de

Literatur

Altenhöfer, A. (2005). Wirksamkeit von zeitlich limitierter Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Bachem, R. C. & Maercker, A. (2014). ADNM-6 – Anpassungsstörungs-Screeningskala. In E. Brähler, M. Zenger & C. J. Kemper (Hrsg.). Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis (S. 9-14). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Baumann, K. & Linden, M. (2008). Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen. Lengereich: Pabst Science Publishers.

Bengel, J. & Hubert, S. (2010). Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S. & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. Psychology, health & medicine, 15(5), 584–595.

Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008) Anpassungsstörung und Lebenskrise – Material für Therapie, Beratung und Selbsthilfe. Weinheim: Beltz.

Huber, M. & Beutel, M. E. (2006) Belastungs- und Anpassungsstörungen. In: Reimer, C. & Rüger, U. (Hrsg.). Psychodynamische Psychotherapien Berlin: Springer.

Jarchow, S., Kusel, A. Teichmann, K. Hallensleben, R., Reschke, K. & Stöber, F. S. (2013). Selbsthilfebuch für Flexibilität und Neuorientierung in Krisen. Aachen: Shaker Verlag.

Kast, V. (2010). Was wirklich zählt, ist das gelebte Leben: Die Kraft des Lebensrückblicks. Freiburg: Herder (spektrum).

Linden, M., Baumann, K., Schippan, B. (2006). Weisheitstherapie – Kognitive Therapie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung. In: Maercker, A. & Rosner, R. (Hrsg.), Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen, Stuttgart: Thieme.

Linden, M., Schippan, B., Baumann, K., Spielberg, R.(2004). Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. Der Nervenarzt, 75, 51–57.

Maercker, A (2008). Anpassungsstörungen – Neue Impulse für eine alte Tradition. Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 2, 67 – 68.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Saxena, S. (2013a). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. The Lancet, 381(9878), 1683–1685. doi:10.1016/S0140-6736(12)62191-6

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Reed, G. M. (2013b). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry, 12(3), 198–206. doi:10.1002/wps.20057

Maina, G., Forner, F. &Bogetto, F. (2005).Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders.Psychotherapy and psychosomatics, 74(1), 43–50.

Neubauer, S., Konrad Reschke, K. & Schröder, H. (2016). Optimistisch den Ruhestand meistern Entwicklung und Evaluation eines Stressbewältigungsprogramms für die Generation 60+, Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 47. Jg. (3), 43-56.

Reschke, K. & Teichmann, K. (2008) Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-behavioralen Therapieprogramms für Patienten mit Anpassungsstörung. Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 2 (2), 97 – 102.

Reschke, K., Kusel, A., Teichmann, K. & Hallensleben, R. (2010). TAPS – Therapieprogram für Anpassungsstörungen. Aachen: Shaker-Verlag.

Schippan, B., Baumann, K. & Linden, M. (2004) Weisheitstherapie – kognitive Therapie der posttraumatischen Verbitterungsstörung. Verhaltenstherapie, 14, 284 – 293.

Schweiger, U. & Hohagen, F. (2000). Anpassungsstörungen. In: H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart: Erlebnis- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid, Bd. 6 (S. 137 – 148). Berlin: Springer.

Znoj, H. (2008).Berner Verbitterungs-Inventar, Bern: Huber.

Die Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen

Der ICD-10 ist ein Internationales Klassifikationssystem der psychischen und Verhaltensstörungen. Er ist ein Instrument für Ärzte, Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten, um Störungsbilder und -symptome einzuordnen. Diese Einordnung ist Teil der Diagnose.

Der ICD-10 führt 11 Oberkategorien von psychischen und Verhaltensstörungen auf:

F0 – Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (darunter alle Formen von Demenzen)

F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

F3 – Affektive Störungen (darunter Depressionen)

F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (darunter Angststörungen)

F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (darunter Schlaf- und Essstörungen)

F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 – Intelligenzminderung

F8 – Entwicklungsstörungen

F9 – Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99 – Psychische Störungen ohne nähere Angaben

Reflektierte Selbstbeobachtung als Teil eines therapeutischen Settings

Menschen leben ihren Alltag, ohne in aller Regel auf ihr Inneres zu achten und es zu reflektieren. Systematische Selbstreflexionen über Gedanken und Gefühle, über Belastendes, über Störungen und Krankheiten, über Beziehungsgefüge und Schönes im Leben sind selten. Erst wenn Belastungen in Störungen münden, reflektieren Menschen, beeinflusst durch Diagnosen, Therapien und therapeutische Gespräche, ihr Leben und seine systemischen Bedingtheiten. Dennoch neigen Menschen auch bei schweren Krankheiten zu Verdrängungen. Dabei gehen reflektierende Selbst- und Fremdbeobachtungen und Methoden der Introspektion, Selbstbeobachtung und Selbstreflexion auf das späte 18. Jahrhundert zurück, als der Mensch mit seinem anthropologischen, psychophysischen Inventar genau beschrieben wurde. Sie wurden in der modernen Psychologie u. a. von Martin Seligman aufgegriffen, der Menschen in ihrem Alltag dazu anhalten wollte, dass für sie Schöne und Wertvolle aufzuschreiben, um sie von negativen Gedanken und Gefühlen sowie einem defizitären Blick auf die eigene Biografie zu befreien (siehe Seligman).

Nun gehört Konrad Reschke zu einem der promienten Experten, der sich mit den weit verbreiteten Phänomenen der Anpassungsstörungen beschäftigt hat. Er folgt der Tradition reflektierter und systematischer Selbstbeobachtung. Er sieht in ihr ein (selbst)therapeutisches Potential, das im Sinne einer (Selbst)Heilung gleichwertig neben Diagnosen und therapeutischen Gesprächen und Interventionen steht. Er hat mit seinen Kolleginnen ein manualisiertes Tagebuch für Menschen mit Anpassungsstörungen entwickelt, in das Menschen durch ihre alltägliche Selbstbeobachtung eintragen können, wie sie sich in Folge ihrer Krankheit beeinträchtigt fühlten und welche negative Gedanken sie hatten, welche Momente sie als glücklich empfunden haben, zu welchen Menschen sie Kontakt pflegten, was sie erreichen wollen und welcher Freizeitbeschäftigung sie nachgegangen sind. Solche alltäglichen Notizen verhelfen Menschen dazu, ihr Leben und ihre Krankheit differenziert, in ihrer Entwicklung zu sehen, Veränderungen anzustreben und diese Veränderungen positiv zu bewerten. Sie können als Teil einer Therapie und Biografiearbeit angesehen werden, der Heilung selbstbewirkt befördert. Dabei basiert das Manual auf einem kognitiv-behavioristischen und theoriegeleitet störungsspezifischen Behandlungskonzept. Es kann denen empfohlen werden, die sich aktiv, reflektiert und systematisch an ihrem Heilungsprozess beteiligen wollen.

Literatur:
Reschke, Konrad, Schalk, Jenny, Wodner, Alexandra; Manualisiertes Therapietagebuch für Menschen mit Anpassungsstörungen auf der Basis des Therapieprogrammes für Anpassungsstörungen (TAPS)

Seligman, Martin; Der Glücks-Faktor. Warum Optimisten länger leben. Bastei-Lübbe 2003

Vom Umgang mit Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen werden als eine psychische Reaktion auf einmalige oder fortbestehende und möglicherweise chronifizierte psychosoziale Belastungsfaktoren beschrieben, die die Entwicklung klinisch bedeutsamer emotionaler oder verhaltensmäßiger Symptome zur Folge hat. Die Symptome können spezifisch oder unspezifisch und individuell sehr unterschiedlich sein. Als Symptome werden beschrieben emotionale Bedrängnis und Beeinträchtigung, ein verändertes Sozialverhalten, Gefühle der Leere und der depressiven Verstimmung, verstärktes Grübeln und gesteigerte Sorgen, die sich bis

zu Suizidgedanken steigern können, allgemeine Niedergeschlagenheit u. a. m. Nicolas Hoffmann und Birgit Hofmann haben in einem sehr übersichtlichen Buch, das sich einerseits an Psychotherapeuten andererseits an Menschen richtet, die unter Anpassungsstörungen leiden und sich selbst helfen wollen, verschiedene Symptome von Anpassungsstörungen beschrieben. Ihr Schwerpunkt liegt allerdings nicht auf einer Symptom- und Ursachenbeschreibung, sondern auf einem systematischen Umgang mit Anpassungsstörungen. Wichtig erscheint ihnen in diesem Zusammenhang,

» die eigene Befindlichkeit anzunehmen und sich Auszeiten zu nehmen
» die eigene Befindlichkeit und Krise besser zu verstehen und realistisch einzuschätzen
» sich von den innerlich und äußerlich belastenden Situationen, Personen, Ereignissen, Sachen u. dgl. zu befreien
» neue Ziele und Perspektiven zu entwickeln
» Motivation zu erzeugen, um Neues anzugehen und zu erreichen
» sich begleiten zu lassen
» mit Problemen und Herausforderungen umzugehen, ohne psychopathologische Symptome zu entwickeln
» sowie Perspektiven für einen reflektierten Umgang mit anderen und sich selbst einzuüben.

Für diese Handlungsoptionen entwickeln sie Arbeitsblätter, die nicht nur eine Anleitung für Psychotherapeuten sein können, sondern gleichermaßen für Menschen mit Anpassungsstörungen.
Das kann an einem Beispiel gezeigt werden. Lebenskrisen werden häufig nicht reflektiert und in ihrer Tiefendimension wahrgenommen. Um festzustellen, ob sich ein Mensch in einer Lebenskrise befindet, entwickeln Hoffmann und Hofmann folgende Fragen:

» Hat es in den letzten 6 Monaten Ereignisse und Entwicklungen in ihrem Leben gegeben, die zu einem deutlichen Qualitätsverlust, zu Stress und Belastungen geführt haben? (Trennung, Scheidung, Tod, Mobbing, Kränkungen u. dgl.)
» Gibt es Gefühle, dass es so nicht weitergehen kann?
» Spüren sie starke Unsicherheiten mit Bezug auf die Zukunft?
» Ist ihre Stimmung insgesamt schlechter geworden? (Trauer, Angst, Betroffenheit, Ärger, Bitterkeit usw.)?
» Fühlen sie sich zögerlich und ängstlich? Sind sie unsicher und unentschlossen?
» Fühlen sie Hektik, Müdigkeit, Erschöpfung? Grübeln sie oft?
» Fühlen sie sich auf sich alleine zurückgeworfen und meiden sie soziale Kontakte?
» Leiden Sie an innerer Unruhe, Nervosität, Schlaflosigkeit u. dgl.?
» Hat Ihr Konsum von Zigaretten, Alkohol, Tabletten u. dgl. zugenommen?

Solche systematischen Fragen sind von den Autoren als Arbeitsblätter entwickelt worden. Die Antworten auf sie können Betroffenen helfen, dem belastenden Ereignis näherzukommen, die Lebenskrise als solche besser wahrzunehmen und zu verstehen und neue Perspektiven zu entwickeln, um eine Anpassungsstörung zu überwinden. Die Arbeitsblätter sind ein ausgezeichnetes Material und so entwickelt, dass sie in der Tat (möglicherweise mit Unterstützung eines Therapeuten) eine (Selbst)Diagnose ermöglichen und neue Handlungsoptionen erschließen.
Dr. Jan Steinhaußen

Jan Steinhaußen

ANGSTSTÖRUNGEN

Ängste

Angst wird als ein anthropologisch erworbener natürlicher Schutzmechanismus beschrieben, der einer unmittelbaren Gefahrenabwehr dient. Angst war in diesem Sinne ein Anpassungsmechanismus, um zu überleben (Lieberman, S. 27). Sie hat unbewusste und bewusste Anteile. Insofern sie vom vegetativen Nervensystem gesteuert wird, macht sie sich in unwillkürlichen Reaktionen wie einer hohen Herzfrequenz bemerkbar. D. h., sie wird beim Menschen unterhalb der Bewusstseinsebene über verschiedene Körperindikatoren sichtbar, über einen erhöhten Blutdruck und Puls, über Schweißausbruch und Pupillenerweiterung, über eine stärkere Muskeldurchblutung, über unwillkürliche motorische Reaktionen, des Weiteren über eine Fokussierung kognitiver Funktionen, die sich in Überforderungssituationen als Panik bemerkbar machen können. Grundbedürfnisse des Körpers – etwa nach Schlaf oder Nahrung – werden unterdrückt. Der Kreislauf und das Immunsystem werden aktiviert.

Ängste lösen Stress aus. Sie sind mit einem erhöhten Cortisolspiegel verbunden, der eine aktivierende Wirkung hat. Cortisol stellt Energie in Form von Glukose bereit, um adäquat reagieren zu können. Die Schmerzempfindlichkeit sinkt (Kandel, S. 237 ff.).

Neurologisch wird Angst vor allem in der Amygdala verortet, in der die Emotionen koordiniert werden. Treten furchteinflößende Reize auf, wird hier eine Angstreaktion ausgelöst, die durch exekutive Funktionen im präfrontalen Cortex (nur bedingt und zeitlich nachfolgend) gesteuert werden können (Kandel, S. 238).

Menschen haben in aller Regel gute Strategien, mit Angst auslösenden Situationen und mit ihren Ängsten auf einer Bewusstseinsebene umzugehen. Sie können vor als Gefahr wahrgenommenen Situationen fliehen, sie können sie meiden, ihnen ausweichen, sie können die Gefahren oder Angst auslösende Quelle beseitigen, sie können sich Hilfe holen und sich verstärken, sich der Gefahr aussetzen, sie überwinden, aussitzen und abwarten, sie ignorieren und bagatellisieren, sie bekämpfen, sie können Gefahren kognitiv umstrukturieren und als Quelle von Freunde, Lust und Ressource sowie als Herausforderung empfinden.

Ängste verschwinden in der Regel, wenn die auslösenden Reize oder als Gefährdung wahrgenommenen Ereignisse nicht mehr präsent sind.

Sie können sich zu einer Störung entwickeln, wenn Gefährdungssituationen im Sinne einer Traumatisierung schwerwiegend sind, wenn sie den Erfahrungs- und Bewältigungshorizont von Menschen überschreiten oder wenn sie dem aktuellen Entwicklungsniveau eines Menschen nicht entsprechend bewältigt werden können. Ängste können sich zu einer Störung entwickeln, wenn sie ohne Anlass oder bei einfachen Alltagssituationen auftreten, wenn sie sich chronifizieren oder wenn sie Reaktionen auslösen, die mit den auslösenden Ereignissen nicht mehr zu erklären und inkompatibel sind.

Angstlosigkeit kann auch ein Problem sein. Hier erfolgt die Sicherung über ein Seil.

Chronisch erhöhter Cortisolspiegel (das Cushing-Syndrom) im Kontext der Corona-Pandemie

Ängste sind mit einem erhöhten Cortisolspiegel verbunden. Wer sich häufig gestresst fühlt, kaum Entspannung findet, innere Unruhe und Zweifel, Sorgen und Ängste spürt, hat mit großer Wahrscheinlichkeit hohe Cortisolwerte. Cortisol ist ein Stresshormon, das in der Nebennierenrinde gebildet wird und lebenswichtige Funktionen hat. Es wirkt blutzuckerregulierend und entzündungshemmend. Ein ständig zu hoher Cortisolspiegel ist allerdings ein Problem. Der Körper wird schmerzempfindlicher. Typisch sind Rückenbeschwerden, Nackenschmerzen und migräneartige Spannungskopfschmerzen. Durch das Cortisol wird das Gehirn automatisch auf Schmerz eingestellt, so dass auch leichte Nervenbelastungen in Schmerzen umgeformt werden. Hypercortisolismus kann des Weiteren Hautveränderungen hervorrufen sowie mit gesteigerter Verletzlichkeit und verzögerter Wundheilung einhergehen.

Das Cushing-Syndrom wird durch eine erhöhte und unregulierte Freisetzung des Hormons Cortisol in das Blut hervorgerufen. Über den Blutweg wirkt das Überangebot an Cortisol systemisch auf den Körper. Die erhöhte Cortisolkonzentration führt zur verminderten Aufnahme von Zucker aus dem Blut in das Gewebe, sodass es zur Blutzuckererhöhung bis hin zur Entwicklung eines Diabetes mellitus kommen kann. Sie kann den Blutdruck chronisch erhöhen und Gewichtszunahme und Herz-Kreislauf-Erkrankungen befördern. Der Überschuss an Cortisol befördert Osteoporose und den Abbau von Muskulatur. Die cortisolinduzierte Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems begünstigt das Auftreten von Infektionserkrankungen mit teils schwerem Verlauf. Auch das seelische Erleben wird durch einen gesteigerten Cortisolspiegel beeinflusst und ist mit depressiven Verstimmungen assoziiert. Insofern könnte man durchaus auch auf einen Zusammenhang zwischen zunehmenden Ängsten in der Bevölkerung und einer erhöhten Ansteckungsgefährdung bei viralen Belastungen schließen.

https://www.seltenekrankheiten.de/krankheitsbilder/cushing-syndrom-wenn-ein-zuviel-an-cortisol-krank-macht/

Angststörungen

Anthropologisch gesehen sind Angststörungen Fehlanpassungen, deren Ursache entweder in Umweltveränderungen liegen oder in einer intrinsischen Fehlleistung, die wiederum verschiedene Ursachen haben kann. Sie treten dann auf, wenn ein verbreiteter Reiz entweder über das Niveau ansteigt, für das der Körper angepasst ist (Lieberman, S. 219) oder wenn auf Grund des bestehenden Entwicklungsniveaus keine adäquaten Anpassungsstrategien für (Gefährdungs)Situationen bestehen. Der bekannte Neurologe Erik Kandel bemerkt in diesem Zusammenhang, dass pathologische Angst auf zwei Wegen entstehen kann: Entweder gibt es in einem Teil der Amygdala, dem Nucleus lateralis, gegenüber der Außenwelt eine übermäßige Empfindlichkeit gegenüber Reizen oder der Nukleus centralis ist überaktiv und löst emotionale Reaktionen aus, die in keinem Verhältnis zur Bedrohung stehen (Kandel, S. 241).

Eine Angststörung besteht in der Regel also dann, wenn Angstreaktionen in eigentlich ungefährlichen Situationen auftreten und die Angst in keinem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung steht. Betroffene erleben ihre Angst als unwillkürlich. Sie können sie weder ausschalten noch kontrollieren. Die Dimension einer Störung erweist sich aber nicht nur durch die grundsätzliche Unangemessenheit auf einen Reiz, sondern dass sich unangemessene Reaktionen wiederholen und über einen längeren Zeitraum anhalten. Allerdings können Ängste auch ein Warnhinweis auf eine potenziell andere Bedrohung sein. Insofern erfordert eine Angstsymptomatik eine psychiatrische und somatische Diagnostik, um Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologische Erkrankungen oder endokrine Erkrankungen wie Schilddrüsenerkrankungen auszuschließen (Ströhle, u. a.).

Über die Ursachen von Angststörungen gibt es verschiedene Annahmen. Sie werden als komplex-genetische Erkrankung beschrieben, die u. a. dadurch gekennzeichnet sind, dass Umweltfaktoren mit multiplen genetischen Voraussetzungen interagieren. Familienstudien, darauf verweisen Andreas Ströhle u. a., zeigen, dass Angehörige ersten Grades von Panikpatienten ein etwa 3 bis 5-fach höheres Erkrankungsrisiko haben als die Allgemeinbevölkerung. Auch bei der generalisierten Angststörung und spezifischen Phobien findet sich eine erhöhte Familialität. Bei schwierigen Lebensereignissen, die Angststörungen im Lebensverlauf befördern, werden frühkindliche Bindungsstörungen, Missbrauch und Vernachlässigung, sexuelle Gewalt, chronische Erkrankungen, Verletzungen, Todesfälle, Trennungen/Scheidungen oder finanzielle Probleme genannt (Ströhle u. a.).

Im ICD 10 werden Angststörungen unter F4 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ subordiniert. Der Klassifikationskatalog psychischer Krankheiten führt dort phobische Störungen und andere Angststörungen auf. Unter phobischen Störungen werden die Agoraphobie sowie Panikstörungen, des Weiteren soziale Phobien sowie weitere spezifische Phobien geführt. Unter den „anderen Angststörungen“ werden Panikstörungen, generalisierte Angststörungen, Ängste in Verbindung mit anderen psychischen Störungen wie Depressionen und Anpassungsstörungen genannt.

Andere Ängste sind durchaus auch altersabhängig und treten insbesondere in der (frühen) Kindheit auf. Sie werden im ICD-10 unter F9 – „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ subordiniert. Dazu gehören etwa generalisierte Angststörungen des Kindesalters, emotionale Störungen mit Trennungsangst, phobische Störungen des Kindesalters, Störungen mit sozialer Ängstlichkeit, elektiver Mutismus und reaktive Bindungsstörungen (ICD-10). Der Verweis auf Angststörungen im Kindesalter erscheint mit Bezug auf Erwachsene insofern relevant, weil eine Neigung zu Angststörungen in der Kindheit und Jugend die Wahrscheinlichkeit für Angststörungen im Erwachsenenalter erhöht (Ströhle u. a.).

Die im ICD-10 genannten psychischen Störungen kann man wie folgt beschreiben:

Bei phobischen Störungen wird der Angstreflex durch eine erkennbare und definierte Quelle hervorgerufen, die eigentlich als ungefährlich gelten kann. Menschen, die unter einer phobischen Störung leiden, meiden in der Regel dann solche Situationen. Als phobische Störung gelten:

» **Agoraphobien**, die mit der Angst vor bestimmten Räumen zusammenhängen. Menschen mit einer Agoraphobie meiden Menschenmengen, öffentliche Plätze, das weite Entferntsein von zu Hause, enge, geschlossene Räume usw. usf. Sie können sich bei Betroffenen u. a. mit einer erhöhten Herzfrequenz, mit Schweißausbrüchen, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühlen, Brustschmerzen, Zittern, Gefühlen von Unsicherheit und Ängsten vor Kontrollverlust verbinden. Menschen fühlen sich in solchen Situationen emotional belastet und unsicher. Sie neigen zu Vermeidungsstrategien und Panikattacken (vgl. ICD-10, S. 158).
Die Prävalenzen für Agoraphobien werden in der Literatur mit zwischen 2-4 % der Bevölkerung angegeben, wobei Frauen von ihnen stärker betroffen sind als Männer. Sie können erblich begünstigt sein oder auch durch bestimmte körperliche Faktoren wie ein verändertes Gleichgewicht von bestimmten Botenstoffen im Gehirn. Sie werden auch durch Traumatisierungen ausgelöst. Agoraphobien können im Alter durch veränderte Sinneswahrnehmung begünstigt und hervorgerufen werden.
Psychotherapeutisch werden Agoraphobien u. a. durch eine Expositions- oder Verhaltenstherapie behandelt. Bei ersterer wird der Klient dem angstauslösenden Reiz wiederholt ausgesetzt, um über mentale Gewöhnungseffekte zu erzielen, dass die angsteinflößenden Situationen als ungefährlich wahrgenommen werden. Anliegen der kognitiven Verhaltenstherapie ist es, Denkmuster, die Ängste auslösen, zu erkennen und zu verändern (siehe u. a. www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/agoraphobie-panikstoerung/behandlung).

» **Soziale Phobien**. Sie sind dadurch charakterisiert, dass Betroffene soziale Situationen wie Feiern, öffentliche Auftritte, Konferenzen u. ä. meiden, weil sie sich durch andere prüfend und negativ bewertet sehen. Sie sind in der Regel mit einem defizitären und niedrigen Selbstwertgefühl assoziiert sowie mit Furcht vor Kritik. Sie

können sich auf somatischer Ebene im Erröten, im Zittern und in Übelkeit ausdrücken sowie mit Panikattacken verbunden sein. Sie sind bei Betroffenen mit deutlich emotionaler Belastung verbunden (vgl. ICD-10, S. 160 f.).
Man schätzt, dass im Lebensverlauf 7-12 % der Menschen unter einer sozialen Phobie leiden, wobei Frauen häufiger als Männer betroffen sind. Sie gehören damit zu den häufigsten Angststörungen. Sie sind häufig mit anderen psychischen Erkrankungen, mit Depressionen oder Abhängigkeitserkrankungen verbunden.
Die Ursachen für soziale Phobien sind vielfältig. Genetische Anlagen und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale können soziale Phobien befördern. Auch sozialisierte Denkstile und kontrollierende Erwartungshaltungen, die mit erhöhten Selbstansprüchen verbunden sind, des Weiteren unangenehme oder traumatisierende Erfahrung wie Mobbing können soziale Phobien hervorrufen.
Als aussichtsreiches Behandlungsverfahren gilt die kognitive Verhaltenstherapie. Sie unterstützt betroffene Personen, Befürchtungen zu hinterfragen und sich Ängsten aktiv zu stellen.

Von phobischen Angststörungen werden **unspezifische Angststörungen** unterschieden, die sich nicht auf eine bestimmte Umgebungssituation oder auslösende Reize zurückführen lassen. Zu ihnen gehören

» episodisch, anfallartig auftretende **Panikstörungen**, die, weil auslösende Quellen fehlen, zeitlich nicht absehbar sind. Sie können sich als abrupte **Panikattacke** manifestieren, die von plötzlicher intensiver Angst begleitet ist. Panikattacken sind extrem intensiv. Sie erreichen innerhalb weniger Minuten einen Höhepunkt. Symptome von Panikattacken und Panikstörungen äußern sich ähnlich wie bei anderen Angststörungen in somatischer Form als Herzrasen, Schweißausbrüche, Erstickungsgefühle, Atembeschwerden, Schwäche, Benommenheit, Gefühlen von Schwindel, Unsicherheit und Benommenheit u. dgl. Sie können mit Entfremdungsgefühlen, Furcht zu sterben, Kontrollverlust oder einer intensiven Angst einhergehen (ICD-10, S. 164). Von einer Panikstörung muss man dann sprechen, wenn Panikattacken ohne Anlass und äußeren Grund, d. h. wenn sie situationsunabhängig auftreten und sich wiederholen. Sie können innerhalb größerer Zeiträume, aber auch wöchentlich auftreten. Panikpatienten glauben in der Regel daran, dass sie schwer krank sind. Man kann bei Menschen mit Panikstörungen unterstellen, dass sie körperliche und psychische Veränderungen hypersensibel wahrnehmen und zu Fehlbewertungen neigen. Sie sehen eigentlich harmlose Veränderungen des Körpers als Anzeichen einer körperlichen Gefahr an. Diese antizipatorische Angst, so nimmt Sigrun Schmidt-Traub an, löst weitere Panikanfälle aus, so dass sich Situationen wiederholen und fortsetzen (Schmidt-Traub, S. 122 ff.).
In Deutschland beträgt die Prävalenz der Panikstörung in der Primärversorgung ca. 5 % (vgl. Ströhle).
Über die Ursachen gibt es verschiedene Annahmen. Sie können mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zusammenhängen. Wissenschaftler verwiesen im Kontext ihrer Studie auch darauf, dass es einen genetischen Zusammenhang zwischen einer Panikstörung und anderen Erkrankungen, wie depressiven Störungen sowie einem Neurotizismus gibt (Genetischer Zusammenhang). Panikstörungen können die Lebensqualität von Menschen erheblich mindern. Da sie plötzlich und unerwartet auftreten können, beeinflussen sie das Sozialverhalten. Sie befördern Meidungsverhalten und weitere Ängste vor Stigmatisierung.
Anliegen von Therapien ist es daher, die Symptome zu lindern und Stigmatisierungsängste abzubauen. Sie werden heute vor allem mit Psychotherapie, mit Medikamenten oder einer Kombination aus beidem behandelt. Bei Psychotherapien wird vor allem die kognitive Verhaltenstherapie angewendet. Sie will Denkmuster, die die Angst unterstützen, erkennen und verändern. Die tiefenpsychologische Behandlung kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn man mit Panikattacken traumatische Ereignisse in der Vergangenheit in Verbindung bringt.

» **Generalisierte Angststörung**, die ohne Umgebungsreize mit einer anhaltenden Angst verbunden ist. Sie gilt als häufigste Angststörung im Alter. 7 % der 55- bis 85-Jährigen sollen unter einer generalisierten Angststörung leiden, wobei doppelt so häufig Frauen betroffen sind (Schmidt-Traub, S. 84). Andere Studien gehen davon aus, dass 5,3 % aller Patienten in der Primärversorgung die Kriterien für eine gene-

ralisierte Angststörung zeigen, die meist zwischen 25 und 45 Jahren das erste Mal beginnt (Ströhle). Patienten mit einer Generalisierten Angststörung hatten diesen Studien zufolge ein erhöhtes Risiko für Behinderungen und Beeinträchtigungen in wichtigen sozialen Rollen mit hohen Auslastungsraten von Gesundheitsressourcen. Sie zeigten einen überwiegend chronischen Krankheitsverlauf über einen Zeitraum von mehreren Jahren und eine erhöhte Selbstmordrate (Wittchen u. a.).
Die generalisierte Angststörung ist häufig mit einer ständigen Nervosität, mit Zittern, Muskelspannung, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühlen, Atembeschwerden u. dgl. als Dauerzustand verbunden. Die Sorgen beherrschen im Regelfall den gesamten Alltag. Sie dominieren die mentale Disposition. Viele der betroffenen Älteren befürchten, dass sie die Sorgen nicht mehr kontrollieren können. Sie sorgen sich um schreckliche Ereignisse in der Zukunft und befinden sich in einer andauernden inneren Anspannung (Schmidt-Traub, S. 77, 81). Als diagnostisches Kriterium gilt, dass über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorherrschende Gefühle von Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse vorherrschen (vgl. ICD-10, S. 164). Eine generalisierte Angststörung ist verbunden mit funktionellen Einschränkungen, einer Verschlechterung der Lebensqualität sowie einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

» **Angst und depressive Störungen**. Sie sind durch das gleichzeitige Bestehen von Angst und Depressionen gekennzeichnet, ohne dass eine der beiden Störungen eindeutig vorherrschen würde (vgl. ICD-10, S. 167). Sie sind für Ältere relevanter als für jüngere Alterskohorten, weil die Neigung zu Komorbiditäten steigt und die Prävalenzen von Depressionen im Alter höher sind. Beim Versuch, die Ängste zu bewältigen, entstehen bei der Mehrzahl der Betroffenen weitere seelische Probleme: Bis zu 60 Prozent der von einer Angststörung Betroffenen sollen zusätzlich an Phasen leiden, die durch Niedergeschlagenheit, Interessenlosigkeit oder Traurigkeit charakterisiert sind. D. h., Sorgen und Konflikte ebnen den Weg in die Depression. Diese Umstände sowie die Krankheitssymptome stellen eine starke seelische und auch körperliche Belastung dar: Betroffenen stehen unter Dauerstress.

» **Posttraumatische Belastungsstörungen**. Sie werden von verschiedenen Neurologen als Angststörungen beschrieben, die mit einer überaktiven Amygdala verbunden ist, von der angstauslösende Emotionen ausgehen. Ursache sind belastende Ereignisse in der Vergangenheit eines Menschen, wenn jemand lebensbedrohliche Ereignisse wie körperliche Gewalt, Misshandlungen, Todesfälle u. ä. erlebt hat, wenn sich, so hat es Cozolino beschrieben, neuronale Systeme voneinander trennen und die Kontinuität des Bewusstseins durch Vermeidung, Verleugnung und Gedächtnisverlust ersetzt wird (Cozolino, S. 221). Um wahrscheinlich überhaupt überleben zu können, erfolgt eine Abspaltung der Schrecknisse. Je früher im Lebensverlauf ein traumatisierendes Ereignis eintritt, desto schwerer und längerfristig wirkt es.
Von solchen traumatischen Erlebnissen sind insbesondere die Amygdala und der Hippocampus betroffen. Der Hippocampus kann beschädigt werden. Hauptsymptome sind sog. „Flashbacks“. Flashbacks sind ein psychologisches Phänomen, das durch einen Schlüsselreiz hervorgerufen wird. Die betroffene Person hat dann ein plötzliches, für gewöhnlich starkes Wiedererleben eines vergangenen Erlebnisses oder von früheren Gefühlszuständen. D. h. die Gegenwartsereignisse sind nicht ursächlich, sondern allenfalls auslösend. Schlüsselreize können zum Beispiel bei Kriegsteilnehmern, die in Kriegen traumatisiert wurden, Uniformierte sein. Reaktionen auf solche Schlüsselreize können sich in akuten Ängsten oder Panikattacken sichtbar machen. Durch Flashbacks erleben Menschen das traumatisierende Ereignis spontan noch einmal. Solche Flashbacks, die Patienten erleben, werden offenbar auch durch bestimmte Genvarianten beeinflusst (PTBS-Studie).
Posttraumatische Belastungsstörungen münden bei Menschen, weil sie reizauslösende Ereignisse vermeiden wollen, vielfach in Vermeidungsreaktionen und sozialen Rückzug. Sie können assoziiert sein mit Depressionen, Suchtmittelmissbrauch und suizidalen Handlungen. Wenn das Trauma fortwirkt und Stress erzeugt, verändern sich Neurotransmitterkonzentrationen, die wiederum verhaltensändernd wirken

und mit erhöhter Reizbarkeit, Depressionen, Gewalt und Suizidalität einhergehen können (Cozolino, S. 226 f.).
Erik Kandel schätzt, dass ca. 8 % der US-Bevölkerung, d. h. ca. 25 Millionen Menschen irgendwann in ihrem Leben posttraumatische Erlebnisse zu verarbeiten haben, wobei nur zwischen 4-10 % der Menschen bei zur Traumatisierung geneigten Ereignisse eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Kandel, S. 243).
Als aussichtsreiche Therapiemöglichkeit, die durch die Krankenkassen für Posttraumatische Belastungsstörungen finanziert wird, gilt u. a. die Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung (EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Die Wirksamkeit von EMDR ist durch verschiedene Studien belegt. Bis zu 80 Prozent der Patienten fühlen sich entlastet. Ein zentrales Element der EMDR-Behandlung ist die Nachverarbeitung der belastenden Erinnerung unter Nutzung bilateraler Stimulation: Der Patient folgt den Fingern des Therapeuten mit den Augen, während dieser seine Hand abwechselnd nach rechts und links bewegt. Diese Stimulation unterstützt das Gehirn, die eigenen Selbstheilungskräfte zu aktivieren und die belastenden Erinnerungen zu verarbeiten. Für andere Angststörungen ist der Nutzen von EMDR allerdings nicht belegt. Die aktuelle Studienlage, so berichtete das Ärzteblatt, bietet keinen Anhaltspunkt dafür, dass Patienten mit Angststörungen von einer Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) profitieren (Hillienhof).

Für Angststörungen wird angenommen, dass sie eine 12-Monatsprävalenz von ca. 12-15 % haben. Andere Studien schätzen die Prävalenzen deutlich höher ein, bei Frauen auf 21 %, bei Männern auf 9 % innerhalb eines Jahres (Ströhle u. a.; Stiftung Gesundheitswissen). Das bedeutet, dass jedes Jahr in Deutschland bis zu 9,8 Millionen Menschen von Angststörungen betroffen sind, davon etwa zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer (Goddemeier). Erik Kandel schreibt, dass nahezu ein Drittel aller Amerikaner mindestens einmal im Leben Symptome einer Angststörung erlebt hat. Damit gehören Angststörungen zu den mit Abstand häufigsten psychiatrischen Krankheiten (Kandel, S. 242). Auch mit Bezug auf das Alter sollen Angststörungen häufiger sein als Depressionen. Bei Hochbetagten werden sie auf 10 % geschätzt. Hinsichtlich der mit Behinderung gelebten Lebensjahre liegen Angsterkrankungen laut WHO im Jahr 2015 weltweit auf dem sechsten, in den hoch entwickelten Ländern sogar auf dem vierten Rang innerhalb aller psychischen wie somatischen Erkrankungen und gehören damit zu den ausgesprochen chronisch verlaufenden Erkrankungen (Ströhle u. a.).

Das Spezifische an Angststörungen von Älteren ist, dass sie häufig mit anderen psychischen Störungen assoziiert sind, insbesondere mit Depressionen und Demenzen und durch diese häufig verdeckt werden (Schmidt-Traub, S. 58). Sie werden zweifellos auch dadurch begünstigt, dass sich bei Älteren die Umweltkontrolle auf Grund des Nachlassens der Sinnesorgane, der motorischen Kompetenzen, der organologischen und kognitiven Kapazitäten verringert.
Bei Älteren gehen Angststörungen mit einem deutlichen Verlust an Lebensqualität, mit Behinderung und Teilhabebeschränkungen sowie einer erhöhten Erkrankungs- und Sterberate einher (Schmidt-Traub, S. 58). Sie wirken wie auch andere psychische Störungen, weil Betroffene sich zurückziehen, sozial isolierend. Verschlechtert sich, so belegte eine Studie, die psychische Gesundheit eines Partners, gefährdet dies eine Beziehung massiv: Das Risiko einer Trennung innerhalb von zwei Jahren wird dadurch etwa verdoppelt (Psychische Erkrankungen).

Als Problem von Angststörungen erscheint aber nicht nur die soziale Beeinträchtigung und ihre negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Chronifizierte Ängste beeinflussen die Gehirnleistungen, die Konzentration, das Gehirnwachstum, die Bildung neuer neuronaler Strukturen sowie die kognitiven Lern- und Leistungsprozesse. Chronifizierte Angst hemmt das Lernen und das Erkundungsverhalten. Sie hält Menschen davon ab, angemessene Risiken einzugehen. Formen solchen Stress beeinflussen das Immunsystem negativ.

Angststörungen überformen auf diese Weise andere Gedanken und Gefühle (Cozolino, S.204, 207). Sie wirken wie Stress, der physiologische Veränderungen auslöst. Anhaltende Ängste in der Qualität einer Störung verursachen Stress, der mit einer Verkümmerung des Hippocampus, der die Erinnerung steuert, verbunden ist. Er führt zu einem anhaltend hohen Cortisolspiegel, der die Nervenentwicklung, das Nervenwachstum und die Zellerhaltung negativ

beeinflusst sowie zur Degenerierung der Dendriten führt (Cozolino, S. 208 f.). D. h. man kann unterstellen, dass Angststörungen Depressionen und Demenzen befördern.

Dr. Jan Steinhaußen
Landesseniorenrat Thüringen

Literatur

Cozolino, Louis; Warum Psychotherapie hilft, arbor 2017

Genetischer Zusammenhang zwischen Panikstörungen und Depressionen entdeckt; Molecular Psychiatry (2019; doi: 10.1038/s41380-019-0590-2), siehe: ärzteblatt.de, Freitag, 3. Januar 2020, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108400/Genetischer-Zusammenhang-zwischen-Panikstoerungen-und-Depressionen-entdeckt

Goddemeier, Christof; Angsterkrankungen: Großes Leid und hohe Kosten, Dtsch Arztebl 2017; 114(20): A-991 / B-823 / C-805, , https://www.aerzteblatt.de/archiv/188829/Angsterkrankungen-Grosses-Leid-und-hohe-Kosten

Hillienhof, Arne; Angststörungen: Qualitätsinstitut sieht keine Belege für einen Nutzen von EMDRin; Dtsch Arztebl 2020; 117(10): A-474 / B-412; www.aerzteblatt.de/archiv/212868/Angststoerungen-Qualitaetsinstitut-sieht-keine-Belege-fuer-einen-Nutzen-von-EMDR

ICD10, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Dilling, Horst; Freyberger, Harald J. (Hrsg.), Hogrefe 2019

Kandel, Erik; Was ist der Mensch. Störungen des Gehirns und was sie über die menschliche Natur verraten, Siedler 2018

Lieberman, Unser Körper. Geschichte, Gegenwart, Zukunft, Fischer Verlag 2013

Psychische Erkrankungen gefährden die Partnerschaft, körperliche Erkrankungen eher nicht. ärzteblatt.de, Donnerstag, 22. Oktober 2020. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117638/Psychische-Erkrankungen-gefaehrden-die-Partnerschaft-koerperliche-Erkrankungen-eher-nicht

PTBS: Studie findet Risikogene für Flashbacks, in: ärzteblatt.de, Mittwoch, 31. Juli 2019; https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104985/PTBS-Studie-findet-Risikogene-fuer-Flashbacks

Schmidt-Traub, Sigrun; Angststörungen im Alter, Hogreffe 2011

Stiftung Gesundheitswissen; www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/angststoerung/hintergrund www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/agoraphobie-panikstoerung/behandlung

Ströhle, Andreas; Gensichen, Jochen; Domschke, Katharina; Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen; The diagnosis and treatment of anxiety disorders, in: Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 611-20; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0611; www.aerzteblatt.de/archiv/200240/Diagnostik-und-Therapie-von-Angsterkrankungen

Wittchen, H. U.; Krause, P; Hoyer, J; Beesdo, K; Jacobi, F; Höfler, M; Winter, S; Prävalenz und Korrelation der allgemeiner Angststörungen in der Primärversorgung (in deutscher Sprache), https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11935664/

Valentina Ludwig und Eva-Marie Kessler

DEPRESSIONEN IM ALTER

Altersbilder, Psychotherapiezugang und Herausforderungen während der Corona-Pandemie

Depressive Erkrankungen treten im hohen Erwachsenenalter häufig auf und können mit schwerwiegenden Konsequenzen, wie z.B. einem erhöhten Risiko pflegebedürftig zu werden, verbunden sein. Dennoch kommt es in der Praxis häufig dazu, dass Depressionen nicht richtig diagnostiziert und behandelt werden, was zu einer psychotherapeutischen Unterversorgung im Alter führen kann. Ein Grund dafür können negative Altersbilder sowohl auf Seiten der Behandelnden als auch der Betroffenen sein. Wie solche Altersbilder den Psychotherapiezugang im Alter beeinflussen können, soll in diesem Beitrag überblicksartig am Beispiel der Depression dargestellt und im Kontext der Corona-Pandemie betrachtet werden.

Altersbilder

Gesellschaftlich und individuell bestehen bestimmte Vorstellungen davon, wie ein alter Mensch aussieht, welche Eigenschaften und äußerlichen Merkmale ältere Personen charakterisieren. Diese Vorstellungen werden als *Altersbilder* bezeichnet und können sich auf das *Alter*, also den Alternsprozess und Zustand des Altseins beziehen oder auf *ältere Menschen* als soziale Gruppe (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010). Dabei können sie sowohl die subjektive Wahrnehmung des eigenen Alternsprozesses betreffen als auch die Wahrnehmung anderer älter werdender Menschen. Individuell und gesellschaftlich kommt verschiedenen Altersbildern unterschiedliche Relevanz zu: Bestimmte, kulturell prägende Altersbilder lassen sich nur langsam verändern und beeinflussen das Altern innerhalb einer Gesellschaft in hohem Maße. Eher untergeordnete, kontextabhängige Altersbilder hingegen können situationsabhängig aktualisiert werden. So kann eine Person einerseits defizitorientierte Altersbilder von „gebrechlichen, einsamen und pflegebedürftigen“ älteren Menschen haben, andererseits aber auch positiv konnotierte Vorstellungen von älteren Menschen als „weise und erfahren“. Dennoch ist es oftmals so, dass medial transportierte Altersbilder eher negativ ausfallen und vor allem durch Verlust und Krankheit gekennzeichnet sind. Solche negativen Vorstellungen können wiederum die subjektive Wahrnehmung des eigenen Alters beeinflussen (Kessler & Bowen, 2015): Wenn wir ein Bild vom eigenen Alternsprozess haben, das unveränderlich durch weniger Lebensfreude, geringeren Antrieb und negative Affektivität gekennzeichnet ist, werden wir mit höherer Wahrscheinlichkeit auch eher passiv und schicksalsergeben auf gesundheitlichen Abbau reagieren und weniger Eigeninitiative bei der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen zeigen. Defizitorientierte Altersbilder können somit zu einer „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ werden und zu einem schlechteren Gesundheitszustand im Alter führen.

Da Altersbilder auch intergenerationale Interaktionen beeinflussen können und es oftmals dazu kommt, dass ältere und hochaltrige Menschen durch deutlich jüngeres medizinisches Fachpersonal versorgt werden, können sich defizitorientierte Altersstereotype auch direkt auf die medizinische oder psychotherapeutische Behandlung auswirken (Kessler & Blachetta, 2018). So beschrieben zum Beispiel sowohl Pflegekräfte als auch Hausärzt*innen Depressionen als verstehbare, gerechtfertigte Reaktion auf die Entwicklungsprozesse des hohen Erwachsenenalters (Burroughs et al., 2006). Auch in einem psychotherapeutischen Kontext scheinen negative und defizitorientierte Altersbilder eine Rolle zu spielen: In einer Studie (Kessler & Blachetta, 2018) wurde Psychotherapeut*innen in Ausbildung die Fallvignette eines männlichen Patienten mit depressiven Symptomen vorgelegt. Dabei entschied sich, basierend auf einer zufälligen Zuordnung, ob die Psychotherapeut*innen die originale Fallbeschreibung lasen oder eine Version, in der ein geringeres chronologisches Alter ange-

geben und hervorstechende Merkmale wie graues Haar durch eine altersneutrale Beschreibung ersetzt wurden. Die beschriebene Symptomatik und der Gesundheitszustand wurden dabei nicht verändert. Teilnehmende, denen die Vignette eines hochaltrigen Patienten vorlag, zeigten eine allgemein ungünstigere Einstellung gegenüber dem Behandlungserfolg, eine als geringer empfundene subjektive Behandlungskompetenz sowie verringerte Behandlungsbereitschaft. Da eine solche Einstellung deutlich negative Folgen für den Behandlungserfolg bei älteren Patient*innen haben kann, sollte in der Ausbildung von medizinischem und therapeutischem Fachpersonal ein deutlicherer Fokus auf alterssensitiver Versorgung liegen.

Auch in der modernen Alternsforschung besteht der Konsens, dass menschliche Entwicklung aus der Perspektive der Lebensspanne zu betrachten ist (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006). Entwicklung ist demnach ein lebenslanger, stark variabler Prozess, der bereits vor der Geburt beginnt und bis zum Tode andauert. Daher treten psychische Erkrankungen auch im Alter dann auf, wenn biologische, psychologische und soziale Defizite vorhandene Ressourcen und Schutzfaktoren überwiegen. Sie sind somit nicht als normatives Ereignis dieses Lebensabschnittes zu verstehen. Vielmehr ist eine gute psychische Gesundheit im hohen Erwachsenenalter das individuelle Ergebnis von im Laufe des Lebens erworbenen Schutz- und Risikofaktoren.

Wie oben beschrieben ist es dennoch, auch wegen negativen und defizitorientierten Altersbildern häufig so, dass das hohe Erwachsenenalter normativ mit körperlichem und geistigem Abbau, Krankheit und Sterben gleichgesetzt wird. Im Umkehrschluss können defizitorientierte Altersbilder dazu beitragen, dass eine der wichtigsten psychischen Erkrankungen im hohen Erwachsenenalter nicht erkannt wird: die Depression.

Depressionen im Alter

Neben demenziellen Erkrankungen sind Depressionen die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Trotzdem ist wichtig zu betonen, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit der Major Depression in der älteren Allgemeinbevölkerung mit ca. 6 % nicht höher ist als in jüngeren Altersgruppen (Andreas et al., 2017). Mit zunehmendem chronologischen Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Da Depressionen die globale Funktionalität einer Person einschränken, können sie diesen Prozess beschleunigen und das Eintreten eines Pflegebedarfs begünstigen (Kramer, Allgaier, Fejtkova, Mergl & Hegerl, 2009). Umgekehrt erhöht sich bei Pflegebedarf das Risiko, an einer Depression zu erkranken um das Zwei- bis Dreifache (Gloyer et al., 2019). Da von den in Deutschland lebenden rund 3,5 Mio. pflegebedürftigen Menschen mehr als 80 % 65 Jahre oder älter sind (Statistisches Bundesamt, 2018) und fast die Hälfte der Menschen mit Pflegebedarf unter subklinischen Depressionssymptomen leidet, ist die zuverlässige Erkennung und flexible Behandlung von depressiven Erkrankungen im hohen Erwachsenenalter ein hochrelevantes gesundheitspolitisches Thema. Dennoch sind ältere Menschen, insbesondere wenn ein Pflegebedarf vorliegt, in der psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert (Gutzmann, Schäufele, Kessler & Rapp, 2017). Wie kommt es dazu?

Ein Faktor können Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung sein. Depressionen werden häufig vor allem mit Traurigkeit in Verbindung gebracht. Tatsächlich ist es so, dass depressive Erkrankungen durch drei Kernsymptome gekennzeichnet sind: gedrückte Stimmung, der Verlust von Interessen bzw. Anhedonie sowie verminderter Antrieb (ICD-10-GM, Stand 2019). Gerade im hohen Erwachsenenalter können die vordergründigen Beschwerden von diesen klassischen Symptomen jedoch abweichen und so eine rechtzeitige Erkennung der Erkrankung erschweren: Während bei jüngeren Altersgruppen häufig die affektiven Symptome im Fokus der Erkrankung stehen, also eben gedrückte Stimmung und Traurigkeit, überwiegen bei älteren Patient*innen oftmals kognitive Veränderungen, Konzentrations- und Erinnerungsschwierigkeiten, ein stark gehemmter Antrieb sowie körperliche Beschwerden (Gloyer et al., 2019). Da Traurigkeit und Dysphorie eher im Hintergrund stehen, wird in diesem Zusammenhang manchmal auch von einer *depression without sadness* gesprochen. Auch sind Depressionen mit verringerte kognitiver, körperlicher und sozialer Funktionalität assoziiert, was die Gefahr der Selbstvernachlässigung und ein allgemein erhöhtes Erkrankungs- und Mortalitätsrisiko mit sich bringen kann.

Die oben beschriebene, zum Teil atypische Symptompräsentation kann dazu führen, dass Depressionen verkannt oder erst relativ spät diagnostiziert werden. Daher sollte eine Diagnose mit besonderer Sorgfalt gestellt werden, wobei vor allem auch somatische Erkrankungen und gesunde Trauerreaktionen abgeklärt werden sollten (Gloyer et al., 2019): Insbesondere wenn bei älteren Patient*innen zusätzlich zu einer Depression somatische Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Diabetes oder Schlaganfälle vorliegen, steht man diagnostisch vor der Aufgabe, oftmals unspezifische Symptome voneinander abzugrenzen und zu unterscheiden, ob sie durch die Depression oder komorbide Erkrankungen verursacht werden. Daher sollte ein intraprofessioneller Austausch zwischen ärztlichen und psychotherapeutischen Behandler*innen stattfinden, um die Komplexität der Symptomatik adäquat einzuschätzen und eine bedarfsangemessene Behandlung einzuleiten.

Behandlung und Psychotherapie im Alter

Laut den Behandlungsleitlinien für Unipolare Depressionen wird Menschen ab dem 65. Lebensjahr eine Psychotherapie empfohlen (DGPPN, 2015). In Deutschland ist Psychotherapie Teil der Regelversorgung und wird von den Krankenkassen getragen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Jede gesetzlich versicherte Person hat den Anspruch darauf, ohne vorherige ärztliche Konsultation eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Psychotherapie ist auch im hohen Lebensalter eine wirksame Behandlungsmethode. Vor allem die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die Lebensrückblicktherapie (LRT) haben sich als effektive Methoden der Depressionsbehandlung erwiesen (Huang et al., 2015). Die KVT legt den Fokus auf die Erkennung und Veränderung dysfunktionalen Verhaltens während die LRT eine Form der Reminiszenz- bzw. Erinnerungstherapie ist. Der Fokus liegt hier auf strukturiertem, emotionsaktivierenden Erinnern, um die Akzeptanz des Selbst zu fördern. Insbesondere die KVT kann auch bei leichten Formen der Demenz eine wirksame Intervention sein (Chan et al., 2018).

Eine medikamentöse Behandlung durch Psychopharmaka hingegen wird in besonders schweren Fällen und in Kombination mit Psychotherapie angeraten. Trotzdem werden depressive, ältere Menschen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ausschließlich medikamentös behandelt (Kramer et al., 2009). Insbesondere bei multimorbid erkrankten Patient*innen, die bereits polypharmazeutisch behandelt werden, kann eine Psychopharmakotherapie mit besonderen Risiken verbunden sein und muss engmaschig überprüft werden, um eventuelle Wechselwirkungen zu kontrollieren (Tham et al.,

2016). Obwohl viele Menschen auch im höheren Alter eine Präferenz für Psychotherapie zu haben scheinen (Luck-Sikorski et al., 2017), werden Patient*innen auch bei korrekter Diagnosestellung nur selten an eine Psychotherapie vermittelt. Stattdessen sinkt mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit, eine angemessene Behandlung zu erhalten (Gutzmann, et al., 2017). Eine leitlinien- und präferenzgerechte Behandlung scheint stattdessen gerade bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Patient*innen eher die Ausnahme zu sein.

Neben den diagnostischen Herausforderungen lässt sich der geringe psychotherapeutische Versorgungsstand höherer Altersgruppen auch durch verschiedene Zugangsbarrieren erklären. Zum einen existieren strukturelle Hindernisse wie eine geringe Anzahl barrierefreier Praxen, die Trennung psychotherapeutischer und ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich sowie eine eher geringe Bereitschaft der Psychotherapeut*innen, Hausbesuche durchzuführen und aufsuchend zu arbeiten (Konnert, 2014). Andere Barrieren wie die bereits angesprochenen defizitorientierten Altersbilder und Stigmatisierung müssen durch kritische Selbstreflexion und eine alterssensitive Ausbildung auf Seiten der Behandelnden überwunden werden (Flores-Sandoval & Kinsella, 2020). Ein inklusiver gesellschaftlicher Diskurs kann dazu beitragen, einerseits psychische Erkrankungen im hohen Alter zu entstigmatisieren und andererseits den Fokus von defizitorientierten Stereotypen auf die Pluralität und Potenziale des hohen Erwachsenenalters zu verschieben.

Herausforderungen und Potentiale in Zeiten von COVID-19

Seit Beginn der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Schutzmaßnahmen finden sich in den Medien vermehrt negative Alterssstereotype sowie paternalistische Diskussionen darüber, ältere Menschen zu schützen (Brooks & Jackson, 2020). Häufig taucht der Begriff der „Risikogruppe“ auf, wodurch suggeriert wird, dass ein hohes Alter allein Grund für eine besondere Gefährdung und erhöhten Hilfebedarf sei. Gesunde, in der eigenen Häuslichkeit lebende ältere Menschen sind aber nicht pauschal stärker gefährdet als jüngere Altersgruppen (Graham et al., 2020). In Pflegeheimen lebende Personen hingegen haben ein stark erhöhtes Risiko, sich mit COVID-19 zu infizieren und schwerere Verläufe zu durchleben. Äußere Umstände und Lebensbedingungen sind somit viel eher mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden als ein hohes chronologisches Alter an sich.

Die Darstellung älterer Menschen als besonders gefährdet und hilfebedürftig kann dazu führen, dass negative Altersbilder verinnerlicht werden und das Selbstbild beeinflussen. Dies wiederum kann auch bei gesunden und resilienten älteren Menschen zu Isolation, vermehrten Ängsten und Sorgen führen (Brooke & Jackson, 2020). Dies ist besonders relevant, da die negative Wahrnehmung des eigenen Alters und Alternsprozesses mit schlechterer globaler Gesundheit und geringerem Wohlbefinden assoziiert ist (McLachlan et al., 2020). Auch kann das als Maßnahme der Infektionskontrolle eingeführte *social distancing* vor allem bei alleinlebenden und pflegebedürftigen Menschen zu Ängsten und Einsamkeit führen, wobei soziale Isolation mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko assoziiert ist (Seidler et al., 2020). Daher bilden die Stärkung und Aufrechterhaltung sozialer und digitaler Teilhabe im Alter während der Pandemie einen wichtigen Präventionsbaustein: So können z. B. präventive Hausbesuche dazu beitragen, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und so die Gesundheit und Selbstständigkeit der Besuchten stärken (Blotenberg, Hejna, Büscher & Seeling, 2020). Im psychotherapeutischen Bereich können z. B. telemedizinische Ansätze zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Versorgung beitragen: Wird die Therapie telefonisch oder in einem videogestützten Gespräch durchgeführt, ist eine konsekutive Behandlung bei minimiertem Ansteckungsrisiko möglich (Banerjee, 2020). Jedoch sollte hier berücksichtig werden, dass individuell bezüglich der Technologienutzung die verschiedensten Vorerfahrungen, Präferenzen und Möglichkeiten bestehen. Die Verschiebung des Behandlungskontextes kann und sollte daher auch als Chance genutzt werden, Versorgungsansätze flexibel weiterzuentwickeln sowie den Umgang mit und Zugang zu moderner Technologie im Alter zu verbessern.

Neben öffentlicher Stigmatisierung, Ängsten und sozialer Isolation verstärkt die Corona-Pandemie auch strukturelle Barrieren, die den Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems erschweren können. Dadurch können besonders für alleinlebende, pflegebedürftige Menschen herausfordernde Situ-

ationen entstehen. Allerdings existieren im hohen Erwachsenenalter auch oftmals zahlreiche Ressourcen, die das Krisenmanagement erleichtern: Häufig verfügen ältere Menschen über eine Vielzahl von im Laufe des Lebens erworbenen Schutzfaktoren, erlernten Bewältigungsstrategien sowie Erfahrungen im Umgang mit Einschränkungen und Verlusten (Kessler, 2020). Auch fällt z. B. bei berenteten Personen das Ansteckungsrisiko am Arbeitsplatz und den Wegstrecken weg, ebenso die Sorge um eine Anstellung. Zur Stärkung und Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit im Alter sind die Anerkennung und Förderung solcher psychologischer Ressourcen und Potentiale ebenso wichtig wie die Entwicklung und Implementierung neuer Interventions- und Versorgungsansätze. Dabei sollten ältere Menschen im öffentlichen Diskurs die Gelegenheit bekommen, ihre eigenen Sichtweisen und Anliegen zu äußern und zu diskutieren.

Valentina Ludwig und Prof. Dr. Eva-Marie Kessler

MSB Medical School Berlin Hochschule für Gesundheit und Medizin
Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler
Professur für Gerontopsychologie
Rüdesheimer Str. 50, 14197 Berlin
eva-marie.kessler@medicalschool-berlin.de

Literatur

Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., & Suling, A. et al. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. British Journal Of Psychiatry, 210(2), 125-131. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463.

Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. In: R. M. Lerner (Hrsg.), Handbook of Child Psychology: Vol. 1. Theoretical Models of Human Development, 6, 1029–1143. New York: Wiley.

Banerjee, D. (2020). 'Age and ageism in COVID-19': Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. Asian Journal Of Psychiatry, 51, 102154. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102154.

Blotenberg, B., Hejna, U., Büscher, A., & Seeling, S. (2020). Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft?. Prävention Und Gesundheitsförderung, 15(3), 226-235. doi: 10.1007/s11553-019-00753-0.

Brooke J, Jackson, D (2020) Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. Journal of Clinical Nursing 29 (13-14):2044-2046. doi:https://doi.org/10.1111/jocn.15274.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. (Drucksache / Deutscher Bundestag, 17/3815). Berlin. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49788-2. Abgerufen: 20.07.2020

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). Angebote für seelisch Kranke. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapie.html. Abgerufen: 20.07.2020

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study. Family Practice, 23(3), 369-377. doi: 10.1093/fampra/cmi115.

Chan, P., Bhar, S., Davison, T., Doyle, C., Knight, B., & Koder, D. (2018). Characteristics of Cognitive Behavioral Therapy for Older Adults Living in Residential Care: Protocol for a Systematic Review. JMIR Research Protocols, 7(7), e164. doi: 10.2196/resprot.9902.

DGPPN. (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. Abgerufen: 03.07.2020 , www.leitlinien.de/nvl/depression.

Flores-Sandoval, C., & Kinsella, E. (2020). Overcoming ageism: critical reflexivity for gerontology practice. Educational Gerontology, 46(4), 223-234. https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1726643.

Gloyer, S., Göhler, J., Morgenstern, U., Ketelhut, K., Hummel, J., & Kessler, E. (2019). Wann Sie bei geriatrischen Patienten an eine Depression denken

sollten. Geriatrie Report, 14(2), 38-48. doi: 10.1007/s42090-019-0178-7.

Graham, J. (2020, March 18). Amid pandemic, programs struggle to reach vulnerable seniors living at home . Kaiser Health News. Retrieved 13.06.2020 from: https://khn.org/news/as-coronavirus-surges-programs-struggle-to-reach-vulnerable-seniors-living-at-home/.

Gutzmann, H., Schäufele, M., Kessler, E.-M., & Rapp, M. (2017). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Gres, & A. Schwinger (Hrsg.), Pflegereport 2017, 107-118. Stuttgart: Schattauer.

Huang, A., Delucchi, K., Dunn, L., & Nelson, J. (2015). A Systematic Review and Meta-analysis of Psychotherapy for Late-Life Depression. The American Journal Of Geriatric Psychiatry, 23(3), 261-273. doi: 10.1016/j.jagp.2014.04.003.

Kessler, E., & Blachetta, C. (2018). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. Aging & Mental Health, 24(1), 193-196. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889.

Kessler, E., & Bowen, C. (2015). Images of Aging in the Psychotherapeutic Context. Geropsych, 28(2), 47-55. https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000129.

Kessler, E-M. (2020). Corona-Pandemie: Ältere Menschen sind sehr viel mehr als »die Risikogruppe«. Kritischer Zwischenruf - Vorabdruck aus PiA Heft 3/2020. http://www.psychotherapie-im-alter.de/index.php?id=13&tx_ttnews[tt_news]=77&tx_ttnews[backPid]=4&cHash=47b4f3c431. Abgerufen: 02.06.2020.

Konnert C, & Petrovic-Poljak A (2014) Barriers to mental healthcare utilization. In: The Oxford handbook of clinical geropsychology. Oxford library of psychology. Oxford University Press, New York, NY, US, S 949-969.

Kramer, D., Allgaier, A., Fejtkova, S., Mergl, R., & Hegerl, U. (2009). Depression in Nursing Homes: Prevalence, Recognition, and Treatment. The International Journal Of Psychiatry In Medicine, 39(4), 345-358. doi: 10.2190/pm.39.4.a.

Luck-Sikorski, C., Stein, J., Heilmann, K., Maier, W., Kaduszkiewicz, H., Scherer, M., . . . Riedel-Heller, S. G. (2017). Treatment preferences for depression in the elderly. Int Psychogeriatr, 29(3), 389-398. doi:10.1017/s1041610216001885.

McLachlan, K., Cole, J., Harris, S., Marioni, R., Deary, I., & Gale, C. (2020). Attitudes to ageing, biomarkers of ageing and mortality: the Lothian Birth Cohort 1936. Journal Of Epidemiology And Community Health, 74(4), 377-383. https://doi.org/10.1136/jech-2019-213462.

Seidler, A., Schubert, M., Petereit-Haack, G., Horn, A., Kämpf, D., Westerman, R. (2020). Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche ergänzt durch eine qualitative Erhebung. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_05_18_fact_sheet_soziale-isolation-als-mortalita__tsrisiko_1.pdf. Abgerufen: 17.07.2020.

Statistisches Bundesamt (2018). Pflegestatisitk 2017: Deutschlandergebnisse.

Tham, A., Jonsson, U., Andersson, G., Söderlund, A., Allard, P., & Bertilsson, G. (2016). Efficacy and tolerability of antidepressants in people aged 65 years or older with major depressive disorder – A systematic review and a meta-analysis. Journal Of Affective Disorders, 205, 1-12. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.013.

Michael Nehls

GEISTIGE GESUNDHEIT IM ALTER: ALZHEIMER — VERSTEHEN, VORBEUGEN UND KAUSAL THERAPIEREN

Zusammenfassung

Ob wir mit den Jahren altersweise werden, was unserem natürlichen Potential entspräche, oder eher altersstarr, oder ob wir sogar an einer Demenz erkranken, hängt von vielen Faktoren ab. Die meisten dieser Faktoren können wir selbst beeinflussen. Ein typisches Beispiel für den Zusammenhang zwischen Lebensweise und Hirngesundheit ist die Demenz vom Typ Alzheimer. Sie ist eine multikausale Mangelkrankheit, verursacht durch eine teils gravierende Diskrepanz zwischen den natürlichen Bedürfnissen des Menschen und seiner modernen Lebensweise. Falsche Ernährung, chronischer Stress durch Zeitmangel, häufig unterbrochener oder zu kurzer Schlaf, zu wenig Bewegung und soziale Aktivitäten, Einsamkeit oder verloren gegangener Lebenssinn lösen individuell oder in Kombination eine folgenschwere Kausalkette aus. Diese beginnt mit der Hemmung der Nervenzellenneubildung im episodischen Gedächtnis (Stichwort: adulte hippocampale Neurogenese) und der Hemmung neuronaler Verjüngungsprozesse (Stichwort: Mikrophagie; der Abbau überalterter Zellbestandteile). Die Folgen sind zunächst Störungen des episodischen Erinnerns sowie eine zunehmende Abnahme der psychologischen Resilienz. Die dadurch chronisch erhöhten Stresshormonlevel beschleunigen die für Alzheimer typischen neuropathologischen und kognitiven Veränderungen. Nur durch rechtzeitiges und gezieltes Beheben sämtlicher ursächlicher Mängel lassen sich die adulte Neurogenese und Mikrophagie wieder dauerhaft reaktivieren und damit Alzheimer im Rahmen einer systemischen Intervention vermeiden. Der geistige Abbau lässt sich — zumindest im Frühstadium der Erkrankung — sogar noch umkehren.

Lebensalter — Korrelation, aber nicht Ursache

Die Alzheimer-Krankheit ist gekennzeichnet durch einen zunächst progressiven Verlust des episodischen Gedächtnisses und einen darauffolgenden Abbau der kognitiven und sozialen Leistungsfähigkeit. Da viele höchst unterschiedliche Lebenswege mit Alzheimer enden, wird gemeinhin das Lebensalter selbst als das dominierende kausale Risiko betrachtet. Aber ist diese höchst beunruhigende Annahme korrekt? Wenn dem so wäre, bliebe uns kein Ausweg oder die bisher vergebliche Hoffnung auf ein wirksames Medikament. Doch glücklicherweise spricht alle Evidenz gegen diese Mutmaßung, obwohl einige Dogmatiker mit ihr gebetsmühlenartig immer noch die Bevölkerung in Angst und Schrecken versetzen.
Einen wichtigen Hinweis dafür, dass Alzheimer nicht durch das Älterwerden verursacht wird, liefert schon die Entdeckung der Krankheit. Im Jahre 1906 bezeichnete Dr. Alois Alzheimer die später nach ihm benannte Demenz als "eigenartige Krankheit", denn sie war damals noch völlig unbekannt — und das, obwohl damals schon sehr viele Menschen das für Alzheimer typische Lebensalter von über 65 Jahren erreichten. Zigtausende Fälle jährlich hätte es geben müssen. Das war aber nicht der Fall. Erst in den letzten Jahrzehnten wurde diese spezielle Form der chronischen Demenz mit etwa 30 Millionen Fällen die häufigste weltweit, allein in Deutschland gibt es derzeit über eine Million Betroffene.

Alzheimer ist, wie wir nun wissen, nur eine von vielen pandemischen Zivilisationskrankheiten (wie Diabetes Typ 2, Arteriosklerose etc.), die sich allesamt aufgrund derselben Diskrepanz zwischen den natürlichen Bedürfnissen und der Lebensweise des modernen Menschen entwickeln. Welche Krankheit am Ende bei einem Individuum dominiert (wobei

die meisten Menschen eine Kombination dieser Krankheiten entwickeln), hängt sehr wahrscheinlich vom individuellen genetischen Programm und der über einen längeren Zeitraum vorherrschenden Lebensweise ab. Für alle unsere Volkskrankheiten wurde gezeigt, dass sie mit einer systemischen Verhaltensänderung — zumindest im Frühstadium — noch reversibel sind, sobald Patienten und Therapeuten bereit sind, entsprechende verhaltensändernde Maßnahmen umzusetzen bzw. zu unterstützen. Doch dies geschieht leider zu selten. Dennoch erreichen immer mehr Menschen aufgrund medikamentöser und chirurgischer Interventionen und einer sehr effektiven Notfallmedizin, trotz vorliegender Multimorbidität ein Alter, in dem sie auch die zerebralen Folgen einer artfremden Lebensweise erleben. Infolgedessen steigt der Anteil an Alzheimer-Patienten in der Gesamtbevölkerung stetig an. In den USA avancierte Alzheimer inzwischen sogar zur dritthäufigsten Todesursache, gleich nach Herzkreislauf- und Krebserkrankungen. (1)

Viele der für Alzheimer typischen Veränderungen sind mittels bildgebender Verfahren schon im mittleren Lebensalter erkennbar. Aufgrund der enormen Kompensationsfähigkeit des menschlichen Gehirns dauert es jedoch Jahrzehnte bis zum Ausbruch der Krankheit. Diese lange Entwicklungszeit ist, wie ich zeigen konnte, der einzige Grund dafür, dass Alzheimer eine Krankheit des älteren Menschen ist. (2)

Genetische Brandbeschleuniger

Sogenanntes ß-Amyloid, ein kleines Protein (Peptid), wird zum Schutz neuer Erinnerungen in den hippocampalen Synapsen freigesetzt, also immer dann, wenn wir wach sind und Neues erleben. Nachts, wenn die Erinnerungen vom Hippocampus in die Großhirnrinde (Neocortex) hochgeladen worden sind, wird das ß-Amyloid wieder abgebaut. Geschieht dieser Abbau nicht oder in nicht ausreichendem Maße, weil wir nicht oder schlecht schlafen, steigt die ß-Amyloid-Konzentration an und es kommt zur Verklebung (Amyloid bedeutet stärke- bzw. kleberähnlich). In verklebter Form wird ß-Amyloid zum sogenannten Alzheimer-Toxin und schädigt Nervengewebe. Aber auch unter chronischem Stress wird zu viel ß-Amyloid produziert, was dessen Konzentration erhöht. Es gibt sehr seltene, spontane oder vererbte Erbgutveränderungen (Mutationen), die für eine erhöhte ß-Amyloid-Produktion sorgen. Dann wird der Alzheimer-Krankheitsprozess beschleunigt, und erste gravierende Symptome können sich deutlich vor dem 65. Lebensjahr zeigen. Viel häufiger ist jedoch die sogenannte sporadische Form, bei der keine krankheitsbeschleunigenden Mutationen vorliegen und die deshalb meist erst nach dem 65. Lebensjahr auftritt. Allerdings wurde mit dem ApoE4 eine Variante (Allel) des Apo-Gens identifiziert, die das Krankheitsgeschehen ebenfalls vorantreibt. Etwa 15 Prozent der Europäer sind Träger des Apo-E4-Allels. Wer von nur einem Elternteil ApoE4 vererbt bekam, erkrankt etwa 3-4 Jahre früher als Träger anderer Varianten dieses Gens; wer von beiden Eltern ApoE4 erhielt, erkrankt sogar bis zu 15 Jahre früher. Ist das nun als Hinweis darauf zu werten, dass Alzheimer genetisch verursacht wird?

Nein, denn erstens ist ApoE4 weder notwendig, Alzheimer auszulösen (nicht jeder Patient ist Träger), noch ausreichend (nicht jeder Träger erkrankt). Selbst Träger dieser beschleunigenden Mutationen zeigen eine auffällig große Variabilität im zeitlichen Auftreten der Erkrankung, auch wenn sie denselben Defekt vererbt bekamen. Manche erkranken schon mit 20 Jahren, andere erst mit 60. (3) Aber es gibt noch weitere Hinweise, dass andere Faktoren die eigentliche Ursache sind. Ein erster kam von Versuchen mit Mäusen, denen man entweder das menschliche ApoE4 oder die seltenen Genmutationen (sogenannte Alzheimer-Gene) einpflanzte. Tatsächlich entwickelten die genetisch vorbelasteten Tiere für Alzheimer typische Symptome (wie zum Beispiel eine Störung der räumlichen Erinnerungsfähigkeit), allerdings nur dann, wenn sie unter Standard-Bedingungen (SB) gehalten wurden. SB bedeutet nichts anders als ein Mangel an Bewegung, sozialen Aktivitäten und Schlaf bei ständiger Verfügbarkeit von Nahrung — also im Prinzip das Pendant zu einem ganz gewöhnlichen westlichen Lebensstil des Menschen. Nun ist dieser Lebensstil in der Forschung leider normal, sodass die artgerechte Haltung der Tiere in einem "Enriched Environment (EE)" als experimentelle Variante betrachtet wird — dabei müsste es genau umgekehrt sein: Normal wäre ein Leben in Freiheit und das Experiment wäre die Haltung in den unnatürlichen Laborkäfigen. Denn unter natürlicheren Lebensbedingungen, wie dem EE sind die Mäuse trotz ihrer genetischen Veranlagung völlig resistent gegen

Alzheimer. Und nicht nur das: Eine unter SB schon entwickelte Alzheimer-Krankheit lässt sich in einem EE sogar wieder umkehren. Darüber hinaus zeigte sich, dass in einem EE gehaltene Mäuse trotz ihrer "Alzheimer-Gene" geistig fitter sind als genetisch völlig unveränderte Mäuse, die gezwungen werden, unter SB einen "normalen" westlichen Lebensstil zu führen.
Eine zweite, ebenfalls verneinende Antwort auf die Frage, ob Gene unser Schicksal sind, liefern vergleichbare "Versuche" beim Menschen. Indem man die normale, aber letztendlich unnatürliche westliche Lebensweise gezielt änderte, wurde Alzheimer im Frühstadium nicht nur gestoppt, sondern der geistige Abbau sogar umgekehrt. (4) Die Patienten erhielten mit der Erinnerungsfähigkeit auch ihre Alltagskompetenz zurück. Es zeigte sich dabei, dass Träger des ApoE4-Allels sogar besonders effizient auf eine systemische mängelbehebende Therapie reagieren. (5)

Diese Ergebnisse sind nicht überraschend. Sie bestätigen die Vorhersagen meiner allgemeinen Theorie zur Alzheimer-Entstehung, UTAD (Unified Theory of Alzheimer's Disease). (6) Hierin konnte ich sämtliche bekannten kausalen Risikofaktoren in einen logischen Zusammenhang bringen. Demzufolge sind die bekannten genetischen Varianten und Mutationen nur als Brandbeschleuniger zu betrachten. Das Feuer wird jedoch in unserer modernen Lebensweise gelegt, die viele grundlegende menschliche Bedürfnisse ignoriert. Wird dies jedoch noch rechtzeitig korrigiert, bevor Hirnfunktionen unwiederbringlich zerstört sind, lässt sich der Brand löschen, die Gedächtnisfunktion und damit die Alltagskompetenz wiedergewinnen. Denn die Fähigkeit des menschlichen Gehirns zur Bewahrung und Regeneration der geistigen Fitness bis ins höchste Alter ist uns in die Wiege gelegt — was uns einen dritten Beweis gegen "Das-Alter-ist-die-Ursache-Dogma“ liefert:

Alzheimer aus evolutionsbiologischer Sicht

Über viele Jahrhunderttausende der Menschheitsgeschichte sicherte die Lebenserfahrung der Stammesältesten das Überleben der Sippe und damit den Fortpflanzungserfolg. Diese Effekte wurden für die Zeit bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts eindeutig nachgewiesen und als Großmutter-Hypothese bekannt: Jedes Lebensjahrzehnt, das eine Großmutter nach den Wechseljahren noch lebte, bescherte ihr im Vergleich zu Familien, in denen die Großmutter früh verstarb, durchschnittlich zwei Enkel mehr, die das Erwachsenenalter erreichten. (7) Das Maß des evolutionären Erfolgs, also die Anzahl der erwachsenen Kinder, wurde mit der Menopause der Frau um die Anzahl der erwachsenen Enkel erweitert — und damit die Sicherheit erhöht, dass sich ein auf Langlebigkeit programmiertes Erbgut effizient vervielfältigt. Langlebigkeit jenseits der Menopause konnte jedoch nur dann zu einem evolutionsbiologischen Selektionskriterium werden, wenn neben der körperlichen Fitness auch die geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter erhalten blieb. Das bedeutet im Umkehrschluss: Eine "natürliche", durch das Älterwerden verursachte Alzheimer-Demenz hätte diese von der Evolution entwickelte Fortpflanzungsstrategie unterlaufen.

Die Adulte hippocampale Neurogenese: Der Schlüssel zum Verständnis, zur Prävention und zur Heilung von Alzheimer

Wenn das Erfahrungswissen der Ältesten von evolutionsbiologischer Bedeutung ist, sollten wir die Fähigkeit besitzen, ein Leben lang effizient neue Erfahrungen zu sammeln, auszuwerten und als Einsichten und Wissen weitergeben zu können. Dazu benötigen wir vor allem einen funktionierenden Hippocampus, unsere Gedächtniszentrale für das episodische Erinnern. Tatsächlich können genau dort im Einklang mit der Evolution-der-Großmutter-Theorie tagtäglich Tausende neuer Hirnzellen entstehen, und zwar beim über 90-Jährigen noch genauso wie beim 18-Jährigen. (8) Interessanterweise beginnt die Alzheimer-Krankheit im Hippocampus, und zwar immer dann, wenn dieser als **adulte hippocampale Neurogenese** (AHN) bezeichnete Prozess durch unsere Lebensweise verhindert wird. Umgekehrt reduziert eine effiziente Nervenzellneubildung das Alzheimer-Risiko. Wie ich zeigen konnte, kann die Alzheimer-Demenz daher als Folge einer verhaltensbedingten Störung der adulten Neurogenese verstanden werden. Dies hängt mit zwei miteinander in Beziehung stehenden Funktio-

nen der neugebildeten Hirnzellen im Hippocampus zusammen: dem emotionalen Lernen und der erfahrungsabhängigen Regulation unserer Gefühlslage, also unserer Reaktion auf potentiell stressreiche Situationen. Für beides sind die neuen Hirnzellen am Eingang des Hippocampus bestens positioniert. Sie erhalten alle Sinnesinformationen und haben durch ihre einzigartige Lage Zugriff auf unseren ganzen bisherigen Erfahrungsschatz. Sie wissen bereits, bevor es uns bewusst ist, wie die Lage einzuschätzen ist.

Menschen mit einer produktiven AHN sind stressresistent und offen für neue Erfahrungen — und damit ein Leben lang bereit, ihren Erfahrungsschatz ständig zu vergrößern. Menschen mit mangelhafter AHN sind hingegen stressempfindlicher, vor allem hält die Reaktion auf Stress länger an als nötig. Infolge der reduzierten psychologischen Resilienz meiden Betroffene ungewohnte Situationen, weil sie Stress auslösen könnten. Diese depressiven Tendenzen sind ein Frühsymptom von Alzheimer, zumal durch das chronisch erhöhte Cortisol die AHN dauerhaft blockiert wird. Das ist ein Teufelskreis. Dabei wird stressbedingt vermehrt ß-Amyloid freigesetzt und zugleich schlechter abgebaut. (9) Das daraus bei zunehmender Konzentration entstehende Alzheimer-Toxin löscht Erinnerungen aus und zerstört den Hippocampus. (10) Darüber hinaus wirkt das Alzheimer-Toxin wie ein Prion (ein aufgrund seiner anormalen Form körpereigenes Protein, das sich wie ein Virus vermehrt und Gewebe schädigt), das nach und nach auch das restliche Gehirn "infiziert" und zerstört. (11)

Das Minimumgesetz — Die Logik einer systemischen Therapie

Bei allen Wachstumsprozessen gilt das Gesetz des Minimums. Danach wirkt immer die knappste Ressource limitierend, in diesem Fall auf Produktion, Reifung und Integration der neuen hippocampalen Nervenzellen. Jeder individuelle Mangel kann die AHN hemmen, was das Auffinden einer einzigen (!) Ursache unmöglich macht und das Scheitern monotherapeutischer (oder monopräventiver) Studien erklärt. Durch das Gesetz des Minimums wird verständlich, warum völlig unterschiedliche Lebenswege mit Alzheimer enden können — ohne dem Alter die Schuld zu geben.

Beispielsweise signalisiert körperliche Bewegung dem Hippocampus direkt über Myokine (Irisin) oder indirekt über hormonelle Wachstumsfaktoren (EPO, VEGF oder GH), dass mit neuen Erfahrungen zu rechnen ist und stimuliert dadurch die Neurogenese. Umgekehrt führt Bewegungsmangel zu einer verminderten Neubildungsrate (und einer reduzierten Stressresistenz). Gleiches gilt für einen Mangel an Schlaf, an sozialem Miteinander, an neuen Erfahrungen unter Eustress (machbaren Herausforderungen) oder an artgerechter Ernährung. So wird auch deutlich, dass beispielsweise ohne eine ausreichende Zufuhr essentieller Hirnbaustoffe wie DHA die Neurogenese gehemmt wird und das Depressions- und Alzheimer-Risiko zunimmt, andererseits DHA alleine weder ausreichend für Prävention und Therapie ist. (12)

Alzheimer kausal therapieren

Um die schwerwiegenden Konsequenzen einer multikausalen Erkrankung erfolgreich zu therapieren, ist ein ebenfalls multikausaler, sprich systembiologischer Ansatz nötig. Dazu gehört eine individuelle Umstellung der Lebensweise, um die Blockaden der adulten Neurogenese auf natürliche Weise zu beseitigen. Zudem müssen einige schon in Gang gekommene und sich gegenseitig verstärkende Pathomechanismen durch therapeutische Maßnahmen unterbrochen werden. Dazu habe ich eine Kombination aus Naturstoffen und körpereigenen Wirkstoffen zusammengestellt, die gezielt eingreifen und in klinischen Studien als wirksam getestet wurden (**Alzheimer-Therapie nach Nehls, ATnN**). (13) Nach bisherigen Erkenntnissen aus den oben genannten US-amerikanischen Studien ist eine kurative Alzheimer-Therapie noch möglich, solange sich die Krankheit noch in einem frühen Stadium befindet. Inzwischen hat auch die erste deutsche Patientin, die mit meinem systembiologischen Alzheimer-Therapieansatz (ATnN) behandelt wurde, in SWR-2 Wissen über den Wiedergewinn ihrer Alltagskompetenz berichtet. (14)

Aufgrund dieser erfreulichen Resultate bieten immer mehr Therapeuten die ATnN an. (15) Mein Ziel ist es, diese in einem Netzwerk zu verbinden, damit sie ihre Erfahrungen austauschen und die ATnN weiter entwickeln können. Dazu stelle ich den Therapieleitfaden kostenfrei zur Verfügung. Interessierte Therapeuten können ihn über www.michael-nehls.de anfordern.

Zeit für einen Systemwechsel

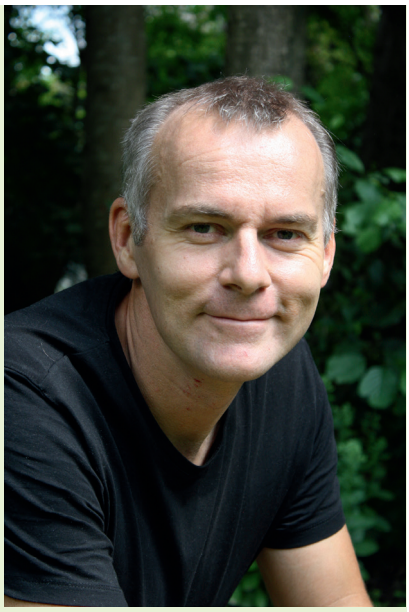
Wir sind nun mithilfe von evolutions- und neurobiologischen Überlegungen an einem Wendepunkt in der Alzheimer-Prävention und -Therapie angekommen. Es gilt, überkommene Dogmen schnellstmöglich zu überwinden und ein neues Denken in die medizinische Praxis einzuführen. Dieses lautet ganz einfach: Multikausale Krankheiten erfordern multikausales Handeln!

PD. Dr. med. Michael Nehls

www.michael-nehls.de

Literatur

(1) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24598707
(2) Nehls M: Die Alzheimer-Lüge – Die Wahrheit über eine vermeidbare Krankheit. Heyne 2014
(3) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9052708
(4) www.aging-us.com/article/100690/text
(5) www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4931830
(6) www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947325
(7) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15014499
(8) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746839
(9) www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947325
(10) www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665718
(11) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711819
(12) Nehls M: Algenöl — Die Ernährungsrevolution aus dem Meer. Heyne 2018
(13) Nehls M: Alzheimer ist heilbar – Rechtzeitig zurück in ein gesundes Leben. Heyne 2015; Nehls M: Die Formel gegen Alzheimer — Die Gebrauchsanweisung für ein gesundes Leben. Heyne 2018
(14) www.swr.de/swr2/programm/sendungen/wissen/alzheimer-stand/-/id=660374/did=17944114/nid=660374/4hadoa/index.html
(15) www.michael-nehls.de/atnn-netzwerk.htm



PD. Dr. med. Michael Nehls ist Arzt und habilitierter Molekulargenetiker. Als Wissenschaftler entschlüsselte er die genetischen Ursachen verschiedener Erbkrankheiten an deutschen und internationalen Forschungseinrichtungen. Einige seiner Entdeckungen veröffentlichte er mit zwei Nobelpreisträgern, eine weitere wurde vom renommierten US-amerikanischen Fachverband für Immunologie als Säule der immunologischen Forschung geehrt. Dr. Nehls hat aber auch Erfahrung in der Industrie gesammelt. So war er 3 Jahre leitender Genomforscher einer US-amerikanischen Firma und 8 Jahre Forschungsleiter und Vorstandsvorsitzender eines Münchner Biotechnologie-Unternehmens. Mittlerweile hat er es sich als Wissenschaftsautor zur Aufgabe gemacht, über die Ursachen von Zivilisationskrankheiten aufzuklären und hält als Privatdozent Vorträge auf Kongressen und an Universitäten. Drei seiner Bücher wurden zu Spiegelbestsellern: "Die Alzheimer-Lüge", "Alzheimer ist heilbar" und "Die Formel gegen Alzheimer". Für seine bahnbrechenden Erkenntnisse zur Alzheimer-Entstehung, -Prävention und -Therapie wurde er 2015 von der Universitätsklinik Rostock mit dem Hanse-Preis für Psychiatrie ausgezeichnet.

Die Klassifikation von Demenzen (ICD-10)

Unter Demenzen werden im ICD 10 Syndrome als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen verstanden, einschließlich des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, der Auffassung, des Rechnens, der Lernfähigkeit, der Sprache und des Urteilsvermögen. Solche kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Diese Syndrome kommen bei Alzheimer-Krankheiten, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.
An Demenzen werden im ICD 10 folgende Krankheitsbilder und -bezeichnungen aufgeführt:

F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit
Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam, aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit Beginn vor dem 65. Lebensjahr. Der Verlauf weist eine vergleichsweise rasche Verschlechterung auf, es bestehen deutliche und vielfältige Störungen der höheren kortikalen Funktionen.

F00.1* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit Beginn ab dem 65. Lebensjahr, meist in den späten 70er Jahren oder danach, mit langsamer Progredienz und mit Gedächtnisstörungen als Hauptmerkmal.

F00.2* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
Atypische Demenz vom Alzheimer-Typ

F00.9* Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet

F01.- Vaskuläre Demenz
Die vaskuläre Demenz ist das Ergebnis einer Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie. Die Infarkte sind meist klein, kumulieren aber in ihrer Wirkung. Der Beginn liegt gewöhnlich im späteren Lebensalter.

F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
Diese entwickelt sich meist sehr schnell nach einer Reihe von Schlaganfällen als Folge von zerebrovaskulärer Thrombose, Embolie oder Blutung. In seltenen Fällen kann eine einzige massive Infarzierung die Ursache sein.

F01.1 Multiinfarkt-Demenz
Sie beginnt allmählich, nach mehreren vorübergehenden ischämischen Episoden (TIA), die eine Anhäufung von Infarkten im Hirngewebe verursachen.
Vorwiegend kortikale Demenz

F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz
Hierzu zählen Fälle mit Hypertonie in der Anamnese und ischämischen Herden im Marklager der Hemisphären. Im Gegensatz zur Demenz bei Alzheimer-Krankheit, an die das klinische Bild erinnert, ist die Hirnrinde gewöhnlich intakt.

F01.3 Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz

F01.8 Sonstige vaskuläre Demenz

F01.9 Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet

F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Formen der Demenz, bei denen eine andere Ursache als die Alzheimer-Krankheit oder eine zerebrovaskuläre Krankheit vorliegt oder vermutet wird. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, selten jedoch im höheren Alter.

F02.0* Demenz bei Pick-Krankheit
Eine progrediente Demenz mit Beginn im mittleren Lebensalter, charakterisiert durch frühe, langsam fortschreitende Persönlichkeitsänderung und Verlust sozialer Fähigkeiten. Die Krankheit ist gefolgt von Beeinträchtigungen von Intellekt, Gedächtnis und Sprachfunktionen mit Apathie, Euphorie und gelegentlich auch extrapyramidalen Phänomenen.

F02.1* Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
Eine progrediente Demenz mit vielfältigen neurologischen Symptomen als Folge spezifischer neuropathologischer Veränderungen, die vermutlich durch ein übertragbares Agens verursacht werden. Beginn gewöhnlich im mittleren oder höheren Lebensalter, Auftreten jedoch in jedem Erwachsenenalter möglich. Der Verlauf ist subakut und führt innerhalb von ein bis zwei Jahren zum Tode.

F02.2* Demenz bei Chorea Huntington
Eine Demenz, die im Rahmen einer ausgeprägten Hirndegeneration auftritt. Die Störung ist autosomal dominant erblich. Die Symptomatik beginnt typischerweise im dritten und vierten Lebensjahrzehnt. Bei langsamer Progredienz führt die Krankheit meist innerhalb von 10-15 Jahren zum Tode.

F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
Eine Demenz, die sich im Verlauf einer Parkinson-Krankheit entwickelt. Bisher konnten allerdings noch keine charakteristischen klinischen Merkmale beschrieben werden.
Demenz bei: Paralysis agitans, Parkinsonismus oder Parkinson-Krankheit

F02.4* Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
Eine Demenz, die sich im Verlauf einer HIV-Krankheit entwickelt, ohne gleichzeitige andere Krankheit oder Störung, die das klinische Bild erklären könnte.

F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
Demenz (bei):
- Epilepsie
- hepatolentikulärer Degeneration
- Hyperkalziämie
- Hypothyreose, erworben
- Intoxikationen
- Lewy-Körper-Krankheit
- Multipler Sklerose
- Neurosyphilis
- Niazin-Mangel [Pellagra]
- Panarteriitis nodosa
- systemischem Lupus erythematodes
- Trypanosomiasis
- Urämie
- Vitamin-B12-Mangel
- zerebraler Lipidstoffwechselstörung

Quelle: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/

Jan Steinhaußen

DIE PFLEGE VON AN DEMENZ ERKRANKTEN MENSCHEN ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

I. Personenzentrierte Pflege – Tom Kidwoods Ansatz für einen guten Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen

Tom Kidwood (1937-1998) zählt zu den herausragenden Persönlichkeiten und Pionieren eines neuen und modernen Verständnisses der Pflege von Menschen mit Demenz. Auch wenn sein Grundlagenwerk zur Demenz und zu einer personenzentrierten Pflege, das in einer ergänzten Auflage 2019 im Hogrefe Verlag neu erschien, bereits über 20 Jahre alt ist, zählt es zu den Standard- und Grundlagenwerken der Pflegeliteratur. Es hat Forschungsvorhaben sowie das Bild vom demenzerkrankten Menschen beeinflusst und hat Eingang in moderne Pflegekonzeptionen sowie Leitlinien für Demenz gefunden, die den gepflegten Menschen in den Mittelpunkt stellen. Insofern ist es kein Zufall, dass sich auch Wissenschaftler und Praktiker in der Gegenwart auf ihn berufen, seine Ansätze weiterentwickeln und kritisch reflektieren.

1. Kritik der tradierten Pflegekultur und einer malignen Sozialpsychologie

Sein Ausgangspunkt ist eine fundamentale Kritik an einer überkommenen Kultur der Pflege und einer auf ihr basierenden malignen, d. h. bösartigen Sozialpsychologie. Die in seiner Zeit dominierende Kultur der Demenzpflege beruhte nach seiner Einschätzung darauf, dass Menschen mit Demenz auf ihren Krankheitsstatus reduziert wurden. Demenz selbst wurde in diesem Kontext als von Ärzten und Neurologen diagnostizierte, primär degenerative und progredierende Krankheit des Zentralnervensystems beschrieben, in deren Verlauf die Persönlichkeit und Identität des Erkrankten verlorengeht. Der auf dieser Diagnose basierende Pflegeansatz war im Kern negativ, reduktionistisch und defizitär. Er reduzierte den Menschen auf das Somatische und fokussierte auf Körperpflege, eine sichere Umwelt und die Befriedigung von somatischen Grundbedürfnissen. Zeigten an Demenz erkrankte Menschen auffälliges Verhalten, erfolgte im Sinne effizienter Pflegeprozesse und Abläufe eine Ruhigstellung (Kidwood, S. 235 f.).

Nach Tom Kidwood basierte die Theorie und Praxis der Pflege seiner Zeit auf einer Kultur des Sich-Abwendens und der Entfremdung. Ihr Ausdruck ist eine maligne Sozialpsychologie, die die Integrität der Persönlichkeit verletzt, beschädigt und das Wohlbefinden der Gepflegten untergräbt. Maligne Sozialpsychologie arbeitet in der Pflegepraxis nach seiner Beobachtung mit täuschenden, manipulierenden und einschüchternden Mitteln. Sie beruht in ihrer Anwendung auf drei wesentlichen Faktoren, auf Angst, Anonymität und einem Machtgefälle zwischen Pflegenden und dem hinter ihnen stehenden System und dem Erkrankten (S. 94). Sie verurteilt die an Demenz erkrankten Menschen zur Machtlosigkeit. Sie stigmatisiert, ignoriert, entwertet und verletzt die Erkrankten. An Demenz erkrankte Menschen werden auf diese Weise zum Objekt von Versorgungssettings. Maligne Sozialpsychologie ist für an Demenz erkrankte Menschen assoziiert mit Ängsten, mit der Angst vor dem Verlassensein, dem Kontrollverlust und der Erniedrigung, mit Gefühlen der Absonderlichkeit, der Scham, des Gefangenseins und des Verfolgt-Werdens. Die Äußerungsformen solcher Ängste sind Leid, Wut, Aggressionen, Chaos, Depression, Verzweiflung und Apathie (S. 142).

Fallbeispiel für maligne Sozialpsychologie, von Tom Kidwood auf der Grundlage seiner Beobachtungen konstruiert (S. 78 f.):
Eine hochaltrige Frau zeigte während eines Urlaubs mit ihrem Ehemann verschiedene kognitive Ausfall-

erscheinungen. Sie fand während des Frühstücks ihren Platz nicht. Sie wirkte vielfach verwirrt und verängstigt. Sie verlor in der Folgezeit an Selbstvertrauen. Beide konnten diese Verhaltensphänomene nicht adäquat einordnen.

Ihr Mann gilt als hochgradig gut organisiert und strukturiert. Dennoch reagierte er verärgert, wenn sich Missgeschicke häuften. Er kritisierte seine Frau offen und gab ihr zu verstehen, dass sie sich zusammenreißen solle. Als sie eines Tages von der Polizei verwirrt aufgegriffen wurde, reagierte er wütend und entsetzt und bezeichnet sie als Schande der Familie. Er schloss sie fortan, wenn er das Haus verließ, ein.

Als die Tochter ihre Eltern besuchte, konnte sie sofort feststellen, dass bei ihrer Mutter eine fortschreitende Form der Demenz vorliegt, was ein Arzt bestätigte. Die Reaktion des Ehemannes wird als dramatisch, aber pragmatisch beschrieben. Er übernahm die gesamte Hausarbeit. Als seine Frau inkontinent wurde, besorgte er dienstleistende Hilfen. Ihre Schlafstörungen werden medikamentös behandelt. Seine Frau wurde dennoch weinerlicher und verwirrter, so dass sie am Tag eine Tagespflege in Anspruch nehmen musste, auf die die Frau eher aggressiv reagierte, woraufhin die Medikamentengaben verstärkt wurden. Als sich aggressive Vorfälle gegenüber dem Betreuungspersonal wiederholten und verstärkten, wurde sie in eine stationäre Einrichtung verlegt. Ihr Ehemann besuchte sie zwar anfangs dreimal wöchentlich, ihre Unruhe und ihre Aggressionen schienen sich aber zu verstärken. Daraufhin wurde sie einer psychiatrischen Begutachtung unterzogen. Sie erhielt starke Beruhigungsmittel. Sie blieb in der Folgezeit unter Sedierung. Ihr Tag bestand darin, morgens angekleidet zu werden, die Mahlzeiten einzunehmen und ansonsten in einem Sessel ihre Zeit zu verbringen. Innerhalb von vier Monaten gebrauchte sie ihre Beine nicht mehr und wurde zunehmend bewegungseingeschränkt. Die Familienbesuche wurden seltener. Ihre Söhne kamen überhaupt nicht mehr, weil sie in Besuchen keinen Sinn mehr sahen. Eines Tages wurde ihre Mutter tot im Bett aufgefunden.

Das Fallbespiel Kidwoods klingt wie aus einer fernen Zeit, die mit den Pflegestandards der Gegenwart nichts mehr zu tun hat. Dennoch verdeutlicht es Folgendes:

» Demenzpräventive Maßnahmen sind bei vielen Älteren weder bekannt noch finden sie Anwendung.

» Angehörigen entgehen typische Symptome einer sich anbahnenden Demenz. Sie wissen relativ wenig über das Krankheitsbild und noch weniger über therapeutische Interventionen und einen adäquaten Umgang mit Demenzerkrankten.

» Demenzerkrankungen werden zu spät, oft nur zufällig und ausschließlich neurologisch bzw. psychopathologisch diagnostiziert. Eine soziale Anamnese erfolgt in den seltensten Fällen.

» Therapeutische Interventionen wie die Umstellung der Ernährung, intensive Sozialkontakte, Sport und Bewegung im Alltag, kognitives Training finden selten Anwendung und besitzen gegenüber medikamentösen Interventionen keine Priorität.

» Demenzerkrankte werden in allen behandelnden und pflegenden Settings strukturell und systematisch benachteiligt. Auch Vorurteile führen zu einer impliziten Benachteiligung.

» Von einer inklusiven Pflege von an Demenz erkrankten Menschen kann trotz hoher Pflegestandards vielerorts keine Rede sein. An Demenz erkrankte Menschen leben oft isoliert. Sie werden häufig nicht adäquat einbezogen.

Kidwood berief sich bei seinen Zuschreibungen auf verschiedene zeitgenössische Studien, die belegten, dass Menschen mit Demenz lange Zeiten des Tages ohne jeden menschlichen Kontakt zubrachten und vernachlässigt wurden (S. 95). Für ihn war der maligne Umgang mit demenzerkrankten Menschen nicht nur entwürdigend. Er führt in der Konsequenz auch zur Beschleunigung des Krankheitsprozesses. D. h., er beschrieb als einer der ersten dementielle Erkrankungen nicht einfach als organologischen Fatalismus und als degenerativen progredienten Abbau von Nervenzellen auf einer neuropathologischen Ebene, sondern als eine sozial verursachte Involutionsspirale, d. h. als organologischen Rückbildungsprozess des Gehirns auf Grund sozialer Vernachlässigung sowie als ein Wechselspiel zwischen neurologischer Beeinträchtigung und maligner Sozialpsychologie. Sie unter-

gräbt das Personsein. Die Belastungen des Lebens wirken dementogen und eine maligne Sozialpsychologie beschleunigt dementogen wirkende Prozesse (S. 100).

Mit dieser malignen Sozialpsychologie korrespondiert eine Gesellschaftskultur, die behinderte Menschen, Menschen mit körperlichen und kognitiven Defiziten stigmatisiert und depersonalisiert. Ältere Menschen werden in diesem Sinne diskriminiert, als unfähig, hässlich und als Last kategorisiert (S. 38). Für ihn besteht eine kulturelle Affinität zwischen einer massenhaften Industrieproduktion, in der menschliche Würde und Integrität missachtet werden, und der Unterbringung alter, gebrechlicher und verwirrter Menschen in Verwahranstalten (S. 233). Er hielt es für grotesk, dass Dienstleistungen am Menschen wie Lieferprodukte bewertet und Kostensenkungsmaximen unterworfen werden (S. 244). Insofern ging es ihm nicht nur um einen Wandel von Pflegesettings und ein anderes Verhältnis der Pflegenden zu Menschen mit Demenz, sondern um einen kulturellen Wandel hin zu einem inklusiven Gesellschaftsverständnis.

2. Der an Demenz erkrankte Mensch

Vor dem Hintergrund seiner Kritik an einer demenzerkrankte Menschen ausgrenzenden Kultur forderte Tim Kidwood als strategische Aufgabe eine kulturelle Transformation, in der an Demenz erkrankte Menschen nicht mehr pathologisiert und auf einen voranschreitenden Verfallsprozess reduziert werden. Diese neue Kultur bewertet Demenzen als Formen einer Behinderung. Eine Demenz muss nicht notwendigerweise eine radikale Desintegration der Person mit sich bringen (S. 122). In welchem Maße Menschen mit einer Demenz sich als beeinträchtigt empfinden, hängt ganz wesentlich von der Pflegequalität, dem Verhältnis der Pflegenden zu den Menschen mit Demenz und dem Pflegesetting ab. Tom Kidwood interpretierte damit Demenzen nicht mehr im Paradigma eines unaufhaltsamen Verfallsprozesses einer altersassoziierten progredierenden Krankheit, sondern der Verfallsprozess war zumindest in Teilen Reaktion auf ein pathologisches System und der an Demenz erkrankte Mensch sein Symptomträger. Die isolierte organologische, neuropathologische Betrachtungsweise des Gehirns hielt er als Definitionsbasis für einen Demenzerkrankten als viel zu gering (S. 74).

Tom Kidwood ging hingegen in seinem Menschenbild davon aus, dass die Personalität eines Menschen erhalten bleibt und erhalten bleiben kann, auch wenn seine kognitiven Fähigkeiten abnehmen. Eine positive Sozialpsychologie kann in diesem Kontext regenerative Effekte bewirken. Insofern sind an Demenz erkrankte Menschen keine auf das Vegetative reduzierte Menschen, sondern in jedem Stadium ihres Lebens vollwertig mit psychischen Bedürfnissen nach Liebe, Bindung, Trost, Identität, Einbeziehung und Beschäftigung (S. 145). Diese Bedürfnisse sind universell und unveräußerlich. Sie müssen, meinte Tom Kidwood, in vollem Umfang ins Rampenlicht moralischer Anteilnahme gebracht werden (S. 105).

Tom Kidwood illustriert seinen Ansatz an einem Fallbeispiel (S. 110 f.): Eine ältere Frau zeigte deutliche Symptome von Gedächtnisstörungen, die ihrer Familie nicht entgingen. Ihre Tochter mietete daraufhin für ihre Mutter eine Wohnung in ihrer Nähe, um ihr besser helfen zu können. Nach zwei Jahren hatte sich die Demenz ihrer Mutter jedoch erheblich verschlechtert. Allerdings schien sie sich wohlzufühlen. Sie zeigte deutliche Anzeichen von Humor und Glücksempfinden.

Das war bei ihrem Einzug anders. Sie hatte auf den Umzug aggressiv, gewalttätig und mit Unverständnis reagiert. Ihr Verhalten war auffällig und desorientiert. Sie wollte ständig das Haus verlassen, um in ihr Dorf zurückzukehren.

Diese Situation änderte sich erst, als sich eine Betreuende ihrer sorgend annahm. Es entwickelte sich in der Folgezeit eine starke gegenseitige Bindung. Diese Bindung implizierte, dass die neue Bindungsperson biografisches Wissen in ihre Beziehung gestaltend einbeziehen konnte. Ihr gelang es zunehmend, aversive Reaktionen zu kanalisieren und rituelle Handlungen zu etablieren, die der an Demenz erkrankten Frau ein hohes Maß an Sicherheit und Regelmäßigkeit vermittelten. Ruhigstellende Medikamente konnten reduziert werden.

Das Fallbeispiel, über das Tom Kidwood berichtet, scheint Verschiedenes zu zeigen:

» Die primäre Symptomatik des Gedächtnisverlustes lässt sich nicht beseitigen, sehr wohl aber mildern und möglicherweise in ihrer Entwick-

lung verlangsamen. Tom Kidwoods berichtet von einer messbaren Erholung scheinbar verlorengegangener Fähigkeiten (S. 115).

» Das Nachlassen kognitiver Fähigkeiten ist nicht gleichzusetzen mit einem Verlust des Personseins. Verschiedenste Fähigkeiten, die das individuelle Personsein konstituieren, bleiben erhalten und entwickeln sich in dem Maße, wie Menschen mit Demenz Zuwendung erfahren.

» Die sekundären Symptome: Unruhe, Angst, aggressives unkooperatives Verhalten lassen sich durch Bindungs- und Bezugspersonen positiv beeinflussen. Wertschätzende Bindungspersonen haben für Menschen mit Demenz wie für Kinder eine überragende Bedeutung (S. 147).

» Es gibt Alternativen, worauf Tom Kidwood explizit verweist, zu einem bloßen Dahinvegitieren von Menschen mit einer Demenz. Menschen mit Demenz können glücklich und lebenszufrieden sein. Jedenfalls können ihre Gefühlsäußerungen das unmissverständlich ausdrücken.

Einer „positiven Psychologie", Tom Kidwood bezog sich nicht ausdrücklich auf das Paradigma der Positiven Psychologie, im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen geht es um den Erhalt und das Bewahren des Personseins. Diese neue Kultur stellt die Einzigartigkeit jeder Person in den Mittelpunkt: Sie basiert auf Respekt und Mitgefühl. Diese Einzigartigkeit erschließt sich Pflegenden und Betreuenden, in dem sie sich Menschen mit Demenz zuwenden, in dem sie ihnen zuhören und sie beobachten. Das als Problem wahrgenommene Verhalten von an Demenz erkrankten Menschen ist der Versuch zu kommunizieren und wahrgenommen zu werden. Das Zentrale im Pflegeprozess besteht darin, mit den eigenen Sorgen, Gefühlen und Verletzlichkeiten in Kontakt zu stehen und sie in positive Ressourcen der Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen umzuwandeln.

3. Personenzentrierte Pflege nach Tom Kidwood

Depersonalisierte Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass die Person, mit der kommuniziert wird, in ihrem individuellen Wert nicht mehr erkannt und wahrgenommen wird. Sie infantilisiert und entwertet den Gepflegten, sie schüchtert ein und ignoriert die Bedürfnisse des an Demenz Erkrankten. In diesem Sinne degradiert sie den Gepflegten als nicht mehr gleichwertigen Interaktionspartner. Ihm werden de facto Personen- und Menschenrechte enthalten.

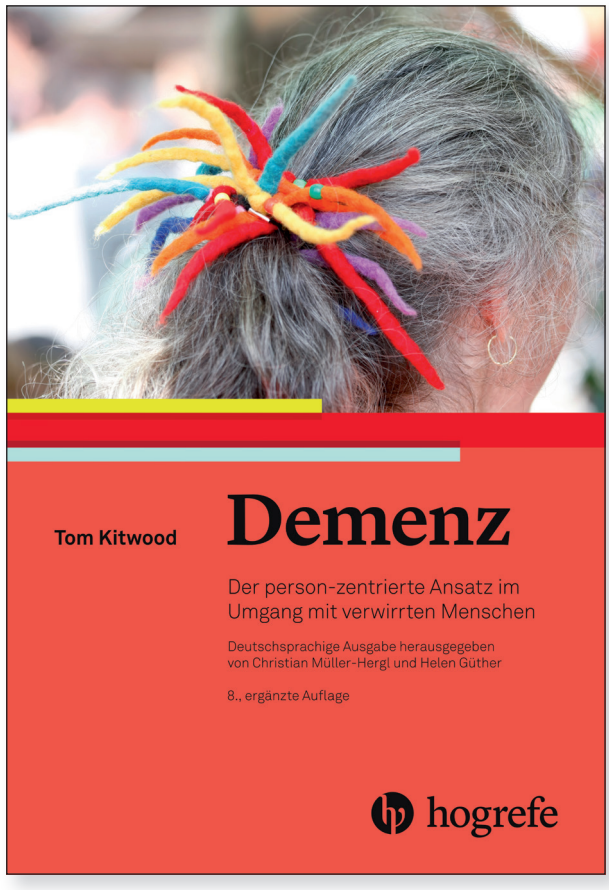
Personenzentrierte Pflege geht hingegen in ihrem Menschenbild davon aus, dass die Personalität eines Menschen erhalten bleibt, auch wenn seine kognitiven Fähigkeiten abnehmen. Daraus leitet sich das Ziel der Personenzentrierten Pflege ab. Es geht ihr um den Erhalt und die Förderung des Personseins sowie um die Befriedigung der wichtigsten psychischen Bedürfnisse nach Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Das heißt, Personenzentrierte Pflege realisiert sich nicht einfach über eine wertschätzende Kommunikation, sondern in dem sich Pflege und Betreuung auf die primären psychischen Bedürfnisse der Bezugsperson fokussieren. Dabei ist **Liebe** nur insofern zentral, weil sie sich über die Befriedigung anderer psychischer Bedürfnisse zu realisieren scheint. **Trost** vermittelt Empathie, Nähe sowie Linderung von Schmerz über die Zumutungen des Alters. Einen an Demenz leidenden Menschen vermittelt Trost Wärme, Stärke und Selbstvertrauen. **Bindung**, die über wertschätzende und liebevolle Bezugspersonen vermittelt wird, gibt Demenzerkrankten Sicherheit, die ihnen auf Grund verlorengehender innerer Orientierung fehlt. Tom Kidwood berief sich hier auf einen der Pioniere der Bindungsforschung, auf John Bowlby, der vom Existentiellen der Bindung für Kinder ausging. Ähnlich scheint die Bedeutung von primären Bindungen für Menschen mit Demenz zu sein. In dem Maße, wie Unsicherheiten und Ängste im Alter zunehmen, bedürfen Menschen primäre Bindungen. Solche Bindungen werden durch **Einbeziehung und Beschäftigung** in soziale Prozesse gefördert, die Isolation und apathischen inneren Rückzug vermeiden. Tom Kidwood interpretierte auffälliges oder herausforderndes Verhalten von Demenzerkrankten auch als Reaktion auf mangelnde Einbeziehung. Einbeziehung, die sich von reiner Beschäftigung durch ihren Sinngehalt und ihre soziale Integrationskraft unterscheidet, aktiviert nicht nur, sondern vermittelt das Gefühl von Sinn, Kompetenz und Kontrolle. Beschäftigung vermittelt das Gefühl, einbezogen zu sein. Sie hat etwas mit Selbstwirksamkeit, Selbstachtung und Kontrolle zu tun (S. 148). In ihrem Kern vermitteln der Einbezug und das Beschäftigtsein von Menschen mit Demenz Sinn und Struktur.

Identität in der personenzentrierten Pflege vermittelt lebensbiografische Kohärenz, die durch das Kranksein, durch den Verlust wichtiger Bezugspersonen, ein neues Lebensumfeld und eine begrenzte Lebensaussicht fragil oder in Frage gestellt ist. Personenzentrierte Pflege vermittelt neue Identitätsquellen, indem sie das Lebensbiografische würdigt und sinnvolle Kontinuitäten herstellt.

Tom Kidwood glaubte, dass, in dem sich Pflege und Betreuung auf diese zentralen Bedürfnisse orientiert, das Personsein von an Demenz erkrankten Menschen angesichts versagender Geisteskräfte erhalten werden kann.

Dabei setzt personenzentrierte Pflege, wie sie Tom Kidwood versteht, an verschiedenen Ebenen an. Ganz zweifellos steht aber die **Interaktion** von pflegender Bezugsperson mit dem an Demenz erkrankten Menschen im Mittelpunkt. Diese Fokussierung auf die Interaktion mag verwundern, Tom Kidwoods hatte aber beobachtet, dass sich viele Pflegesettings und die reine Pflegequalität stark verbessert hatten, die Interaktion mit den Demenzerkrankten aber auf einem Niveau verblieben war, die das Personsein von Gepflegten untergrub. Selbst positive Interaktionen, so beobachtete er, waren kurz, oberflächlich, stereotyp und belanglos (S. 153). Personenzentrierter Pflege geht es aber im Innenverhältnis zum Gepflegten auf einer personalen Ebene um eine gelingende Interaktion. Maßstab gelingender Interaktion sind das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des demenzerkrankten Menschen. Sie ist nicht nur ein Reagieren auf negatives Verhalten, sondern beruht auf dem Erfassen von Bedeutungen, die der andere übermittelt und ein entsprechendes Reagieren auf den Bedeutungsgehalt. Er identifizierte in diesem Zusammenhang verschiedene Arten positiver Interaktion. Zu ihnen gehören u. a. das Anerkennen der an Demenz erkrankten Person in ihrer Einzigartigkeit, positive Aushandlungsprozesse mit dem Erkrankten, bei denen seine Wünsche im Mittelpunkt stehen, Signale des Zusammenarbeitens, die den an Demenz Erkrankten nicht entmündigen, nichtsprachliche Formen der Kommunikation, die über andere Sinnesorgane Zuwendung vermitteln sowie die Validation, die das Anerkennen von Gefühlen und Emotionen spiegelt. Tom Kidwood beschreibt weitere positive Interaktionsarten. Gute Demenzpflege beruht auf einer Art Ökologie, bei der eine Vielfalt von Interaktionsarten miteinander verschmelzen (S. 165). Sie fördert positive Interaktionsprozesse und befähigt zur positiven Interaktion.

Die Anforderungen an in dieser Weise interagierende Bezugspersonen sind entsprechend hoch. Sie wurden von ihm in einer Weise formuliert, die mit der Realität der bis in die Gegenwart geringbezahlten und geringqualifizierten Betreuungskräfte nichts zu tun hat. In jedem Falle lassen sie sich nicht auf die Attitüde von Freundlichkeit und die triviale Anwendung des gesunden Menschenverstandes reduzieren (S. 207). Sie können auch kaum durch Qualifikation erworben werden. Eher haben sie den Charakter einer „Berufung." Tom Kidwood geht von reichen Persönlichkeiten aus, die für die zu Pflegenden nicht nur zeitlich, sondern psychisch verfügbar sind. Das schließt aus, dass sie von eigenen Konflikten absorbiert und belastet sind: Sie müssen freie Aufmerksamkeit vermitteln können. Er sah diese Fähigkeiten bei hochentwickelten Personen vorhanden, die offen, flexibel, kreativ, mitfühlend, reaktionsbereit und selbstreflexiv sind. Eine solche Person mit hochentwickelter empathischer Fertigkeit und einem hohen Niveau persönlicher und moralischer Entwicklung ist in der Lage, eigene Gefühle zu reflektieren und zurückzuhalten und gleichzeitig die Gefühlszustände anderer Personen bewusst wahrzunehmen (S. 244, 227).



Andere Aspekte eines personenzentrierten Ansatzes in der Pflege wie die Organisationsgestaltung sind für Interaktionsprozesse notwendig konsekutiv. Tom Kidwood ging es diesbezüglich um einen ganzheitlichen Organisationsansatz, d. h., insbesondere um die Gestaltung inklusionsorientierter Pflegesettings. Er stellte sich eine Organisationsform vor, in der das Verhältnis zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten spiegelbildlich zum Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegten gelebt und gestaltet wird. Werden Angestellte unterstützt und ermutigt, wird ihnen Vertrauen entgegengebracht, wird sich ihr Wohlbefinden auf den Pflegealltag auswirken. Es überwiegen Kooperation und gemeinschaftliches Miteinander. Das Machtgefälle ist minimiert und Gefühle werden als Teil der Persönlichkeit wahr- und ernstgenommen (S. 182). Zu den institutionellen Voraussetzungen für eine humane Pflege von Demenzerkrankten gehören des Weiteren eine adäquate Entlohnung, die Gestaltung von Einarbeitungsprozessen, eine positive Teamkultur, in der das Individuum wahrgenommen wird, die Gestaltung von Lernprozessen, zu der Supervisionen und betriebsinternes Training gehören sowie eine Wertschätzungskultur für berufliche Erfahrungen (S. 191).

Tom Kidwoods personenzentrierter Ansatz, der in seinem hier vorgestellten Grundlagenwerk zum Ausdruck kommt, hatte enorme Resonanz und hat die Pflege(wissenschaft) nachhaltig beeinflusst. Er ist ein Vordenker einer inklusionsorientierten Pflege. Kritisch wurde durchaus sein Optimismus gesehen. Seine Interpretation von dementiellen Krankheiten spiegelt zu wenig individuelle Verläufe sowie die späten Phasen wider. Gerade die späten und zum Tod führenden Phasen von dementiellen Erkrankungen sind durch schwere apathische Symptome gekennzeichnet, in denen, wie Christian Müller-Hergl anmerkt, Menschen sich von sozialen Konstrukten und Bezugspersonen sowie regulativen Ideen lösen. Kommunikation und Interaktion bewegen sich dann immer mehr auf Treibsand (Müller-Hergl, S. 264 f.).

Auch die weiter unten vorgestellten Studien verweisen auf Dilemmata innerhalb von Pflegesettings, die sich durch personenzentrierte Pflege als Normativ nicht auflösen lassen und die Tom Kidwood nicht oder zu wenig reflektierte. Dennoch hat seine Theorie der personenzentrierten Pflege wichtige Grundsätze der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ antizipiert, die nicht nur als Normativ, sondern auch als Korrektiv eine unverzichtbare Rolle für humane Pflege spielen.

II. Pflege im Dilemma – Karin Kerstings Metapher der „Kälte“ in Pflegebeziehungen

1. Pflege im Widerspruch zwischen Anspruchsnorm und Systemlogik

Tom Kidwoods Kritik bezog sich auf ein Gesellschaftssystem sowie auf eine mit ihm assoziierte Kultur der Pflege, die Menschen mit Demenz marginalisierte. Er hielt einen Wandel nicht nur für notwendig, sondern auch für möglich.

Karin Kerstin beschäftigt sich seit ca. 20 Jahren mit einem dem (deutschen) Pflegesystem innewohnenden Widerspruch, der innerhalb der Systemgrenzen nicht auflösbar erscheint. Die Pflege von (alten) Menschen soll einerseits humanitären Normen entsprechen. Sie ergeben sich

- aus Menschenrechtskonventionen und Übereinkommen wie der UN-Behindertenrechtskonventionen, dem Übereinkommen zur Beseitigung jeglicher Formen der Diskriminierung der Frau, dem Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung usw. usf. (siehe Klie, 2019)

- aus den Grundwerten der Verfassung („Die Würde des Menschen ist unantastbar“)

- aus verschiedenen Selbstverpflichtungen wie der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

- aus verschiedenen fachlichen Empfehlungen wie den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe

- aus rechtlichen Verpflichtungen, wie sie im Krankenversicherungsgesetz, im Krankenpflegegesetz, im Pflegeversicherungsgesetz sowie in den Wohn- und Teilhabegesetzen der Bundesländer formuliert sind

» aus den Leitbildern von Krankenhäusern, Wohlfahrtsverbänden und Dienstleistern, aus verschiedenen berufsethischen Verpflichtungen wie dem Hippokratischen Eid.

Sie verpflichten Pflegende u. a. vollumfänglich dazu, dass, wie es in der Charta für hilfe- und pflegebedürftige Menschen formuliert wird, jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung hat, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht hat, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden und dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat. Wirtschaftliche Vorbehalte, die solche Grundrechte beschränken sind zumindest in der UN-Behindertenrechtskonvention, der Verfassung, der Charta der Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie den fachlichen Empfehlungen nicht formuliert. Lediglich im SGB XI sind wirtschaftliche Vorbehalte formuliert. Zwar heißt es im § 2 (1) „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.“ In § 4 (3) wird aber der Vorbehalt formuliert, dass Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige darauf hinzuwirken haben, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Karin Kerstin spricht diesbezüglich von einem unauflösbaren Widerspruch. Die Pflege soll einerseits nach dem pflegefachlichen Anspruch patienten- bzw. personenorientiert sein. Sie hat sich an dem individuellen Pflegebedarf, zu dem auch psychische Bedürfnisse gehören, auszurichten, sie beinhaltet Interaktion und Kommunikation, sie hat die Selbstständigkeit zu fördern und die Wiederherstellung der Gesundheit anzuregen, sie hat das Selbstbestimmungsrecht und die individuelle Situation zu berücksichtigen. Pflegende haben sich an den Maßstäben guter Pflege und den Bedürfnissen der Pflegenden zu orientieren usw. usf. (Kersting, S. 25). Andererseits gibt es unabweisbare ökonomische Zwänge, die genau diesen Grundsätzen guter Pflege entgegenstehen. Dieser Widerspruch besteht nicht einfach darin, dass Pflegende Rahmenbedingungen vorfinden, die ihnen keine personenzentrierte Pflege gestatten. Er besteht auch nicht einfach darin, dass zwischen formulierter Anspruchsnorm und pflegerischer Praxis ein Widerspruch besteht. Der Widerspruch ist systemisch formuliert. D. h., Anspruchsnormen, die in verschiedensten Texten unveräußerlich formuliert sind, widersprechen der wirtschaftlichen Verfasstheit der Pflege. Die Systemlogik der Pflege muss, gleichgültig wie viele Ressourcen in diesem System gebunden werden, zwingend effizient, ressourcenoptimiert, wirtschaftlich sein. Sie generiert ein wirtschaftlich dominiertes Verhalten, das den gesamten Pflegealltag, alle Kommunikations- und Interaktionsprozesse, alle Pflegehandlungen, alle Personalentscheidungen, alle Lieferantenbeziehungen usw. usf. bestimmt. Pflegende repräsentieren ein von wirtschaftlichen Zwängen völlig unabhängiges (psychisches) Bedürfnisspektrum ab, das Tom Kidwood mit Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität beschrieben hat, für die das System keine annäherungsweise vorhandenen Ressourcen zur Verfügung stellt. Dieser Widerspruch ist in dieser Form in die institutionelle Praxis eingeschrieben und konstituiert diese. Kein Krankenhaus, keine Pflegeeinrichtung verzichtet darauf, in ihren Leitnormen sich auf Menschenrechte, auf eine menschenrechtsbasierte Pflege, auf die Wertschätzung der Würde und Individualität des Patienten, auf Achtung, Förderung und Schutz der Persönlichkeit des Pflegebedürftigen zu beziehen, ohne dass diese Ansprüche nur annäherungsweise eingehalten werden können (Kersting, S. 231).

Dieser Widerspruch hat in den letzten Jahren ungeachtet politischer Statements eher zu- als abgenommen. Stellenabbau, Wettbewerb und Privatisierungen haben insbesondere im Krankenhausbereich zugenommen. Mängel in der pflegerischen Versorgung sind dort nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Als Problemfelder gelten seit vielen Jahren insbesondere die Sicherstellung einer angemessenen „Überwachung“ von verwirrten Patienten (der Begriff Überwachung erscheint eher grundsätzlich unangebracht), die Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten (auch der Begriff der fachgerechten Lagerung erscheint grundsätzlich unangemessen), Gesprächshäufigkeit, die Unter-

stützung der Nahrungsaufnahme und die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. Nur jede dritte Pflegekraft konnte zu diesem Zeitpunkt uneingeschränkt sagen, dass die pflegerischen Maßnahmen, die als notwendig erachtet wurden, in aller Regel auch durchgeführt werden konnten (Pflegethermometer, S. 7 f. und Kersting S. 28 f.).

2. Die Normalität der Regelverletzung

Dieser Widerspruch zwischen Anspruchsnorm und der Unmöglichkeit, sie im Pflegealltag umzusetzen, führt, da er innerhalb des Systems nicht lösbar ist, nach Karin Kersting notwendig zu Regelverletzungen. Das Wesen dieser Regelverletzungen besteht weder im Protest gegen die Norm, die nicht erfüllbar ist, noch in einer Systemrevolte, die sich gegen das Pflegesystem richtet, das normengerechte und vollumfängliche Pflege nicht zulässt, sondern in mehr oder weniger kleinen Abweichungen von Pflegenormen und gebotenem pflegerischen Handeln, die für die Förderung der Selbständigkeit und das Wohlbefinden der Gepflegten notwendig wären (ebd., S. 40). Es handelt sich offenbar um Regelverletzungen unterhalb von Prüfnormen und arbeitsrechtlichen Regelungen, die den Handelnden sehr wohl bewusst sind, aber eine selbstlegitimatorische Kraft besitzen. Pflegekräfte (wie übrigens auch Ärzte) wissen in aller Regel, was für Menschen mit einem Pflegebedarf wichtig und notwendig wäre, und sie würden dieses Wissen auch umsetzen, wenn nicht Systemvoraussetzungen, die sich u. a. in Zeitknappheit, Personalmangel, Ressourcenbegrenzung manifestieren, ihrem Handeln objektive Grenzen setzen würden. Es ist ganz offensichtlich ein erzwungenes Arrangement, das auf Kompromissen beruht. Um dieses Arrangement mit seinen Umständen geht es. D. h., Karin Kersting geht es nicht um die Auswirkungen der Systemlogik und der Pflegepraxis auf die Pflegebedürftigen – hier meint sie, dass man deren leidvollen Erfahrungen nur vermuten kann (ebd., S. 230) –, sondern um Handlungsmuster von Pflegenden. Wie gehen sie mit diesem eklatanten Widerspruch, den sie spüren, um? Werden sie verrückt oder verzweifeln sie? Verstricken sie sich selbst in Handlungswidersprüche? Neigen sie zur Flucht in Krankheit und Burnout?

3. Strategien der Bewältigung des Pflegealltags

Karin Kersting meint hier, in der Regel werden Pflegende nicht verrückt. Sie halten diesen unauflösbaren Widerspruch zwischen Anspruchsnorm und Regelverletzung aus. Sie entwickeln Kompensationsstrategien. Das generalisierende Handlungsmuster beschreibt sie mit der Metapher der Kälte. Indem Pflegende es lernen, sich „kalt machen“ gelingt es ihnen, die Verletzung der Norm hinzunehmen. Dieses „sich kalt machen“ (coolout – auskühlen) ist durchaus missverständlich. Denn natürlich liegt es nahe, sie, die Metapher der Kälte, so zu interpretieren, wie sie im Allgemeinen und durch eine lange literarische Tradition konnotiert ist. Die (Gefühls)kälte steht als universelle Metapher seit Jahrhunderten für den Verlust von Emotionen, weil die Realität sie nicht zulässt, für den Verlust von Liebe und Liebesfähigkeit. Verbot der Liebe, insofern sie wärmt (Thomas Manns Adrian Leverkühn). Aber das meint, was durchaus nicht schlüssig wirkt, Karin Kersting nicht. Coolout bedeutet nicht emotionale Kälte von Pflegenden oder das Pflegende abstumpfen oder sich nicht mehr für die Bedürfnisse der Patienten interessieren würden (ebd., S. 236), sondern Kälte bezieht sich zum einen auf das, was die Strukturen des Gesundheits- und Pflegewesens produzieren. Sie zwingen zum funktionalen und nicht zum sorgenden, umsorgenden und liebenden Handeln. Die Strukturen sind Kälte

verursachend, nicht die Menschen sind „kalt“. Zum anderen beschreibt die Metapher die Reaktion der Pflegenden auf diese Situation. Pflegende entwickeln vielfältige Strategien, um mit diesen strukturellen Bedingungen umzugehen, wodurch sie zweifellos auch reproduziert werden.

Solche Anpassungsstrategie sind durchaus unterschiedlich, und Pflegende entwickeln sich offenbar in ihrem Berufsleben. Pflegende übernehmen im Sinne einer regelkonformen Reaktion fraglos die normenverletzende Handlungsmuster und nehmen sie unbewusst wahr. Sie können sich als Opfer von Umständen oder auch als Täter fühlen, die falsche Praxis idealisieren, kompensatorische Handlungs- und Verarbeitungsformen für eine falsche Praxis entwickeln oder auch individuelle Lösungen anstreben, um mit schwierigen Verhältnissen klar zu kommen. In reiferen Reaktionsformen reflektieren sie die Widersprüche, die sich in der Pflegepraxis manifestieren und ihre eigenen Handlungsmuster. Sie können dann den Charakter einer reflektierten Hinnahme des Unvermeidlichen, einer Identifikation oder eines Protestes annehmen.

Solche differenzierten Bewältigungsstrategien mag es in vielen Berufen geben, die mit unauflösbaren Widersprüchen konfrontiert sind. Auch Ärzte, Psychologen, Erzieher, Lehrer, Physiotherapeuten sind mit Anspruchsnormen, ärztlichen Leitlinien, fachlichen Überzeugungen (etwa einer Präventions- und „sprechenden“ Medizin), berufsethischen Normen konfrontiert, denen sie aus ökonomischen Zwängen in nicht genügendem Maße Rechnung tragen können. Selbst MitarbeiterInnen im Kundenservice, die Leitlinien der Kundenfreundlichkeit und Kundenorientierung, Servicenormen u. ä. verpflichtet sind, stehen unter ökonomischem Druck. Vielleicht besteht der gravierendste Unterschied darin, dass Pflegende mit der vulnerabelsten Gruppe von Menschen umgehen, deren Teilhabeansprüche und Selbstbestimmungsrechte am Lebensende am stärksten gefährdet sind.

Vorschläge, wie man solche fundamentalen Widersprüche systemisch auflösen kann, sind rar und wenig überzeugend. Cornelia Heintze plädierte für eine Orientierung an skandinavischen Systemen (Heintze, 2013). Rainer Linz (Pseudonym, 2018) diskutiert verschiedene sehr grundsätzliche Vorschläge, die auf einen Systemwechsel hinauslaufen, der angesichts der starken Akteure im Pflegemarkt eher unrealistisch erscheint. Das Pflegestärkungsgesetz III orientiert auf eine stärkere Verantwortung der Kommunen in der Pflege und die Entwicklung einer modernen Sorgekultur. Solche Ansätze wurden u. a. von Thomas Klie entwickelt, der gleichermaßen Menschenrechtsverletzungen in der Pflege konstatiert. Er plädiert für eine programmatische Einbindung von Angehörigen und der Zivilgesellschaft, wobei auch die sozialen Professionen ihre menschenrechtlich problematischen Routinen reflektieren müssten (Klie 2019, S. 85). Martin Büscher bezieht sich auf ein multirationales Management, dass die ökonomischen mit medizinischen, pflegewissenschaftlichen, sozialwissenschaftlichen und Menschenrechtsperspektive harmonisiert (Büscher 2019, S. 104). Auch Karin Kersting plädiert für Systemänderungen, die in concreto aber eher allgemein und unbestimmt sind. Dennoch sind ihr Buch sowie ihre Studien zum „Coolout“ ein wichtiges Plädoyer für eine menschenrechtsbasierte Pflege sowie eine Veränderung des Pflegesystems.

III. Das Personsein von demenzerkrankten Menschen (und Pflegenden) zwischen Anspruch und Wirklichkeit — Zum Umgang mit Demenzerkrankten

1. Die Symptomatik von Demenzerkrankten

Der Umgang mit Demenzerkrankten zählt zu den schwierigsten Herausforderungen in der Pflege. Menschen, die an einer Form der Demenz leiden, gelten in der defizitären Perspektive als verwirrt. Sie leben in anderen Zeiten. Sie haben progredierende kognitive Verluste.

Eine reziproke Kommunikation mit ihnen scheint unmöglich. Die konsensuell geltenden Regeln einer verständnisorientierten Kommunikation scheinen nicht zu gelten. Ihr Verhalten, das als „herausfordernd“ beschrieben wird, erscheint stark verändert und wird als problematisch und störend empfunden. 60-90 % der in Langzeitpflegeeinrichtungen lebenden demenzerkrankten Menschen zeigen, so die Autoren einer Studie, die die Wirkung von Alltagsinterventionen auf Demenzerkrankte untersuchen, in diesem Sinne als „herausfordernd“ (S. 11).

Herausforderndes Verhalten gilt als norm- und kulturell abweichend. Pflegende nehmen bei demenzerkrankten Menschen je nach Krankheitsverlauf gehäuft extrovertierte Handlungs- und Verhaltensweisen wie Eigen- und Fremdaggression, vokale Disruptionen, Unruhe, Ratlosigkeit, repetierende Fragen und Aussagen, stereotype und ritualisierte Handlungen wahr (S. 13).

Dabei ist die soziale Situation von Demenzerkrankten häufig bedrückend. Sie leben in sozialen Schutzräumen, die ihnen zwar Pflege zukommen lassen, die aber hochgradig exkludiert und exkludierend sind. Sie werden im öffentlichen Raum nicht wahrgenommen. Es ist selten, dass Demenzerkrankte an Konzerten, an Sportereignissen, an Tagungen usw. teilnehmen. Selbst im Alltag, beim Einkaufen, in Gaststätten, in Schwimmbädern sind sie nicht sichtbar.

Aus ressourcen- und inklusionsorientierter Perspektive sind Demenzerkrankte ganzheitlich zu sehende Menschen, die bis in die Spätstadien ihrer Krankheit zu einer sinnvollen Kommunikation fähig sind. Sie sind Menschen mit Ressourcen, die zu würdigen sind. Insofern haben sich in der Inklusionsperspektive nicht Erkrankte, sondern das System anzupassen, in dem diese leben.

2. Therapeutische und kommunikationsorientierte Ansätze des Umgangs mit Demenzerkrankten

In der Altenpflege galt das **Realitätsorientierungstraining** lange Zeit als eine Möglichkeit, die geistige Aktivität von demenziell veränderten Menschen zu fördern. Vor allem sollte die räumliche, zeitliche und persönliche Orientierung sowie Alltagskompetenzen erhalten und gestärkt werden. Sein Anliegen war die Aktivierung kognitiver Leistungsfähigkeit, der Erhalt von Alltagskompetenzen, die Förderung und Erhaltung des sozialen und gesundheitlichen Status, die Steigerungen von Konzentration und Orientierung sowie die Reduktion von Angst und Stress. Beim Realitätsorientierungstraining gehen Pflegekräfte von der Realität von als allgemein akzeptierten Wahrnehmungen aus, die für Demenzerkrankte wieder aktualisiert werden sollen. Orientiertes Verhalten wird belohnt, während desorientiertes Verhalten sanktioniert wird. Im Duktus ist es korrigierend und auf Lernerfolge orientiert. In diesem Sinne wurden Wohnbereiche mit Symbolen, Farben, metaphorischen Signalwörtern u. dgl. und Tagesabläufe so gestaltet und strukturiert, dass sie Orientierung ermöglichen und erleichtern. Einerseits sollen Erkrankte auf diese Weise nicht überfordert, andererseits sollen sie in die Welt der und des “Normalen“ wieder zurückgeholt werden.

Evaluierende Studien haben festgestellt, dass Realitätsorientierungstraining und eine realitätsorientierende Kommunikation bei progredierenden Erkrankungen nur begrenzte Wirkung haben. Sie sind im Grundsatz defizitorientiert. Sie führen auf beiden Seiten wegen anhaltender Erfolglosigkeit zur Frustration.

Umgebungs- und milieutherapeutische Ansätze erschienen da sinnvoller. Sie versuchen an den lebensbiografischen Ressourcen anzusetzen. Unter Milieutherapie versteht man verschiedene psychosoziale Therapieverfahren, bei denen der Patient in eine temporäre Lebensgemeinschaft eingebunden ist. Heimbewohner und Pflegekräfte bilden eine Art Lebensgemeinschaft auf Zeit, von der Strukturierungs- und Animationsimpulse ausgehen. Regeln werden gemeinsam erarbeitet, Räume gestaltet, der Tages- und Wochenablauf geplant. Im besten Falle sind solche Impulse lebensbiografisch orientiert, so dass sie die personale Identität der Erkrankten stärken und stabilisieren. Die Motivation und Einbindung der Patienten durch das Pflegepersonal sind dabei essentiell. Milieutherapeutische Ansätze wollen ganz ausdrücklich das Mitwirken und die Selbstgestaltung fördern. Nur auf diese Weise kann ein personaler Bezug zur eigenen Biografie hergestellt und Gefühle der Selbstwirksamkeit der Erkrankten gestärkt werden.

Als wirksam haben sich des Weiteren verschiedene Formen der **Erinnerungs- oder Biographiearbeit** erwiesen. Mit ihr wurde belegt, dass sie das subjektive Kohärenzgefühl von an Demenz erkrankten Menschen stärken können. Positiv aktualisierte Erinnerungen stellen eine metaphorische Ressource der Gegenwart dar (Kidwood, S. 107). Insofern geht es in der Biografiearbeit nicht in erster Linie um eine Art Gedächtnistraining, sondern um subjektive Hinwendung zum Erkrankten und um die Stärkung seiner Identität und seines Selbstwerts.

Als in der Pflege in den letzten Jahren dominierende Konzepte gelten die **Integrative Validation**

nach Naomi Feil und Nicole Richard sowie **basale Stimulation**. Diese beiden Methoden und Verfahren fanden neben einer verstehenden Diagnostik, der Anwendung von Assessmentinstrumenten, einer Erinnerungspflege und einer Bewegungsförderung Eingang in „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“. Sie sind derzeitig die dominierenden Verfahren in der Altenhilfe (Rahmenempfehlungen).

Integrative Validation als Kommunikationsverfahren und Umgangsweise (und nicht wie bei Naomi Feil als therapeutisches Verfahren) geht von zwei grundlegenden Haltungen gegenüber Demenzerkrankten aus: Wertschätzung und Ressourcenorientierung. Jemanden zu validieren bedeutet, den Erkrankten so anzunehmen, wie er ist. Validation will Vertrauen schaffen, Empathie zeigen, emotionales Einfühlen, den Erkrankten in seiner Befindlichkeit spiegeln und Sicherheit herstellen. Der Patient soll nicht korrigiert und an einer für den Erkrankten inadäquaten Realität, sondern an seiner subjektiven Wahrnehmung orientiert werden. Es gilt, den Erkrankten in seiner subjektiven Welt wahr- und ernst zu nehmen.
Diese Ansätze der Umgehens- und Kommunikationsweise, denen von verschiedener Seite theoretischer Eklektizismus vorgeworfen wurde und die kaum evaluiert wurden, bedienen sich verschiedenster sprachlicher, nichtsprachlicher, körperbezogener Techniken, die, so ist der Anspruch, im Pflegealltag angewendet werden sollen. Insofern bedarf es zu ihrer Anwendung keines gesonderten Settings. Sie ist Teil der Kommunikation und Pflegekultur einer Einrichtung.

Basale Stimulation ist ein Konzept, das von Andreas Fröhlich in den 1970er Jahren begründet wurde. In ihm geht es um die Kontaktgestaltung zwischen Menschen mit schwerster Beeinträchtigung und ihrer sozialen wie dinglichen Umwelt. Es will für Demenzerkrankte essentielle Wahrnehmungsbereiche aktivieren und Körper- und Bewegungserfahrungen ermöglichen. Damit soll ein Zugang zur aktuellen Umwelt ermöglicht und erleichtert werden. Dabei rekurrieren die Autoren des Konzepts nicht auf artifizielle Settings und standardisierte Übungen. Fröhlich geht es eher um die Gestaltung von kommunikativen Situationen und sinnstiftenden Dialogen, die sich auf alle aktualen Sinne des Demenzerkrankten beziehen können. Ihm geht es um eine adäquate Beziehung und Beziehungsgestaltung (siehe Fröhlich, 2016).

Beide Methoden und Verfahren sind im Pflegebereich weit verbreitet. Sie gehören zur Grundausstattung von Weiterbildungen von Pflege- und Betreuungskräften. Allerdings sind sie in ihrer Wirksamkeit kaum adäquat evaluiert.

3. Das Forschungsdesign einer Studie zur Wirksamkeit von Kommunikationsverfahren mit Demenzerkrankten

An der ungenügenden evaluativen Forschungssituation setzt die Studie zum „Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ von Matthias Dammert, Christine Keller, Thomas Beer und Helma Bleses an. Sie wollen die Umsetzung, Anwendung und Wirkung der Integrativen Validation und Basalen Stimulation im Pflege- und Therapiealltag in Pflegeeinrichtungen untersuchen (Dammert u.a., S. 15). Dabei richten sie ihren Fokus auf die Interaktion zwischen Personen mit Demenz, die herausforderndes Verhalten zeigen, und professionell Pflegende. Ihre Fragestellungen sind u. a.:

» Basieren die kommunikativen Handlungen von Pflegekräften auf intentionalem Handlungswissen?

» Lassen sich aus der Anwendung der Konzepte allgemeine Rückschlüsse für einen allgemeinen Umgang mit Demenzerkrankten ziehen?

» Wie kommen die Konzepte der Integrativen Validation und Basalen Stimulation im Pflegealltag mit Personal- und Zeitmangel überhaupt zum Einsatz?

Dabei wenden die Autoren der Studie, die sie in vier Nicht-Anwender-Einrichtungen und zwei Anwender-Einrichtungen sowie mit 53 Personen mit diagnostizierter Demenz durchführten, verschiedene Methoden an. Sie wechselten zwischen teilnehmender Beobachtung und beobachtender Teilnahme. Sie analysierten Handlungsschemata, Interaktionsprozesse, Routinen und Strategien der Pflegenden im Umgang mit den Bewohnern. Sie führten Einzelfallbeobachtungen durch, analysierten Videoaufzeichnungen und Gesprächs- und Beobachtungsprotokolle. Sie führten situative Gespräche mit

Pflegekräften und Interviews durch (S. 28 ff.). Die Ergebnisse dieser Studie sind überaus erhellend, konzise und unprätentiös formuliert, aber gleichermaßen ernüchternd.

4. Wirksamkeit von Kommunikationsverfahren mit Demenzerkrankten

Deutlich wird, was Besuchern von Pflegeeinrichtungen vertraut ist und intuitiv einleuchtet, Verschiedenes:
Pflegemitarbeitende verbringen nur wenig Zeit im Aufenthaltsraum, wobei es sich genau um den Raum handelt, in dem an Demenz erkrankte Bewohner sich am längsten und häufigsten aufhalten. Demnach ist auch die Kontakthäufigkeit von Pflegenden mit Demenzerkrankten gering. Kontaktaufnahme erfolgt von professionell Pflegenden vor allem als Reaktion auf als herausfordernd empfundene Verhaltensweisen. Kommt es zu Störungen, zu Streits und Stress zwischen den Bewohnern, zu Konflikten oder andauerndem Rufen, dominieren intervenierende Oberflächenkontakte, die das Anliegen haben, Ruhe herzustellen. Solange aus funktionalen Gründen kein Anlass für Kontakte besteht und die Bewohner sich ruhig verhalten, suchen Mitarbeitende meist keinen Kontakt (ebd., S. 20 ff.).

Der Umgang und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Bewohnern wirken funktional orientiert und oberflächlich. Es handelt sich zumeist, wie die Autoren feststellen, um unnatürliche, desinteressierte, mechanische, flüchtige und kurze Kontakte im Modus des Vorbeigehens und des Ignorierens von authentischen Äußerungsformen, die allenfalls und im positiven Sinne tröstenden Charakter tragen. Die Kommunikation der Pflegenden mit Demenzkranken führt, hier berufen sich die Autoren auf Tom Kidwoods, zum „Untergraben des Personseins “ (Kidwood, 2019). Es handelt sich seitens der Pflegenden im Kern um eine Objektbeziehung zum Gepflegten. Personenzentrierte, aktiv gestaltete Interaktions- und Kommunikationshandlungen sind weder selbstverständlich noch die Regel. Sie stellen eine Ausnahme dar (S. 39, S. 58). Dagegen nehmen funktionale Aspekte der Körperpflege, der Medikamentengabe und Dokumentationsaufwendungen einen viel breiteren Raum ein.

Dabei haben personenzentrierte Interaktionen, direkte und individuelle Ansprachen, auch das konnten das Forscherteam beobachten, unmittelbar positive Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden. An Demenz erkrankte Menschen wünschen sich offenbar Bindung, Trost, Einbeziehung, die ihnen nur selten zu Teil werden (S. 62). Positive Kommunikation lässt sich dann nachweisen, wenn es Mitarbeitenden gelingt, einen persönlichen, emotional grundierten Kontakt mit dem Bewohner aufzunehmen. Den Pflegenden ist bewusst, dass die Beziehungsorientierung in der Pflege wichtig ist und dass es im Grundsatz um das Herstellen vertrauter und verlässlicher Beziehungen geht (S. 54). Ressourcen werden mobilisiert und Aufmerksamkeit erzeugt. Fehlt diese Fokussierung auf den Pflegebedürftigen, zeigen sie andere und auffällige Verhaltensweisen. In diesem Kontext konstatieren die Autoren die offensichtliche Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach individueller Zuwendung und Ansprache der Pflegebedürftigen und der eher distanzierten funktionalen Interaktion der professionell Pflegenden (S. 40).

Mitarbeitende in der Pflege stehen den Ansätzen der Integrativen Validation und basalen Stimulation positiv gegenüber. Aus den spezifischen Einzelfallbeobachtungen schließen die Autoren, dass Pflegende durchaus auch vereinzelt Elemente einer intentionalen Kommunikation anwenden, in solchen Fällen aber eher intuitiv. Eine systematische und regelmäßige Anwendung und Umsetzung der empfohlenen Verfahren der Integrativen Validation und basalen Stimulation findet aber nicht statt bzw. ist nicht zu erkennen (S. 41). Einzelne Mitarbeitende spiegeln gelegentlich eher intuitiv die emotionalen Befindlichkeiten der Erkrankten und sind auf diese Weise empathisch. Mitarbeitende reagieren aber insbesondere dann, wenn Bewohner extrovertierte, emotional erregte Verhaltensweisen wie lautes Schreien, Lautieren oder Streitlust zeigen (S. 42). In ihren kommunikativen Strategien orientieren Pflegende dann auf Beruhigung und Ablenkung, nicht auf Empathie und Spiegelung, was das Gegenteil von validierenden Methoden ist. Die Anwendung beider Methoden geschieht sehr uneinheitlich und orientiert sich nicht an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz, wozu die Beobachtung gehört, dass keiner der Mitarbeitenden Ziele benennen konnten, warum sie eine bestimmte Methode anwenden. Eben so wenig war erkennbar, durch welche abgesprochenen und regelmäßigen

Handlungen sie Ziele verfolgen möchten (S. 44). Diese Orientierung auf die „verhaltensauffälligen“ BewohnerInnen legt die Annahme nahe, dass mit „unauffälligen“ an Demenz erkrankten Menschen so gut wie keine Kommunikation stattfindet.

Vor allem in Krisensituationen und im Zusammenhang mit starken Gefühlen und Gefühlsausbrüchen finden Methoden und Instrumente der Integrativen Validation keine Anwendung. Mitarbeitende begründen ihre Praxis damit, dass sich Menschen mit Demenz mit dieser Methode nicht beruhigen lassen. Sie befürchten, dass sich durch eine Anwendung Gefühle der Trauer, der Wut, der Aggression eher verstärken könnten (S. 45). Daher ihre Strategie der Ablenkung.

Unterschiede in der Kommunikation mit Demenzerkrankten scheint es zwischen Pflegepersonal und Betreuungskräften zu geben, die häufig geringqualifiziert und niedrig bezahlt sind. Betreuungspersonal ist auf der Ebene der Kommunikation für Menschen mit Demenz präsenter, wobei deren Bemerkungen gegenüber dem Pflegepersonal nicht oder nur mit geringem Interesse wahrgenommen werden. Das Verhältnis zwischen beiden Berufsgruppen scheint häufig angespannt, durch Konkurrenz belastet und hierarchisch geprägt zu sein. Mehrere Betreuungspersonen artikulierten gegenüber den Autoren der Studie, dass sie sich am unteren Ende der Hierarchie empfinden. Sie fühlen sich von Pflegekräften nicht ernstgenommen und gewertschätzt. Diese sähen die Betreuungstätigkeiten nicht als „richtige“ oder gar keine Arbeit an.

Sowohl die Integrative Validation als auch Basale Stimulation basieren auf der Einfühlung und der emotionale Anteilnahme der Pflegenden mit dem Erkrankten. Sie implizieren Nähe, wobei sie gleichzeitig professionelle Distanz unterstellen. Als Problem erweist sich, dass Vertrauensaufbau bei an Demenz erkrankten Menschen Erwartungen hervorruft, die Pflegende gleichsam unmöglich erfüllen können. Aus Zeit- und anderweitigen Gründen, vor allem aber auch deshalb, weil empathische Aufmerksamkeitsressourcen begrenzt sind, lässt das Pflegesetting in Heimen nur eine limitierte „Ökonomie der Aufmerksamkeit“ zu. So bestätigen Mitarbeitende in der Pflege ihre Schwierigkeit, Gefühle von Demenzerkrankten überhaupt wahrzunehmen und diese spontan zu deuten und zu benennen (S. 48). Sie berichten aber darüber hinaus, dass gerade der Beziehungsaufbau und die Anteilnahme an Gepflegten, die zum moralischen Ideal guter Pflege gehören, als belastend empfunden werden. Der Unterschied zur Krankenhauspflege sei, dass die Gepflegten länger da seien. Man wolle aber nichts an sich rankommen lassen, sondern funktionieren und eine Dienstleistung erbringen, zu der die emotionale Anteilnahme nicht gehört (S. 74). Auf diese Weise entwickeln professionell Pflegende eher Vermeidungsstrategien. Sie konzentrieren sich auf Körperpflege. Sie versuchen, das Verhalten der Bewohner auf die Erfordernisse des Heimbetriebs und die eigene Belastbarkeit hin anzupassen. Passive Formen der Minimierung von Belastungen bestehen im Ausblenden biografischer Bezüge und Zukunftserwartungen der Älteren. Zu Formen der Aufwandsökonomie gehören des Weiteren Kontaktvermeidung, Kontakteinschränkungen und selbst der Kontaktabbruch, die selektive Wahrnehmung der alten Menschen und ihrer Belange, die Versachlichung der Beziehung, das Ausblenden emotionaler Betroffenheit, die Distanzierung in der Sprache sowie die Aufwertung administrativer und praktischer Arbeiten. Geht es Pflegenden darum, den Aufwand zu reduzieren, um das eigene Selbst zu schützen, werden die unreflektierten Bedürfnisse von demenzerkrankten Menschen als Gefahr empfunden, die es abzuwehren gilt (S. 76 f.).

Diese Ressourcenökonomie, der sich Pflegende ausgesetzt sehen, korrespondiert mit einem Dilemma, das im Rahmen der empathie- und akzeptanzbasierten Verfahren der Integrativen Validation und basalen Stimulation nicht aufzulösen ist. An Demenz erkrankte Menschen orientieren sich an ihren inneren Realitäten. Sie denken weder in Abläufen noch in Notwendigkeiten. Eine eingenässte Bettwäsche, auf dieses Beispiel verweisen die Autoren der Studie, muss aber ungeachtet des erklärten Selbstbestimmungsrechts und gegen den Widerstand des an Demenz Erkrankten gewechselt werden (S. 49). Man könnte auf unzählige weitere Beispiele verweisen. Ein Dekubitus gefährdeter Patient muss in seiner Liegehaltung verändert, Medikamente müssen verabreicht werden. Solche Situationen können in der Konsequenz nicht nur zu Konflikten und Aggressionen, sondern auch zu „Zwangshandlungen“ führen, die mit den Methoden der Integrativen Validation nicht kongruent sind.

In ihrer Reflexion, warum Pflegende Methoden der Integrativen Validation und Basalen Stimulation nicht oder nur wenig anwenden, verweisen Pflegende auf bekannte institutionelle Rahmenbedingungen und Hemmnisse: auf einen Mangel an Zeit, auf fehlendes Personal, hohe Fluktuation, zu wenig Fachpersonal, fehlende Unterstützung und Hilfen beim Anwenden der Konzepte, unzureichende Teamarbeit, ungenügenden Informationsaustausch sowie auf mangelnde Kooperation zwischen den Berufsgruppen. Fallbesprechungen sind selten, an denen die Betreuungskräfte, die in der Regel mehr biografisches und Fallwissen über die Bewohnerinnen und Bewohner haben, zumeist nicht teilnehmen.

Als paradox erscheint, dass Pflegende die Konzepte der Integrativen Validation und Basalen Stimulation, so die Autoren, auch dann nicht anwenden, wenn sie dem Anschein nach über ausreichende personelle und zeitliche Ressourcen verfügen. Das heißt, auch dann, wenn es offensichtlich zeitliche Ressourcen gäbe, gehen Pflegende nicht aktiv auf die Bewohnerinnen zu. „Sie nehmen keinen Kontakt auf, der den Bindungsimpulsen von Personen mit Demenz entsprechen könnte." (S. 56).
Über die Ursachen solcher Verhaltensweisen kann man nur spekulieren. Offensichtlich handelt es sich um eine „Verhaltensökonomie", wie man sie in vielen Berufen erleben kann, die vor Erschöpfung schützen soll. Die Autoren der Studie verweisen auch darauf, dass sich eine Reziprozitätsannahme mit an Demenz erkrankten Menschen seitens der Pflegenden kaum herstellen lasse und dass die fehlende Aussicht auf Reziprozität eine adäquate Kommunikation be- und verhindere. Es gibt offenbar kaum Möglichkeiten einer Kongruenzherstellung der Relevanzsysteme (S. 58). Interessant wäre, ob und welche Unterschiede es in der Kommunikation zwischen Gepflegten und pflegenden Angehörigen gibt, deren Erschöpfung man auch als Resultat inkongruenter Kommunikation interpretieren kann.

Im Kern scheint es sich im Verhältnis zu den Gepflegten um eine Objektbeziehung zu handeln. Das funktionale und objektbasierte Verständnis von Pflege und Betreuung entlarvt sich in der Sprache. Die gepflegten Menschen werden „fertig gemacht", das heißt gewaschen, gewindelt ins Bett gebracht. KollegInnen werden, ohne dass man die Doppelbödigkeit des Ausdrucks unterstellen muss, gefragt, wie viele sie schon „fertig gemacht haben". Die konkreten Personen werden häufig nicht mit Namen angesprochen, sondern mit direkten Artikeln oder als Demente bezeichnet.

5. Dilemmata einer gelingenden Kommunikation — das Fazit

Das Fazit ist ernüchternd. Die psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, die man mit Trost, Beistand, Geborgenheit, Sicherheit, Kontrolle, Einbeziehung, Zuwendung, Aufmerksamkeit, Beschäftigung und Bindung beschreiben kann, spielen im Pflegealltag dem Anschein nach – zumindest in den untersuchten Pflegeeinrichtungen – kaum eine Rolle. Solche Ergebnisse, so befremdlich sie erscheinen, sind nicht ganz überraschend und neu. Tom Kidwood hat vor über 20 Jahren auf eine tradierte und durch die Ökonomie dominierte Kultur der Körper-Seele Dichotomie verwiesen, in der Menschen mit ihren vitalen Bedürfnissen auf den Körperstatus reduziert und an Demenz erkrankte Menschen ausgesondert und aufbewahrt werden sowie auf eine in der Pflege vorherrschende maligne Sozialpsychologie. Diese infantilisiert Demenzerkrankte. Sie reduziert sie auf ihren Körperstatus und auf abnehmende kognitive Fähigkeiten. Sie ignoriert, verbannt, entwertet und stigmatisiert an Demenz erkrankte Menschen (Kidwood 2019). Karin Kersting hat auf den unauflösbaren Widerspruch zwischen Patientenorientierung und wirtschaftlichen Zwängen hingewiesen, der im Pflegealltag, der Behandlung und dem Umgang mit Patienten und Pflegebedürftigen spürbar ist. Pflegende flüchten sich in eine Sprache und Umgangsweise der Kälte, um mit den Widersprüchen einer inakzeptablen Praxis zurechtzukommen (Kersting 2016).

Das Ernüchternde der Ergebnispräsentation von Dammert u. a. stellt sich dadurch ein, dass seit über zwei Jahrzehnten durch verschiedenste Studien belegt ist, dass personenzentrierte und therapeutisch begleitete Pflege fortschreitende Krankheitsverläufe positiv beeinflusst. Manche Menschen, so hat es Tom Kitwood vor über 20 Jahren formuliert, durchlaufen ein Maß an Wiederherstellung geistiger Funktionen und erwerben erneut Fähigkeiten der Bedeutungsgebung, die scheinbar verlorengegangen waren (Kitwood, S. 143). Insofern erweisen sich „aufbewahrende" Pflegesettings ohne adäquate Stimulierungsimpulse als sich selbst verstärkende Systeme, in denen eine durch das System forcierte

erlernte Hilflosigkeit die Krankheitssymptomatik verstärkt (Seligman, S. 172 f.).

Man könnte hier einwenden, dass es ganz sicher und insbesondere kleinere Einrichtungen gibt, in denen der liebevolle Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen gepflegt und in die Einrichtungskonzeptionen eingeschrieben ist, dass es von Pflegemitarbeitenden in der Mehrzahl ein aufrichtiges Bemühen um eine gelingende Kommunikation und einen adäquaten Umgang gibt usw. usf. Aber die Ergebnisse der Autoren decken sich sowohl mit anderen Studien als auch mit Eindrücken, die Angehörige beim Besuch von Pflegeeinrichtungen haben: Menschen mit Demenz erhalten in stationären Pflegesettings keine ausreichende, ihren psychischen Bedürfnissen entsprechende personenzentrierte Pflege. Professionell Pflegende handeln und kommunizieren, aus welchen Gründen auch immer, überwiegend funktional und an der Oberfläche. An Demenz erkrankte Menschen suchen Sicherheit durch Nähe, Pflegende suchen das Gegenteil: (personale) Sicherheit durch Distanz, die ihnen, wie die Autoren vermuten, Kontrolle über Arbeitsbelastungen und eigene emotionale Bedürfnisse sichert (Dammert u.a., S. 78 f.).
Die Analyse dieser Situationen ist offenbar schwieriger, als es dem Anschein hat. Jedenfalls scheinen ungünstige Rahmenbedingungen, schlechte Personalausstattung, über die allenthalben geklagt wird, strukturelle Unzulänglichkeiten usw., nur ein Teil der Wahrheit zu sein. Die Autoren der Studie stellen jedenfalls den Verdacht in den Raum, dass Mitarbeitende auch bei besseren Rahmenbedingungen nicht anders oder zumindest nicht wesentlich anders handelt würden. Interessant wäre, ob es deutliche Unterschiede im Verhältnis zwischen Pflegenden und nichtdementen Pflegebedürftigen gibt. Hier erscheint eine reziproke Kommunikation möglich zu sein. Oder ob es pflegenden Angehörigen gelingt, eine andere Qualität der Kommunikation und Fürsorge im Pflegealltag mit ihren demenzerkrankten Partnern zu leben. Oder ob es in Wohngruppen von Demenzerkrankten Unterschiede zu traditionellen stationären Pflegesettings gibt.

Die Aporie scheint jedenfalls darin zu bestehen, dass Pflegende Demenzerkrankten Gefühle und emotionale Bindungsabsichten entgegenbringen sollen, wie sie bestenfalls nur für Angehörige, Partner und Familienmitglieder bestehen und aktiviert werden können. Sie selbst befinden sich aber in erster Linie in einem Dienstleistungs- und in jedem Falle in einem arrangierten Verhältnis zum Pflegenden, das ihnen den Gelderwerb sichert. Der hohe Pflegeanspruch nach einer personenzentrierten Pflege trifft auf eine komplexe Wirklichkeit, die vielfach unvereinbar erscheinen (ebd., S. 81). Als Aporie erscheint auch, dass der Umgang mit demenzerkrankten Menschen häufig keine Reziprozität ermöglicht. Pflegende sind in der Innenbeziehung zu ihnen immer die Gebenden und die emotional sich Verausgabenden. Sie sollen Selbstkontrolle kommunizieren, während ihnen fehlende Kontrolle gespiegelt wird. Sie können in der Regel gerade von denjenigen, denen sie Aufmerksamkeit, Bindung, Anteilnahme usw. geben sollen, keinen adäquaten Bindungswert erwarten, der ihre personale Identität stärkt. Die Abwehr erscheint als Strategie, eigene Erschöpfung zu verhindern.
Insofern stoßen personen- und emotionsorientierte Konzepte des Umgangs mit demenzerkrankten Menschen an Grenzen. Sie erscheinen in ihrem normativen Anspruch als unrealistisch und idealisiert (ebd., S. 84). Jedenfalls spiegeln sie nicht die komplexe Wirklichkeit des Pflegealltags wider. Der Umgang der Pflegenden mit Demenzerkrankten ist viel weniger empathieorientiert als „emotionale Gefühlsbeeinflussung“. Es dreht sich im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen weniger um einfühlendes Verstehen oder um das, was sich Demenzerkrankte wünschen, sondern Pflegenden geht es darum, deren Wünsche mit den Realitäten des Pflegealltags zu vereinbaren, zu denen auch die emotionale Stabilität der Pflegenden gehört. Pflegenden geht es in erster Linie um die Überschaubarkeit des Pflegesettings sowie um eine Minimierung von Selbst- und Fremdgefährdung der an Demenz erkrankten Menschen (ebd., S. 87).
Die Autoren verbinden ihr Fazit nicht mit einem Vorwurf etwa an die Pflegenden. Das würde ihrer schwierigen Arbeitssituation nicht gerecht werden. Vielmehr plädieren sie dafür, dass Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie gleichwohl und gleichermaßen auch den Mitarbeitenden gebührt (ebd., S.82). Man müsste personen- und emotionsorientierte Umgangskonzepte eben nicht nur aus der Sicht von demenzerkrankten Menschen denken, sondern den Blick auf die Mitarbeitenden richten. Auch Pflegende können ihr Personsein nicht untergraben. Sie können nur personenorientiert arbeiten, wenn sie selbst personale Identität besitzen und die Bedingungen ihres Arbeitens diese Identität stützen. Dazu gehört offenbar auch, Personen-

orientierung im Verhältnis zu Menschen mit Demenz als Inszenierung zu denken und zu vermitteln (ebd., S. 91). Das würde den normativen Anspruch verringern, der die Pflegebeziehung belastet, und einen Ausgleich von Nähe und Distanz befördern.

Das erscheint am Ende dieser überaus erkenntnisreichen und wichtigen Studie ein wenig unbefriedigend, weil die Inkongruenzen bleiben. Womöglich sind sie nicht befriedigend auflösbar, was die von Paul Baltes beschriebene Janusköpfigkeit des Alters bestätigen würde. Auch die systemischen Bedingungen der hospitalisierenden Pflege, die Ökonomisierungsprämissen, die sich wie ein Schleier auf die Pflegebeziehungen legen, werden von den Autoren kaum berührt.
Dennoch: Man kann dieses Buch und die in ihm vorgestellte Studie nur empfehlen. Sie gibt einen differenzierten und unverstellten Einblick in die Dilemmata und Aporien der Kommunikationswirklichkeit zwischen Pflegenden und an Demenz erkrankten Menschen. Als Lesender wird man in überreichem Maße dafür sensibilisiert, dass Kommunikation und Umgang von Pflegenden mit an Demenz erkrankten Menschen überaus komplex und anspruchsvoll sind und von einem Gelingen nur dann annäherungsweise gesprochen werden kann, wenn demenzerkrankte Menschen wie Pflegende in ihr gut miteinander auskommen können.

Dr. Jan Steinhaußen

Buchempfehlung, auf der der gesamte Beitrag basiert:

Kidwood, Tom; Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Hogrefe 2019

Kersting, Karin; Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, Mabuse 2016

Matthias Dammert; Christine Keller, Thomas Beer, Helma Bleses; Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Untersuchung zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz, Belz Juventa 2016.

Weitere im Text erwähnte Literatur:

Bücher, Martin; Wettbewerb als Leitmotiv. Ordnungspolitische Wiedereinbettung eines öffentlichen Gutes, in: Pflegefachlicher Anspruch und moralische Desensibilisierung, in: Menschenrechtsbasierte Pflege, hrsg. v. Olivia Dibelius und Gudrun Piechotta-Henze, 2019, S. 99-111

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen; https://www.bmfsfj.de/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf

Fröhlich, Andreas; Basale Stimulation in der Pflege: Das Arbeitsbuch (Deutsch), Hogrefe 2016

Heintze, Cornelia; Die Straße des Erfolgs, Metroplis 2013

Kerstin; Karin; Pflegefachlicher Anspruch und moralische Desensibilisierung, in: Menschenrechtsbasierte Pflege, hrsg. v. Olivia Dibelius und Gudrun Piechotta-Henze, 2019, S. 227-239

Kidwood, Tom; Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Hogrefe 2019

Klie, Thomas; Menschenrechte, Pflege und die Pflegeversicherung, in: Menschenrechtsbasierte Pflege, hrsg. v. Olivia Dibelius und Gudrun Piechotta-Henze, 2019, S. 75-86

Linz, Rainer; Die Misere des deutschen Pflegesystems. Eine Anleitung zur Heilung, 2018

Müller-Hergl, Christian; Interview, in: Tom Kidwood, Demenz, S. 263-266

Pflege-Thermometer 2009; https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf

Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf

Seligman, Martin; Erlernte Hilflosigkeit, Beltz 2016

Gesprächsprotokoll mit der 91-jährigen, an Parkinson erkrankten Dr. Ursula Steinhaußen, die seit 6 Jahren in einem Leipziger Pflegeheim lebt. Sie wird von ihrer Tochter in der Regel einmal in der Woche am Sonnabend besucht. Ihr Sohn, der mit seiner Familie in Jena lebt, besucht sie alle zwei bis drei Wochen. Die Fragen stellt der Sohn.

Wer unterhält sich denn im Alltag mit euch?
Na ja, also eigentlich mehr das Betreuungspersonal. Die Pfleger, die müssen ja andere Aufgaben mitmachen. Wenn früh einer bloß alleine da ist, und richtige Unterhaltungen sind relativ selten.

Und gehen eure Pflegenden und Betreuenden auf euch zu, dass sie sich mal mit euch unterhalten?
Also kaum, sehr wenig.

Und über was redet ihr?
Na ja, über Probleme und auch die Zeitung. Die Zeitung lesen aber nur ganz wenige. Also ich kann mich über die Zeitung, über Artikel, die Corona betreffen, unterhalten mit dem Frank (Namen sind geändert). Der ist schon viele Jahre hier, und der ist, glaube ich, aus dem Westen gekommen, und mit dem kann man sich unterhalten, aber nicht lange, dann sagt er Entschuldigung, ich muss zum Nächsten.

Aber kannst du dich jeden Tag mit jemandem unterhalten?
Kaum. Also wenn du Unterhaltung, wenn du da zwei oder drei Sätze drunter verstehst, das kann man jeden Tag, aber meist auch nicht, und das ist ja keine richtige Unterhaltung.

Und wenn das Pflegepersonal kommt, über was unterhaltet ihr euch?
Von sich aus kaum über anderes, sondern über Dinge, die sich aus der Pflege ergeben.

Und hast du den Eindruck, dass sie sich mit den Demenzerkrankten richtig unterhalten?
Die Demenzerkrankten, die haben ja und das wechselt ja, dass sie mal ein interessantes Problem haben, und dann wieder nur, was sie betrifft, oder dann wieder über einen Patienten. Aber über anderes wird auch kaum gesprochen. Da gehen sie kaum drauf ein.

Gibt es Herzlichkeit und emotionale Zuwendung?
Ja das machen manche. Aber da reagieren sie darauf, wie der Patient reagiert. Also ich finde z. B. die Herzlichkeit, die eine echte Herzlichkeit ist, die finde ich relativ selten. Das ist so eine angelernte, so süßlich. Eine, wenn mir eine Pflegerin die Creme verrieben hat, dann sage ich: „Herzlichen Dank“ oder so. Und sie antwortet: „Aber das mach ich doch gern, das mach ich doch immer gern.“ Oder so eine Floskel, und das ist nicht echt.

Befragen sie euch manchmal nach der Vergangenheit, wie es früher war?
Na nur bei Vorträgen. Da kannst du nach Vorträgen fragen, aber sonst relativ selten. In Gesprächen kaum.

Fühlst du dich hier emotional aufgehoben?
Ich nicht. Und einige andere, auch meine Tischnachbarin, die Frau V., die ja so immer der Anne (die Tochter) Komplimente macht, die redet auch immer das Gleiche.

Und kannst du dich mit den anderen Tischnachbarn unterhalten?
Na die Frau S., die hört nicht. Die hören alle schwer. Und wenn ich einen Satz dreimal gesagt habe, dann hast du keine Lust mehr, ein viertes Mal den Satz zu wiederholen. Das ist schwierig, das ist sehr schwierig. Und dann der Krach und das Schreien, also da ist man froh, wenn dann der Schreihals weg ist, oder wenn, die Pfleger, wenn es überhaupt nicht anders geht, dann fahren, dann nehmen sie den vom Essen weg. Von der Mahlzeit und fahren ihn ein Stück weiter nach vorn oder hinten. Wenn er schreit.

Warum schreien oder rufen sie denn?
Na ja, die sind mit irgendetwas nicht einverstanden und rufen dann immer, die sind ungeduldig.

Und wollen nicht warten, weil sie den ganzen Tag rumsitzen und dann gestern die Frau L., die rufen dann immer nach dem Pfleger, der sie vorher dorthin gebracht hat. Und die Pfleger, die reagieren dann oft nicht mehr darauf. Die sagen dann, und das ist auch manchmal sehr unerfreulich, was die von sich geben. Die Frau S., die ruft immer einen der Pfleger, den sie kennt, weil die sind dann einen längeren Zeitraum da und innerhalb des Zeitraums, vierzehn Tage, und da haben die so und so viele Patienten. Und da bleibt gar keine Zeit für ein bisschen längeres Gespräch. Und die Frau S. ruft dann immer „Hallo, hallo hallo," und brüllt dann ganz laut. Und die Frau M., die kreischt ganz laut und hört nicht auf. Und die Frau L. rief gestern immer, und das war neu: „Allah, Allah, Allah, komm zu mir. Allah, Allah komm zu mir. Allah." Und dann: „Ich sterbe, ich sterbe bald. Ich sterbe bald. Allah hilf mir."

Und wie reagieren die Pfleger darauf?
Die reagieren zum Teil gar nicht darauf und wenn es ihnen zu bunt wird, und sie sagen, ich kann jetzt nicht kommen, der eine Pfleger sagt einmal zu der Frau S.: „Ich kann meinen Namen schon gar nicht mehr hören." So oft ruft die. Und die Pfleger, wenn die früh kommen, da waren sie auf der Toilette, und kaum sitzen sie fünf Minuten, dann geht das wieder los. „Lisa, Lisa, Lisa", in so einem Rhythmus.

Also, die Pfleger ignorieren das?
Die ignorieren das zum Teil. Nicht generell. Aber wenn sie gerade mit einer kamen, die auf dem Schieber saß und sitzt fünf Minuten am Tisch, das machen mehrere, dann rufen sie nach ihrem Pfleger. Zum Teil wollen sie Nähe spüren. Zum Teil wollen sie sich wichtigmachen. Das hört man dann nur so raus. Es wird meistens laut. Das hören sich die Pfleger auch eine ganze Weile an und dann sagen sie vorher schon: „Frau S., wir waren gerade auf dem Schieber. Bitte warten sie, ich komme nach dem Frühstück zu ihnen." Und sie sagen das ganz höflich, gehen aber nicht hin und machen ihre Arbeit weiter, die sie machen müssen. Und auch von anderen die Arbeit mit, die nicht gekommen sind. Die sind krank oder irgendwie ausgefallen. So, und die rufen weiter. Und dann reagieren sie nicht mehr drauf. Aber dann reagieren die Bewohner. Dass die dann sagen, wenn die Frau S. überhaupt nicht aufhört und ruft zwanzig Mal hintereinander: „Hallo, hallo, hallo" und noch irgendetwas anderes hinterher, dann kommen einzelne Rufe auch meist von den gleichen Leuten: „Halt endlich die Schnauze" oder „Halt die Klappe". Und das sind nur relativ wenige. Also ich würde mich dazu nicht hergeben, zu sagen: „Halt die Schnauze". Ich bin das gar nicht gewöhnt. So hat man bei uns im Hause nicht gesprochen. Aber bei anderen scheint das gang und gäbe zu sein. Wenn es überhaupt keine Ruhe gibt, dann werden die anderen Bewohner, die sitzen schweigend da oder hören es nicht oder hören es ungenügend oder sind müde geworden, darauf zu antworten, dann, dann fahren die Pfleger die weg. Die Pfleger fordern sie immer wieder zum Essen oder Trinken auf. Da kümmern die Pfleger sich drum. Aber wenn's dann zu bunt wird, dann fahren sie die raus, damit ein bisschen Ruhe reinkommt, weil alle sich gestört fühlen. Das geht mir auch so. Ich bin ganz allergisch dagegen. Und dann zieht man sich zurück. Das ist schwierig.

Erläuterungen
Wort- oder Satzwiederholungen von Demenzerkrankten sind durchaus typisch. Rufe wie: „Hallo, hallo, hallo" kann man durchaus im Paradigma eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms interpretieren. Die Ursachen dieses als herausforderndes Verhalten beschriebenen Agierens von Demenzerkrankten werden in der individuellen Biografie der Menschen, aber auch in ungünstigen Rahmenbedingungen für das Leben der Betroffenen vermutet. „Wir sehen dieses Verhalten als eine Mitteilung, die wir erst mal nicht verstehen und mühsam entschlüsseln müssen. Aus Sicht der Menschen mit Demenz sind diese Ausdrucksformen eine Reaktion auf das, was in der Umgebung im Zusammensein mit anderen passiert", erklärt Prof. Halek das Verhalten (www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/news-archiv/meldungen/article/mit-dem-herausfordernden-verhalten-von-menschen-mit-demenz-umgehen-lernen/). In der Forschungsliteratur gilt es als unumstritten, dass Pflegende sich aufwendig mit demenzerkrankten Menschen (und nicht nur mit ihnen) befassen müssten, mit deren Biografie, Psyche und Gesundheitszustand. Was sind Auslöser für scheinbar unverständliches Verhalten? Im Pflegealltag erscheinen solche Ansprüche hingegen unrealistisch. Wohnbereiche erscheinen auf diese Weise wie gerontopsychiatrische Stationen, die auch den Bewohnern nicht gerecht werden, die nicht an Demenzen erkrankt sind.

„Man kann nicht nicht in Beziehung gehen“ — Pflege ist Beziehung!

Jede Begegnung eröffnet und gestaltet eine Beziehung. Ebenso wie man laut Watzlawick „nicht nicht kommunizieren…[kann]“, sind auch Beziehungen unvermeidbar. Offen ist lediglich deren Qualität. Mit dem neuen "Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" setzt die professionelle Pflege in Deutschland soziale Beziehungen auf die offizielle Agenda der Pflegequalität. Wie die bisherigen Standards, beispielsweise zu Ernährung, Wundversorgung oder Mobilität, kennzeichnen seitdem auch sinnstiftende soziale Beziehungen das Gelingen professioneller Pflege.

So selbstverständlich dieser Anspruch auf den ersten Blick scheinen mag, so fundamental stellt er bei näherer Betrachtung sowohl das berufliche Selbstverständnis jeder einzelnen Fachperson als auch das gesamte pflegebezogene Versorgungssystem in Deutschland vor grundlegende Fragen. Sind die Strukturen in Kliniken, in der Akut- und Langzeitpflege überhaupt geeignet, diesem Anspruch gerecht zu werden? Bilden die Finanzierungssysteme den Aspekt adäquat und wirtschaftlich sinnvoll ab? Genügen die psychosozialen Reserven einer Pflegeperson unter heutigen Bedingungen für ein Berufsleben mit diesem Anspruch? Das neue Qualitätsmerkmal und seine Etablierung in der Praxis sind aus meiner Sicht überfällig und überaus sinnvoll. Die logische Folge muss jedoch die Auseinandersetzung mit den dadurch aufbrechenden grundlegenden Fragen sein.

Mit dem Entwurf einer Kampagne unter der Überschrift *"Pflege ist Beziehung"* möchte ich sowohl am Ort des Geschehens, in der unmittelbaren Pflegeumgebung, aber auch ausstrahlend in die Gesellschaft, auf den für mich untrennbaren Zusammenhang von Beziehung und Pflege und auf das Spannungsfeld zwischen Anspruch und objektiven Möglichkeiten hinweisen. Ungestellte Fotos aus dem "echten Leben" einer Pflegeeinrichtung, des Pflegeheims der Marie Seebach Kulturwohnen gGmbH in Weimar, sollen den Wert der Beziehungsarbeit sehr emotional transportieren und damit zum Nachdenken anregen. Die Aufzählung "gehört werden, verstanden werden, angenommen werden, in Zusammenhängen mit anderen leben" verweist auf die Allgemeingültigkeit des Bedürfnisses nach sozialer Einbindung und spricht die Betrachter*innen auch persönlich an.

Bernd Lindig, M. Sc.;
Krankenpfleger, Wissenschaftlicher Leiter des Soziokulturellen Forums der Marie-Seebach-Stiftung

Literatur:

Paul Watzlawick, Janet H. Beavin, Don D. Jackson. Menschliche Kommunikation. Huber Bern Stuttgart Wien 1969, 2.24 S. 53

Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück, Mai 2019

PFLEGE IST BEZIEHUNG

MARIE SEEBACH STIFTUNG WEIMAR

gehört werden
verstanden werden
angenommen werden
in Zusammenhängen mit anderen leben

www.marie-seebach-stiftung.de

PFLEGE IST BEZIEHUNG

MARIE SEEBACH STIFTUNG WEIMAR

gehört werden
verstanden werden
angenommen werden
in Zusammenhängen mit anderen leben

www.marie-seebach-stiftung.de

„Der Mensch als Keimträger“

Frank Schulz-Nieswandt, der eine Professur für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie (ISS) der Universität zu Köln innehat, gehört zu den profiliertesten und zugegebener Maßen auch originellsten Sozialwissenschaftler der Bundesrepublik, der sich mit dem Problem der Hospitalisierung hochaltriger Menschen beschäftigt hat und beschäftigt. Vor dem Hintergrund der Coronapandemie erfährt diese Zuwendung eine besondere Aktualität. In seinem Buch „Der Mensch als Keimträger“ beschreibt er die gesellschaftlichen Herausforderungen, die sich mit dem Alter im Allgemeinen, mit der Pflege hochaltriger Menschen im Besonderen verbinden. Wir wissen nicht, so könnte man an den Titel eines Buches von Thomas Klie (Wen kümmern die Alten?) erinnern, wie wir auf humane Weise mit hochaltrigen pflegebedürftigen Menschen umgehen sollen. Sie erscheinen im neoliberalen Diskurs als „nutzlos“ und „überflüssig“, auch wenn diese Attribute keiner verwendet, oder eben als Keim- und Virusträger, die man besser isoliert. Diese Schutzattitüde, so interpretiert es Frank Schulz-Nieswandt, dient weniger dem Schutz der alten Menschen, sondern dem Selbstschutz. Die Gesellschaft schützt sich vor den Alten, für die sie keine Verwendung hat. „Die unvollendete Architektur der Humanontogenese“ vollendet sich im Hospital zum „Himmelreich“. Insbesondere für Pflegebedürftige hat die Gesellschaft Sonderräume geschaffen, in denen diese weitgehend isoliert leben, in denen Phänomene der Depression, Einsamkeit, Kontaktarmut und Langeweile keine Seltenheit, sondern die Regel sind. Sie haben im Sinne von Goffman Merkmale von totalen Institutionen, die sich von einem normalen Wohnen weit entfernt haben. Sie sind außer dem Vorherrschen von Psychopathologien vor allem durch die Entnormalisierung des Alltags, Medikalisierung, Ruhigstellung der BewohnerInnen, Hygieneängste und Entsorgung als Routinepraxis gekennzeichnet, so dass eben jene Psychopathologien auch Ausdruck und Folge der totalen Institution sind. Frank Schulz-Nieswandt kontextualisiert diese Befunde mit Rekurs auf verschiedenste geistesgeschichtliche Zeugnisse zu archaischen, diffusen und im Unbewussten wirkenden Ängsten gegenüber alten Menschen, gegenüber dem Sterben und dem Tod, die mit Ekel, Verfall und Endlichkeit assoziiert sind und die wir verdrängen. Insofern ist ihre Hospitalisierung kein Zufall. Sie entspricht einem kulturellen Muster und einer diskursiven Zuschreibung. Vor diesem Hintergrund appelliert Schulz-Nieswandt nicht einfach an die Akteure, sich menschenrechtskonform zu verhalten. Es geht ihm auch nicht in erster Linie um die berechtigten wie enervierend reduktionistischen Forderungen nach mehr Geld und mehr Pflegekräften. Ihm geht es um eine andere Bedeutungszuschreibung des alten Menschen in einer alternden Gesellschaft. Er ist kein zu ver- und entsorgender Sonderfall, sondern anthropologische Normalität in einer alternden Gesellschaft, die eben auch Schmerz, Gebrechlichkeit, Depression, Demenz u. dgl. bereithält. Ihm geht es um eine andere Kultur des Pflegens. Sie ist orientiert an einem „Normalisierungsprinzip“, das unser Leben kennzeichnet. Die Pflege ist kein Extremfall. Sie muss einer humanitären Praxis folgen, die nicht im Paradigma des Ambulanten und Stationären denkt, sondern in den humanen Zwischenräumen, in denen das normale Leben stattfindet. Die Zivilisationsstufe des Menschen ist, Schulz-Nieswandt paraphrasiert hier Marx, danach zu beurteilen, wie sich Menschen zum Alter verhalten. Man kann kaum unterstellen, dass wir diesbezüglich bereits eine der höheren Stufen erreicht hätten.

Dr. Jan Steinhaußen

Reinhard Lindner, Hannah Müller-Pein und Christin Zschieschack

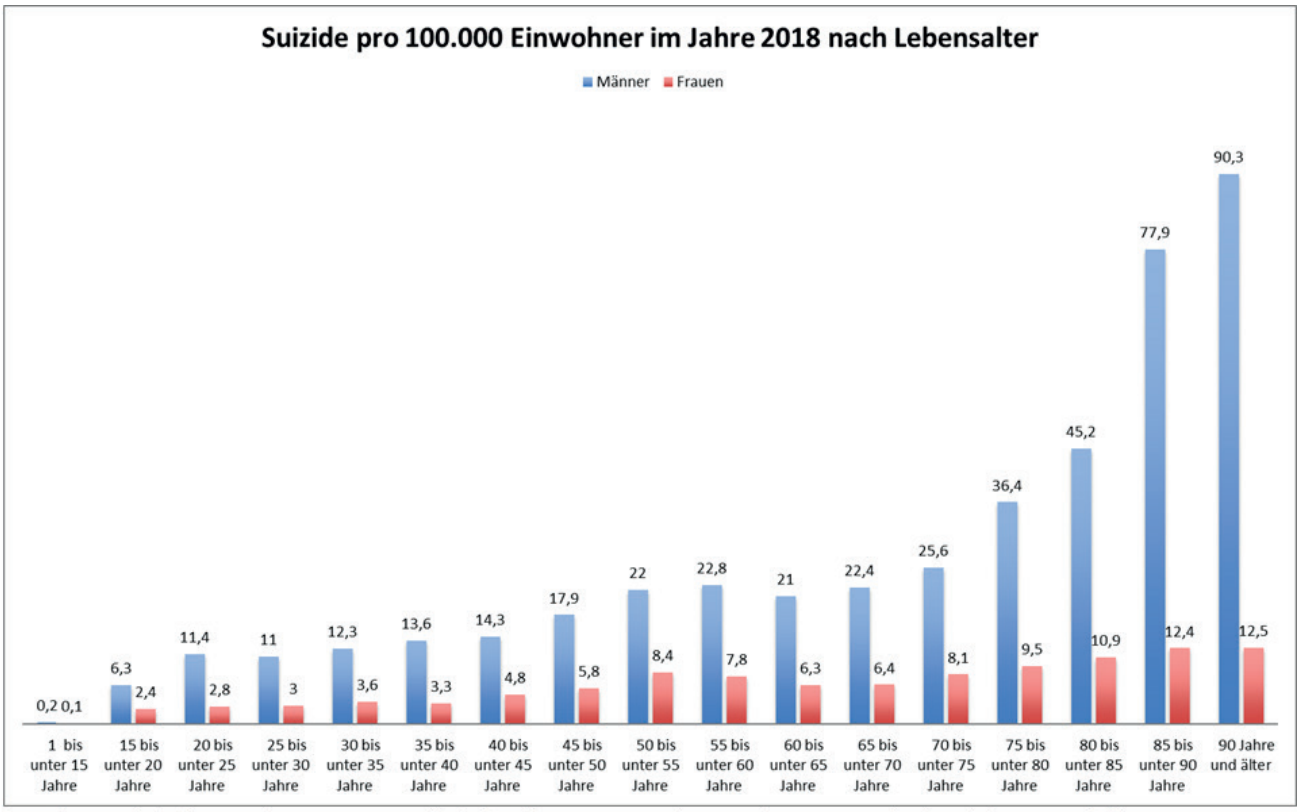
SUIZIDALITÄT IM ALTER

Auch heute noch findet das Thema Suizidalität in der Öffentlichkeit wenig Gehör. Besonders bei älteren Menschen wird Suizidalität gerne verschwiegen, ist gar tabuisiert und das obwohl ältere Menschen eine der am meisten betroffenen Risikogruppe bilden. Suizidalität trägt somit die Handschrift des Alters. Aber was genau ist eigentlich Suizidalität? Suizidalität wird verstanden als „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf 2000, S. 18). Suizidalität spielt aufgrund ihrer Folgen eine große gesellschaftliche Rolle. Jedes Jahr nehmen sich circa 10.000 Menschen das Leben. Davon allein rund 3.500 Menschen über 65 Jahre (Müller-Pein 2020). Obwohl sich fast alle zwei Stunden ein älterer Mensch suizidiert, wird Suizidalität in dieser Risikogruppe häufig unterschätzt und kaum wahrgenommen. Zudem finden sich bisher nur wenige Hilfsangebote und Unterstützungen für suizidale ältere Menschen. Außerdem wird eine Suizidhandlung bei älteren Menschen eher akzeptiert als bei jüngeren Menschen, da mit dem Alter negative Assoziationen einhergehen, die für diese Akzeptanz als Argumentation herangezogen werden. Besonders im Alter nehmen Einschränkungen der Lebensqualität, Verlusterfahrungen und soziale Isolation zu, was wiederum bis hin zu einer schweren Krise führen kann. Diese Krise erscheint ausweglos und Suizidgedanken können sich entwickeln (Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland [AG Alte Menschen] 2015). Hierbei wird eine deutliche Ambivalenz sichtbar. Die meisten Menschen hegen nicht zwangsläufig den Wunsch zu sterben, sie wünschen sich nur ein Leben mit weniger Leid (Gerisch et al. 2000).

Epidemiologie

In Deutschland sterben mehr Menschen an Suiziden als durch Mord und Totschlag, Verkehrsunfälle, illegale Drogen und AIDS zusammen (Müller-Pein 2020). Allerdings werden Suizidversuche bis heute nicht systematisch erfasst. Zudem können keine offiziellen Statistiken für Suizidversuchsraten identifiziert werden. Eine Schätzung der Weltgesundheitsorganisation WHO geht davon aus, dass auf jeden Suizid zehn bis 20 Suizidversuche kommen. Durch die fehlende systematische Erfassung kann von einer erheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden, welche besonders ältere Menschen betrifft. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass keine indirekten suizidalen Handlungen, wie riskantes Straßenverkehrsverhalten, Nichtbefolgung ärztlicher Maßnahmen oder das Einstellen von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr mit der Intention, zu sterben, in der amtlichen Statistik aufgeführt sind (Lindner et al. 2014). Zudem wird häufig die vorangegangene somatische Erkrankung in der Todesursachenstatistik erfasst und nicht die eigentliche Suizidhandlung (AG Alte Menschen 2015).

Die aktuellste Suizidstatistik veranschaulicht eine durchschnittliche Suizidrate von 11,3 pro 100.000 Einwohner in Deutschland. Das Verhältnis von Männern zu Frauen betrug 3:1 im Jahr 2018. Insbesondere bei Männern steigt die Suizidrate mit dem Alter erheblich. So lag die Suizidrate im Jahr 2018 bei Männern zwischen 65 und 70 Jahren bei 22,4 und bei Männern zwischen 85 und 90 Jahren bei 77,9 (Der Anstieg der Suizidrate wird in Grafik 1 dargestellt). Das durchschnittliche Sterbealter lag bei 58,2 Jahren. Zum Vergleich lag das durchschnittliche Sterbealter im Jahr 1998 noch bei 53,2 Jahren (Müller-Pein 2020). Der Anteil älterer Menschen hat sich insgesamt in den letzten Jahren überproportional erhöht. Zudem ist durch den demographischen Wandel mit einer weiteren Zunahme älterer Menschen und ihrer besonderen Suizidgefährdung zu rechnen (AG Alte Menschen 2015). Des Weiteren geht ein höheres Alter mit einer erhöhten Suizidrate einher. Der Anstieg von Suiziden im höheren



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 25.05.2020 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2020

Lebensalter, das sogenannte „ungarische Muster“, wird schon seit den frühen 1950er Jahren in Deutschland beobachtet. In Bezug auf die Suizidmethoden wählen ältere Menschen eher „harte Methoden“ wie das Erhängen, Erschießen und „Sprung aus Höhe“. Erhängen befindet sich bei Männern und Frauen an erster Stelle der Suizidmethoden. Gleichzeitig zu dem erhöhten Anstieg der vollendeten Suizide kann eine Abnahme der Suizidversuche im Alter beobachtet werden. Zudem findet sich bei älteren Personen, die sich suizidiert haben, seltener ein Suizidversuch in der Vergangenheit. Das kann auf die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass ein Suizidversuch aufgrund des Einsatzes der „harten Methoden“ sowie der körperlichen Verfassung älterer Menschen tödlich endet, zurückgeführt werden (Schmidtke et al. 2008).

Risiko- und Schutzfaktoren

Eine suizidale Krise unterliegt immer einer individuellen und komplexen innerpsychischen Dynamik. Sie ist der Ausdruck von Hoffnungs- und Perspektivenlosigkeit, welche dazu führt, dass Betroffene keinen anderen Ausweg sehen und mit einem sogenannten „Tunnelblick“ in der suizidalen Krise keine Alternativen erkennen können. Für diese Entwicklung der Suizidalität konnte bisher eine Vielzahl an Risikofaktoren identifiziert werden. Hierbei ist zu beachten, dass sich die aufgeführten Risikofaktoren nur zum Teil verallgemeinern lassen.

Ein erheblicher Risikofaktor für ältere Menschen stellt der Verlust dar. Dieser letzte Lebensabschnitt ist geprägt von Todesfällen im sozialen Umfeld und ist oft verbunden mit dem Verlust von Familie und Freunden. Ein weiterer Verlust findet sich bei der Selbstständigkeit. Dieser beschreibt einen funktionellen Verlust, welcher durch zunehmende körperliche Erkrankungen ausgelöst wird. Aufgrund dieser Erkrankungen kann es unausweichlich sein, dass ältere Menschen in barrierefreie Wohnungen oder eine stationäre Altenpflege umziehen müssen. Dies kann wiederum einen Verlust der vertrauten Umgebung bedeuten. Des Weiteren kommt es aufgrund des Renteneintritts zu weiteren Verlusten. Hierbei stehen finanzielle Einschränkungen sowie der Verlust einer Tagesstruktur und sozialer Eingebundenheit an erster Stelle. Wichtig ist hierbei allerdings, dass nicht alle Veränderungen, die mit Alter und Krankheit einhergehen zu psychischer Dekompensation und Suizidalität führen. Es scheint vielmehr bestimmte, in der Lebensgeschichte verankerte Faktoren zu geben, die Menschen zu suizidalem Erleben führen. Hierzu zählen

insbesondere Gewalterfahrungen, frühe Verlusterfahrungen und unbewältigte psychische Entwicklungsanforderungen.

Neben Verlusten findet sich ein weiterer Risikofaktor bei psychischen Erkrankungen. Bis zu 90 % der Menschen, die sich suizidieren, weisen in ihrer Vorgeschichte eine psychische Störung, meist in Form einer Depression, auf (Wolfersdorf et al. 2015). Bei älteren Menschen leidet etwa jeder Vierte unter einer psychischen Erkrankung. Überwiegend können hier affektive Störungen identifiziert werden (Lindner et al. 2014). Des Weiteren können häufig Erfahrungen körperlicher und sexueller Gewalt in der Kindheit und Jugend sowie eine emotionale Vernachlässigung in der Vorgeschichte gefunden werden. Diese zerstörerischen Beziehungserfahrungen können in Kombination mit einer unbewältigten Entwicklungsanforderung und unzureichenden Verarbeitung zur Suizidalität führen (Briggs et al. 2012).
Neben psychischen Erkrankungen können auch körperliche Erkrankung einen Risikofaktor darstellen, da mit ihnen oft erhebliche psychosoziale Folgen einhergehen. Insbesondere mit Suizidalität assoziiert werden Schmerzsyndrome, Herz- und Niereninsuffizienz, obstruktive Lungenerkrankungen, hirnorganische Anfallsleiden, Inkontinenz und Karzinome (Lindner 2019).

Neben den Risikofaktoren finden sich auch Schutzfaktoren. Diese spielen eine entscheidende Rolle in dem Bewältigungsprozess von Stress- sowie Risikosituationen. Sie dienen als eine Art Puffer vor Schädigungen, die durch Risikobedingungen entstehen können (Weltgesundheitsorganisation [WHO] 2014). Schutzfaktoren können in interne und externe Schutzfaktoren unterschieden werden. Interne Schutzfaktoren finden sich in der Person selbst und können situativ oder chronisch durch äußere Gegebenheiten verringert werden. Externe Schutzfaktoren beziehen sich auf das soziale Umfeld sowie öffentliche Maßnahmen. Durch die Gesellschaft und Medien können diese äußeren Schutzfaktoren unterstützt werden (AG Alte Menschen 2015).

Interne Schutzfaktoren

Zu den internen Schutzfaktoren zählen unter anderem eine positiv ausgeprägte Lebenseinstellung sowie das Erleben von Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit spiegelt sich in der Einstellung wider, dass Situationen positiv beeinflusst werden können. Zudem können eine positive Bewältigungsstrategie und ein subjektives Wohlbefinden schützend sein (Sisask et al. 2009; WHO 2014). Ein weiterer interner Schutzfaktor beinhaltet die Fähigkeit, angemessen und flexibel mit belastenden Situationen und den damit einhergehenden Anforderungen umzugehen. Besonders im Alter können Religion und Spiritualität einen hohen Stellenwert einnehmen und als ein Schutzfaktor dienen. Glaube kann mit einem strukturierenden Denksystem einhergehen. Zu beachten ist, dass manche religiösen Überzeugungen aber auch dazu führen können, dass Betroffene sich aufgrund ihrer Einstellungen keine Hilfe bei suizidalen Gedanken suchen (WHO 2014). Des Weiteren spielt die eigene Vorstellung vom Alter und dem damit verbundenen Altern eine entscheidende Rolle. Durch eine aktive und reflektierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik und der Fähigkeit eine Chance im Altern zu sehen, kann ein Schutzfaktor entstehen. Durch die Sichtweise, das Alter als einen Gewinn zu betrachten und einer selbstbewussten Auseinandersetzung mit der Endlichkeit, kann der Schutzfaktor stabilisiert werden.

Externe Schutzfaktoren

Eine der wichtigsten externen Schutzfaktoren findet sich in der Unterstützung des sozialen Umfelds und des Vorhandenseins sozialer Beziehungen. „Der Zugang zu emotionaler Unterstützung zum richtigen Zeitpunkt kann Suizide verhindern“ (WHO 2014, S. 45). Besonders bei älteren Menschen, welche eine stärkere Abhängigkeit aufweisen, sind soziale Beziehungen essenziell. Soziale Beziehungen lösen ein Gefühl des Eingebundenseins und des Gebrauchtwerdens aus. Hierbei spielen der Aufbau sowie die Pflege von sozialen Beziehungen eine entscheidende Rolle. Im Alter kann es hilfreich sein, persönliche Netzwerke umzustrukturieren oder zu reaktivieren. Neben der sozialen Unterstützung ist die Teilnahme am politischen sowie gesellschaftlichen Leben ein weiterer externen Schutzfaktor. Dadurch können eine soziale Isolation und damit verbundene Gefühle der Einsamkeit vorgebeugt werden (Schneider et al. 2014). Des Weiteren ist die Barrierefreiheit im Alter bedeutsam. Hierzu zählt beispielsweise die Wohnsituation, aber auch die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs (AG Alte Menschen 2015).

Suizidprävention im Alter

Häufig wird im Zusammenhang mit dem Suizid älterer Menschen von „Freitod“ oder „Bilanzsuizid“ gesprochen. Dies legt nahe, dass ältere Menschen ihre Suizidentscheidung ausgiebig überdacht haben. Allerdings gibt es keinen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Menschen bezüglich des innerpsychischen Geschehens während einer suizidalen Krise. Suizidalität sollte auch im Alter keineswegs als eine Art natürliches Geschehen betrachtet werden. Umso wichtiger erscheint hier eine Suizidprävention, die bei diesem Irrtum ansetzt. Die Suizidprävention für ältere Menschen erfolgt in einem multifaktoriellen System durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit. Hierbei werden indizierte, selektive und universelle Interventionen unterschieden.

Universelle Interventionen sind allgemeine suizidpräventive Maßnahmen, die die gesamte Bevölkerung, in diesem Fall die ältere Bevölkerung, betreffen. Hierbei ist unter anderem die Politik gefordert, indem sie gesundheitspolitische Maßnahmen implementiert, die auf eine verbesserte gesundheitliche Versorgung abzielen. Des Weiteren können Bildungsangebote geschaffen werden, die auf eine körperliche sowie psychische Gesundheit im Alter hinwirken. Dies bietet auch die Chance, dass mehr älteren Menschen deutlich wird, dass Depressivität kein hinzunehmender Bestandteil des Alterns ist, sondern dass es sich hierbei um einen Hinweis auf eine Störung handelt. Dabei sollten Resilienz sowie ressourcenorientierte Gesundheitsförderung thematisiert werden.

Selektive Interventionen beziehen sich auf die Erkennung und Behandlung spezifischer Risikogruppen Suizidgefährdeter. Ein zentraler Bestandteil besteht in dem sogenannten „Gatekeeper-Training“. Hierbei werden professionelle helfende Berufsgruppen sowie Laien darin geschult, Warnzeichen für Suizidalität zu erkennen. Zudem sind sie darüber im Bilde, wie wirksame Weiterverweisungen im Gesundheitssystem ablaufen. Da ältere Menschen eine Risikogruppe darstellen, sollten unter anderem auch Professionelle in der Altenhilfe gezielt hinsichtlich des Erkennens und Behandelns von Suizidalität geschult werden. Dies kann in der Aus-, Fort- oder Weiterbildung der Fall sein.

Indizierte Interventionen zielen zum einen auf die Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch ab und zum anderen auf die Reduzierung des Suizidrisikos bei hochgefährdeten älteren Menschen. Neben professioneller Hilfe durch psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen sowie Kriseninterventionen und Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit für die Betroffenen, finden sich Hilfsangebote für Angehörige (Lindner et al. 2014). Dies ist insbesondere deswegen wichtig, da in Deutschland alle neun Minuten jemand einen nahestehenden Menschen durch einen Suizid verliert (Müller-Pein 2020).

Da Suizidalität gesellschaftlich-kulturelle, individuell-psychologische und biologische Aspekte umfasst, ist Suizidprävention nur interdisziplinär möglich (Lindner et al. 2014).

Neben den universellen, selektiven und indizierten Interventionsmaßnahmen gilt es, eine sogenannte „Awareness“ zu fördern, welche darauf abzielt, suizidale Tendenzen bei älteren Menschen zu erkennen. Suizidale ältere Menschen weisen häufig spezifische und typische Interaktionsmuster auf (Lindner 2012). Eins dieser Interaktionsmuster findet sich in dem psychosozialen Rückzug, bei dem von suizidalen älteren Menschen die Tendenz ausgeht, Kontakte zu vermeiden oder diese nur sehr oberflächlich zu gestalten. Oft werden diese Menschen als unauffällig wahrgenommen. Hier gilt es genauer hinzuschauen und aktiv bezüglich suizidaler Tendenzen nachzufragen. Ein weiteres typisches Interaktionsmuster von suizidalen älteren Menschen entsteht in dem Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit, welcher besonders mit zunehmendem Alter verstärkt in den Fokus rückt. Durch einen drohenden Verlust der finanziellen Selbstständigkeit und eine mögliche Zunahme körperlicher Einschränkungen wächst ein Gefühl der Verzweiflung. Diese Verzweiflung entsteht aus der Ambivalenz zwischen dem Wunsch, Hilfe zu bekommen und anzunehmen, und der Angst, durch diese Abhängigkeit die eigene Autonomie zu verlieren, gar hilflos und ohnmächtig zu werden. Oft ist es schwierig, diese suizidalen Absichten zu erkennen. Deshalb gilt es Personen, die in Berufen mit häufigem Kontakt zu älteren Menschen arbeiten, für diese Interaktionsmuster zu sensibilisieren. Hierdurch können suizidale Tendenzen schneller erkannt und zeitnah angemessene Interventionen eingeleitet werden.

Exkurs: Assistierter Suizid

2015 wurde der §217 StGB verabschiedet, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung in Deutschland unter Strafe stellte. Dies hatte zur Folge, dass Sterbehilfevereine in Deutschland nicht legal agieren konnten. Aufgrund zahlreicher Verfassungsbeschwerden wurde die Rechtmäßigkeit des Paragraphen im April 2019 vor dem BVG verhandelt. Am 26. Februar 2020 wurde der Paragraph für verfassungswidrig erklärt und ist somit nichtig. Ein ausschlaggebender Punkt war das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in jeder Phase menschlicher Existenz. Hierbei wurde allerdings nicht bedacht, dass die Selbstbestimmung beispielsweise durch physische wie psychische Erkrankungen und starke Krisen massiv eingeschränkt sein kann. Eine Freigabe des assistierten Suizides hat gravierende Auswirkungen auf eine wirksame Suizidprävention, da diese so behindert werden kann. Eine individuelle Suizidprävention findet in einem Beziehungsraum statt, der die weitgehende Freiheit des suizidalen Menschen akzeptiert, zugleich aber helfend und schützend Alternativen zu Suizid anbietet (AG „Alte Menschen“ 2015). Gerade bei Menschen im höheren Alter, bei denen ein Suizid auch eher akzeptiert zu werden scheint, stellt die Möglichkeit eines assistierten Suizids eine große Problematik dar. Menschen mit suizidalen Gedanken weisen oft eine große Ambivalenz auf. Häufig ist es nicht der Wunsch zu sterben, der überwiegt, sondern der Wunsch nach einem besseren Leben mit weniger Leid. Deswegen darf das Angebot des schnellen Weges in den Tod, durch einen assistierten Suizid, nicht den Zugang zur Suizidprävention versperren (Fiedler et al. 2020). Menschen am Lebensende benötigen individuelle Behandlungsangebote. Zu diesen Angeboten zählen beispielsweise psychosoziale und seelsorgerische Beratung in suizidalen Krisen, Krisenintervention sowie psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Neben den Behandlungsangeboten können Sterbende durch Hospiz- und Palliativvereine begleitet werden. Die politischen und gesellschaftlichen Folgen des verfassungsgerichtlichen Urteils von 2020 sind noch unklar. Eine wichtige Folgerung aber ist: „Suizidprävention muss immer vor der Suizidassistenz stehen“ (Fiedler et al. 2020, S. 1).

Das NaSPro stellt sich vor:

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland ist ein bundesweites kooperatives Netzwerk mit dem Ziel der Förderung, Entwicklung und Fortentwicklung der Suizidprävention in Deutschland. Unterstützt wird das NaSPro dabei von der Allianz der Suizidprävention. Zu dieser gehören unter anderem (politische) Institutionen, Stiftungen, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Organisationen, Dach- und Fachverbände, Arbeitsgemeinschaften und Initiativen. Geleitet wird das NaSPro von Frau Prof. Dr. med. Barbara Schneider und Herrn Prof. Dr. med. Reinhard Lindner.

Zu den Grundsätzen gehören:

Suizidprävention:
- » ist möglich
- » ist eine gesellschaftliche Aufgabe
- » ist auf verschiedenen Ebenen nötig
- » muss die Angehörigen und weitere Betroffene miteinbeziehen

(Nationales Suizidpräventionsprogramm Deutschland o. J.).

Prof. Dr. med. Reinhard Lindner,
Hannah Müller-Pein, Christin Zschieschack

Universität Kassel
Fachgebiet Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie
Arnold-Bode-Straße 10, 34127 Kassel
Telefon: 0561 804-2841
E-Mail: reinhard.lindner@uni-kassel.de

Literatur

Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2019): Wenn das Altwerden zur Last wird. Abrufbar unter: https://www.bmfsfj.de/blob/95512/03e414bd01deff4bf704d6e9e5ce4dab/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-data.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2020.

Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2015): Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Abrufbar unter: https://www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2020.

Briggs, S., Goldblatt, M. J., Lindner R., Maltsbeger, J.T., Fiedler, G. (2012): Suicide and trauma: A case discussion. Psychoanalytic Psychotherapy, 26, S. 13-33.

Fiedler, G., Lewitzka, U., Lindner, R., Müller-Pein, H., Schneider, B., Sperling, U., Wahl, M., Wolfersdorf, M. (2020): Pressemitteilung zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum §217 StGB. Abrufbar unter: https://www.naspro.de/dl/2020-02-26-Urteil-Sterbehilfe-Pressemitteilung.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2020.

Gerisch, B., Fiedler, G., Gans, I., Götze, P., Lindner R., Richter, M. (2000): „Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab“: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle, G. (Hrsg.). Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Tübingen: Edition diskord; S. 9–64.

Lindner, R. (2012): Körperliche Erkrankung und Suizidalität bei hochbetagten geriatrischen Patienten: Eine explorative Studie. In: Suizidprophylaxe 39, S. 11-19.

Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. (Hrsg.) (2014): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin: Springer.

Lindner, R. (2019): Die Last des Lebens meistern: Umgang mit Depression und Suizidalität. In: Rehm, M., Schwibbe, W. Papenkordt, U., Musolf, M., Gust, J., Heidler, MD et al. (Hrsg.) (2019): Praxiswissen Geriatrie. Ältere Menschen multiprofessionell begleiten. Stuttgart: Kohlhammer.

Müller-Pein, H. (2020): Suizide in Deutschland 2018. Nationales Suizidpräventionsprogramm Deutschland. Online verfügbar unter https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2018.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2020.

Schmidtke, A., Sell, R., Löhr, C. (2008): Epidemiologie zur Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, S. 3-13.

Schneider, B., Sperling, U., Wedler, H. (2011): Suizidalität im Alter. Frankfurt am Main: Mabuse.

Schneider, B., Wächtler, C:, Schaller, S., Erlemeier, N., Hirsch, R. (2014): Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter. In: Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Berlin: Springer; S. 35-45.

Weltgesundheitsorganisation [WHO] (Hrsg.) (2014): Preventing Suicide: A global imperative. Abrufbar unter: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 28.07.2020.

Wolfersdorf, M. (2000): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidpraevention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Wolfersdorf, M., Schneider, B., Schmidtke, A. (2015): Suizidalität: Ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: Eine psychiatrische Verpflichtung. Nervenarzt, 86, 1120-1129.

Martin Grabe

PSYCHOTHERAPIE

Von der Anstrengung, die gewohnte Enge zu verlassen

Frau H. sitzt weinend im Aufnahmegespräch. Gerade hat sie darüber berichtet, wie sie von der Chefin in ihrer Firma überfordert und gemobbt wird. Ständig bekommt sie neue Aufgaben aufgeladen, eine Mitarbeiterin ist ihr jetzt auch noch weggenommen worden, so dass sie die ganze Arbeit in der Drogeriemarktfiliale mit drei Leuten bewältigen soll. Sie hatte Mengen an Überstunden gemacht, die ihr niemand bezahlte, damit es überhaupt noch lief. Zwei Wochen vor Aufnahme war es dann gar nicht mehr gegangen. Frau H. konnte nachts kaum noch schlafen, weil sie ständig über die Arbeit und ihre Chefin grübelte, war verzweifelt und hoffnungslos, und konnte sich auf nichts mehr richtig konzentrieren. Der Hausarzt hatte sie daraufhin krankgeschrieben.
Zu Hause hatte sich ihr Zustand aber nicht gebessert. Eher im Gegenteil, jetzt grübelte sie nur noch, schaffte kaum die notwendigste Hausarbeit und fühlte sich von allem überfordert. Wenn die Kinder nicht wären, würde sie gar nicht mehr leben wollen, sagt sie. Auch mit ihrem Mann sei es schwierig, er bestimme ständig, was gemacht werde.

So bringt jeder Mensch, der zu uns in die Klinik kommt, seine ganz eigene Geschichte mit – eine unendliche Vielfalt. Und doch ist ein Aspekt am oben Erzählten, der Wirklichkeit eng nachempfundenen Fallbeispiel sehr typisch, und darin gleichen sich viele Berichte.
Menschen erzählen, wie andere ihnen das Leben schwer gemacht haben: der Vorgesetzte am Arbeitsplatz, Kollegen, Eltern, erwachsene Kinder, sehr oft auch Partner.
Damit ist die Therapie eigentlich schon am Ende. Denn eines ist klar: Wir können nicht nach Frankfurt, Regensburg oder Hamburg fahren, um dort alles besser zu machen. Wir können im Beispielfall keinen Einfluss auf die Leitung der Drogeriekette geltend machen, damit mehr Mitarbeiter eingestellt werden. Wir können auch keinen Partner umerziehen oder erwachsene Kinder dankbarer machen.
Wir können auch die Vergangenheit nicht umschreiben und besser machen.
All das, was den Kummer verursacht hat im Erleben unserer Patienten[1], können wir nicht ändern. Es kann sich nur eines ändern: die Betroffenen selbst.

Wie es nun aber helfen soll, wenn sich Betroffene ändern, ist vielleicht gar nicht so leicht einzusehen. Auch für sie selbst nicht. Denn schließlich haben sie sich ja auch vor der Therapie schon Mühe gegeben, das Beste aus ihrer Situation zu machen.
In manchen Fällen mag das Scheitern daran gelegen haben, dass Menschen bestimmte Fähigkeiten nicht erworben haben oder aus irgendwelchen Gründen wieder verlernt haben. In diesen Fällen sind entsprechende, auf den Einzelnen zugeschnittene Übungsprogramme hilfreich, die wir auch vielfach anwenden.
Meistens wird aber schnell deutlich, dass es nicht darum ging, dass irgendeine bestimmte Fähigkeit gefehlt hat, sondern dass es um ganz tiefgreifende emotionale Verflechtungen unserer Patienten mit ihrer Umwelt ging, die sie aus eigener Kraft nicht mehr entwirren konnten und nur noch als Sackgasse wahrnahmen. Unter diesem Überhand nehmenden Druck haben sich dann Symptome entwickelt wie eine Depression, Zwänge, Ängste, psychisch bedingte Körperbeschwerden (somatoforme Störung), Essstörungen. Bei der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Störung fand die emotionale Ausweglosigkeit schon in der Kindheit statt, auf die Menschen dann mit einer – damals notwendigen – Verformung ihrer ganzen Persönlichkeit geantwortet haben.
Es geht in der Therapie darum, dieses undurchschaubare Geflecht aus Gefühlen, Wünschen und Befürchtungen zu entwirren, um es dem Betroffenen zu ermöglichen, wieder eigene Entscheidungsfreiheit zurückzugewinnen.

Wir gehen davon aus, dass sehr oft bei der Entwicklung einer psychischen Krankheit innere Konflikte

1 Um den Text lesbar zu halten, wechsele ich gelegentlich zwischen männlicher und weiblicher Wortform.

die Ursache dafür waren, dass sich um den Betroffenen herum immer mehr äußere Konflikte entwickelt haben. Manche Menschen haben eine ganze Kette von ähnlichen negativen Erlebnissen hinter sich. Ob das eine Anzahl von Trennungen ist, die Tatsache, immer wieder süchtige Partner zu haben, immer wieder ähnlich strukturierte Konflikte am Arbeitsplatz usw.
Um einem Menschen auf psychotherapeutischem Wege helfen zu können, ist es entscheidend, gemeinsam mit ihm seinen zentralen Beziehungskonflikt zu erkennen und zu verstehen. Jeder Mensch trägt eine Vielzahl von Konflikten in sich und immer wieder mit sich aus. Das liegt daran, dass wir als lebende Wesen immer wieder Entscheidungen treffen müssen. Krankmachend wird es nur, wenn wir für sehr schwerwiegende innere Konflikte keine wirkliche, befreiende Lösung, sondern „faule" Kompromisse finden. Damit sind Lebenslösungen gemeint, die uns auf die Dauer selbst schaden.
Der Gewinn ist, dass vermieden werden kann, den inneren Konflikt weiter wahrzunehmen und daran zu leiden.
Zum Beispiel, wenn Menschen Ärger fast immer herunterschlucken, um Zuwendung anderer nicht zu verlieren, haben sie um sich herum vielleicht relativ viel Frieden um sich herum. Der Preis ist allerdings, dass sie sich alles gefallen lassen müssen und dass die anderen sich immer mehr daran gewöhnen, keine Rücksicht mehr zu nehmen. Wo Menschen solche (unbewussten!) faulen Kompromisse leben, wird das Leben nicht nur enger und langweiliger, auf Dauer wird es auch ungleich anstrengender. Es wird auch störanfälliger, weil nicht mehr so flexibel reagiert werden kann. Wenn dann stärkere äußere Anforderungen oder Veränderungen kommen, können Menschen, die viel ihrer Energie in der „Verwaltung" solcher inneren Konflikte gebunden haben, nicht mehr ausreichend handeln, um in der neuen Situation wieder einen guten Platz zu finden. Sie werden krank.
Nun sind solche inneren Konflikte allerdings nicht angeboren. Sie entstehen aus Wünschen und Antrieben, die jeder Mensch hat, aus verinnerlichten Verboten aus der frühen Kindheit, traumatischen Erlebnissen und unerfüllter Sehnsucht. Die frühe Kindheit ist deshalb so wichtig für die Entwicklung eines Menschen, weil er hier, aus einer anfänglichen vollständigen Abhängigkeit heraus, seine ersten Beziehungserfahrungen in sich aufnimmt, die für das spätere Leben prägend sind. In unserer Erinnerung (auch der nicht mehr bewussten) werden Erlebnisse in den Größenverhältnissen abgespeichert, wie sie damals bestanden. Beziehungserfahrungen aus der Säuglings- und Kleinkindzeit bleiben deshalb riesig und übermächtig im Unbewussten eines Menschen bestehen, auch wenn er sich kaum noch konkret daran erinnern kann. Stattdessen denkt er, dass die Welt so ist, wie er es damals mit ins Leben genommen hat. Jetzige Beziehungssituationen werden immer noch auf derselben Hintergrundschablone erlebt, wie sie damals entstand.

Wie erkennen wir in der Therapie nun aber einen solchen zentralen Beziehungskonflikt, eine solche Hintergrundschablone, die ein Mensch unsichtbar durch sein Leben schleppt?
Ich schildere hier vor allem unser Vorgehen in der stationären Therapie, aber Sie werden merken, dass die prinzipielle Vorgehensweise ohne Abstriche auch auf eine ambulante Therapie übertragbar ist. Dort wird nur in wesentlich längeren Zeiträumen gedacht, da man sich ja meist nur einmal pro Woche zu sehen bekommt. Dafür steht in der ambulanten Therapie allerdings mehr Zeit zum eigenen Nachdenken zwischen den Therapiestunden zur Verfügung. In einer stationären Therapie gibt es einen durchaus gehaltvollen Wochenplan mit Einzelgesprächen, verschiedenen Gruppentherapien und Spezialtherapien wie Musik, Kunst-, Theatertherapie und vielen Körpertherapieverfahren.
Während in ambulanten Therapien formal streng zwischen Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse unterschieden wird, werden in Kliniken normalerweise (und idealerweise) Elemente aus den verschiedenen Therapierichtungen angewendet. Also sowohl der Tiefenpsychologie, die versucht, Persönlichkeit und Verhalten eines Menschen von seinem Gewordensein her zu verstehen als auch der Verhaltenstherapie, deren Schwerpunkt auf Erlernen von erwünschtem und dem Verlernen von unerwünschtem Verhalten liegt. Hinzu kommt zunehmend die Schematherapie, die ohnehin Elemente der Tiefenpsychologie und der Verhaltenstherapie verbindet.

Patientinnen und Patienten, die zu uns in die Klinik kommen, müssen zunächst Gelegenheit bekommen, sich etwas einzuleben. Dabei lernen wir als therapeutisches Team sie schon besser kennen. Außerdem füllt jede Patientin/jeder Patient einen ausführlichen Fragebogen zum Lebenslauf aus, was in der Regel ein guter Einstieg in die Therapie ist.

Über viele Fragen zu ihrer Person, ihren Vorlieben, ihren Eltern und Verwandten haben Betroffene noch nie oder schon lange nicht mehr nachgedacht. Indem sie diese beantworten, rücken sie sich selbst und ihrer Lebensgeschichte deutlich näher. Es werden zum einen Ressourcen deutlich – also Begabungen, Interessen, Dinge, die dem Betreffenden schon einmal in seinem Leben Freude gemacht haben – obwohl sie vielleicht schon lange nicht mehr darin vorgekommen sind und fast in Vergessenheit geraten sind. Und zum anderen werden Verletzungen deutlich. Das ist auch der Grund, warum das sorgfältige Ausfüllen dieses Bogens von vielen zwar als gut, aber auch als sehr anstrengend empfunden wird. Im Grunde führt der Fragebogen schon ein gutes Stück in einen wesentlichen Bereich der Therapie: die Selbstwahrnehmung und die Selbstbegegnung.
Auch wenn wir prinzipiell immer ähnlich vorgehen, um einen Menschen zu verstehen, so machen wir es in manchen Fällen besonders gründlich. Insbesondere, wenn wir als therapeutisches Team das Gefühl haben, dass es wichtig ist, einmal alle Gesichtspunkte zusammenzufassen, setzen wir eine Fokusrunde für einen Patienten an. Im Folgenden möchte ich schildern, wie wir dabei vorgehen, weil man dabei besonders deutlich die grundlegenden Elemente psychotherapeutischer Erkenntnisbildung kennenlernen kann.

Für die Fokusrunde bekommt eine neue Patientin zunächst Aufgaben. Sie wird zum einen gebeten, ihre Herkunftsfamilie einmal mit einfachen, klötzchenartigen Figuren aufzustellen, die in verschiedenen Farben und Größen zur Verfügung stehen. Außerdem bitten wir sie, ein Landschaftsbild zu malen und darin ihre Stimmung auszudrücken. Und wir geben ihr die Aufgabe, sich als Figur zu kneten. Wir stellen dazu Knetgummi in vielen verschiedenen Farben zur Verfügung, aber sie muss sich für eine entscheiden. In die Figur soll sie die Beschwerden, wegen denen sie zu uns kam, mit einarbeiten. Wenn alles vorliegt, treffen wir uns als therapeutisches Team der zuständigen Station, um in einer Fokusrunde zusammenzufassen, was wir über unsere Patientin wissen.

Dabei fließen immer die folgenden Elemente ein:
Symptomatik: Wegen welcher Symptomatik kommt der Patient zur Aufnahme? Welche Symptome bestehen insgesamt und wie lange? In welcher lebensgeschichtlichen Situation sind sie entstanden?

Realkonflikte: Welche Konflikte hat der Patient im realen Leben — insbesondere in den Hauptbereichen Familie/Partnerschaft und Beruf? Gibt es dabei wiederkehrende Muster oder Parallelen? Gab es besondere Auslöser für die jetzige Erkrankung?

Szenisches Erleben: Wie stellt sich unsere Patientin im Stationsalltag dar? Was ist auffällig? Welche Rolle übernimmt sie in der Patientengemeinschaft? Wie reagieren Mitpatienten auf sie? Wie zeigte sich die Patientin im Erstgespräch mit dem Therapeuten? Welche Gefühle löste sie in dem Therapeuten aus (Gegenübertragung)? Was schien sie sich vom Therapeuten zu wünschen, wie schien sie den Therapeuten wahrzunehmen (Übertragung)?

Biographische Anamnese: Diese wird mit der oben beschriebenen Familienaufstellung erhoben. Neben der jeweiligen Bedeutung und Besetzung der Elternfiguren soll auch die Beziehung zu Großeltern und weiteren wichtigen Bezugspersonen sowie die Rolle innerhalb der Geschwistergruppe erhellt werden. Das Aufstellen ihrer Familie löst bei Betroffenen oft starke Gefühle aus, weil ihnen die Kindheitssituation auf einmal so plastisch entgegentritt. Zum Beispiel gegenüber Geschwistern benachteiligt gewesen zu sein, sich vor einem Elternteil gefürchtet zu haben oder sich minderwertig vorgekommen zu sein.

Gestaltungselemente: Hier betrachten wir das Landschaftsbild und die Knetfigur der Patientin. Obwohl für das Landschaftsbild ja gar nicht dazu aufgefordert wird, sich selbst darzustellen, ist oft erstaunlich, wie deutlich Menschen sich, ihre Familie und ihre damit verbundenen Empfindungen in solch einem Bild symbolisieren. Sehr oft stehen z. B. Bäume in einer bestimmten Anordnung da, die in Zahl und Größe fast exakt der Herkunftsfamilie entsprechen. Oft ist auch erkennbar, wer genau unsere Patientin ist.
Insbesondere im Zusammenhang mit der Knetfigur wird viel von der momentanen Selbstwahrnehmung sichtbar. Oft wundern wir uns, wie defizitär sich eine Patientin selbst wahrnimmt, die äußerlich einen unanfechtbaren Eindruck erzeugt.
Wir besprechen diese Elemente dann gemeinsam im therapeutischen Team, um sie miteinander in Zusammenhang zu bringen. Ziel ist, eine Theorie über die Störung, die die Patientin mitgebracht hat, zu entwickeln, die möglichst viele der beobachteten Einzelheiten integriert.

Entscheidend ist dabei, einen sinnvollen Zusammenhang zwischen folgenden drei Ebenen herzustellen: den Beziehungserfahrungen in der Kindheit, den aktuellen Lebensproblemen und dem, was wir auf der Station mit dem Patienten erleben (dem Szenischen). Diese drei Elemente gelten übrigens in der Tiefenpsychologie als das „Erkenntnisdreieck“ (Menninger). Nur wenn ein Therapeut alle diese Punkte ernst nimmt und berücksichtigt, wird er zu einer Theorie über die Störung kommen, die anschließend wirksame und hilfreiche Therapiearbeit ermöglicht. Das gilt übrigens ganz unvermindert auch für eine Einzeltherapie, auch wenn dort natürlich – mangels eines therapeutischen Teams — keine Fokusrunde im oben beschriebenen Sinne möglich ist.
Das Ergebnis halten wir dann in einem „Fokussatz" fest, der sowohl das Symptom als auch seine Erklärung aus der Lebensgeschichte in sehr kurzgefasster Form beinhaltet. Natürlich kann ein solcher Satz nicht alle für die Therapie notwendigen Gesichtspunkte enthalten und er soll auch nicht endgültig sein, sondern flexibel und korrigierbar bleiben. Trotzdem ist er ein wesentlicher Rückhalt für das Team in der Gefahr, sich in der Vielfalt der immer wieder angebotenen Themen zu verlieren.
Angesichts der kurzen Zeit, die einer stationären Therapie nur zur Verfügung steht, ist es besonders wichtig, zielgerichtet mit den Menschen zu arbeiten, die sich uns anvertrauen. Dabei gilt es allerdings auch, deren Maß einzuhalten. Das Tempo der Therapie bestimmt der Betroffene, nicht der Therapeut.

Insofern wäre es in unserem Anfangsbeispiel sicher wichtig, in diesem ersten Gespräch in der Hauptsache nur zuzuhören. Betroffene müssen eine Gelegenheit bekommen, überhaupt einmal das alles sagen zu dürfen, was sie sonst hinuntergeschluckt haben. Und sie brauchen das Gefühl, dass der Therapeut ihre Gefühle versteht. Dass er es ebenfalls für unerträglich hielte, es in einer Situation wie der ihren auszuhalten.
Alles Weitere kommt später. Und das ist ein längerer, spannender Prozess. Es geht dabei darum, dass der Betroffene mehr und mehr darüber versteht, warum er in bestimmte Situationen immer wieder hineingerät, warum sich Bezugspersonen ihm gegenüber immer so viel herausnehmen oder warum er manchmal so übertrieben aggressiv reagiert. In der Regel liegt es daran, dass er immer noch seine alte Schablone anlegt und die Welt immer noch teilweise aus der Sicht des damals schlecht oder unausgewogen behandelten Kindes heraus wahrnimmt – das er als lebhafte Erinnerung immer noch in sich trägt. Das ist für Betroffene erst einmal schwer zu verstehen. Sie sind doch erwachsen, haben alle möglichen Lebenserfahrungen, vielleicht selbst Kinder und eine Berufsausbildung. Selbstverständlich denken sie, dass sie authentisch als Erwachsene handeln in dem, was sie tun. Wenn sie z. B. so in die Enge getrieben werden, dann müssen sie sich doch wehren. Auch wenn sie vielleicht schon wahrnehmen, dass es wegen ihrer Wutanfälle schon viel Ärger gegeben hat und sie möglicherweise auch schon Jobs verloren haben.
Viele Menschen verstehen erst in der Therapie, dass es durchaus keine erwachsenen Gefühle sind, in die sie immer wieder hineinrutschen. Es sind Gefühle eines verletzten Kindes, das sich ausgeliefert fühlt und deshalb entweder gleich in die Unterwerfung geht oder sich versucht, wütend zu wehren. Was anderen vielleicht harmlos oder alltäglich vorkommt, sieht für Betroffene aus dieser Perspektive wie eine unüberwindliche Schwierigkeit aus. Und sie reagieren entsprechend unsicher und voller negativer Erwartungen — die sich dann oft erfüllen. Das hat bei näherem Hinsehen wenig mit einem souveränen, erwachsenen Umgang mit den bestehenden Fragen und Problemen zu tun.
In den letzten Jahren arbeiten wir in der Klinik zunehmen schematherapeutisch, wo sehr direkt gerade diese Themen angegangen werden. Gemeinsam mit unseren Patientinnen und Patienten untersuchen wir, zu welcher Kindheitssituation bestimmte Gefühle passen (z. B. sich nicht ernst genommen zu fühlen, Angst vor Strafe zu haben oder sich hilflos und alleingelassen zu fühlen) und überlegen dann mit ihnen, wie in der bestimmten realen Situation, wo dieses Gefühl aufgetreten ist, ein „gesunder Erwachsener“ reagieren könnte. Unsere Patientinnen merken oft schnell, dass sich solche unreifen Gefühle erkennen lassen, dass sie ihnen auch gar nicht blind folgen müssen und schließlich – das ist dann jeweils eine Sternstunde in der Therapie – dass es viel bessere, zielführendere erwachsene Lösungen gibt als die bisherigen kindlichen.

Zurück zum Anfangsbeispiel. Frau H. würde in einer Therapie verstehen, dass sie als jüngste — und eigentlich unerwünschte — Tochter in einem Geschäftshaushalt ihre ganze Kindheit über das

Gefühl hatte, dass sie nicht zur Last fallen darf. Zuwendung, wenn auch wenig, war nur über besonders braves und fleißiges Verhalten zu erreichen. Dieses Muster zieht sich durch ihre Lebensgeschichte.
Nachfragen ergibt, dass sie bisher ihrer Chefin niemals gesagt hat, dass sie sich überfordert fühlt, sondern nur „nett" zu ihr war. Auch der Ehemann hat noch nie wirklich von ihr gehört, dass sie sich von ihm herumkommandiert fühlt.
Es bleibt nicht aus, dass Patienten auf ihren Therapeuten manchmal ziemlich sauer sind. Ist das doch ein Mensch, der so vieles von dem, was ihnen ein Leben lang selbstverständlich erschien, nicht anerkennen will. Er will einfach nicht glauben, dass bestimmte Situationen ausweglos sind, dass man auf eine bestimmte Weise reagieren muss usw. Selbst „man" darf man in der Therapie nicht sagen. Sofort gibt es einen therapeutischen Mitarbeiter, der einem bedeutet: „Sagen Sie doch Ich. „Man“ ist zu allgemein. Was fühlen Sie denn dabei?".

Wenn eine Therapie erfolgreich war, hat sich der Patient gemeinsam mit seinem Therapeuten seinen „zentralen Beziehungskonflikt" selbst erarbeitet. Aber er ist in diesem Moment schon viel weiter, als nur mehr über sich zu wissen. Schon während der Zusammenarbeit hat sich sein Horizont geweitet, hat er manche Sachen in Frage gestellt, die ihm bisher unumstößlich schienen, und am wichtigsten, er hat auch schon vieles ausprobiert. Also Erfahrungen mit den eben erwähnten Lösungen des „gesunden Erwachsenen“ gemacht. Nichts ist so überzeugend wie der Erfolg und nichts fördert mehr die Therapiemotivation. Wenn Frau H. das erste Mal in der Gruppe einem Mitpatienten widerspricht oder einen Küchendienst auf der Station ablehnt, ist das ein großer Schritt für sie. Wenn ein Mensch versteht, dass seine Schüchternheit, seine Aggressivität, sein unbedingtes Pflichtbewusstsein, sein Gefühl der Minderwertigkeit (oder was es bei ihm auch immer sein mag) nicht die Wahrheit schlechthin sind, sondern mit der Weltsicht zusammenhängen, die er als kleines Kind unfreiwillig erwerben musste, ist viel gewonnen. Es stehen auf einmal neue Lebensmöglichkeiten offen. Unser Stationsalltag ist davon geprägt, dass neue Dinge manchmal auch etwas ungeschickt ausprobiert werden. Immerhin! Es ist viel besser, als wenn alles bei der alten Enge bleibt. Neues darf gedacht und gefühlt werden. Und sehr viele Menschen, die die Therapie durchlaufen haben, haben nicht nur gute Ideen, wie sie die Umstände zu Hause jetzt anders anpacken werden, sondern sagen auch, dass ihnen das Leben wieder Freude macht, weil es viel farbiger geworden ist.

Gibt es besondere Gesichtspunkte für die Therapie älterer Menschen?

Sigmund Freud war noch der Meinung, dass eine Therapie über 40-Jähriger kaum möglich sei. Dem würde kein heutiger Psychotherapeut mehr zustimmen. Im Gegenteil, dort wo Leidensdruck besteht, ist es bis ins hohe Alter sinnvoll, auch psychotherapeutisch vorzugehen. Wir haben viele Menschen im Rentenalter auf der Psychotherapiestation, und die Therapien unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen junger Mitpatientinnen.
Allerdings gibt es bei näherem Hinsehen doch einige Unterschiede, die auch im Miteinander-Arbeiten zum Tragen kommen. Bei älteren Menschen besteht oft nicht mehr der psychosoziale Realdruck wie bei jüngeren. Junge Patientinnen haben vielleicht sogar noch die Entscheidung für eine Berufsrichtung vor sich, verbunden mit Unsicherheit und Versagensängsten, im mittleren Lebensalter sind es oft die vielen, kaum zu bewältigenden und einander widersprechenden Anforderungen, die Menschen überfordern: eigene Familie, Beruf, manchmal noch Pflege der Eltern. Bei älteren Menschen kann es eher ein Mangel an Herausforderungen sein, das Gefühl, überflüssig zu sein, ein Mangel an sozialen Kontakten und ein Gefühl des Vernachlässigtwerdens durch überbeschäftigte Kinder, das auf der Realebene als schwierig empfunden wird. Gelingt es dann aber, in eine echte psychotherapeutische Zusammenarbeit zu kommen, wird schnell deutlich, dass auch diese Gefühle und vor allem die damit verbundene Hilflosigkeit, die bisher befriedigende Lösungen verhinderte, durchaus keine erwachsenen Gefühle sind. Auch bei älteren und alten Menschen sind es im Grunde frühkindlich-hilflose Gefühle, die in bestimmten Situationen wieder aktiviert werden. Im Prinzip lässt sich hier in der geschilderten Weise arbeiten.

Oft sind die Prozesse in einer Therapie älterer Menschen etwas langsamer. Gewohnheiten sind über viele Jahrzehnte eingeschliffen, auch Denkgewohnheiten. Manchmal sind sie nahezu zu einem Persönlichkeitsmerkmal geworden. Das ist oft auch

gar nicht schlimm, wichtig ist nur, dass gezielt dort gearbeitet wird, wo der eigentliche Leidensdruck steckt.

Anders als bei jungen Menschen, die sich ihren Platz im Leben erst noch erkämpfen müssen, steht bei älteren oft das Loslassen und Vergeben im Vordergrund einer Therapie. Ob es um Erfahrungen von Gewalt und Ungerechtigkeit durch längst verstorbene Eltern geht, ob es Trauer über den Verlust eines Partners ist, ob es der Umgang mit körperlichen Einschränkungen ist. In all diesen Situationen gilt es in der Therapie, einen Loslassprozess zu begleiten. Erst im Vergeben und Loslassen werden die Hände und der Blick wieder frei dafür, was das Leben jetzt im Augenblick und in der nächsten Zeit bereithält. Wir beobachten oft bei älteren Menschen, dass auch eine bewusste Hinwendung zu einer mehr durch Spiritualität getragenen Lebensauffassung hilft, alte Kränkungen und Verluste loszulassen und sich dem Leben zuzuwenden. Ein wichtiger Gesichtspunkt, der gerade bei depressiven Patientinnen und Patienten erst wieder zurückerobert werden will: Vor ihnen liegt ein Stück lohnendes Leben. Jeder Tag ist ein Geschenk. Sie können Verantwortung für die jüngere Generation übernehmen. Diesen gestressten Geschöpfen im Alltagstrubel hier und da beistehen, mal im Rahmen ihrer Möglichkeiten helfen, mal an sie denken und für sie beten. Aktive, soziale Übernahme von sinnvoller Verantwortung ist einerseits ein Zeichen von Gesundheit. Aber sie ist gleichzeitig eines der wesentlichen Gesundheitselixiere für ältere Menschen. Es ist ein Weg, um sich Lebensfreude zurückzuerobern.

Nicht verschweigen möchte ich noch einen letzten Aspekt: Psychische Krankheit im Alter ist oft verbunden mit körperlicher Erkrankung. Ob es darum geht, dass ein Mensch durch eine körperliche Krankheit spürbar eingeschränkt ist, ob es die Angst vor einer weiteren Verschlimmerung einer Krankheit ist oder ob es direkt auf die psychische Befindlichkeit wirksame Veränderungen im Hirnstoffwechsel sind, z. B. durch Hormonumstellungen ausgelöst.
Um hier wirksam helfen zu können, muss sich eine optimale ärztliche Behandlung mit einer Psychotherapie verbinden. Selbstverständlich müssen körperliche Erkrankungen gut versorgt bzw. eingestellt werden. Und bei Depressionen ist es wichtig, auch durch Medikamente den zugrunde liegenden Transmitterverschiebungen im Hirnstoffwechsel entgegenzuwirken.

Auf diese Weise kann in den meisten Fällen recht schnell eine Grundlage geschaffen werden, auf der eine eigentliche Psychotherapie dann wieder gedeihen und wirken kann.

Es lohnt sich.

Dr. med. Martin Grabe

Arzt für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin, Ärztlicher Direktor der Klinik Hohe Mark und 1. Vorsitzender der Akademie für Psychotherapie und Seelsorge (APS). Bücher über Vergebung, Lebenssinn, Trauer, Burnout-Prophylaxe.

Klinik Hohe Mark
Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH Marburg
Friedländerstraße 2, 61440 Oberursel (Taunus)
Telefon: 06171 204-3050
chefarztsekretariate@hohemark.de

Zum Weiterlesen für alle, die mehr über das Thema wissen möchten:

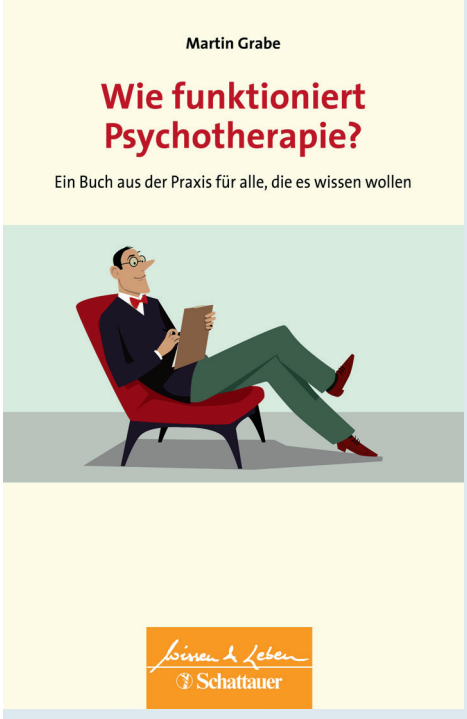
Martin Grabe: Wie funktioniert Psychotherapie? (Schattauer Verlag)
(siehe Buchvorstellung nächste Seite)

Wozu und „Wie funktioniert Psychotherapie?“

Ungeachtet des Eindrucks, dass Ältere sehr wohl lebensbiografische Rückblicke halten, die ihnen das Gefühl von Lebenskohärenz geben, gibt es von Älteren Vorbehalte gegenüber Psychotherapie. Sie drücken sich u. a. in der geringen Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten durch Ältere aus.
Dabei erscheint Psychotherapie in jedem Lebensalter insbesondere dann wichtig, wenn sich diese Lebenskohärenz nicht mehr ohne weiteres herstellen lässt und Störungen einen Leidensdruck erzeugen, der das Lebensgefühl und die Lebensqualität negativ beeinflussen. Die Lebensprobleme werden von Betroffenen nur diffus wahrgenommen. Es bleibt ihnen häufig unklar, woher die psychischen Probleme wie negative Gefühle oder Ängste herrühren, wie sie sich erklären, warum sie zu einem bestimmten Zeitpunkt auftreten und wie Betroffene mit ihnen umgehen können.
Martin Grabe berührt in seinem Buch „Wie funktioniert Psychotherapie“? genau solche Fragen. Der Psychotherapeut kann nicht die externalen Probleme von Menschen mit psychischen Störungen lösen, er kann nicht die Mobbingquelle abschaffen, er kann nicht die fehlenden Kontakte von einsam Lebenden generieren usw. Darin liegen die Grenzen der Psychotherapie. Sie ändert nicht die Verhältnisse, sondern das Verhalten und die Einstellungen von Menschen zu den Verhältnissen und ihre inneren Repräsentationen. Der Psychotherapeut kann die Probleme für Betroffene überhaupt erst verbalisieren, er kann sie ordnen, systematisieren, hierarchisieren und fokussieren, er kann mit dem Klienten Thesen aufstellen, wie innere Repräsentationen, die sich als Störung manifestieren, entstehen, und er kann mit psychisch Erkrankten Lösungs- oder Linderungsmöglichkeiten erörtern.

Seine Quellen sucht er im Paradigma von Grabes Ansatz auf drei Ebenen, in der aktuellen Situation, in der Biografie des Klienten, insbesondere in den Sozialisierungsmustern der frühen Kindheit, sowie darin, wie sich Menschen in ihrem aktuellen Handeln inszenieren.

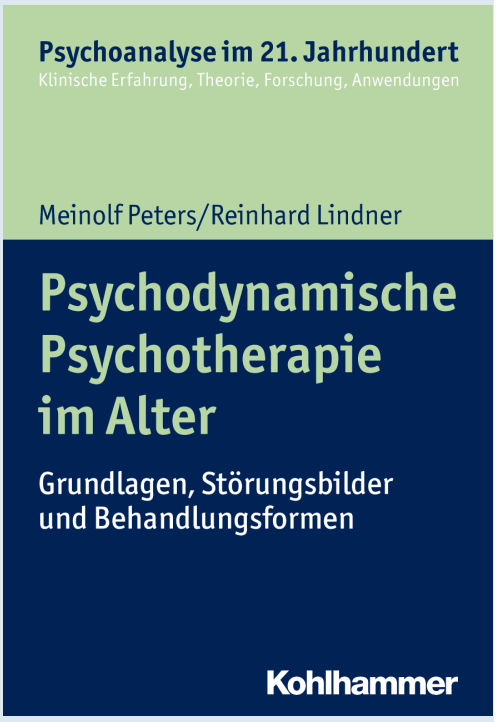
In den Schnittmengen dieser drei Bereiche fokussiert nach Grabe der zentrale Beziehungskonflikt, an dem der Therapeut mit dem Klienten arbeitet. Anliegen ist es zunächst, eine Theorie über die Störung, die der Patient erlebt, zu entwickeln, an der der Klient gefühlsmäßig Anteil nimmt. Er arbeitet in diesem Zusammenhang an realen Verlusten und Verletzungen, wie sie sich häufig bereits in der Kindheit manifestiert haben und im Verlaufe des Lebens wiederholen. In der Offenlegung solcher Zusammenhänge besteht die Substanz des therapeutischen Zugangs, wie ihn Martin Grabe versteht. Sie zielt auf das Loslassen und Vergeben, um sich neue Handlungsoptionen zu erschließen, die frei von Belastungen der Vergangenheit sind.



Martin Grabe bezieht seine Ausführungen auf verschiedene Therapieschulen, insbesondere auf die Psychoanalyse, auf tiefenpsychologische, verhaltens- und schematherapeutische Ansätze und verdeutlicht sie an verschiedenen Störungsbildern.

Sein Buch, das sich auch an Betroffene und Angehörige richtet, ist überaus kurzweilig und interessant geschrieben. Es eröffnet Lesern einen Einblick in die therapeutische sowie in eine anstrengende, aber in jedem Fall lohnenswerte Beziehungsarbeit, die die selbstreflexiven Erkenntnispotentiale von Betroffenen stärkt.

Psychodynamische Psychotherapie im Alter



Die Gesundheitskompetenzwerte von Älteren, das konnten verschiedenste Untersuchungen belegen, sind nicht gut. Sie sinken, je älter Menschen werden. Diese geringen Gesundheitskompetenzwerte von Älteren betreffen auch und gerade Kenntnisse über Faktoren und Indikatoren für psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen. Ältere wissen vergleichsweise wenig über Faktoren und Indikatoren für psychische Gesundheit ihres Altwerdens. Ihre Kenntnisse über verbreitete psychische Erkrankungen im Alter wie Angststörungen, Demenzen, Depressionen, Anpassungsstörungen und Traumatisierungen sind gering. Mit diesen Gesundheitskompetenzwerten korrespondiert die geringe Bereitschaft Älterer, psychotherapeutische Angebote und Hilfe wahrzunehmen, zumal auch die Kenntnisse über das Hilfesystem gering sind. Und obwohl sich die Psychotherapiemotivation der künftigen älteren Generationen zum Positiven verändert, steht sie nach wie vor in keinem Verhältnis zur Erkrankungszahl.

Warum Ältere mit Bezug auf psychische Erkrankungen viel weniger diagnostiziert und therapiert werden, hängt aber auch mit tradierten Altersbildern zusammen. Verschiedene Erhebungen, darauf verweisen Meinolf Peters und Reinhard Lindner in ihrem Buch „Psychodynamische Psychotherapie im Alter“, zeigen, dass auch Psychotherapeuten in der Vergangenheit eher negative Einstellungen gegenüber Älteren besaßen. Ältere, so eine verbreitete Einstellung, erweisen sich in viel stärkerem Maße als therapieresistent. Meinolf Peters hat schon vor ca. 15 Jahren diesbezüglich von einem „Vermeidungsbündnis“ gesprochen, das geräuschlos zusammenarbeitet und unterstellt, dass Psychotherapie keine erfolgversprechende Behandlung ist.

Dass von einer Therapieresistenz Älterer keine Rede sein kann, dafür finden Meinolf Peters und Reinhard Lindner wichtige Argumente. Psychische Behandlungen Älterer sind wichtig und notwendig. Psychische Erkrankungen erzeugen nicht nur Leidensdruck für Betroffene und Angehörige, sie sind auch mit anderen psychischen und somatischen Krankheiten assoziiert.

Prof. Meinolf Peters, der bis 2017 leitender Psychologe im Funktionsbereich Gerontopsychosomatik war, und Prof. Reinhard Lindner, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellen in ihrem Buch die Versorgungsrealität von Älteren dar und kontextualisieren sie zu tradierten Altersbildern. Sie beschreiben wichtige psychische Störungen im Alter wie Depressionen, Angststörungen, belastende Erinnerungen, Wahn und Isolation, Demenzen, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen in ihrer Epidemiologie, Psychodynamik und mit ihren Behandlungsoptionen. Und sie stellen wichtige Behandlungsformen und -settings vor, die für Ältere erreichbar sind. Solche Settings können lang- oder kurzzeittherapeutisch orientiert sein, sie können ambulant oder stationär sein. Inzwischen gibt es auch aufsuchende Psychotherapien und Therapieangebote in Pflegeeinrichtungen, die allerdings noch kaum bekannt und verbreitet sind.
Das Buch von Peters und Lindner ist grundlegend und im Charakter ein Standardwerk. Es ist unprätentiös und verständlich geschrieben. Insofern empfiehlt es sich in der Tat nicht nur für Experten oder Psychotherapeuten, sondern für psychologisch interessierte Leser, Betroffene, pflegende und betreuende Angehörige, Multiplikatoren in der Sozialarbeit und Interessenvertreter von älteren Menschen.

Dr. Jan Steinhaußen

Meinolf Peters

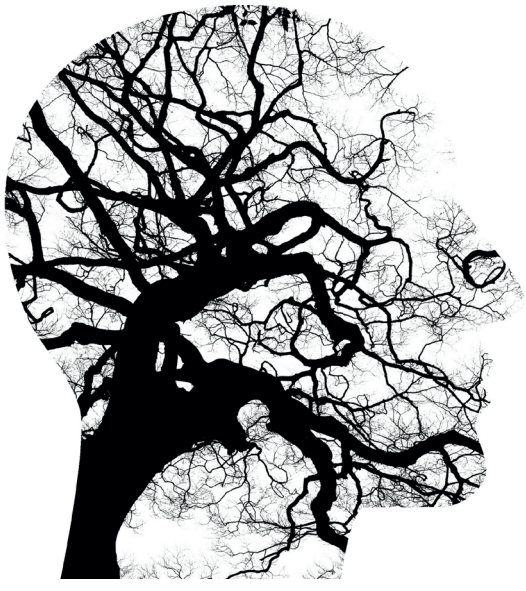
PSYCHOTHERAPIE MIT ÄLTEREN MENSCHEN – EINE ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNG

Ältere Patienten – Stiefkinder der Psychotherapie

Die Alterspsychotherapie ist bis in die Gegenwart hinein ein Stiefkind der klinischen Psychologie und Psychotherapie geblieben, lange lagen die Behandlungszahlen kaum über 1 bis 2 % aller ambulant behandelten Patienten. Verantwortlich für diese Situation waren einerseits die Therapeuten, die wenig Bereitschaft zeigten, Ältere in Therapie zu nehmen, aber auch die Älteren selbst, bei denen die Skepsis gegenüber diesem Angebot überwog (Peters 2017, Peters u. Lindner 2019).

Die niedrigen Behandlungszahlen kontrastieren mit dem anzunehmenden Behandlungsbedarf. Dieser ist zwar schwer zu ermitteln, wurde in dem Altenbericht der Bundesregierung 2011 (Altenbericht 2011) aber – eher konservativ – auf ca. 10 % geschätzt. Als Richtwert kann auch die Prävalenz psychischer Störungen herangezogen werden, ohne dass sich daraus unmittelbar ein Behandlungsbedarf ableiten ließe. Diese wird auf ca. 25 % und damit ähnlich hoch eingeschätzt wie in anderen Altersgruppen, wobei der Anteil an dementiellen Erkrankungen mit steigendem Alter immer höher wird. Welchen Vergleichswert man auch zugrunde legt, so ist doch unbestritten, dass zwischen dem Bedarf an Psychotherapie und der tatsächlichen Inanspruchnahme eine erhebliche Diskrepanz besteht (*treatment gap*), die bis heute nicht geschlossen ist.

Dennoch ist nicht zu übersehen, dass der gegenwärtige Wandel des Alters sich nicht auf die demografische Entwicklung, d. h. eines immer größer werdenden Anteils Älterer an der Gesamtbevölkerung beschränkt, sondern auch in einem vielfältiger und ‚bunter' gewordenen Leben Älterer sichtbar wird. Dieser Wandel nun wirkt sich auch auf die Psychotherapie aus, wo der Anteil der über 60-Jährigen an allen behandelten Psychotherapiepatienten auf ca. 8-9 % angestiegen ist. Doch der Schein täuscht: Es sind vornehmlich ältere Frauen zwischen 60 und 69, zudem die besser gebildeten, die heute vermehrt eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen. Der Anteil älterer Männer, der weniger Gebildeten und besonders der Hochaltrigen bleibt weiterhin auf sehr niedrigem Niveau (Peters et al. 2013). Die Vorbehalte sind also keineswegs ausgeräumt, sie haben sich allenfalls in bestimmten Untergruppen abgeschwächt. Doch der Wandel geht weiter, und neue, durch den soziokulturellen Wandel der 1960er Jahre geprägte Kohorten werden ohne Zweifel stärker um psychotherapeutische Behandlungen nachsuchen. Es geht also darum, dass sich Psychotherapeuten auf die sich vollziehende und zukünftige Entwicklung einstellen und mit den Besonderheiten, die die Therapie Älterer ausmachen, befassen. Auf einige dieser Besonderheiten wird im Weiteren eingegangen.



Besonderheiten in der Therapie Älterer

Diagnostische Aufgaben

Das Altern ist mit zahlreichen körperlichen, kognitiven und sozialen Veränderungen verbunden, die sich in den klinischen Bildern niederschlagen und in der Eingangsdiagnostik berücksichtigt werden müssen:

a. *Besonderheiten psychischer Erkrankungen:* Besonders häufig sind im Alter zwar *Depressionen*, doch neueren Studien zufolge treten Angststörungen etwa gleich häufig auf. Oft besteht eine *Generalisierte Angststörung*, bei der das Moment der Sorge im Vordergrund steht, etwa die Sorge um die Gesundheit, um die Angehörigen oder anderes. Bei einer generalisierten Angststörung ist diese Sorge so ausgeprägt, dass damit Einschränkungen in der Lebensqualität verbunden sind. Manchmal fehlt dieses kognitive Element aber auch, und der Patient leidet vornehmlich unter einer inneren Unruhe, die er nicht zu kontrollieren vermag. Grundsätzlich gilt, dass die Krankheitsbilder bei Älteren weniger voneinander abgegrenzt sind, beispielsweise Depressionen und Angststörungen stärker ineinander übergehen (Maercker 2014). Besondere Bedeutung gewinnt im Alter auch die *Suizidalität*, die bei älteren Männern stark ansteigt; "der Suizid trägt die Handschrift des Alters", so der Suizidforscher R. Lindner (2006).

b. *Körperliche Krankheit*: Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass viele psychisch erkrankte Ältere zusätzlich mehrere körperliche Krankheiten und Beeinträchtigungen aufweisen (*Multimorbidität*). Als psychisch besonders belastend werden Krankheiten erlebt, die mit Einschränkungen der Mobilität einhergehen, also orthopädische Erkrankungen sowie Erkrankungen der Sinnesorgane. Immerhin 20 % der über 75-Jährigen weisen Sehschwächen auf, die mit Alltagseinschränkungen verbunden sind, und fast 50 % der über 85-Jährigen leiden an einer Makuladegeneration (Finger 2015).

c. *Kognitive Einschränkungen*: Im Alter treten eine Reihe kognitiver Veränderungen auf, die sich nicht auf eine zunehmende Vergesslichkeit beschränken. Die Einschränkungen der Exekutivfunktionen, die ein zielgerichtetes und flexibles Verhalten ermöglichen und im präfrontalen Kortex gesteuert werden, können die Alltagsbewältigung erschweren oder doch weniger effektiv machen. Infolge dieser Veränderungen steigt aber auch die Gefahr *leichter kognitiver Beeinträchtigungen*, die über die normalen Altersveränderungen hinausgehen, aber noch nicht das Ausmaß einer Demenz erreichen; sie stellen eine eigene diagnostische Kategorie dar. Die Gefahr, dass diese Beeinträchtigungen in eine *Demenz* umschlagen, ist aber erheblich. Die Prävalenz der Demenz steigt mit zunehmendem Alter stark an und liegt bei den über 90-Jährigen bei 30 bis 40 % (Schröder u. Pantel 2011).

d. *Soziale Probleme*: Das Fehlen sozialer Kontakte und Aktivitäten ist häufig ursächlich an der Entstehung psychischer Erkrankungen beteiligt oder beeinflusst doch deren Verlauf, weil dadurch die Lebenszufriedenheit und -qualität gefährdet ist. Zumindest im hohen Alter nimmt die Häufigkeit *sozialer Isolation und Einsamkeit* zu, was ein hohes Risiko nicht nur für psychische Erkrankungen, sondern auch Suizidalität und Demenz darstellt (Tesch-Römer 2010). Die Anzahl und Häufigkeit sozialer Kontakte ist also ebenso zu erfassen wie die finanzielle Situation, zumal die Ausbreitung der *Altersarmut* nicht gestoppt ist.

Grundsätzlich gilt jedoch, dass Ältere höchst unterschiedlich sind (*differenzielles Altern*). Etabliert hat sich die Sichtweise von der Zweiteilung des Alters in die jungen, zumeist noch ‚fitten' Alten (*drittes Alter*) und die betagten und häufig eingeschränkten Alten (*viertes Alter*) (Backes u. Clemens 1998). Allerdings kann diese Zweiteilung nicht allein am Lebensalter festgemacht werden, so gibt es 60-Jährige mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen und 80-Jährige, die völlig selbständig leben und sich bester Gesundheit erfreuen. Die Gruppe der älteren Patienten ist somit sehr heterogen, und dies erfordert eine besonders sorgfältige Diagnostik. *Negative Alterssstereotypen*, die immer noch weit verbreitet sind, gilt es dabei zu überwinden.

Motivation und Behandlungsbündnis

Lange konnte man davon ausgehen, dass ältere Menschen zur Psychotherapie eine größere Distanz haben und sich scheuen, ein solches Behandlungsangebot selbst in Anspruch zu nehmen. Die Gründe dafür lagen in kohortenspezifischen Erfahrungen, v. a. einer Sozialisation, die es erschwerte, über innere Befindlichkeiten, Gefühle und vermeintliche Schwächen zu sprechen. Obwohl sich auch hier der Kohortenwandel bemerkbar macht und viele der jetzt älter werdenden Menschen weniger Vorbehalte hegen, stellt sich dennoch zu Beginn die Aufgabe, Ängste und Schamgefühle zu überwinden, die darauf beruhen können, im fortgeschrittenen Alter auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Diese Älteren gilt es zunächst einmal ‚abzuholen', ihnen Sicherheit zu vermitteln und eine *therapeutische Beziehung* anzubieten, die die Selbstöffnung erleichtert. Zu bedenken dabei ist auch, dass die Barrieren bei älteren Männern noch einmal höher sind als bei älteren Frauen (Peters 2020).

Tatsächlich gelingt ein solcher Beziehungsaufbau den meisten Älteren rasch, ja sie zeigen sich häufig sehr schnell offen und dankbar, woraus nun wiederum eine besondere Verbundenheit, ja oft auch ‚Anhänglichkeit' erwachsen kann. Eine dann besonders intensive Beziehung kann vor allem entstehen, wenn ältere Patienten vereinsamt oder aber existenzielle Fragen von Bedeutung sind. So können Verluste und Krankheiten zu einer grundlegenden Verunsicherung geführt und Fragen nach dem Sinn des Lebens aufgeworfen haben. Besonders in diesen Fällen kann ein Therapeut oder eine Therapeutin als ein idealisiertes, schutzgewährendes Gegenüber erlebt werden; der existenzialistische Therapeut I. Yalom (1989) sprach in diesem Zusammenhang vom Arzt oder Therapeuten als *letzten Retter*. Die größere persönliche Nähe, die in zahlreichen Therapien Älterer festgestellt werden kann, bietet einerseits Behandlungschancen, doch sie stellt Therapeuten auch vor besondere Herausforderungen. Sie können nun ihrerseits mit einer größeren persönlichen Nähe reagieren, und tatsächlich zeigen Studien, dass die Therapie Älterer durch eine reduzierte *personale Distanz* des Therapeuten gekennzeichnet ist (Peters 2017). Führt dies nun dazu, sich mit dem Patienten zu verstricken und nicht mehr die erforderliche professionelle Distanz zu finden, können daraus Probleme erwachsen, die einen konstruktiven Verlauf der Therapie erschweren. Diese *Nähe-Distanz-Problematik* gilt als eine der Besonderheiten in der Therapie Älterer. Therapeuten sollten in der Lage sein, diese spezifische Beziehungsproblematik zu reflektieren, um immer wieder eine Balance zwischen notwendiger Nähe einerseits und professioneller Distanz andererseits herstellen zu können.

Ein weiterer Aspekt, der der therapeutischen Beziehung eine besondere Dynamik verleihen kann, ist die Tatsache, dass der Therapeut ja i. d. R. deutlich jünger als der Patient ist. In der Folge kann es zu einer *umgekehrten Übertragung* kommen (Peters 2019a), so dass der Patient den jüngeren Therapeuten oder die jüngere Therapeutin in der Rolle des Sohnes oder der Tochter wahrnimmt. In dieser Übertragungskonstellation spiegeln sich die familiären Beziehungen, d. h. die Erfahrungen mit den eigenen realen oder phantasierten Kindern, aber nicht zuletzt auch mit den eigenen Eltern. Für Therapeuten ist diese Rolle oftmals verunsichernd und kann ausschlaggebend sein, von der Behandlung älterer Patienten abzusehen.

Therapeutische Inhalte

Eine der zentralen Besonderheiten der Psychotherapie Älterer sind die Inhalte, die aus den zu bewältigenden *Entwicklungsaufgaben* dieses Lebensabschnittes resultieren. Der renommierte Gerontologe E. H. Erikson (1973) hat als erster in seiner Theorie der lebenslangen Entwicklung für jedes Lebensalter eine vorrangig zu bewältigende Entwicklungsaufgabe beschrieben. Als Aufgabe des Alters formulierte Erikson die Polarität *Integrität versus Verzweiflung*. Integrität „bedeutet die Annahme seines einen und einzigen Lebenszyklus und der Menschen, die in ihm notwendig da sein mussten und durch keine anderen ersetzt werden können. Er bedeutet eine neue, andere Liebe zu den Eltern, frei von dem Wunsch, sie möchten anders gewesen sein als sie waren, und die Bejahung der Tatsache, dass man für das eigene Leben allein verantwortlich ist" (S. 119). Mit dieser Formulierung hatte Erikson nicht nur ein bis heute bedeutendes Modell für ein gutes Altern entworfen, sondern offenbar auch ein Bedürfnis vieler älterer Menschen erfasst, im Alter noch etwas zum Abschluss bringen zu wollen, was im Leben unerledigt geblieben ist. Wenn dies gelingt und ein Zustand von Integrität erreicht wird, ist eine Grundlage für ein gutes Altern geschaffen.

Der Integrität gegenüber gestellt hatte Erikson die Verzweiflung. Diese kann entstehen, wenn das eigene Leben als gescheitert empfunden wird und das Gefühl vorherrscht, in einer existenziell ausweglosen Situation zu sein. Verzweiflung enthält die Trauer über das, was nicht mehr ist, aber auch den Hass, der sich gegen die eigene Person richtet und ein Gefühl hervorruft, nicht mehr man selbst sein zu wollen. Der Verzweifelte fühlt sich wie eine Schnecke in ihrem Gehäuse, zurückgeworfen auf ein einsames Ich. Verzweiflung erfasst Menschen, die von schweren Schicksalsschlägen betroffen sind und keine Zukunft mehr für sich sehen, aber auch Ältere, die sich mit dem Älterwerden nicht abzufinden vermögen, die von den Versäumnissen und verpassten Chancen nicht loskommen und sich diese unerbittlich zum Vorwurf machen. Eine solche Haltung ist bei Patienten durchaus häufiger anzutreffen.

Während die von Erikson formulierte Aufgabe des Alters als Meta-Aufgabe bezeichnet werden kann, lassen sich darüber hinaus einzelne Entwicklungsaufgaben beschreiben, die ein älterer Mensch zu bewältigen hat (Radebold 1992):

» Gestalten des Alltags/der freien Zeit durch Interessen/Kompetenzen statt durch Beruf und Familienaufgaben.

» Umgang mit dem sich verändernden eigenen Körper sowie mit Krankheit und Verlust von Fähigkeiten.

» Gestalten der Beziehungen in der eigenen Generation (einschließlich der Paarbeziehung) und zwischen den Generationen.

» Reflektieren/Erhalten der eigenen Identität: Zusammenfügen der Lebenserfahrungen und Ereignisse zu einem Bild der eigenen Einmaligkeit.

» Sich einstellen auf die sich verändernde Zeitperspektive sowie auf Sterben und Tod.

Historische Perspektive

Eine besondere Dimension in der Therapie Älterer stellt die historische Perspektive dar, d. h. die Tatsache, dass ältere Menschen durch die dunkle Epoche der deutschen Geschichte gehen mussten. Durch Krieg, Flucht und Vertreibung (Radebold 2006) erlebte diese Generation ein nicht gekanntes Ausmaß an Zerstörung, Not und Verlust. Die 12 Millionen Deutsche, die aus den Ostgebieten fliehen mussten oder von dort vertrieben wurden, verloren nicht nur ihre Heimat, sondern waren auch zahlreichen Erniedrigungen, Gefahren und gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt (Peters 2018), Tod und Sterben wurden vielfach zu alltäglichen Begleitern. Auch wenn diese historischen Ereignisse Folge des von Hitler-Deutschland angezettelten Krieges waren, so waren sie für die Betroffenen, die sich damals im Kindes- oder Jugendalter befanden, doch vielfach traumatisch. Diese Traumata aber können im Alter wiederaufleben (*Trauma-Reaktivierung*) und zu einer erheblichen Belastung werden. Die Ursachen für zahlreiche psychische und auch körperliche Erkrankungen sind oftmals in diesen frühen Erlebnissen zu suchen. Traumafolgestörungen, insbesondere auch *Posttraumatische Belastungsstörungen* sind in diesen Kohorten deutlich häufiger anzutreffen als in jüngeren Kohorten, denen Kriegserfahrungen erspart geblieben sind.

Nun befindet sich die Generation der damals Betroffenen bereits in einem betagten Alter, so dass diese Spätfolgen eher dort anzutreffen sind, wo betagte ältere Menschen versorgt oder behandelt werden, also etwa in gerontopsychiatrischen und in geriatrischen Kliniken oder in der Pflege. Doch diese Ereignisse werden oftmals auch an die nachfolgende Generation weitergegeben (*transgenerationelle Traumatisierung*), so dass auch die Generation, die sich heute im dritten Alter befindet und in größerer Zahl in der ambulanten Psychotherapie anzutreffen ist, davon keineswegs unbeeinflusst ist.

Doch Geschichte geht weiter, und in den fünfziger Jahren, in denen die heute 60- bis 70-Jährigen aufwuchsen, setzte sich trotz des Endes der Nazi-Diktatur zunächst eine Erziehungsideologie fort, die durch Härte und die Forderung nach unbedingtem Gehorsam gekennzeichnet waren. F. Huber (2017) hat in seinem Buch mit dem bezeichnenden Titel ‚*Hinter den Türen warten die Gespenster*' diese Erziehungswirklichkeit eindringlich beschrieben. Körperliche und sexuelle Gewalt waren in den Familien, aber auch in zahlreichen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe weiterhin verbreitet.

Stärker in den alten als in den neuen Bundesländern spielt bei den jüngeren Älteren auch der Aufbruch in den 1960er und 70er Jahren eine Rolle, der Lebenswege beeinflusste und über Lebensträume und -pläne entschied (Peters 2019), eine Zeit, die aber auch zu einem Bruch mit den bis dahin vorherrschenden Erziehungsvorstellungen führte. In den neuen Bundesländern hingegen dürften die Erfahrungen während der DDR-Vergangenheit sowie der Wendezeit, die ja für viele Menschen mit einem Bruch in der Lebensgeschichte verbunden war, von größerer Bedeutung sein. Die individuelle Lebensgeschichte älterer Patienten trägt also oftmals Spuren der Geschichte und der gesellschaftlichen Umstände, unter denen sie aufgewachsen sind. Auch diese Dimension, die Ältere auch als Zeitzeugen in Erscheinung treten lässt, macht die Alterspsychotherapie zu einem besonderen Themenfeld.

Therapieziele und Ressourcen

In der Psychotherapie geht es natürlich vornehmlich um eine Besserung der bestehenden Symptomatik. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass diese untrennbar verbunden ist mit der Lebensgeschichte, den bestehenden Lebensumständen und den zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben. Nach Fürstenau (1992) ist davon auszugehen, dass eine psychische Erkrankung damit zu tun hat, dass der Patient für die sich ihm stellenden Aufgaben bisher keine persönliche Antwort gefunden hat und ihm eine Umstrukturierung der Muster seiner inneren Welt bisher nicht gelungen ist. Daraus leiten sich die *Therapieziele* bei älteren Patienten ab, d. h. es geht dann etwa darum, einen fürsorglichen Umgang mit dem schwächer werdenden Körper zu finden, soziale Kontakte zu erhalten oder wiederherzustellen sowie Lebensziele und -vorstellungen zu modifizieren und anzupassen.

Welche Gewichtung die unterschiedlichen Ziele erlangen, hängt nicht zuletzt auch von den vorhandenen *Ressourcen* ab, die es auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu erfassen gilt (Forstmeier et al. 2005). Im jüngeren Alter (etwa zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr) sind zumeist noch ausreichend Ressourcen – v. a. auch gesundheitlicher Art – vorhanden, um Defizite auszugleichen. Es kann also durchaus ähnlich wie in jüngeren Jahren um *Entwicklungsziele* gehen, d. h. um die Frage, wie das Leben noch einmal erweitert und bereichert werden kann. Im betagten Alter (jenseits des 80. oder 85. Lebensjahres) hingegen nehmen i. d. R. die Einschränkungen und Defizite zu, und die Ressourcen reichen zumeist nicht mehr aus, diese vollständig zu kompensieren. Jetzt rücken *Erhaltungsziele* stärker in den Fokus, d. h. es geht nunmehr darum, die vorhandene Selbständigkeit und Lebensqualität möglichst lange zu erhalten. Besonders diese Phase des Übergangs in ein reduzierteres Leben kann existenzielle Fragen nach dem Sinn des Lebens aufwerfen, die dann auch in der Psychotherapie Bedeutung erlangen können. Dennoch, grundsätzlich gilt, dass ältere Menschen über eine erstaunliche Resilienz und Anpassungsfähigkeit verfügen, was sich auch darin zeigt, dass nicht nur die Menschen im dritten, sondern auch im vierten Alter über eine hohe *Lebenszufriedenheit* und ein hohes *Wohlbefinden* berichten (Backes u. Clemens 1998). Diese grundsätzlich vorhandene Fähigkeit Älterer, sich anzupassen und auf veränderte Möglichkeiten einzustellen, ist eine wesentliche Grundlage der Legitimität von Psychotherapie im Alter.

Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Die psychotherapeutische Versorgung hat sich hierzulande auf die großen Therapierichtungen *Verhaltenstherapie* und *psychodynamische Therapie* reduziert; unter Letztere fallen unterschiedliche Ansätze (Kurztherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie, psychoanalytische Langzeittherapie), die sich aber letztlich alle aus der Psychoanalyse heraus entwickelt haben. Während sich die psychodynamische Psychotherapie bereits seit Ende der 1960er Jahre mit der Behandlung Älterer befasst hat und eng mit dem Namen Hartmut Radebold verbunden ist (Radebold 1992), hat die Verhaltenstherapie seit den 1970er Jahren begonnen, spezifische Behandlungsansätze für Ältere zu entwickeln; hierzulande ist insbesondere das Programm zur Behandlung von Depressionen von Hautzinger zu erwähnen (Hautzinger 2000). Während verhaltenstherapeutische Programme versuchen, durch gezielte Übungen symptomatisches Verhalten zu reduzieren, gleichzeitig alternatives Verhalten aufzubauen sowie Kognitionen zu verändern, zielt die psychodynamische Psychotherapie mehr auf die inneren Konflikte und unbewussten Anteile einer psychischen Erkrankung ab, die es in einem reflexiven Dialog zu erhellen und aufzulösen gilt. Dabei sind auch die lebensgeschichtlichen Wurzeln der zugrunde liegenden

Konflikte von Bedeutung, die, so die Annahme, sich auch im Umgang mit dem Therapeuten zeigen, was zur Folge hat, dass die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Therapie eine größere Bedeutung zukommt als in der Verhaltenstherapie.

Für beide Therapierichtungen sind unterschiedliche Indikationskriterien ausschlaggebend. Während eine Verhaltenstherapie besonders bei einer klar umschriebenen Symptomatik, die es zu lindern gilt, angezeigt ist, sollte eine psychodynamische Behandlung in Betracht gezogen werden, wenn lebensgeschichtliche Konflikte von Bedeutung sind und eher eine ‚diffuse' Symptomatik vorliegt. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Grenzen zwischen diesen Therapierichtungen in der Behandlung Älterer ohnehin durchlässiger werden und somit die Indikationsfrage an Bedeutung verliert. Eine Brücke zwischen diesen beiden Therapierichtungen schlägt die *mentalisierungsbasierte Psychotherapie*, die in der neueren Entwicklung der Psychotherapie immer mehr Bedeutung erlangt. Dabei handelt es sich um eine Therapieform, die sich aus der psychodynamischen Therapie heraus entwickelt hat. Ziel dabei ist es, die Reflexions- und Beziehungsfähigkeit des Patienten zu verbessern, weil darin eine zentrale Dimension psychischer Gesundheit gesehen wird (Taubner et al. 2019). Auch für Ältere stellt die soziale Einbindung eine wesentliche Grundlage im Hinblick auf die Erhaltung der Lebensqualität dar, so dass das Anliegen dieser neueren Therapieform auch den Belangen Älterer entgegenkommt.

Als dritte Säule der Therapie Älterer gilt die *Lebensrückblicktherapie* (Rabaioli-Fischer 2015), die keiner der großen Therapieschulen zuzuordnen ist, sondern einen spezifisch auf Ältere zugeschnittenen Therapieansatz darstellt. Dabei wird angenommen, dass die eigene Lebensgeschichte für Ältere eine Ressource darstellt, die es im Alter zu nutzen gilt. Ursprünglich waren dabei die weiter oben bereits geschilderten Überlegungen von Erikson von Bedeutung. Genutzt wird dabei auch die Erzählkompetenz (*narrative Kompetenz*) Älterer, die es ihnen erlaubt, sich ihr Leben erzählend anzueignen (Peters 2019b).

Versorgungsmöglichkeiten

Ambulante Psychotherapie

Die *ambulante Psychotherapie* ist hierzulande seit 1967 als Kassenleistung anerkannt, was uneingeschränkt auch für Ältere gilt. Zugelassen sind die beiden bereits oben erwähnten großen Therapieschulen, also Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie in ihren verschiedenen Varianten; neuerdings ist die *systemische Therapie* hinzugekommen. Obwohl trotz regionaler Unterschiede von einer flächendeckenden Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten (ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten) ausgegangen werden kann, bestanden lange Zeit große Vorbehalte, ältere Patienten in Behandlung zu nehmen. Diese hatten demzufolge oftmals große Mühe, einen Psychotherapeuten zu finden. Doch die Bereitschaft der Psychotherapeuten, Ältere zu behandeln, hat deutlich zugenommen. Dies zeigen nicht nur die gestiegenen Behandlungszahlen, sondern auch eine veränderte Einstellung der Psychotherapeuten, die heute gegenüber Älteren deutlich aufgeschlossener sind als noch vor wenigen Jahrzehnten (Peters et al. 2013).

Stationäre Psychotherapie

Aufgrund der Problemvielfalt und Multimorbidität vieler älterer Patienten ist oftmals eine *stationäre Psychotherapie* indiziert. Bei schweren Erkrankungen ist dabei zunächst an eine *gerontopsychiatrische Klinik* mit allerdings zumeist nur begrenztem Psychotherapieangebot oder aber an eine *Psychosomatische Klinik* zu denken. Von den insgesamt ca. 170 Kliniken, die es hierzulande gibt (als Reha- oder Akutkliniken), dürften derzeit etwa 10 bis 15 % auch ein spezifisches Angebot für ältere Patienten bereithalten (Peters 2018b). Der Vorteil besteht darin, dass neben der Psychotherapie zahlreiche weitere Behandlungsangebote kombiniert werden können, etwa Kreativtherapie (etwa Tanz- oder Kunsttherapie), Bewegungstherapie, Physiotherapie sowie fachmedizinische Behandlungen. Bedeutsam ist auch das therapeutische Milieu, dass die Patienten vorfinden. Es kann wesentlich zur Genesung beitragen und insbesondere im Hinblick auf die Wiederaufnahme sozialer Kontakte wichtige Impulse setzen.

Beratung und Psychotherapie

Beratungsangebote spielen in der Versorgung psychisch belasteter älterer Menschen eine kaum zu überschätzende Rolle, dennoch sind sie oftmals nicht bekannt oder werden aus anderen Gründen nicht wahrgenommen. Zum einen ist an die *Pflegestützpunkte* zu denken, die heute in jedem Landkreis bzw. jeder größeren Stadt vorhanden sein sollten, die aber zumeist auf Fragen der Pflege begrenzt sind, so dass psychotherapeutische Aspekte zu kurz kommen (Gröning et al. 2004). Des Weiteren aber ist an das breit gefächerte Netz von *Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatungsstellen* zu denken (oftmals in kirchlicher Trägerschaft), die ein stärker psychotherapeutisch orientiertes Beratungsangebot bereithalten. In vielen Beratungsstellen besteht heute eine große Aufgeschlossenheit gegenüber der Beratung älterer Menschen. Die Eheberatung – einschließlich Sexualberatung (von Sydow 1992) – ist vielen Älteren ein wichtiges Anliegen (Jellouschek 2008, Riehl-Emde 2014), aber auch Konflikte mit den erwachsenen Kindern sind häufige Beratungsanlässe (Kazis u. Ugolini 2008).

Lohnt sich eine Psychotherapie mit Älteren?

Immer wieder wurde die Frage aufgeworfen, ob sich Psychotherapie bei älteren Menschen noch lohnt. Zunächst einmal ist bei dieser Frage auf die ungebrochene Verlängerung der Lebenserwartung zu verweisen; so ist die durchschnittliche Rentenbezugsdauer von 1960 bis heute von 10 auf 20 Jahre angestiegen. Es kann nicht nur mit Blick auf ethische Fragen und Fragen sozialer Gerechtigkeit, sondern auch im Hinblick auf gesundheitliche Kosten nicht belanglos sein, mit welcher Lebensqualität diese ‚*gewonnenen Jahre*' (Peters 2018c) zugebracht werden. Die darüber hinaus wichtige Frage der Effizienz wird durch die *Evaluationsforschung* beantwortet. Legt man Übersichtsarbeiten zugrunde (Gühne et al. 2014), so ist kein Unterschied in der Effektivität von Psychotherapie zwischen jüngeren und älteren Patienten festzustellen. Auch zwischen Verhaltenstherapie und psychodynamischer Therapie fand sich kein Unterschied. Einschränkend muss allerdings festgestellt werden, dass bisher nur wenige Studien vorliegen, die auch betagte Ältere einbezogen hätten.

Für den Bereich der Psychosomatischen Kliniken ist insbesondere die Hersfelder Katamnesestudie zu erwähnen, in der bei einer großen Gruppe von Patienten jeden Alters Aufnahme-, Entlassungs- und Katamnesewerte miteinander verglichen wurden. Sowohl in der Symptombesserung, dem psychischen Wohlbefinden wie auch in der Mentalisierungsfähigkeit fanden sich große positive Effekte, und zwar für alle Altersgruppen gleichermaßen (Peters et al. 2020), d. h. die über 60-Jährigen profitieren ebenso wie jüngere Patienten von der Behandlung.

Ausblick

Nicht nur die ermutigenden Ergebnisse der Evaluationsforschung sollten dazu auffordern, dass klinische Feld der Psychotherapie Älterer weiter zu entwickeln. Der demografische Wandel führt dazu, dass der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung immer weiter zunimmt; schon heute beträgt der Anteil über 60-Jähriger weit mehr als 25 %. Der geringe Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtgruppe ambulant behandelter Patienten (s. o.) zeigt noch einmal die Diskrepanz, die nach wie vor besteht. Da aber jetzige Kohorten Älterer aufgeschlossener für psychotherapeutische Angebote sind, ist von einem weiteren Wachstum auszugehen. Psychotherapeuten aber sollten sich stärker für diese Patientengruppe öffnen, als sie es bislang schon getan haben. Da mit der Therapie Älterer aber besondere Anforderungen verbunden sind, sind Fortbildungsangebote daher unverzichtbar.

Prof. Dr. phil. Meinolf Peters

Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie
Schwanallee 48a
35037 Marburg
www.alterspsychotherapie.de
Meinolf-Peters@t-online.de

Literatur

Altenbericht. Altersbilder in der Gesellschaft. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin; 2011.

Backes, G. M., Clemens, W. (1998). Lebensphase Alter. München: Juventa.

Erikson, E.H. (1973). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.

Finger, R. (2015). Sehverlust im Alter – Prävalenz und Versorgung. Psychotherapie im Alter, 12(1), 11-21.

Fürstenau, P. (1994). Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.

Forstmeier, S., Uhlendorff, H., Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 18, 227-257.

Gröning, K., Kunstmann, A.-Ch., Rensing, E. (2004). In guten wie in schlechten Tagen. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Gühne, U., Luppa, M., König, H.-H., Hautzinger, M., Riedel-Heller, St. (2014). Ist Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen im Alter wirksam? Ein systematischer Überblick. Psychiatrische Praxis 41, 401-462.

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

Huber, F. (2017). Hinter den Türen warten die Gespenster. Das deutsche Familiendrama der Nachkriegszeit. Berlin: Berlin-Verlag.

Jellouschek, H. (2008). Wenn Paare älter werden. Freiburg: Herder.

Kazis, C., Ugolini, B. (2008). ‚Ich kann doch nicht immer für Dich da sein'. Wege zu einem besseren Miteinander von erwachsenen Kindern und betagten Eltern. München: Pendo.

Lindner, R. (2006). Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Maercker, A. (2014). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Heidelberg: Springer (2. Auflage).

Perrig-Chiello, P. (2017). Wenn die Liebe nicht mehr jung ist. Bern: Hogrefe.

Peters, M. (2004). Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Peters, M. (2017b). Psychodynamische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Peters, M. (2018a). Das Trauma von Flucht und Vertreibung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Peters, M. (2018b). Ältere Pateinten in Psychosomatischen Kliniken – Grundlagen, Entwicklung und Perspektiven. Psychotherapie im Alter 15(1), 9-27.

Peters, M. (2018c). Die gewonnen Jahre. Giessen: Psychosozial.

Peters, M. (2019a). Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie Älterer. Ärztliche Psychotherapie14, 78-83.

Peters, M. (2019b). Ist die Alterspsychotherapie eine narrative Psychotherapie? Psychotherapeut, 64, 401-407.

Peters, M. (2019). ‚Time is on my side' – 68 und die Folgen. Psychotherapie im Alter, 16(3), 237-249.68

Peters, M. (2020b). Psychotherapie mit älteren Männern. Psychotherapie im Dialog (im Druck).

Peters, M., Jeschke, K., Peters, L. (2013). Ältere Patienten in der psychotherapeutischen Praxis – Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 63, 439-444.

Peters, M., Lindner, R. (2019). Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Stuttgart: Kohlhammer.

Peters, M., Budde, A., Lindner, J., Schulz, H. (2020). Ergebnisse der Hersfelder Katamnesestudie (in Vorb.)

Rabaioli-Fischer, B. (2015). Biografisches Arbeiten und Lebensrückblick in der Psychotherapie: Ein Praxishandbuch. Göttingen: Hogrefe.

Radebold, H. (1992). Psychodynamik und Psychotherapie über 60jähriger. Berlin: Springer.

Radebold, H. (2006). Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Riehl-Emde, A. (2014). Wenn alte Liebe doch mal rostet. Paarberatung und Paartherapie für Ältere. Stuttgart: Kohlhammer.

Schröder, J. & Pantel, J. (2011) Die leichte kognitive Beeinträchtigung. Klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention im Vorfeld der Alzheimer-Demenz. Stuttgart: Schattauer.

Sydow von, K. (1992). Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen. München: Reinhardt.

Taubner, S., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2019). Mentalisierungsbasierte Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Tesch-Römer, C. (2010). Soziale Beziehungen alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.

Yalom, I.D. (1989). Existenzielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

„Ich habe ihn kaum wiedererkannt. Nur die Augen waren noch wie vorher. Sonst sah er ganz anders aus. Älter, abgemagert und unheimlich niedergeschlagen. Er konnte kaum laufen, er ist kaum die Treppe hochgekommen, so schwach war er.“ (S. 54)

„So stand ich da“, so zitiert Florian Huber eine Frau, „mit dem Geschäft und mit vier Kindern, und der Mann war futsch. Tag und Nacht hab ich geheult. Ich hab ihn sehr vermisst. Schließlich hatten wir ja auch zusammen gearbeitet. Da war man so aufeinander eingespielt und aneinander gewöhnt. Es war schrecklich.“ (S. 51).

Die „Schweigegenerationen“ – Frauen und Kinder über ihre Männer und Väter

„Wir Kinder gewöhnten uns ab, das Wort an ihn zu richten. ‚Mutter, was macht der Vater heute Nachmittag?, fragte einmal einer meiner Brüder, während unser Vater mit uns am Mittagstisch saß. Man kam nicht auf die Idee, den Vater direkt anzusprechen.“ (S. 164)

„In meiner ganzen Kindheit hat mich das Leuchten der Christbaumkerzen glücklich gemacht, auch wenn es mir gerade nicht so gut ging. Heute schnürt es mir die Kehle zu. Das Ende der Kindheit? Unter einem anderen Christbaum sitzt mein Vater mit seinen Kindern.“ (S. 246)

„Jeden Morgen blickte sie uns an und saß am Familientisch. Die Erwachsenen steckten voller dunkler Ecken, hatten Sprünge in der Seele und kämpften mit dem Irrsinn des erlebten. Täglich konnten wir es sehen und spüren.“ (S. 249)

„Mit meinem Vater wollte ich mich nicht beschäftigen, nur seinen Tod schnell abhaken. Uns verband ohnehin nichts mehr.“ (S. 305)

„Das ist ein Bild, was ich sehr gruselig fand, und eines meiner prägendsten Bilder von Männern. Und ich hatte immer Angst, mein Vater könnte so zurückkommen. Männer waren nicht strahlende Helden, sondern Mann sein hieß für mich, entweder sie überlebten nicht oder sie kamen als ein Monster zurück.“ (S. 203)

Sollen wir ihnen dafür dankbar sein, daß sie es zuließen, daß Millionen "feindliche" Menschen jeden Alters und jeden Geschlechts erbarmungslos umgebracht wurden? Sollen wir ihnen endlich auch dafür zu Dank verpflichtet sein, daß sie einen längst verlorenen Krieg in sturem Gehorsam sinnlos fortsetzten? Wir wären ihnen dankbar gewesen, wenn sie Schluß gemacht hätten mit den SS-Banditen und einer wahnsinnigen Führung.“ (S. 168)

Jan Steinhaußen

HINTER DEN TÜREN WARTEN DIE GESPENSTER

Über den historischen Kontext psychischer Störungen im Alter

Ausgenommen die Positive Psychologie unterstellen die meisten psychotherapeutischen Schulen, dass Ereignisse, die von Menschen als bedeutsam erlebt wurden, eine psychische Repräsentation erfahren, die sich auch späterhin und selbst im hohen Alter noch als psychische Störung manifestieren kann. Dabei hängt die Qualität der psychischen Manifestation davon ab, wie einschneidend, abweichend, anormal, gravierend ein Ereignis empfunden wurde. Die sicher schwersten psychischen Manifestationen eines Erlebnisses sind Traumatisierungen, die nicht nur einzelne, sondern, wenn es sich um Naturkatastrophen, Terroranschläge, Kriege, Hungersnöte u. dgl. handelt, ganze Generationen betreffen können. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Frage, ob es bei den heute lebenden älteren und hochaltrigen Menschen psychische Störungen gibt, die in Psychotherapien zur Sprache kommen, denen eine kollektive Traumatisierung zu Grunde liegt. Zu verweisen wäre zuallererst auf die Kriegs- und Nachkriegszeit, die die heute 75- bis 90-Jährigen bewusst erlebten und die sich tief ins Gedächtnis dieser Generationen eingeprägt hat.

Einer der ersten Psychologen, die sich mit im hohen Alter manifestierenden Traumatisierungen beschäftigt haben, war Hartmut Radebold. Die diesbezüglichen Forschungsergebnisse belegen, das hat Hartmut Radebold konstatiert, dass Kriegserlebnisse wie Ausbombung, Vertreibung, Hungersnöte, die verwahrlosungsähnlichen Zustände für Kinder nach dem Krieg, bei den heute lebenden alten Menschen bis in die Gegenwart massive Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit und die psychosoziale Gesundheit haben und sich in Dysfunktionalitäten, in Depressivität, sozialem Rückzug, in Panikattacken und Angstzustände zeigen. Dabei vererbten sich, wie obenstehende Zitate belegen, die psychischen Auswirkungen des Krieges auf die Folgegenerationen. Die traumatisierten Eltern, die psychisch nie aufgefangen wurden, gaben ihre schrecklichen Erfahrungen unbewusst und unbearbeitet an die Folgegenerationen weiter. Die langfristige Abwesenheit der Väter führte, so konstatiert Hartmut Radebold, aufgrund einer symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung bei fehlenden Möglichkeiten einer Triangulierung, insbesondere bei den Söhnen zu eingeschränkter bis verunsicherter psychosozialer und psychosexueller Identität sowie zu Beziehungs- und Bindungsstörungen, die sich im Alter, so nahm Hartmut Radebold an, in einer zunehmenden psychischen Ermüdung zeigen.

Interpretiert man die Belastungen des Krieges und der Nachkriegszeit als chronischen und überfordernden Stress, so scheinen diese biografischen Erfahrungen Risikofaktoren für körperliche, zum Beispiel koronare Erkrankungen darzustellen. Die Erfahrungen von damals, meinte Hartmut Radebold, führten zu zahlreichen, auffallenden und erst im Rückblick verstehbaren Verhaltensweisen wie der Vernachlässigung der eigenen Körperfürsorge. So lassen sich auch erstmals im Alter auftretende depressive Symptome, Angstzustände und Panikattacken, angstvolle Unruhezustände und die Unmöglichkeit, zu trauern zu Generationserfahrungen der 40er und 50er Jahre kontextualisieren (Radebold). Viele Autobiografien oder biografische Zeugnisse belegen z. T. eindeutig traumatisierende Erfahrungen sowie bis heute anhaltende psychosoziale Folgen, die sich in der Alternssituation verstärken können (Radebold). Sabine Bode, die die psychosoziale Situation der im Krieg und in der unmittelbaren Nachkriegszeit geborenen Kinder thematisiert, beruft sich auf Studien, nach denen 8-10 % der Menschen, die Krieg und Vertreibung erlebt haben, im Alter psychisch krank sind. Und bei weiteren 25 % der älteren Deutschen ist die psychosoziale Lebensqualität auf Grund ihrer Kindheitserfahrungen eingeschränkt (Bode, S. 12).

Um die seelischen Manifestationen, die bis in die Gegenwart eine Rolle spielen, dieser Kriegs- und Nachkriegszeit zu verstehen, ist Florian Hubers Buch „Hinter den Türen warten die Gespenster“ eine eindrucksvolle Quelle. Von einer Quelle kann man sprechen, weil er sich auf unzählige briefliche, psychiatrische und anderweitige Zeugnisse dieser Zeit beruft, die familiäre Tragödien belegen, die insbesondere mit den im Krieg gebliebenen oder aus dem Krieg und den Gefangenenlagern heimkehrenden Männern zusammenhängen. Sie belegen die psychische Überforderungen ganzer Generationen, die nicht nur die Männer, sondern auch die Frauen und die Kinder betrafen. Um die Dimension zu verstehen, verweist Florian Huber auf die Fakten: Ca. 18 Millionen Männer haben von deutscher Seite aus am Zweiten Weltkrieg teilgenommen, 3 Millionen deutsche Soldaten waren gefallen, 2 Millionen galten als vermisst, 11 Millionen Männer saßen nach 1945 als Kriegsgefangene in 80 Ländern und Tausenden Lagern fest. Man schätzte 2 Millionen Kriegsversehrte und davon 500.000 Schwerambutierte (siehe auch Bode, S. 46). Es gab in Deutschland kaum eine Familie, die nicht den Tod von Angehörigen zu beklagen hatten. 30 Millionen Menschen waren voneinander getrennt. Jeder Vierte war auf der Suche nach Angehörigen (S. 20). Einige Millionen Vertriebene irrten durch Deutschland, um einen Wohnsitz zu finden. Der Zweite Weltkrieg hinterließ ca. eine Million Soldatenwitwen, ca. 1,8 Millionen Witwen und 2,5 Millionen Halbwaisen in Deutschland. Ca. 100.000 elternlose Kinder vagabundierten durch Deutschland. Durch die sog. Kinderlandverschickung wurden über 2 Millionen Kinder von ihren Bezugspersonen getrennt. Ende 1949 gab es ca. 1,5 Millionen heimatvertriebene Jugendliche (S. 191). Deutschland war ein Land der alleinstehenden Frauen (S. 71). Circa 20 bis 25 % der damaligen Kinder und Jugendlichen (geboren zwischen 1929 und 1945) wuchsen Schätzungen zufolge unter dauerhaft beschädigten familiären, sozialen und materiellen Bedingungen auf, weitere 25 bis 30 Prozent unter lange anhaltenden vergleichbaren Bedingungen (Schulze u. a.). 5,5 Millionen Kinder hatten ihre Heimat verloren. 9 Millionen Kinder wohnten 1950 in Westdeutschland noch unter unzulänglichen und menschenunwürdigen Verhältnissen. Ein Viertel aller 14-Jährigen soll in der Nachkriegszeit kein eigenes Bett beschlafen haben (Bode, S. 58). Man müsste des Weiteren auf die Kinder von Holocaustopfern verweisen sowie auf Kinder von politisch oder anderweitig Verfolgten, die in Konzentrationslagern umkamen. Der Halbweisen- oder Waisenstatus von Kindern gehörte zur bitteren Realität von Millionen Kindern. Armut und eklatante Wohnungsnot belasteten die Familien, in denen die Frauen die Verantwortung und Lasten tragen mussten. Und wenn die Männer heimkehrten, waren sie seelisch in einem derartig verwahrlosten Zustand, dass sie ihre Rolle im Familiengefüge nicht mehr fanden und einnehmen konnten. Hartmut Radebold hat diesbezüglich von einer „pathologischen Normalität“ gesprochen, die Florian Huber und auch Sabine Bode eindrucksvoll belegen. Florian Huber beschreibt die Gefühle von Männern, die durch Selbstmitleid, Herzlosigkeit, Realitätsverweigerung und Flucht vor der Verantwortung gekennzeichnet waren (S. 37). Ganze Generationen von Männern waren durch den Krieg seelisch verwahrlost heimgekehrt. Die Männer und die Familien waren nicht mehr dieselben (S. 49). Nichts mehr war so, wie es war. Väter, so berichtet Florian Huber, waren ihren Familien fremd geworden. Der Faden zu den Kindern war zerrissen (S. 56). Die Familie als Sehnsuchtsort, die über Verluste hinweghelfen konnte, war reine Illusion. Sie war Arbeits- und Lebensort, in der Liebe kaum mehr existierte und sich die Psychopathologien ein- und ablagerten, zerrissen und am Ende, wie Florian Huber konstatiert (S. 38, 47). Fremdheit war das vorherrschende Gefühl.

In vielen Fällen gab es Gewalt der Männer und Väter gegen ihre Frauen und Kinder, die Ausdruck von Hilflosigkeit und Ohnmacht war. Ein typischer Anblick jener Jahre, so meint Florian Huber, waren Männer mit traurigen Augen, denen die Unbeschwertheit abhandengekommen war und die unvermittelt ohne erkennbaren Grund gewalttätig wurden (S. 137). Eine erniedrigte und identitätsverlorene Generation von Kriegsheimkehrern kompensierte im Gefühl eines immerwährenden Abstiegs die innere Leere. Wenn die angeheirateten Männer fehlten, bildeten sich unter dem Druck der Verhältnisse eigenartige Patchworkkonstrukte, deren Wesen in der Improvisation bestand. Dann lebten Mütter mit ihren Kindern, Schwestern, Tanten, echte und falsche Onkels, Omas und Opas, Ausgebombte, Verwitwete und Verwaiste, Vertriebene und Geflohene in einer Notgemeinschaft unter einem Dach (S. 85). Florian Huber rekonstruiert überaus bedrückende und dennoch berührende Generationserfahrungen, die, so kann man vermuten, bis in die Gegenwart selbst bei den Kindern der Kriegsgeneration noch nachwirken.

Der Eintritt in das Alter bietet, dafür plädieren Hartmut Radebold und Meinolf Peters, im Sinne einer „letzten Chance“ die Möglichkeit, sich mit der eigenen Biografie auseinander zu setzen. Psychotherapie ist nur eine Möglichkeit, Biografiearbeit (siehe nächster Beitrag von Rainer Hirt) eine andere.

Dr. Jan Steinhaußen

Literatur

Bode, Sabine; Die vergessene Generation – die Kriegskinder brechen ihr Schweigen.

Huber, Florian; Hinter den Türen warten die Gespenster. Das deutsche Familiendrama der Nachkriegszeit, Berlin Verlag 2017.

Peters, Meinolf; Lindner Reinhard; Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsformen; Kohlhammer 2019.

Radebold, Hartmut; Dtsch Arztebl 2004; 101: A 1960–1962 [Heft 27]; https://www.aerzteblatt.de/archiv/42575/Kriegskinder-im-Alter-Bei-Diagnose-historisch-denken#nr8

Radebold, Hartmut; Abwesende Väter und Kriegskindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2004.

Schulz, H., Radebold, H., Reulecke, J.: Söhne ohne Väter. Erfahrungen der Kriegsgeneration. Berlin: Ch. Links Verlag 2004.

Das falsche Fünfmarkstück

Als Kind dachte ich einmal, ich hätte Glück
Im Fach der dunklen Wohnzimmerkommode
Fand ich ein silbernes Fünfmarkstück
Nur leider hatte es eine besondere Note

Auf seiner Vorderseite las ich am Münzenrand
Um eine große, abgegriffene Sechs herum:
Sex Mark in diesem unserem Land.
Da hörte ich seine Stimme: Dafür bist du zu dumm!

Denn hinten zeigte das versilberte Stück
Einen lustvollen, sexuellen Akt:
Ein Pärchen im sinnlichen, rauschhaften Glück –
Schamlos, frivol und splitternackt.

Er riss mir die silberne Münze aus der Hand
So was lässt du gefälligst sein!
Und schubste mich gegen die Wohnzimmerwand:
Wenn ich das nochmal seh, sperr ich dich ein!

Ich war voller Angst und ziemlich perplex:
Dieser Mann und das silberne Fünfmarkstück …
Die erste Begegnung mit dem Sex
Brachte mir in mancher Hinsicht kein Glück.

Irgendwann in den frühen sechziger Jahren
Bekam ich von ihm diese Münze geschenkt –
Nicht zum Sammeln oder zum Sparen
Und ich hab sie mir nicht um den Hals gehängt.

Ich nahm sie, sah und erkannte sehr bald,
die dem üblichen Bargeld ähnliche Münze
war nur ein Scherz irgendeiner Münzanstalt
und war eine amüsante, abgegriffene Hülse.

Inzwischen vergingen Kindheit und viele Jahre …
Und dann habe ich auch die Symbolik gecheckt:
Die Sexualität als käufliche Ware
Und das Geld als orgiastisches Lustobjekt.

Und schließlich habe ich nüchtern festgestellt:
Die Münze zeigt zwar die Realität von Sex und Glück,
von Lust, Sinnlichkeit, Liebe und Geld …
Aber sie schärft auch den kritischen Blick.

War es diese Symbolik oder bloße Masche?
begann ich mich irgendwann kritisch zu fragen:
Warum habe ich diese Münze in meiner Tasche
Von ihm bloß ein halbes Leben rumgetragen?

Dank und schöne Erinnerung waren es nicht;
Denn ich hasste diesen Mann wie keinen danach.
Manchmal schlug er mit Wucht ins Gesicht
und ich erinnere mich nur an Tränen und Schmach.

Wenn ich ihn sah, suchte ich schleunigst das Weite
Und wenn er brüllte, überkam mich hilflose Wut.
Nur einmal zeigte dieser Mann eine andere Seite …
Bei diesem Geschenk ging es mir eine Minute lang gut.

Die Antwort kann man vielleicht erahnen …
Es war nur die Erinnerung an ein situatives Glück
in einem alles bestimmenden boshaften Rahmen –
dieses falsche, versilberte Sexmarkstück.

Rainer Hirt

Rainer Hirt

WAS HEISST UND WOZU TAUGT BIOGRAPHIEARBEIT?

Wahrscheinlich geht es den meisten Menschen so, wenn sie älter werden: Im Alter wacht die Kindheit auf. Wenn die Zukunft schwindet und nicht mehr unendlich erscheint und man auf eine lange Lebenszeit zurückblickt, dann kann die Vergangenheit bedeutsamer werden. Der griechische Philosoph Aristoteles hat das einmal so ausgedrückt: Alte Menschen leben mehr von der Erinnerung als von der Hoffnung, die ihnen das Leben noch gelassen hat. Der Philosoph Hans-Georg Gadamer hat daraus die Forderung abgeleitet: „Das Älterwerden ist das Hinschmelzen der Zukunft. An ihre Stelle muss die Fruchtbarkeit der Vergangenheit treten". Vielleicht ist es dann möglich, sich mit der Vergangenheit intensiver zu beschäftigen und mit einer Art Lebensrückschau zu beginnen. Es gibt viele Anlässe und Möglichkeiten, sich an die eigene Kindheit zu erinnern, sich der Geschehnisse zu vergegenwärtigen und sie lebendig werden zu lassen. Ich möchte am Beispiel eines Gedichts über die Kindheit deutlich machen, dass man zum Erinnern der eigenen Geschichte und zum Erzählen angeregt werden kann.

Der Sozialwissenschaftler Heinz Bude schreibt in seinem Buch „Das Altern einer Generation“ über die familiären Verhältnisse, die eingebettet sind in die zeitgeschichtlichen Umstände der Kriegs- und Nachkriegsjahre, von denen auch in dem Gedicht die Rede ist, das Folgende: „Gerade die kleinen Kinder von zwei oder drei Jahren mussten in den Bombennächten die Mutter mit dem Pochen ihres Herzens beruhigen, und sie mussten mit ihrem Lächeln zeigen, dass das Leben weitergeht. Die Kinder haben ihren Resonanzraum zur Verfügung gestellt, um die Mutter vor ihrer geheimen Angst und ihrer momentanen Lebensmüdigkeit zu retten.

Kindheit

I
Ins Kinderbett bekam ich noch
Sirenengeheul und Bombenlärm.
Und er schlug ins Gesicht,
daß es tief in mir krachte,
hinein bis ins innerste Gedärm.
Und er schrie: So eine Sauerei,
Weil das Blut aus meiner Nase
sich auf den Weg
in den Buchstabenkasten machte;
und niemand stand bei mir.

II
Meine Mutter, die auch
grenzenlos unter ihm litt,
machte das alles aber
immer irgendwie mit.
Sie drohte nicht nur mit
Heim, Schlotfeger und Polizei...
eine Ohrfeige war
manchmal auch dabei.

III
Wie sollte ein Kind entkommen
aus dieser Barbarei?

IV
Nur manchmal im Frühling und Sommer
verbrachte ich geruhsame Wochen
bei Oma lda auf dem Land.
Dann kam wieder Mut aus mir gekrochen,
weil ich, von dem, was ich daheim verlor,
in ihrem Kreis ein bisschen wiederfand.

V
Wir bauten Hütten auf den Bäumen
und hockten am Teich und am Bach.
Hier hatte ich Zeit zum Träumen...
meiner Kindheit weine ich immer noch nach.

Als der Vater aus dem Krieg oder der Gefangenschaft heimkehrte, wurden die Verhältnisse verwirrend: Die Mutter gab dem Kind zu verstehen, dass sie den Mann, den sie einst liebte und heiratete, verloren hatte. Denn der war nicht mehr derselbe wie vor dem Krieg – Aus der Sicht des mit der Mutter aufgewachsenen Kindes büßte der Vater dadurch seine Position im Familienzentrum ein: Er konnte wüten, soviel er wollte, er bewies damit nur die geheime Botschaft der Mutter.“ Das Autoritätsgebaren des Vaters, der seine moralischen und sittlichen Vorstellungen in der Familie wieder durchsetzen wollte, stand auf wackligen Füßen. Wenn man sich heute eingehender mit dieser Schilderung der familiären Verhältnisse der Kriegs- und Nachkriegszeit auseinandersetzt, dann rücken sechs zentrale Themen in den Fokus einer möglichen Biographiearbeit: Zum einen das „Lebensthema“ des Kindes. Zum anderen seine Einzelbiographie, die auch als ein Teil der „Gesellschaftsgeschichte“ erscheint. Drittens, dass diese Gesellschaftsgeschichte im Osten und Westen der Republik anders verläuft. Viertens, dass das Kind im Osten und Westen der Republik einer bestimmten „Generation“ angehört. Fünftens, dass diese Generation in Ost und West eine unterschiedliche „Lebenskonstruktion“ aufweist. Und schließlich, dass beide Lebenskonstruktionen eine unterschiedliche politische Dynamik entfalten. Das Lebensthema des Kindes ergibt sich aus den biographischen Erfahrungen seiner frühen Kindheit, die von der einfühlenden Stärke der Mutter und der aggressiven Schwäche des Vaters geprägt sind. Für die Wahrnehmung des Kindes ist es zentral, dass ihm die Trennung vom Weiblichen und die Versöhnung und Identifikation mit dem Männlichen nicht glückt. Die Liebe zur Mutter und die Ablehnung des Vaters schlagen sich soziopsychosomatisch in der frühen und späteren Kindheit der Heranwachsenden nieder und bestimmen ihr weiteres Leben. Das ist aber abhängig davon, in welchen gesellschaftskritischen Verhältnissen man aufwächst. Denn die eigene, individuelle Lebensgeschichte ist nicht nur subjektiv in dem Sinne, dass es nur um reale Geschichte dieser einen Persönlichkeit ginge, sondern sie ist verwoben in das, was man die „Gesellschaftsgeschichte“ nennt. Die einzelne Persönlichkeit ist ein Teil dieses Ganzen und dieses Ganze wirkt auf sie zurück. Geschichte und Gesellschaft sind Gestaltungskräfte, die private Lebensläufe bewegen. In diesem Sinne ist das Private politisch und umgekehrt. Zwar wird Geschichte auch von Menschen gemacht, aber sie wird vor allem von ihnen erlitten. Menschen können von der Geschichte aus der Lebensbahn geworfen werden. Die Macht von Gesellschaft und Geschichte ist mehr als die Summe der Intention ihrer Akteure. Geschichte und Gesellschaft verliefen in den Jahrzehnten nach dem Krieg im Westen der Republik anders als im Osten. In der kapitalistischen Marktgesellschaft des Westens, die relativ offen und liberal war, kehrten die Männer und Väter, die einen zerstörerischen Krieg angezettelt hatten und selbst ge- und zerstört aus Krieg und Gefangenschaft nach Hause kamen, als geschlagene, ärmliche und schwache Figuren zurück. Im Osten der Republik, in der der Sozialismus aufgebaut wurde, der weniger offen und liberal war, weil er Zwänge hervorbrachte, die der sozialistischen Planwirtschaft inhärent sind, kamen Männer und Väter als ideologisch aufgepäppelte Helden zurück, die ein neues, antifaschistisches Deutschland aufbauen wollten und überdies noch potentielle Desserteure in der deutschen Wehrmacht, Widerstandskämpfer oder Partisanen gewesen waren. Die Erkenntnis, dass man verwoben ist in die objektiven Strukturen von Geschlecht und Gesellschaft und dass die Angehörigen der gleichen Jahrgänge möglicherweise ähnliche Erfahrungen gemacht haben könnten, macht sensibel für das, was man in der Soziologie eine „Generation“ nennt. Eine gesellschaftliche Generation entsteht durch eine gemeinsame Prägung in jungen Jahren. Das ist die Auffassung des Soziologen Karl Mannheim, der bereits 1928 den Text „Das Problem der Generationen“ verfasst hat. Generationen sind aufeinanderfolgende Alterskohorten, die ähnliche Dinge erlebt haben, die sie prägen. Das gilt aber nur für einen Ausschnitt dieser Jahrgänge. Nur etwa 10-15 % entwickeln Identität oder einen ähnlichen Sozialcharakter, der auf weitere 40 bis 50 % ausstrahlt. Die übrigen 40 % leben in einer eigenen Welt.

Wenn man davon ausgeht, dass die Generation der um das Jahr 1940 herum Geborenen zu einem in Ost und West durchaus unterschiedlichen Politikum geworden ist, dann öffnet sich der Blick dafür, was man in der Einzelbiographie die „Lebenskonstruktion“ nennt. Der Begriff „Lebenskonstruktion“ bedeutet, dass sich die im Laufe eines Lebens gesammelten Erfahrungen und Erlebnisse nicht einfach in einer quantitativen Weise summieren, sondern dass sie sich qualitativ immer wieder neu in Bezug auf einen tief verankerten biographischen Ausgangspunkt organisieren.

Meine Hypothese ist, dass dieser tief verankerte biographische Ausgangspunkt in Ost und West zunächst der gleiche war: Die Erfahrungen in der Kriegs- und Nachkriegszeit und die Liebe zur Mutter und die Ablehnung des Vaters. Das änderte sich erst mit der Etablierung der Systeme in Ost und West. Die Sozialisationserfahrungen der Kinder und Jugendlichen in den beiden deutschen Republiken waren unterschiedlich. Die rebellische Disposition der in der Kriegs- und Nachkriegszeit geborenen Generation im Westen, die sich darin zeigt, dass die älter gewordenen Kinder und Jugendlichen auf das in den 1950er Jahren zwanghaft wiederhergestellte private Regime der Väter nur mit Hass und Hohn reagierten, gilt für die Angehörigen der gleichen Generation im Osten nicht. Gegen die öffentlich von der sozialistischen Moral zurechtgestutzten Väter und Männer konnten und durften die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen nicht revoltieren. Der vom Staat verordnete Antifaschismus hat den jugendkulturellen Bruch mit der Nazivergangenheit der Väter verhindert. Vielleicht ist es das, was der Psychologe Hans-Joachim Maaz mit dem „Gefühlsstau“ meint.

Nach den bisherigen relativ theoretischen Ausführungen stellt sich die Frage: Wozu taugt eigentlich Biographiearbeit? Ich möchte vier Aspekte hervorheben: Zum einen den therapeutischen Aspekt der Biographiearbeit. Zum anderen das Verhältnis zwischen der älteren und der jüngeren Generation. Drittens der „andere Blick“ auf die Geschichte und schließlich viertens die politischen Implikationen, die unter anderem darin bestehen, dass der Rechtsextremismus und der „neue Konservatismus“ im Osten der Republik weiter verbreitet sind als im Westen. Zum einen kann die Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte zu einer Heilung oder Besserung der gesundheitlichen Situation beitragen, die die personale Identität festigt. Menschen, die gerne erzählen und ihre Geschichte lebendig darstellen, können durch die Auseinandersetzung mit ihrer Biographie jene persönlichkeitsinterne Reflexionen bei sich selbst vollziehen, die eine Art selbsttherapeutischen Heilungsprozess beinhalten. Die Psychotherapie hat sich seit ihren Anfängen bei Sigmund Freud als eine Arbeit an der Biographie verstanden. Den Überlegungen Freuds liegt die Einsicht zugrunde, dass psychische Störungen nicht als Krankheiten im medizinischen Sinne, sondern mehr als fehlgeleitete lebensgeschichtliche Bildungsprozesse aufzufassen sind. Nach seinen Vorstellungen versteht sich psychotherapeutische Arbeit als der Versuch, diese fehlgeleiteten Bildungsprozesse bewusst zu machen, den Patienten aus dem Bann der eigenen Geschichte zu befreien und ihm die Chance einer selbst wählbaren Zukunft zu ermöglichen. Zum anderen kann es die Lebensrückschau älterer Menschen möglich machen, das Verhältnis zwischen den Generationen in ein positiveres Licht zu rücken. Die Alten erzählen ihre Lebenserfahrungen und erhalten dadurch Anerkennung und Bestätigung durch die jüngere Generation, die diese Erfahrungen für die Zukunft in ihr Leben integrieren kann. Auch dieser Dialog zwischen den Generationen ermöglicht es, dass der ältere Mensch sich intensiver mit seinem bisherigen Leben beschäftigt und subjektive Lern- und Veränderungsprozesse macht. Das kann vielleicht dazu führen, dass die Alten so etwas wie „Altersweisheit“ ausbilden. Altersweisheit heißt dann aber nicht, dass man auf alte, überkommene Lebensklugheiten zurückgreift, sondern sie wäre in die Materialität und die reflektierte Widersprüchlichkeit der eigenen Existenz eingebettet.

Drittens macht es die Lebensrückschau möglich, die sog. „Große Geschichte“ durch das subjektive Erleben der Zeitzeugen als eine „Geschichte von unten“, als eine Geschichte der kleinen Leute zu erfahren und damit Geschichte generell aus einem anderen Blickwinkel wahrzunehmen. Der Historiker Lutz Niethammer hat diese neue Sicht von Geschichte, die er als oral history bezeichnete, so umschrieben: „In der Dimension des Alltäglichen wird nach der Subjektivität derer gefragt, die wir als

Objekte der Geschichte zu sehen gelernt haben, nach ihren Erfahrungen, ihren Wünschen, ihrer Widerstandskraft, ihrer Leiden. In seinem Gedicht „Fragen eines lesenden Arbeiters“ hat Berthold Brecht diesen Zusammenhang zur Geschichte einen poetischen Ausdruck verliehen.

Schließlich hat Biographiearbeit eine politische Dimension. Wenn es richtig ist, dass die beiden Generationen in Ost und West eine unterschiedliche Lebenskonstruktion aufweisen, dann wäre es notwendig, sich über unterschiedliche Lebenskonstruktionen und ihre Folgen für die neue Republik auseinanderzusetzen. Vielleicht könnte für diesen Disput ein Gedanke natürlich sein, den Heinz Bude in seinem Buch „Das Altern einer Generation“ geäußert hat. Das Fehlen des Aufstandes gegen die Väter im Osten der Republik ist dafür verantwortlich, dass die DDR in der deutschen Tradition des tragischen Ernstes verhaftet geblieben ist und den und den Anschluss an die westliche Kultur der ironischen Leichtigkeit verloren hat.

Prof. em. Rainer Hirt

Jan Steinhaußen

VERSORGUNGS- UND HILFESTRUKTUREN FÜR PSYCHISCH ERKRANKTE MENSCHEN UND IHRE ANGEHÖRIGEN

Elemente des Versorgungssystems für psychisch Erkrankte und ihre Angehörigen sind in Deutschland und Thüringen:

- der sozialpsychiatrische Dienst
- Psychiatriekoordinatoren und kommunale Psychiatrienetzwerke
- (niedrigschwellige) Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen oder Menschen in Lebenskrisen
- Hausärzte
- niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
- die psychiatrische Versorgung in Kliniken Thüringens
- Notfallversorgung und Notfalleinweisung
- Wohnformen für psychisch erkrankte Menschen
- Tagesstrukturierende Angebote für psychisch erkrankte Menschen
- Arbeit und Ausbildungsangebote für psychisch erkrankte Menschen
- Selbsthilfe für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörigen
- Integrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Diese Elemente werden im Folgenden vorgestellt:

1. Die Sozialpsychiatrischen Dienste und Psychiatrie-koordinatoren

Die Sozialpsychiatrischen Dienste gibt es in allen Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie bieten Beratung und Hilfen an für Menschen mit (Verdacht auf) Suchterkrankungen, für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und für Menschen mit psychischen Erkrankungen wie z. B. mit schizophrenen oder affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, mit posttraumatischen Belastungsstörungen usw. Auch nicht direkt Betroffene wie Angehörige, Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen können sich an die Sozialpsychiatrischen Dienste wenden. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes, er ist eine Pflichtaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte, der in Thüringen an die Gesundheitsämter angegliedert ist. Sein wichtigstes Ziel ist die Integration seelisch kranker Menschen in die Gemeinschaft. Seine Aufgaben regelt das Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG). Er wird in der Regel durch einen Psychiater geleitet und bietet regelmäßige Sprechstunden an, führt Hausbesuche durch und gewährt weitere im Einzelfall notwendige Hilfen (§ 4). Der sozialpsychiatrische Dienst arbeitet dabei mit Ärzten, Krankenhäusern, Heimen, Werkstätten für Behinderte, Hilfevereinen, Selbsthilfezusammenschlüssen, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, den gerichtlich bestellten Betreuern, Betreuungsbehörden und sonstigen geeigneten Organisationen und Einrichtungen für psychisch Kranke zusammen, die seine eigenen Leistungen unterstützen und ergänzen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sollen nachfolgende Aufgaben wahrnehmen, wobei sie Aufgaben der Vor- und Nachsorge auch an Freie Träger übergeben können:

» Beratung von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen,

» Hilfen, um bei Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituationen zu gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit der Behandlung betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können,

» Hilfen, um den Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, durch individuelle Betreuung, Beratung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern sowie eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden,

» die Durchführung von Hausbesuchen, um die Situation in der Wohnung und dem näheren sozialen Umfeld persönlich kennenzulernen, ggf. um unmittelbar eingreifen zu können,

» Koordination der Einzelhilfen und Vermittlung in Selbsthilfegruppen,

» Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion, die mit der Betreuung und Behandlung psychisch Gefährdeter, Kranker und Behinderter befasst sind, insbesondere mit den regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen,

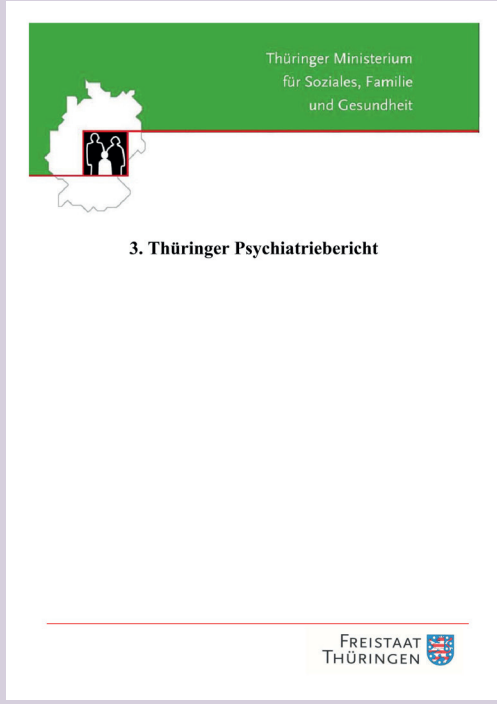
» zusätzliche Hilfeangebote in Form von Gruppenangeboten für einzelne Patienten und Angehörige, Initiierung von Laienhelfer- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Institutionsberatung (vgl. § 3 ThürPsychKG).

Jeder Bürger hat bei psychischen Problemen Anspruch auf Hilfen und Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Für Betroffene entstehen dadurch keine Kosten. Die Klienten können Probleme besprechen und sich über Hilfsmöglichkeiten informieren. Weitergehende therapeutische Angebote können vermittelt werden. Man muss in diesem Kontext darauf hinweisen, dass über 65-Jährige als Problemgruppe von Sozialpsychiatrischen Diensten viel weniger identifiziert und in Anspruch genommen werden als jüngere Alterskohorten (3. Psychiatriebericht S. 45) und dass altersspezifische Angebote und Settings nach Selbstaussagen der Dienste kaum existieren. Auch Demenzerkrankte werden von Sozialpsychiatrischen Diensten kaum in den Blick genommen. Insofern erscheint es geboten, Ältere über das System der Versorgung für psychisch Erkrankte besser zu informieren und die im Versorgungssystem Involvierten für die Altersgruppe der über 65-Jährigen zu sensibilisieren. Informationen und Kontaktdaten der Sozialpsychiatrischen Dienste finden Betroffene bzw. Angehörige auf den Webseiten der Landkreise und kreisfreien Städte sowie im Psychiatriewegweiser Thüringen.

Gesetzliche Grundlage des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist das Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG) in der Fassung vom 05. Februar 2009. Es regelt die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes und den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, die sich selbst oder andere gefährden, sowie deren Unterbringung und Anspruch auf Heilbehandlung.
Siehe: https://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/th__ringer_gesetz_zur_hilfe_und_unterbringung_psychisch_kranker_menschen_vom_31.12.08.pdf

Siehe auch:
Der Psychiatriewegweiser Thüringen enthält Angaben und Kontaktdaten der Sozialpsychiatrischen Dienste, von Beratungsstellen, Wohnformen für psychisch erkrankte Menschen, Angaben über Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten, Tagesangebote sowie die Kliniken mit einer Spezialisierung für psychisch Erkrankte.

Der **3. Thüringer Psychiatriebericht** von 2012 gibt einen ausgezeichneten Überblick über die Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen in Thüringen. Er analysiert den Ist-Zustand und gibt eine detaillierte Stärken-Schwächen-Analyse. Seine Datenbasis bezieht sich vor allem auf die Jahre 2010 und 2011. Sein perspektivischer Referenzpunkt ist vielfach das Jahr 2020. Insofern erscheint eine Aktualisierung sinnvoll. Seine Handlungsempfehlungen für die jeweiligen Bereiche dürften allerdings nach wie vor aktuell sein, gleichfalls die Grundsätze und Leitlinien der Versorgung.



Als Grundsätze und Leitlinien der Versorgung von psychisch kranken Menschen formuliert der Bericht:

1. die Gleichstellung von psychisch kranken und somatisch erkrankten Menschen,
2. eine gemeindenahe Versorgung und Hilfen in der sozialräumlich vertrauten Umgebung von psychisch Erkrankten,
3. den Ausbau gemeindepsychiatrischer Versorgungs- und Verbundstrukturen,
4. ambulant vor stationär. Die ambulante Versorgung sichert eine inklusive Versorgung von psychisch Erkrankten.
5. die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, die Ausgangspunkt von Versorgungsangeboten sein müssen. D. h. die Abkehr von einer institutionsbezogenen hin zu einer personenbezogenen Versorgung, die auf einer individuellen Hilfeplanung basiert,
6. die lokale und regionale Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsanbieter und Leistungsträger sowie stärkere Vernetzung der Hilfsangebote, um Übergänge zwischen den Versorgungssektoren zu optimieren,
7. die Berücksichtigung der Sozialisations- und Lebensrealitäten von Frauen und Männern sowie von Menschen mit Migrationshintergrund,
8. die Beteiligung von Selbsthilfegruppen, Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen.
9. Die Versorgung muss darauf orientieren, dass psychisch kranke und behinderte Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention gleichberechtigt und (soweit wie möglich) selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilnehmen können.
10. Es geht nicht um eine quantitative Ausweitung der Leistungsangebote, sondern um eine Optimierung der Systemressourcen im Sinne von mehr Qualität (vgl. S. 25 ff.).

Versorgung von psychisch erkrankten Menschen hat auf diese Weise den Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention zu entsprechen und die Würde, Autonomie und Selbstbestimmung, des weiteren Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft, Chancengleichheit und die Gleichberechtigung von Mann und Frau zu gewährleisten. Sie darf Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht diskriminieren. Sie muss barrierefrei sein und hat die Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Menschen zu achten und zu tolerieren (S. 24).

https://www.fogs-gmbh.de/fileadmin/pdf_downloads/psychiatriebericht_th__ringen_abschlussbericht_februar-2012.pdf

2. Psychiatriekoordinatoren und kommunale Psychiatrie-netzwerke (Gemeinde-psychiatrische Verbünde)

Verschiedene Kommunen haben Psychiatriekoordinatoren etabliert, die in den Gesundheitsämtern oder in Stabsstellen für Sucht- und Psychiatriekoordination tätig sind. Z. T. werden ihre Aufgaben in den Landesgesetzen zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker beschrieben. Sie sollen Ansprechpartner für alle Bereiche der psychiatrischen Versorgung sein, sie sind verantwortlich für die Planung und Entwicklung bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen, sie leiten, insofern diese etabliert sind, psychosoziale Arbeitsgemeinschaften zur Gerontopsychiatrie, zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Runden Tisch „Arbeit für psychisch kranke Menschen" sowie den Psychiatriebeirat. Sie können Psychoseminare leiten, Fallkonferenzen einberufen u. a. m.
Die Psychiatriegesetze verschiedener Bundesländer regeln die Etablierung und die Aufgaben von Psychiatriekoordinatoren oder Beauftragten. In Thüringen sind sowohl die Psychiatriekoordinatoren als auch die gemeindepsychiatrischen Bündnisse allerdings nicht verpflichtend, so dass die Praxis der Hilfen für psychisch Erkrankte in den Landkreisen sehr unterschiedlich geregelt ist (vgl. ThürPsychKG).
Im 3. Thüringer Psychiatriebericht wurden als Empfehlung weitgehende Aufgaben für einen Psychiatriekoordinatoren formuliert. Er soll unter Einbeziehung relevanter Schnittstellen die Hilfen für psychisch kranke Menschen planen, steuern und koordinieren. Er soll die psychiatrischen Versorgungsstrukturen weiterentwickeln, an der Gesundheitsberichterstattung der Kommunen mitwirken und auf deren Grundlage einen kommunalen Psychiatrieplan erstellen. Er soll das kommunale Psychiatrienetzwerk aufbauen und entwickeln und Hilfeplankonferenzen koordinieren (3. Psychiatriebericht, S. 113). Inwiefern diese Empfehlungen, die bisher keinen Eingang ins ThürPsychKG gefunden haben, Praxis sind, müsste eine erneute Berichterstattung erweisen. In vielen Kommunen liegt der Stellenanteil von Psychiatriekoordinatoren unter 1 VBE.
Verschiedene Bundesländer schreiben für ihre Kommunen auch Krisendienste sowie mobile Fachkräfte des Krisendienstes vor (wie in Bayern, vgl. BayPsychKHG), die psychisch Erkrankte in Krisensituationen unterstützen. Sie sehen in diesem Zusammenhang auch „psychosoziale Arbeitsgemeinschaften“ (wie in Sachsen) oder Gemeindepsychiatrische Verbünde wie in Thüringen und Baden-Württemberg vor. Diese Netzwerke sollen die Koordination und die Vernetzung der Hilfen im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt gewährleisten und eine Kooperation zwischen den Trägern ermöglichen. Sie sind vor grundlegenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung zu hören. Diesen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und Netzwerken sollen niedergelassene Ärzte, vor allem Ärzte, die eine Facharztanerkennung für das Fachgebiet Psychiatrie erworben haben, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Sozialleistungsträger, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentliche Stellen, die für Hilfen für psychisch kranke Menschen zuständig sind, Angehörigen- und Betroffenenverbände sowie Hilfsvereine angehören (siehe § 7, Sächsisches Psychisch-Kranken-Gesetz). Auch hier müsste für Thüringen genauer untersucht werden, wie sich die Praxis solcher Netzwerke darstellt, wo sie existieren und wie sie arbeiten.
Baden-Württemberg sieht des Weiteren für die Kommunen verpflichtend einen Patientenfürsprecher vor, der bei Beschwerden eine Zusammenarbeit anstrebt. Die Patientenfürsprecher sind dort Mitglied eines unabhängigen Gremiums der kreisfreien Städte und Landkreise (Informations-, Bera-

tungs- und Beschwerdestelle). Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen legen einer auf Landesebene eingerichteten Ombudsstelle (Baden-Württemberg, § 10 Absatz 1 PsychKHG) einen jährlichen Erfahrungsbericht vor.

3. Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen oder Menschen in Lebenskrisen

Die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle ist ein Anlaufpunkt für psychisch Erkrankte, seelisch behinderte Menschen und Menschen in Lebenskrisen. Zu den Zielgruppen können auch gehören psychisch alterskranke Menschen, psychisch kranke junge Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, geistig behinderte Menschen mit psychiatrischem Hilfebedarf, Angehörige, Nachbarn und Bekannte von betroffenen Menschen sowie suchtkranke Menschen mit psychiatrischem Hilfebedarf. Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen bieten eine individuelle Beratung an, wobei sich Betroffene ohne Formalitäten an sie wenden können. Die Beratungsstellen bieten an, Betroffenen zu zuhören und sie niedrigschwellig zu beraten. Sie realisieren vor- und nachsorgende Hilfen und koordinieren diese. Sie vermitteln Kontakt zu anderen Menschen sowie Selbsthilfegruppen, sie unterstützen nach stationärer psychiatrischer Behandlung sowie bei sozialen Fragestellungen. Sie sind ein Ansprechpartner für Angehörige. Sie beteiligen sich darüber hinaus an Planungsverfahren in den Kommunen. Die Beratung durch Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen ist kostenlos. Es bedarf keiner Überweisung. Sie wird in der Regel von Sozialpädagogen oder Psychologen durchgeführt. Die Beratungsstellen geben darüber hinaus Hilfen zur Bewältigung von Problemen im Alltag, in der Wohnung, in Nachbarschaft und Familien, mit Arbeitgebern, Ämtern und Behörden sowie Ärzten. Sie beraten Angehörige im Umgang mit psychischen Erkrankungen sowie Betroffene in akuten krisenhaften Situationen. Sie erarbeiten mit Betroffenen Bewältigungs- und Selbsthilfestrategien und fördern deren Ressourcen. Sie vermitteln darüber hinaus zwischen fachärztlicher und therapeutischer Behandlung, in den Bereichen Betreuung, Arbeit und Beschäftigung sowie Hilfen im bewohnten Stadtteil.
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen gibt es in nahezu allen Landkreisen und allen kreisfreien Städten. Über 65-Jährige sind auch hier unterrepräsentiert. Nur ca. 9,5 % der Klienten waren, bezogen auf das Jahr 2012, über 65-Jährige (3. Psychiatriebericht, S. 53). Daran dürfte sich nichts Grundsätzliches geändert haben.
Die Kontaktdaten von Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen finden Betroffene im Internet. Sie können sie im Gesundheitsamt oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst erfragen. Verschiedene Landkreise und kreisfreie Städte haben eigene Wegweiser entwickelt, die die Kontaktstellen ausweisen.

4. Hausärzte

Hausärzte haben im Gesundheitssystem eine steuernde, integrierende und koordinierende Funktion. Insofern ist der Hausarzt auch erste Anlaufstelle bei psychischen Beschwerden und Störungen.
Er diagnostiziert, vermittelt zu niedergelassenen Fachärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, er kann Kuren beantragen, und er kann auf andere Hilfen verweisen.
Bei Beschwerden jeglicher Art suchen Patienten in der Regel zuerst den Hausarzt auf. Schätzungen zufolge leiden zwischen 20 und 40 Prozent, die zum Hausarzt gehen, an psychischen Störungen. Jedoch nur zwischen 40 und 70 Prozent der psychischen Störungen, so ein Befund, den das Ärzteblatt bereits 2004 ermittelte, werden von den Hausärzten adäquat bewertet. Der Grund liegt vor allem an den zeitlichen Rahmenbedingungen, unter denen Hausärzte arbeiten. Die Rate der identifizierten Störungen verbesserte sich mit der Dauer der Konsultation. In kurzen Konsultationen wurde nur ein Drittel der psychischen Störungen erkannt, in mittellangen wurden zwei Drittel erkannt, und in langen Konsultationen wurden 86 Prozent korrekt diagnostiziert. Die Diagnostik von psychischen Störungen wird zudem sehr stark vom Kommunikationsstil des Arztes bestimmt. Ein stark auf Kontrolle orientierter Kommunikationsstil durch den Arzt führte dazu, dass die Patienten weniger Gelegenheit haben, verbal oder nonverbal auf ihre psychischen Symptome hinzuweisen. Infolge dessen erfuhren Ärzte von den

Patienten weniger und erkannten seltener psychische Erkrankungen. Psychische Probleme werden tendenziell eher verschwiegen.
Insofern ist es wichtig, dass Patienten ihre Symptome klar beschreiben und einen Auftrag an den Hausarzt formulieren (siehe Kruse J. u. a.).

Welche Stellung der Hausarzt für psychisch Erkrankte haben kann, wird durch ein neues Angebot für Patienten mit Depressionen und Angststörungen deutlich, das in Hessen erprobt wird. Anliegen des Projekts ist es, dass der Hausarzt zu einer besseren und bedarfsgerechteren Versorgung von psychisch Kranken beiträgt. Der Hausarzt soll unterstützt werden, Depressionen und Panikstörungen früher und zuverlässiger zu erkennen, um eine adäquate Behandlungsstrategie entwickeln zu können, d. h. zu entscheiden, ob der Patient an einen Fachspezialisten überwiesen werden muss oder ob er zunächst selber behandeln kann. Das „eHealth gestützte Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung" soll den Hausarzt als vertrauten und verlässlichen Begleiter von Patienten mit psychischen Erkrankungen darin stärken, die Krankheit frühzeitig und sicherer zu erkennen und die Betroffenen individuell zu betreuen.
Das Projekt setzt auf ein Dreierbündnis von Hausarzt, Medizinischer Fachangestellten und Patient. Online-gestützte Fragebögen unterstützen eine Diagnose, die nicht den Facharzt ersetzen soll. Sie dient dazu, mögliche Handlungsoptionen aufzuzeigen. Bleiben die Patienten in der hausärztlichen Behandlung, werden sie im Programm zwölf Monate lang nicht nur vom Hausarzt selbst, sondern auch von der Medizinischen Fachangestellten aktiv begleitet. Sie kontaktiert den Patienten regelmäßig und befragt ihn nach seinem Befinden. Sie fragt seine Symptome mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens ab. Die Ergebnisse leitet sie an den Hausarzt weiter, der auf diese Weise die Therapiefortschritte des Patienten in kurzen Intervallen verfolgen kann (siehe: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/prema-ehealth-gestuetztes-case-management-fuer-psychisch-erkrankte-in-der-hausaerztlichen-primaerversorgung.182; siehe auch: Modellprojekt zur Versorgung von Depressions- und Angstpatienten angelaufen, in: ärzteblatt.de, Mittwoch, 3. Juli 2019, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104348/Modellprojekt-zur-Versorgung-von-Depressions-und-Angstpatienten-angelaufen).

5. Niedergelassene Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten

Medizinischen Rat sollten sich Menschen dann einholen, wenn sie psychische Veränderungen an sich bemerken, für die es keinen äußeren Anlass gibt, wenn sie sich anders als üblich fühlen, wenn sie sich Sorgen und Ängste machen, sich Erschöpfung im Alltag einstellt oder wenn Menschen die alltägliche Arbeit nur noch mit Mühe verrichten können. Dabei können Fachärzte mit der Spezialisierung auf psychische Erkrankungen und psychologische Psychotherapeuten bei psychischen Störungen grundsätzlich direkt aufgesucht werden, ohne dass die Überweisung durch einen Hausarzt vorliegen muss. Fachärzte und Psychotherapeuten behandeln nicht auf Verordnung des Arztes, sondern stellen eigenständig fest, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und führen erforderlichenfalls die psychotherapeutische Behandlung eigenverantwortlich durch. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen auf Antrag die Kosten einer Psychotherapie, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Der Psychotherapeut muss über eine Kassenzulassung verfügen und bei dem Patienten muss eine psychische Störung mit Krankheitswert festgestellt werden. Die Behandelnden besprechen bei einer entsprechenden Diagnostik einen möglichen Behandlungsplan mit dem Patienten.
Der Unterschied zum Hausarzt besteht nicht nur in der Spezialisierung auf psychische Störungen und Störungsbilder, sondern im Setting. Psychodiagnostische und -therapeutische Settings sind gesprächsorientiert. Die Dauer der Therapie ist abhängig vom Störungsbild und seiner Manifestation. Eine Psychotherapie kann von einigen wenigen Sitzungen bis hin zu mehreren Monaten oder auch Jahren dauern. Bei schweren Erkrankungen, wie beispielsweise Psychosen, schweren Depressionen oder bipolaren Erkrankungen kann eine lebenslange Behandlung notwendig sein. Gesetzlich Versicherte haben unabhängig vom gewählten Verfahren Anspruch auf 2-4 Probesitzungen bei einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. Bei Kindern und Jugendlichen sind es 2-6 Probesitzungen. Möglich sind im folgenden Kurzzeittherapien mit bis zu 12 Therapiestunden, bei Verlängerung bis zu 24 Stunden. Langzeittherapien dauern bei einer Verhaltenstherapie bis zu 60 Therapiestunden (bei Verlängerung bis zu 80 Stunden), für tiefenpsycho-

logisch fundierte Psychotherapien sind es bis zu 60 Therapiestunden (bei Verlängerung bis zu 100 Stunden), bei Analytischer Psychotherapie sind es max. 160 Therapiestunden (bei Verlängerung bis zu 300 Stunden).
Psychotherapeuten sind in aller Regel spezialisiert. Die Spezialisierung von Behandelnden erfolgt mit Bezug auf bestimmte Störungsbilder – kein Psychotherapeut behandelt alle Störungsbilder – und mit Bezug auf bestimmte Psychotherapieverfahren. Die bekanntesten Verfahren sind die Verhaltenstherapie und die Psychoanalyse sowie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.
Als Problem erweist sich für Klienten, den richtigen und überhaupt einen Psychotherapeuten zu finden. Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen geht zwar von einer ausreichenden und in Teilen Überversorgung aus. Jedoch gibt es, das hat bereits der 3. Psychiatriebericht festgestellt, erhebliche Versorgungsdisparitäten zwischen den Planungsregionen sowie zwischen Stadt und Land (S. 34). Psychisch Erkrankte müssen nicht nur lange Wartezeiten und im ländlichen Raum auch weitere Fahrstrecken in Kauf nehmen, sondern auch mit der Schwierigkeit, dass es für bestimmte Störungsbilder in ihrer Region keine spezialisierten Psychotherapeuten gibt.
Die Suche eines geeigneten niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten kann über die Suchmaske der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen oder über die Webseiten des Psychoinformationsdienstes (https://www.psychotherapiesuche.de/pid/search).

7 Schritte für den Weg zur richtigen Psychotherapie — Handlungsleitfaden in Anlehnung an den Psychotherapieinformationsdienst (Berufsverband der Deutschen Psychologinnen und Psychologen)

Schritt 1: Abklären des Versicherungsstatus
Wer bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, sucht einen Psychotherapeuten, der über eine Kassenzulassung verfügt. Grundsätzlich ist es auch möglich, dass Patienten mit Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung einen Behandlungsvertrag abschließen. In diesem Falle trägt der Patient die Kosten selbst.

Berufsbezeichnungen für psychisch Erkrankte Behandelnde:

Ärztlicher Psychotherapeut: Mediziner, die über eine psychotherapeutische Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verfügen. Es gibt für psychische Erkrankungen folgende Facharztspezialisierungen:
» Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie und Psychiatrie oder Nervenheilkunde. Er behandelt das gesamte Erkrankungsspektrum.
» Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Er behandelt insbesondere Patienten, die an psychosomatischen oder somatopsychischen Erkrankungen leiden.
» Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Er behandelt psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis ins Alter von 21 Jahren.
» Facharzt als fachgebundener Psychotherapeut. Er darf nur solche psychischen Probleme behandeln, die im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen aus dem eigenen ärztlichen Fachbereich auftreten.

Psychologischer Psychotherapeut: Psychologe, der nach einem mit Diplom oder Master bestandenen Studium der Psychologie eine mindestens dreijährige Vollzeitausbildung oder eine mindestens fünfjährige Teilzeitausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) abgeschlossen und die Berechtigung zur eigenständigen Durchführung von Psychotherapie erworben hat (Approbation). Nachfolgende psychotherapeutische Verfahren sind für eine Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten zugelassen:
» Psychoanalyse/analytische Psychotherapie,
» tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
» Verhaltenstherapie,
» Systemische Therapie.

Schritt 2: Adressensuche
Adressenrecherche von Psychotherapeuten. Sie ist möglich über die Psychiatriewegweiser der jeweiligen Kommune, über die Kassenärztlichen Vereinigungen, über den Psychotherapieinformationsdienst oder andere Internetportale oder auch über das Branchenbuch der jeweiligen Region. Der Psychotherapieinformationsdienst bietet auch eine Telefonberatung an.

Schritt 3: Kontaktaufnahme zur Therapeutin/zum Therapeuten
Terminvereinbarung in einer kassenzugelassenen psychotherapeutischen Praxis. In der Sprechstunde wird die Empfehlung für eine weitere Behandlung ausgesprochen sowie ein entsprechendes Verfahren vereinbart.
Um einen Termin bei einem Psychotherapeuten zu vereinbaren, brauchen Betroffene keine Überweisung. Sie können sich direkt an den Therapeuten wenden.

Schritt 4: Die ersten Probesitzungen
Nach der Sprechstunde und einer entsprechenden Empfehlung zur psychotherapeutischen Behandlung haben gesetzlich Versicherte unabhängig vom gewählten Verfahren Anspruch auf 2 bis 4 Probesitzungen bei einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. Bei Kindern und Jugendlichen 2-6 Probesitzungen. Probesitzungen gehen der Therapie voraus. Sie haben das Anliegen, eine Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten aufzubauen. Erscheint die Beziehung schwierig, ist es für Klienten sinnvoll, sich auf einen anderen Psychotherapeuten einzulassen.

Schritt 5: Antrag an Kassen auf Kostenübernahme
Antrag auf Kostenübernahme der Psychotherapie durch die Kasse. Der Antrag wird durch den Psychotherapeuten eingereicht.

Schritt 6: Untersuchung durch einen Arzt
Nach den probatorischen Sitzungen, jedoch bevor der Therapeut mit der eigentlichen Behandlung beginnt, müssen Klienten einen Arzt aufsuchen. Dieser klärt ab, ob evtl. auch eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch zu behandeln ist. Er erstellt den sogenannten Konsiliarbericht.

Schritt 7: Bewilligung und Beginn der Therapie
Während der Probesitzungen stellt der Psychotherapeut die Diagnose und beantragt ein gewisses Kontingent an Sitzungen. Je nach Voraussetzung kann es erforderlich sein, dass der Psychotherapeut einen Bericht für einen Gutachter erstellt. Dieser wird im verschlossenen Umschlag über die Krankenkasse weitergeleitet. Die Krankenkassen bewilligen in der Regel eine Therapie. Die Bewilligung erfolgt gegenüber dem Klienten. Die Therapie kann beginnen.
(siehe auch: https://www.psychotherapiesuche.de/pid/ersteschritte)

6. Psychiatrische Versorgung in Kliniken Thüringens

Bei psychischen Störungen ist eine ambulante Behandlung die Regel. Sie ist einer stationären vor allem bei Älteren deshalb vorzuziehen, weil das Klinikmilieu Symptomatiken verstärken kann. Bei schweren psychischen Erkrankungen und akuten Gefährdungen kann hingegen eine Krankenhausbehandlung sinnvoll sein. Mehr als 26.000 psychisch kranke Menschen werden jährlich in einem Teil der Thüringer Krankenhäuser vollstationär behandelt. Ihre Zahl soll in den kommenden Jahren steigen. Der Anstieg begründet sich nicht oder weniger durch einen Anstieg von Prävalenzen, was durch die Alterung der Gesellschaft durchaus plausibel wäre, sondern dass das Krankenhaussetting für psychische Erkrankungen in den letzten Jahren eine höhere Akzeptanz erfährt (Ärzteblatt). Allerdings ist ein weiterer Anstieg auch dadurch zu erwarten, dass die Anzahl der depressions- und demenzerkrankten älteren Menschen auf Grund der Alterung der Gesellschaft zunehmen wird.

Ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankenhaus kann eine umfassendere, komplexere und intensivere Behandlung gewährleisten als ein niedergelassener Psychotherapeut, zumal wenn Patienten multimorbid sind oder der gesamte Tagesverlauf kontrolliert werden soll (etwa bei Suchterkrankungen). In der Klinik werden meist verschiedene Behandlungsmethoden kombiniert. Der Vorteil einer stationären Behandlung kann auch darin liegen, dass bei psychischen Krisen sehr schnell Hilfe erfolgen kann. Eine Krankenhausbehandlung erscheint auch dann sinnvoll, wenn das häusliche und Familiensystem oder auch das Arbeits- und Wohnumfeld stark belastet sind.
Die Krankenhäuser sind auf bestimmte psychische

Störungsbilder sowie therapeutische Verfahren spezialisiert. Während Patienten in einer psychiatrischen Klinik in der Regel mit einer Kombination aus Medikamenten und psychotherapeutischen Interventionen behandelt werden, bieten psychosomatische Krankenhäuser im Schwerpunkt psychotherapeutische Behandlungskonzepte an. Außerdem werden traditionelle psychotherapeutische Verfahren mit Einzel- und Gruppentherapie sowie Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Kunst- oder Musiktherapie gekoppelt.
Die Kliniken unterscheiden folgende Behandlungssettings:

Vollstationäre Behandlung in einer Klinik

Patienten halten sich in dieser Behandlungsform über eine längere Zeit in einer Klinik auf. Das erscheint vor allem am Anfang einer Therapie sinnvoll, wenn es um die Stabilisierung von psychisch Erkrankten geht und darum, einen Patienten aus einem unter Umständen belasteten Umfeld herauszunehmen. Vollstationäre Aufenthalte gehen anschließend meist in eine teilstationäre oder ambulante Weiterbehandlung oder Rehabilitation über.
Die vollstationäre Versorgung umfasst verschiedene psychotherapeutische Behandlungsformen: Einzel- und Gruppenbehandlungen, Entspannungstechniken wie Autogenes Training und Yoga, medikamentöse Therapie, Ergo-, Tanz-, Bewegungs- und Musiktherapie sowie Beratung und Unterstützung durch Sozialarbeiter mit einer Einbeziehung der Angehörigen und der gemeindepsychiatrischen Strukturen.
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie behandeln Störungsbilder wie Traumafolgestörungen, Depressionen, Angsterkrankungen, somatoforme Störungen, Zwangsstörungen, bipolare Erkrankungen, schizophrene Störungen, Suchterkrankungen sowie ältere Menschen mit Demenzerkrankungen, Altersdepressionen und wahnhaften Störungen. Dafür gibt es in der Regel spezialisierte Abteilungen. Geschlossene Stationen dienen zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich oder andere gefährden könnten (siehe Krankenhausspiegel).

Folgende Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sind im Krankenhausspiegel Thüringen vertreten:

» Klinikum Bad Salzungen

» Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk Erfurt

» SRH Wald-Klinikum Gera

» Universitätsklinikum Jena

» Thüringen Kliniken „Georgius Agricola“, Saalfeld

» Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar

» Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg

» Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen (vgl. Krankenhausspiegel)

Teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik

In diesem Behandlungssetting kommen Patienten morgens zur Therapie in die Tagesklinik und gehen nachmittags wieder nach Hause; auch die Wochenenden verbringen sie zu Hause. Es bietet sich dort an, wo das Wohnumfeld stabilisierend wirkt, in jedem Falle für alte Menschen, deren Orientierungskoordinaten sehr stark an die vertraute Wohnung und vertraute Bezugspersonen gebunden sind.
In einer Tagesklinik werden fast alle psychischen Störungen mit vergleichbaren Therapieelementen behandelt wie bei einer vollstationären Behandlung. Die Tageskliniken sind allerdings spezialisiert: Es gibt psychotherapeutische oder soziotherapeutisch orientierte Tageskliniken. Eine Spezialisierung erfolgt in der Regel auch auf bestimmte psychische Störungsbilder oder Altersgruppen. So gibt es für alte Menschen gerontopsychiatrische Tageskliniken. Tageskliniken werden von Älteren im Grunde nur genutzt, wenn sie eine gerontopsychiatrische Spezialisierung aufweisen (vgl. 3. Psychiatriebericht, S. 76).
Voraussetzung für den Besuch einer Tagesklinik ist ein stabiler Gesundheitszustand. Für Patienten mit fortgeschrittener Demenz, starken Entzugssyndromen und Psychosen sowie für akut selbstmordgefährdete Menschen ist eine Tagesklinik nicht geeignet.

Folgende Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie werden im Krankenhausspiegel für Thüringen aufgeführt:

» Klinikum Bad Salzungen

» St. Georg Klinikum Eisenach

» Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk Erfurt

» SRH Wald-Klinikum Gera, Tageskliniken Gera und Eisenberg

» Universitätsklinikum Jena

» Thüringen Kliniken „Georgius Agricola“, Tageskliniken Saalfeld und Rudolstadt

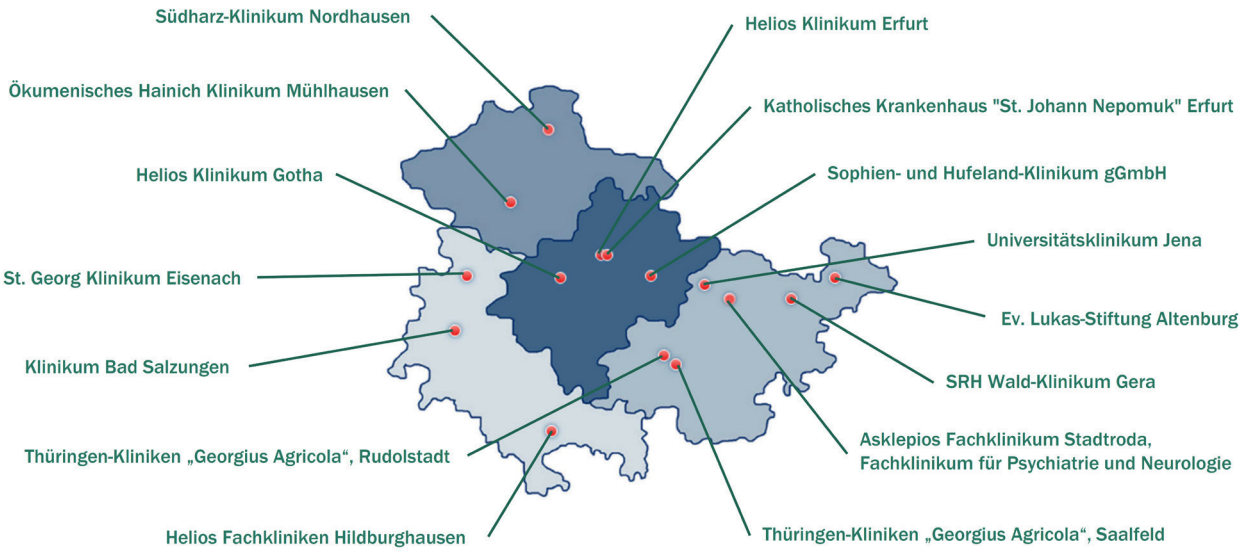
» Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar

» Evangelische Lukas-Stiftung Altenburg

» Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen (vgl. Krankenhausspiegel)

Psychiatrische Fachkliniken und Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen

LANDESKRANKENHAUSGESELLSCHAFT THÜRINGEN e.V.



Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V., Friedrich-Ebert-Str. 63, 99096 Erfurt, www.lkhg-thueringen.de

Die Krankenhäuser Thüringens nehmen im Rahmen der psychiatrischen Gesamtversorgung eine wichtige Rolle ein. Jährlich werden mehr als 26.000 Patienten in einer Klinik oder Klinik-Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Thüringens vollstationär behandelt; hinzu kommen psychiatrische Tageskliniken und psychiatrische Institutsambulanzen der Krankenhäuser.
Die Kliniken bieten ein breites Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsmethoden an: Krisenintervention, psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapien, Suchttherapie, spezielle Therapieangebote für alte Menschen sowie soziale Beratung und Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.
Kliniken bemühen sich um ein adäquates Entlassungsmanagement von psychisch Erkrankten, das auch Angehörigen, anderen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen und Selbsthilfegruppen mit einbezieht. Die klinische psychiatrische Versorgung in Thüringen ist flächendeckend. Im Freistaat bieten insgesamt 14 Kliniken psychiatrische Behandlungen an; dazu kommen diverse weitere Standorte psychiatrischer Tageskliniken.
https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/psychiatrische-versorgung-im-krankenhaus/

Der Thüringer Krankenhausspiegel (www.krankenhausspiegel-thueringen.de)

Im Krankenhausspiegel Thüringen haben sich 29 Thüringer Kliniken zusammengeschlossen, um Patienten über die Qualitätsdaten der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern in verständlicher und leicht lesbarer Form zu informieren. Dabei werden die Inhalte des Krankenhausspiegels von den beteiligten Kliniken gemeinsam erstellt. Die Qualitätsergebnisse stammen von unabhängigen Prüfgremien.
Der Krankenhausspiegel Thüringen informiert Patienten und ihre Angehörigen sowie einweisende Ärzte über die Qualität der medizinischen Versorgung der Thüringer Krankenhäuser. Sein Ziel ist die Qualität transparent darzustellen und auf diese Weise die Qualität der Krankenhausversorgung zu steigern. Die Patienten sollen bei der Wahl einer Klinik unterstützt werden. Allerdings muss ein auffälliges Ergebnis in einem Bereich für eine Klinik nicht zwangsläufig heißen, dass dort die Behandlungsqualität schlecht ist. Z. T. haben sich Kliniken auf besonders komplizierte Fälle spezialisiert, bieten besondere Behandlungsmethoden an oder sie behandeln viele alte und schwerkranke Patienten. Daher können hier im Vergleich die Ergebnisse scheinbar schlechter ausfallen als bei Kliniken, die in der Regel jüngere und gesündere Patienten versorgen.
Der Krankenhausspiegel informiert Patienten auch über psychische Störungen sowie über das Leistungsprofil der sich am Krankenhausspiegel beteiligenden Thüringer Krankenhäuser, die psychische Störungen behandeln.

Ambulante Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen

In Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wird für Menschen mit psychischen Störungen ein multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot von psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen vorgehalten, die gemäß § 118 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Es handelt sich dabei um ambulante Krankenhausleistungen. Versorgungsschwerpunkte sind die Behandlung schwer und chronisch Kranker im Rahmen der Nachsorge, aber auch Notfallpsychiatrie. Ziele sind die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlungen, aber auch die Sicherstellung einer Behandlung für Patienten, die von den Angeboten niedergelassener Ärzte nicht oder nicht ausreichend erreicht werden. Das Versorgungskonzept umfasst in der Regel eine integrierte Versorgung, sie ist aber nicht auf bestimmte Diagnosen festgelegt. Daher arbeiten in Psychiatrischen Institutsambulanzen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten nach einem einheitlichen Behandlungsplan zusammen.

Das Therapiespektrum, das auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten angepasst ist, kann psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlungen, medikamentöse Behandlung, sozialpädagogische Beratung und Unterstützung, Ergotherapie und Entspannungsverfahren umfassen. Außerdem können klinische Untersuchungen und psychologische Testverfahren durchgeführt werden. Die Institutsambulanzen in Thüringen unterscheiden sich in ihren Behandlungsprofilen, sie sind entweder psychotherapeutisch und/oder psychiatrisch-soziotherapeutisch ausgerichtet oder haben sich auf die Behandlung bestimmter Patientengruppen spezialisiert.
Psychiatrische Institutsambulanzen gibt es an allen psychiatrischen Kliniken und Tageskliniken. Außerhalb der Öffnungszeiten wird die Notfallversorgung durch die Bereitschaftsdienste der Kliniken sichergestellt (vgl. Krankenhausspiegel).
Siehe für weitere Informationen: www.krankenhausspiegel-thueringen.de/psychiatrische-versorgung-im-krankenhaus/behandlungsformen/

Krankenhauseinweisung. Um in einem Krankenhaus behandelt zu werden, benötigen Patienten in der Regel eine Einweisung durch einen Psychotherapeuten oder einen Arzt. Viele Krankenhäuser führen vor der stationären Aufnahme mit dem Patienten Vorgespräche durch, um zu klären, ob eine stationäre Behandlung im Krankenhaus notwendig ist und ob die Klinik für den Patienten die erforderliche Behandlung anbieten kann.

Eine Einweisung in ein Krankenhaus kann außer durch den Hausarzt insbesondere verordnet werden von:

» einem Psychologischen Psychotherapeuten,

» einem Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten,

» einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

» einem Facharzt für Nervenheilkunde oder

» einem Facharzt für Kinder- und Jugend-psychiatrie und psychotherapie.

Voraussetzung für eine klinische Behandlung ist eine entsprechende Diagnostik sowie die Bereitschaft des Klienten, sich behandeln zu lassen. Auf eine adäquate Diagnose sowie die Therapiebereitschaft hinzuweisen, erscheint mit Bezug auf Ältere durchaus relevant. In allen klinischen Settings, darauf verweisen die Daten des 3. Psychiatrieberichts, sind über 65-Jährige deutlich unterrepräsentiert (S. 40). Daran dürfte sich seither nichts Wesentliches geändert haben. Für die Behandlung von psychischen Erkrankungen sind verschiedene Kliniken zuständig:
Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Allgemeinkrankenhäuser mit entsprechenden Fachabteilungen.
Patienten können für die Behandlung ihrer psychischen Erkrankung das Krankenhaus frei wählen. Voraussetzung ist allerdings, dass in dem Krankenhaus das jeweilige Störungsbild behandelt wird. Psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen haben ihrerseits aber eine regionale Versorgungsverpflichtung, das heißt, sie sind verpflichtet, Patienten aus einem bestimmten Einzugsgebiet stationär aufzunehmen. Andere Krankenhäuser können mit dieser Begründung die Aufnahme eines Patienten ablehnen (siehe https://www.wege-zur-psychotherapie.org/die-behandlung-im-krankenhaus/).
In Thüringen gibt es 4 Fachkrankenhäuser und 10 Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen. Über die psychotherapeutische Profilierung geben die Webseiten der jeweiligen Krankenhäuser Auskunft sowie der Krankenhausspiegel. Informationen erhalten Betroffene auch über die Psychiatriewegweiser der Kommunen, über den Psychiatriewegweiser Thüringen sowie über die Landeskrankenhausgesellschaft.

7. Notfallversorgung und Notfalleinweisung

Notfälle, die zu akuten und schweren psychischen Belastungen und Traumatisierungen führen, können z. B. nach Unfällen und Katastrophen eintreten. Für Hilfen, die in diesen Fällen greifen, hat sich der Begriff der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) etabliert. Sie umfasst alle Aktionen und Vorkehrungen, die getroffen werden, um Einsatzkräften und notfallbetroffenen Personen im Bereich der psychosozialen Be- und Verarbeitung von Notfällen zu helfen. Diese Maßnahmen werden bei Katastrophen oder Großeinsätzen durch eine Psychosoziale Notfallversorgung durch speziell ausgebildete Notfall-Seelsorger und Notfall-Psychologen sowie Akutbetreuer geleistet. Sie wird in der Regel durch im Einsatzfeld tätige Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sichergestellt. Sie umfasst zunächst eine einfach soziale Unterstützung, die sich auf menschliche Präsenz bezieht, des Weiteren eine psychosoziale Betreuung und in der Fortfolge eine spezifisch-professionelle Hilfe durch Fachkräfte (Notfallpsychologie, S. 34).

Bei im Privaten oder Häuslichen auftretenden Notfällen, die insbesondere bei schweren, chronifizierten psychischen Erkrankungen auch zu akuten Krisen führen können, bei denen Betroffene und/oder Angehörige unmittelbare Hilfe benötigen, kann die Schnelle Medizinische Hilfe (112), bei Selbst- und Fremdgefährdung gegebenenfalls auch die Polizei kontaktiert werden. Bei suizidalen Absichten sind solche Hilfen gerechtfertigt.
Bei keiner unmittelbaren Gefährdung, aber dennoch akuten Krisensituation können Betroffene und ihre Angehörigen Psychotherapeuten oder Ärzte kontaktieren, die eine Notfallbehandlung aktualisieren, oder sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden. In Notfällen können sich Betroffene aber auch direkt an die Ambulanz eines psychiatrischen Krankenhauses wenden und dort erklären, warum eine stationäre Aufnahme oder Behandlung sinnvoll erscheint. Dies sollte insbesondere dann wahrgenommen werden, wenn negative Gedanken mit dem Tod und mit Sterben, mit Gedanken, sich

selbst zu töten oder anderen etwas anzutun, assoziiert sind. Solche Gedanken und Impulse können bei sehr schweren psychischen Erkrankungen auftreten. Solche Phasen tiefer Hoffnungs- und Ausweglosigkeit können Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein, die mehr oder weniger latent seit längerer Zeit besteht.
Sind Notfälle solcher Art absehbar, die auch zu Krankenhauseinweisungen gegen den Willen von Betroffenen führen können, sollten im Vorfeld (Behandlungs-)Vereinbarungen getroffen werden, die dem Patientenwillen entsprechen.
Darüber hinaus haben viele Kommunen einen „Kriseninterventionsdienst“ und Notfallsprechstunden etabliert, in denen Menschen in seelischen Notsituationen unterstützt werden können und die rund um die Uhr erreichbar sind und die gegebenenfalls auch nach Hause kommen.
(siehe auch: https://www.wege-zur-psychotherapie.org/die-behandlung-im-krankenhaus/#notfalleinweisung)

Notfallhilfen bei psychischen Erkrankungen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung

- Schnelle medizinische Hilfe (112), gegebenenfalls Polizei
- Sozialpsychiatrischer Dienst der Kommune
- Krisen(interventions)dienst der jeweiligen Kommune
- Notfallambulanz einer Klinik
- Ärztlicher (psychiatrischer) Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung. Bundesweite Telefonnummer 116 117 für dringende, aber nicht lebensbedrohliche, medizinische Fälle auch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen.
- Telefonseelsorge bei akuten Krisen mit anonymer, kostenloser Beratung zu jeder Tages- und Nachtzeit 0800 1110111 oder 0800 1110222
- http://www.telefonseelsorge.de
- Chat: https://chat.telefonseelsorge.org
- https://ts-im-internet.de
- www.krisenintervention-psnv.de/psnv-dienste/psnv-deutschland/
- Psychotherapeut oder Hausarzt
- Angehörige, Freunde, Nachbarn

8. Wohnformen für psychisch erkrankte Menschen

Besondere Wohnformen für psychisch erkrankte Menschen kommen insbesondere für jene Menschen in Frage, die mit ihrer Erkrankung nicht mehr selbstständig oder alleine leben können. Solche speziellen Wohnformen bieten je nach konzeptioneller Ausrichtung für die dort lebenden Menschen Hilfe, Unterstützung und Betreuung an. Solche Leistungen können sich auf die Alltagsbewältigung, auf das Herstellen sozialer und Arbeitskontakte, auf die Alltagsstruktur sowie auf den Umgang mit Behörden beziehen. Sie können des Weiteren psychosoziale Hilfe, die Assistenz bei elementaren Alltagstätigkeiten, die Förderung sozialer Beziehungen, Lebensbegleitung, individuelle Lebensplanung, Freizeitgestaltung und Seelsorge umfassen. Weitere Angebote können verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche, Arbeits- und Beschäftigungsangebote, Bewegungstherapie, kognitives Training, Entspannungstherapie, gemeinsames Singen und Angebote der Freizeitgestaltung sein.

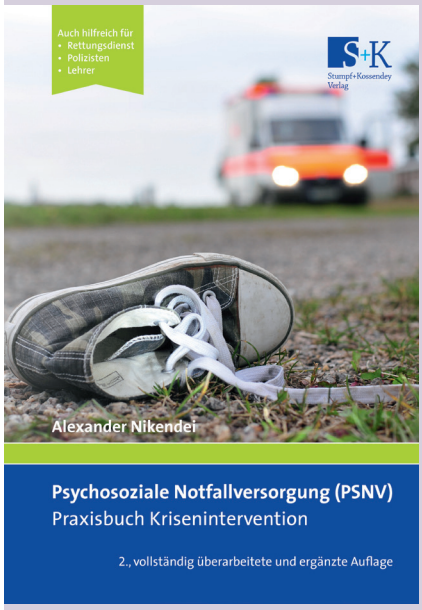
Solche Angebote sollen Menschen ungeachtet ihrer Erkrankung oder Behinderung ein weitgehend selbstbestimmtes Leben sowie Teilhabe an einer Gemeinschaft ermöglichen. Hauptanliegen können sich verbinden mit:

- einer Überlebenssicherung und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit,
- einer Eingliederung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie der Verhinderung weiterer sozialer Desintegration,
- der Förderung und Entwicklung von Selbsthilfe- und Selbstorganisationsfähigkeit,
- der Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastungsfähigkeit,
- der Verbesserung und Festigung sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen,
- der Entwicklung von Fähigkeiten zur aktiven Krankheitsbewältigung,

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Praxisbuch Krisenintervention

Eine Notfallversorgung scheint im Bewusstsein der Berechenbarkeit des Lebens selten. Doch dieser Eindruck täuscht. Die Zahl der Patienten, insbesondere auch der Älteren, die einen ärztlichen Notdienst in Anspruch nehmen, steigt seit Jahren an. Große zentrale Notaufnahmen versorgen bis zu 60.000 Patienten pro Jahr. Das Patientenaufkommen in Notaufnahmen nimmt vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der zunehmenden Multimorbidität der Bevölkerung, der Reduktion alternativer, auch ambulanter Versorgungsstrukturen, kontinuierlich zu. Angegeben werden jährliche Steigerungen der Fallzahlen von 4-8 %. Dabei ist das Spektrum der in der Notfallmedizin behandelten Krankheitsbilder vielfältig. Es umfasst akut lebensbedrohliche Erkrankungen aus allen Fachdisziplinen wie Herzinfarkte, Lungenembolien, Schlaganfälle, Sepsis, Unfälle, Intoxikationen und psychiatrische Notfälle ebenso wie leichtere Erkrankungen oder Verletzungen. Bei den schweren Erkrankungen ist prioritär, das Leben der Patienten zu schützen oder Organe des Patienten vor einem Funktionsverlust zu bewahren. Derzeit suchen 20 bis 25 Millionen Menschen jährlich die Rettungsstellen oder Notfallambulanzen auf, wobei sich zwischen 30 - 40 % nicht als Notfall qualifizieren. In über 10 Millionen Fällen erfolgt eine ambulante Behandlung. Ca. 10 % der in den Notaufnahmen vorstelligen Patienten sind lebensbedrohlich erkrankt (vgl. R. Riessen u. a.).

Während die oben skizzierte Notfallversorgung sich eher im Klinikbereich vollzieht und sich auf Verunfallte oder unmittelbar vom Ereignis körperlich Betroffene oder Geschädigte bezieht, ist Psychosoziale Notfallversorgung häufig außerklinisch, und sie richtet sich auch an jene, die Notfallereignisse wahrnehmen und erleben. Wenn ein Schulbus in einen tödlichen Unfall involviert ist, richtet sich die psychosoziale Notversorgung an die Schüler. Sie kann Erste-Hilfe-Charakter am Ort des Geschehens tragen, sich aber des Weiteren über Tage, Wochen und Monate erstrecken, um die Folgen eines Ereignisses adäquat zu be- und verarbeiten. Psychosoziale Notfallversorgung, wie sie in dem hier vorgestellten Buch entwickelt wird, beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen (S. 25). Dabei können sich Notfälle und Einsatzsituationen auf größere Schadensereignisse wie Unfälle, Katastrophen und Großbrände beziehen, aber auch auf Suizide, die ganze Familiensysteme betreffen, und Gewaltereignisse gegenüber Personen. Eine psychosoziale Notversorgung kann es auch geben, wenn Kinder oder Eltern versterben. Sie erfolgt dann gegenüber den unmittelbar betroffenen Menschen. Zielgruppen können Überlebende, Opfer von Gewalt, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen, Ersthelfer und Einsatzhelfer sein, aber auch Gruppen. Wenn es etwa in einer Grundschulklasse den Todesfall eines Schülers gab, erfolgt mit den Kindern innerhalb der Klasse eine Psychosoziale Notversorgung durch Psychologen, um Trauerprozesse fürsorglich zu begleiten und zu lenken.



Anliegen der Psychosozialen Notfallversorgung ist es, psychosoziale Belastungsfolgen zu vermeiden, bereits aufgetretene Belastungsfolgen zu erkennen und betroffenen Einzelpersonen und Gruppen bei der Verarbeitung von Belastungen zu unterstützen und zu behandeln (S. 29).
Alexander Nikendei stellt in seinem Buch umfänglich vor, wann und bei welchen Krisensituationen Psychosoziale Notfallversorgung zur Anwendung kommt und wie Krisen von Menschen psychisch wahrgenommen und verarbeitet werden. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem posttraumatische Belastungsstörungen. Er stellt dar, wie Einsatzkräfte in solchen Situationen mit Betroffenen kommunizieren sollten. Es geht um Empathie, um „stille“ Präsenz, um Zuhören,

um das Geltenlassen emotionaler Betroffenheit. Dabei müssen die kommunikativen Strategien sowohl das Ereignis reflektieren als auch die Betroffenheit spiegeln. Kinder reagieren auf belastende Situationen anders als Erwachsene. Der Autor geht in diesem Zusammenhang auch auf Ältere ein, die auf Grund ihrer psychischen, kognitiven und körperlichen Disposition in Krisensituationen besonders vulnerabel sind. Er widmet des Weiteren einen umfänglichen Abschnitt, wie Helfende mit Tod und Trauer umgehen, welche Rituale, Bräuche und Traditionen für Trauernde wichtig sind. Das Buch von Alexander Nikendei richtet sich zwar an operative Einsatzkräfte, die bei Krisen, Unfällen, Katastrophen, Todesfällen usw. aktiv werden, des Weiteren an Rettungsdienste, Notärzte, Polizisten, Feuerwehrleute, Betreuungsdienste, Psychotherapeuten, Seelsorger, medizinisches und pflegerisches Personal, Lehrer, Erzieher, Fachkräfte in der Sozialarbeit usw. Es sensibilisiert aber auch Ehrenamtliche, die mit (älteren) Menschen umgehen, dafür, wie wichtig psychosoziale Notfallhilfe ist. Jeder Mensch kann Notfälle erleben, auf die er psychologisch adäquat reagieren muss oder sollte.

Insofern empfiehlt sich, dass alle, einschließlich Ehrenamtliche, die mit Älteren umgehen, Grundkenntnisse über eine psychosoziale Notfallversorgung besitzen. Das Buch vermittelt sie in hervorragender Weise.

Dr. Jan Steinhaußen

Alexander Nikendei, Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Praxisbuch für Krisenintervention, Stumpf+Kossendey Verlag 2017

R. Riessen, Prof. A. Gries, Prof. A. Seekamp, Prof. C. Dodt, Dr. B. Kumle, Dr. H.-J. Busch; Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-015-0013-0

https://www.ikkev.de/politik/gkv-in-zahlen/notfallversorgung-in-zahlen/

» der Förderung von Konflikt-, Akzeptanz-, Toleranz- und Reflexionsfähigkeit,

» der Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung,

» der Entwicklung einer eigenen Lebenszielplanung und Sinnorientierung im Leben,

» der Entwicklung von Lebensqualität sowie der Vorbereitung auf ein selbstbestimmtes Leben außerhalb des Wohnheims,

» der Verhinderung von stationären Aufenthalten.

Insofern haben betreute Wohnformen für psychisch erkrankte Menschen immer auch das Anliegen einer Reintegration in ein selbstständiges Wohnen. Ausnahmen bilden progredierende psychische Erkrankungen wie Demenzen oder psychische Behinderungen, die nicht heilbar sind. Dort sind Heimunterbringungen vorgesehen, insoweit keine häusliche Versorgung gewährleistet werden kann.

Für das Wohnen in einer solchen betreuten Wohnform gibt es entsprechende Aufnahmeverfahren. Bestandteil eines solchen Aufnahmeverfahrens sind

» das Erstgespräch im Wohnheim,

» der Arztbericht und ggf. Sozialbericht,

» ein ärztliches Attest, frei von ansteckender Lungentuberkulose oder anderen Infektionskrankheiten zu sein.

Eine Antragstellung und ein Bewilligungsbescheid erfolgen über das Sozialamt. Die Finanzierung des Wohnheimplatzes erfolgt über Tagessätze laut Leistungsvereinbarung. Wohnformen, wie sie hier vorgestellt werden, haben aber für Ältere kaum eine Bedeutung (siehe 3. Psychiatriebericht, S. 86). Die betreuten Wohnformen, die Ältere nutzen, sind alters- und weniger krankheitsspezifisch orientiert. Sie sollen gleichermaßen einen Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung verhindern oder ver-

zögern. Sie sind mit sozialen Betreuungs- und gegebenenfalls auch an Pflegeleistungen gekoppelt. Eine Übersicht über die in den Kommunen vorhandenen Angebote für Wohnformen für psychisch erkrankte Menschen führen in der Regel die Sozialämter. Sie sind auch in den kommunalen Psychiatriewegweisern sowie dem Psychiatriewegweiser für Thüringen enthalten.

9. Tagesstrukturierende Angebote für psychisch erkrankte Menschen

In allen Kommunen gibt es für psychisch erkrankte Menschen tagestrukturierende Angebote, die auf Grund ihrer chronischen psychischen Erkrankung, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht oder nicht mehr ins Erwerbsleben integriert sind. Der 3. Thüringer Psychiatriebericht weist für Thüringen 36 Tagesstätten aus (S. 102). Nicht inbegriffen sind die Tagesstättenangebote für demenzerkrankte Menschen. Tagestrukturierende Angebote sollen gezielt die Rehabilitation und soziale Integration psychisch Kranker durch Hilfen bei der Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung befördern, soziale Kontakte herstellen sowie psychisch stabilisieren und Rückfälle vermeiden. Anliegen ist es, die Lebensqualität der BesucherInnen zu verbessern. Sie werden vor allem von unter 60-Jährigen Menschen mit psychischen Krankheiten und seelischen Behinderungen wahrgenommen.

Die Angebote bedienen insbesondere die Alltagsgestaltung, die Tagesstrukturierung und die soziale Teilhabe. Sie sollten ursprünglich programmatisch Hospitalisierung vermeiden. Heute ist entscheidend, wie viel Lebensqualität psychisch Kranke in ihrem Alltag erfahren. Diese hängt auch von der Verfügbarkeit positiver sozialer Beziehungen ab, wie sie in Tagesstätten etabliert werden können. Angebote in Tageseinrichtungen können sich beziehen:

» auf das Einüben häuslicher Tätigkeiten, die der Selbstversorgung dienen,

» auf die Interessenspflege, Hobbykurse und Freizeitaktivitäten,

» auf das Einüben außerhäuslicher Tätigkeiten wie Spazierengehen oder Radfahren,

» auf beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Angebote sowie

» auf gesprächs- und handlungsorientierte Angebote.

Die jeweiligen tagesstrukturierenden Angebote beziehen sich zumeist auf bestimmte soziale Gruppen. Sie können nach Geschlecht, nach Störungsbild, nach Art und Grad der Beeinträchtigung differenzieren.
Als Mangel der bestehenden Strukturen kann man darauf hinweisen, dass ältere psychisch kranke und seelisch beeinträchtigte Menschen von diesen Strukturen kaum erfasst werden. Hier könnte man allenfalls auf die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und Tagesstätten für Demenzerkrankte hinweisen.
Informationen über Tageseinrichtungen bzw. tagesstrukturierende Angebote für psychisch erkrankte Menschen finden Betroffene und Angehörige in den Psychiatriewegweisern ihrer Kommunen, bei den Sozialpsychiatrischen Diensten oder den Sozialämtern. Auch der Psychiatriewegweiser Thüringen listet verschiedene Angebote aus den Kommunen auf.

10. Arbeits- und Ausbildungsangebote für psychisch erkrankte Menschen

Psychische Erkrankungen sind häufig mit einem Arbeitsplatzverlust und mit einem zumindest zeitweiligen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verbunden. Zudem treffen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung auf vielfältige Barrieren bei der Teilhabe am Arbeitsleben. Dabei ist der Zugang zu bezahlter, sinnstiftender, stabilisierender Arbeit für sie von besonderer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat sich eine differenzierte Infrastruktur entwickelt, die für psychisch erkrankte Menschen verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der Arbeit und Ausbildung vorhält.
Je nach dem, in welcher Verfassung sich Menschen mit psychischen Erkrankungen befinden, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, um Patienten den Wiedereingliederungsprozess zu erleichtern.
Für schwer psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen hat sich in Thüringen ein Werkstattsystem etabliert, das aus 32 Werkstattträgern

und 28 Betriebsstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen besteht. Die Angebote in den Werkstätten werden von über 60-Jährigen allerdings kaum noch wahrgenommen (vgl. 3. Thüringer Psychiatriebericht, S. 96 ff.). Werkstätten für behinderte Menschen sind Einrichtungen zur Eingliederung von Menschen in das Arbeitsleben. Sie zielen mit ihren Maßnahmen auf die berufliche Rehabilitation oder Eingliederungshilfe auch für Menschen mit geistigen Behinderungen (3. Psychiatriebericht, S. 97). Insofern erscheint es plausibel, dass die primären Zielgruppen die jüngeren Alterskohorten der 20-60-Jährigen sind. Eine aktuelle Übersicht über die Werkstätten, über deren Kontaktdaten, Zielgruppen und Angebote, findet man auf den vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Webseiten von REHADAT des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln. Dort werden für Thüringen insgesamt 35 Werkstätten aufgeführt. Die Webseiten von REHADAT (www.rehadat-wfbm.de) enthalten u. a.

» Adressen, Ansprechpersonen und weitere Informationen zu allen anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und Blindenwerkstätten,

» Informationen zu Auftragsarbeiten, Dienstleistungen und Produkten der WfbM, zu Bildungs- und arbeitsmarktnahen Angeboten der WfbM und ihrer Träger,

» ein Werkstattporträt der Werkstätten, das enthält,
  - welche behinderten Menschen aufgenommen werden,
  - wie viele behinderte Menschen dort beschäftigt sind,
  - ob Außenarbeitsplätze und Wohnmöglichkeiten angeboten werden,
  - ob Förder- und Betreuungsbereiche für schwerstbehinderte Menschen existieren,
  - welche begleitenden Hilfen/Fachdienste angeboten werden,
  - welche Tätigkeitsfelder im Berufsbildungsbereich angeboten werden,
  - wie der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gefördert wird.

Neben den Werkstätten gibt es für psychisch erkrankte Menschen Zuverdienstfirmen, Integrationsbetriebe und -projekte sowie verschiedene Ausbildungsangebote. Des Weiteren können Praktika Angebote sein, die eine Annäherung an die reale Arbeit ermöglichen. Möglich ist auch eine stufenweise Wiedereingliederung, bei der vorübergehend die Anzahl der Arbeitsstunden reduziert wird. Ist die Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz oder die früheren Arbeitsaufgaben aufgrund der Erkrankung nicht möglich, können berufliche Rehabilitations-

Die Reintegration von psychisch Erkrankten in das Erwerbsleben ist durchaus ambivalent. Viele Menschen erkranken gerade deshalb, weil sie im Arbeitsleben mit verschiedenen Anforderungen nicht zurechtkommen, was nicht in erster Linie auf die Betroffenen, sondern die Arbeitsverhältnisse verweist. Die Zahl der Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Leiden, das berichtet der Psychoreport 2020 der Krankenkasse DAK-Gesundheit, hat im Jahr 2019 einen neuen Höchststand erreicht. Demnach kamen im vergangenen Jahr auf 100 Versicherte rund 260 Fehltage im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Das entspricht, bezogen auf die Zeitspanne des Jahres 2000 bis 2019, einem Anstieg von 137 Prozent. Frauen sind dabei mit zunehmendem Alter wesentlich häufiger krankgeschrieben worden als Männer – 328 Fehltage je 100 weibliche Versicherte gegenüber 203 Fehltagen bei den Männern. Die meisten Ausfalltage waren mit den Diagnosen Depressionen und Anpassungsstörungen verbunden. Überproportional viele Arbeitsausfälle aufgrund von psychischen Leiden hatte im Jahr 2019 die öffentliche Verwaltung gefolgt vom Gesundheitswesen. Auch in stressassoziierten Bereichen wie dem Verkehr und bei Kurierdiensten gab es überproportional häufige Arbeitsausfälle wegen psychischen Erkrankungen (siehe auch DAK Report).

Die Branchenspezifik von Arbeitsfehltagen legen nahe, dass es eben nicht nur um die Symptomträger und eine Reintegration von psychisch Erkrankten, sondern um ein adäquates Arbeitsumfeld, um Arbeitsbelastungen, die Vermeidung von Mobbingsituationen, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Arbeitszeiten, faire Löhne u. dgl. geht.

maßnahmen zur Anwendung kommen. Sie werden über die so genannten „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ realisiert. Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ umfassen Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen, zum Beispiel:

» Diagnose- und Eignungsfeststellungsverfahren

» berufliche Bildungsmaßnahmen (Aus- und Weiterbildung)

» spezielle Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben

» Zuschüsse an Arbeitgeber

» technische Arbeitshilfen

» Maßnahmen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Sie umfassen konkret Umschulungs- und Umbildungsmaßnahmen, die eine berufliche Neuorientierung ermöglichen, des Weiteren können sie sich auf ein Training sozialer Kompetenzen, ein berufliches Training, die Vermittlung von Kontakten zur Selbsthilfe- und Beratungsangebote beziehen. Sie können auch Sach-, Geld- und Dienstleistungen umfassen, die helfen, die Krankheitsfolgen im Hinblick auf die Arbeitssituation zu vermindern.
Als Problem erscheint, dass das Werkstattsystem sowie die Tagesstrukturierenden Angebote für viele psychisch Erkrankte im Erwerbsleben nicht in Frage kommen, weil sie ein bestimmtes Maß an Behinderung voraussetzen. Psychisch erkrankte Lehrer etwa, für die Burnout oder Depressionen diagnostiziert werden, finden wie viele andere Berufsgruppen auch in ihrem Berufssystem keine beruflichen Alternativen, die individuelle Arbeitsplatzgestaltung zuließen. Als Alternative erscheint für sie nur das „Durchhalten“ bis zum Renteneintritt, Frühverrentung oder -pensionierung oder die Erwerbsunfähigkeit.

11. Selbsthilfe für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörigen

Psychisch erkrankte Menschen, aber nicht nur diese, sondern auch deren Angehörige, fühlen sich häufig nicht nur einsam und alleingelassen, sondern ausgegrenzt und stigmatisiert. Dabei haben psychisch Erkrankte andere Probleme und Lebensaufgaben zu bewältigen als die Familien, in denen psychisch Erkrankte leben. Erstere sind in der Regel auf sich und ihre Krankheit fokussiert, Familienmitgliedern und insbesondere Partnern von psychisch Erkrankten geht es um die Aufrechterhaltung des Familiensystems und des Zusammenlebens.
Eine bewährte Form der Gemeinschaft und gegenseitigen (Selbst-)Hilfe finden Betroffene wie Angehörige in Selbsthilfegruppen, die zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Versorgungssystems für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige geworden sind. Selbsthilfegruppen, die es für nahezu alle psychischen Erkrankungen gibt, geben Rat und Beistand. Sie werden durch die Betroffenen und Angehörigen selbst organisiert.
Die Mitglieder der Gruppe sind selbst „psychiatrieerfahren“ und in diesem Sinne empathisch. Sie wissen, was es heißt, psychisch krank zu sein oder mit psychisch Erkrankten umzugehen. Sie kennen das Psychiatrie- und Hilfesystem, sie kennen hilfegebende Netzwerke, sie haben Ausgrenzungserfahrungen und Verletzungen erlebt. Sie werden, wie der Thüringer Psychiatriebericht nachweist, mehrheitlich von Frauen genutzt. Ältere nehmen sie weniger wahr als Jahrgänge, die noch erwerbstätig sind. Bei über 75-Jährigen ist eine Beteiligung an Selbsthilfegruppen gering (3. Thüringer Psychiatriebericht, S. 143).
Gemeinsam in und mit der Gruppe können schwierige Lebenssituationen und Konflikte bewältigt, Informationen ausgetauscht, gemeinsame Aktivitäten geplant und Beziehungen eingegangen werden. Die Settings von Selbsthilfegruppen sind unterschiedlich. Meist treffen sich zwischen sechs bis acht Betroffene oder Angehörige vierzehntägig, einmal im Monat und verschiedene Gruppen auch wöchentlich für anderthalb bis zwei Stunden, um über das zu reden, was die Teilnehmenden bewegt. Eine Leitung durch Ärzte, Therapeuten und andere professionelle Helfer gibt es dabei in der Regel nicht. Die Gruppen sind selbstorganisiert, wobei Experten eingeladen werden. Verschiedene

Angehörigengruppen sind organisatorisch auch an Kliniken angesiedelt und werden von Ärzten betreut.

Wichtige Ansätze von Selbsthilfegruppen sind:

» das Lernen von anderen,

» der wertschätzende Umgang mit Betroffenen, die vergleichbare Erfahrungen gemacht haben,

» das Generieren von neuen Ideen und Sichtweisen auf die Krankheit und den Umgang mit ihr,

» die Erfahrung, anderen helfen und etwas mitteilen zu können,

» das praktische Wissen einer Vielzahl von Menschen sowie ein multiperspektivischer und ressourcenorientierter Blick auf Problemlagen,

» der Informations- und Erfahrungsaustausch.

In diesem Sinne haben Selbsthilfegruppen eine andere Qualität als therapeutische oder Versorgungssettings, aber zweifelsohne eine vergleichbar wichtige. Sie kooperieren häufig mit den psychiatrischen Kliniken, wo sie z. T. angesiedelt sind, mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, mit den sozialpsychiatrischen Diensten und Beratungsstellen, den Gesundheitsämtern und anderen im System der Versorgung involvierten Organisationen (vgl. 3. Psychiatriebericht, S. 144). Insofern sind Selbsthilfegruppen Teil eines Netzwerkes, an dem Betroffene über diese partizipieren.
Befragt, wo sie die Schwächen in der Versorgung sehen, antworteten Vertreter der Selbsthilfe u. a. dass es verbunden mit langen Wartezeiten in bestimmten Regionen und vor allem im ländlichen Raum zu wenig Angebote an fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung gibt, dass sozialtherapeutische Angebote und Krisendienste fehlen, dass es keine oder zu wenig Angebote für alt gewordene psychisch kranke Menschen gibt sowie für psychisch Erkrankte, die Arbeit und Beschäftigung suchen (3. Psychiatriebericht, S. 146). Diese Einwände dürften wie unten dargelegt nach wie vor aktuell sein.

Wichtige Landesverbände der Selbsthilfe für psychische Erkrankte und deren Angehörigen sind in Thüringen:

» Der Verband der Psychiatrieerfahrenen e. V., Ammertalweg 7, 99086 Erfurt, 0361 2658433, buero@tlpe.de

» Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Thälmannstr. 58, 99085 Erfurt, 0361 23004038, geschst@lvthueringen-apk.de

» EX-IN Landesverband Thüringen e.V., Tungerstr. 9, 99099 Erfurt, 0361 518 763 30 | 31, ex-tra-in@ex-in-thueringen.de; von psychischen Erkrankungen im Lebensverlauf Betroffene helfen und begleiten psychisch Erkrankte

» Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V., Pfeiffersgasse 13, 99084 Erfurt, 0361 60255744, info@alzheimer-thueringen.de

Die Kontaktdaten von und Informationen über Selbsthilfegruppen in der jeweiligen Region erhalten Interessierte über die Bundes- oder Landesverbände der Selbsthilfe, im Psychiatriewegweiser Thüringen, in den Psychiatriewegweisern der Kommunen, über die Landeskontaktstelle für Selbsthilfe Thüringen e. V., in den Gesundheits- und Sozialämtern sowie über die Selbsthilfekontaktstellen der Kommunen.
Die regionalen Selbsthilfekontaktstellen arbeiten themenübergreifend und unabhängig. Sie koordinieren und unterstützen die Selbsthilfearbeit vor Ort.
Jeder Mensch kann sich mit seinem Problem an die Selbsthilfekontaktstelle wenden und versuchen, sich mit Gleichbetroffenen zu treffen. Dabei ist es egal, ob es um ein gesundheitliches Problem geht, um eine psychosoziale Belastung, um Sucht oder um ein gesellschaftliches Anliegen. Auch für Angehörige gibt es Unterstützung in Selbsthilfegruppen (https://www.selbsthilfe-thueringen.de/selbsthilfe-kontaktstellen.html).

Wichtige Bundesverbände der Selbsthilfe

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK), Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Web: www.bapk.de
E-Mail: bapk@psychiatrie.de
Tel. Geschäftsstelle: 0228 71002400
Seelefon (Tel. Beratung): 01805 950951 ,
0228 71002424
E-Mail: seelefon@psychiatrie.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)
Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Web: www.bpe-online.de
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
Tel. Geschäftsstelle: 0234 68705552

Psychopharmaka-Beratung: 0234 6405102

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
Richartzstraße 12, 50677 Köln
Web: www.psychiatrie.de/dachverband
E-Mail: dachverband@psychiatrie.de
Telefon: 0221 27793870

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
Friedrichstraße 236, 10969 Berlin-Kreuzberg
Web: www.deutsche-alzheimer.de
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
Telefon Geschäftsstelle: 030 2593795-0
Alzheimer-Telefon: 01803 171017 oder
030 259379514

Deutsche DepressionsLiga e. V.
Postfach 1151, 71405 Schwaikheim
Web: www.depressionsliga.de
E-Mail: kontakt@depressionsliga.de
Telefon: 07144 7048950

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
Postfach 800 130, 21001 Hamburg
Web: www.dgbs.de
E-Mail: info@dgbs.de
Beratungstelefon: 0700 33344455

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)
Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
Web: www.dgsp-ev.de
E-Mail: dgsp@netcologne.de
Telefon: 0221 511002

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg
Web: www.nakos.de
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Telefon: 030 31018960

Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig
Web: www.deutsche-depressionshilfe.de
E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de
Telefon: 0341 9724493
Info-Telefon Depression: 0800 3344533

Verein Horizonte e. V. zur Förderung affektiv Erkrankter
Ringstraße 29, 85540 Haar
Web: www.verein-horizonte.de
E-Mail: geschaeftsstelle@verein-horizonte.de
Beratung: hotline@verein-horizonte.de
Telefon: 089 45623236

12. Fazit – Integrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen zwischen Anspruch und Wirklichkeit

In der bisherigen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen standen die Behandlungsangebote unvernetzt nebeneinander, es fand kein systemischer Austausch zwischen den Akteuren der psychischen und psychiatrischen Versorgung statt. In existentiellen Alltagsbereichen und ihrem sozialen Umfeld blieben psychisch Erkrankte und ihre Angehörigen sich selbst überlassen.
Die Integrierte Versorgung ist ein Modell zur Behandlung und Betreuung von PatientInnen und ihrer Angehörigen, die mit sektorenübergreifenden und vernetzten Strukturen in ihrem Lebensumfeld versorgt und begleitet werden sollen. Die Grundidee besteht darin, dass Betroffene alle notwendigen Hilfen aus einer Hand erhalten und diese gezielt koordiniert werden. Das persönliche Umfeld des Klienten spielt dabei eine zentrale Rolle. Eine verbesserte Vernetzung aller Beteiligten ermöglicht es dem Betroffenen, eigenverantwortlich auf verschiedene Situationen zu reagieren und selbstständig die gewünschte Unterstützung zu organisieren. Ein wichtiges Leistungsmerkmal dabei ist, dass die Hilfen schnell und gegebenenfalls zu Hause erfolgen, um Klinikaufenthalte zu vermeiden. Im Kern geht es um die Lebensqualität und das Leben in einer Gemeinschaft von psychisch Erkrankten sowie eine adäquate Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die singulären Behandlungen in den zeitlich befristeten therapeutischen Settings sollen auf diese Weise nachhaltiger werden.
Die Integrierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen soll ambulant und von regionalen, multiprofessionellen Teams durchgeführt werden. Anbieter ambulanter Hilfen sollen sich vernetzen, um dadurch eine verbesserte Versorgung zu erreichen. Dadurch sollen ambulante Angebotsstrukturen qualitativ verbessert und stationäre Unterbringungen verringert werden. Solchen multiprofessionellen Teams gehören außer den behandelnden Ärzten und Therapeuten Sozialarbeiter, Soziotherapeuten und gegebenenfalls Pflegekräfte an. Es bestehen Kontakte zu niedrigschwelligen Beratungsstellen, zu Quartiersakteuren und Selbsthilfegruppen, zum Integrationsamt sowie, insofern es sich nicht um Ältere handelt, Jobcoaches. Diese Netzwerkarbeit setzt die Arbeit eines Fall-Managers voraus, der Hilfen und unterstützende Angebote koordiniert. Der spezifische Behandlungsplan für psychisch Erkrankte beinhaltet Maßnahmen zur Stabilisierung und einen individuellen Krisenplan. In diesem sind die Maßnahmen verzeichnet, die dem jeweiligen Menschen helfen, eine seelische Krise besser zu bewältigen oder sogar bereits im Vorfeld abzuwenden. Wichtig ist die Beziehungsarbeit zwischen Fallmanager und dem Patienten und Angehörigen. Bei der Beziehungsarbeit, die auf regelmäßigen Kontakten beruht, wird ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis aufgebaut. Dabei sind bei den Kontakten auch die Angehörigen, die engsten Freunde und alle für den Menschen wichtigen Bezugspersonen angesprochen.
Bestandteile und Merkmale für integrierte Versorgungsmodelle können sein:

» ein fester Ansprechpartner und therapeutische Bezugsperson im gesamten Krankheitsverlauf,

» Laufende Behandlungsplanung in mindestens halbjährlichem Abstand in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und Koordination aller Behandlungsleistungen,

» Einbeziehung des sozialen Umfelds in die Behandlung,

» aufsuchende Behandlung nach Bedarf

» die Erstellung einer Netzwerkkarte und eines psychosozialen bzw. eines ärztlichen Krisenplanes,

» der Kontakt zu Haus- oder Facharzt bleibt erhalten,

» 24-Stunden-Erreichbarkeit und Hausbesuche im Fall einer Krise,

» nach Absprache Aufnahme in Rückzugsräume, was die Bereitstellung eines „Krisenzimmers“ voraussetzt.

Voraussetzung für solche integrierten Versorgungsmodelle ist die Bereitschaft von Krankenkassen, sich an solchen zu beteiligen und sie zu finanzieren. Gleichermaßen ist die Bereitschaft von Akteuren sowie des Klienten wichtig, der in solchen Versorgungssettings eine viel engere Betreuung erhält

als in isolierten und zeitlich befristeten Therapiemaßnahmen.

Ziele der Integrierten Versorgung sind:

» eine Verbesserung der ambulanten Versorgung durch Koordination aller Hilfen,

» Krisenbewältigung im gewohnten Umfeld,

» die Vermeidung oder Verkürzung stationärer und teilstationärer Krankenhausbehandlungen,

» die Verhinderung der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung,

» die Verkürzung von Arbeitsausfallzeiten und gegebenenfalls die Integration in den ersten Arbeitsmarkt oder in anderweitige Beschäftigungen,

» die Stabilisierung von Familien.

Inwiefern solche integrierten Versorgungssettings realistisch und vor allem auch im ländlichen Raum anwendbar und umsetzbar sind, müsste eingehender untersucht werden. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass eine enge Begleitung von psychisch Erkrankten etwa von Jobcoaches sinnvoll und erfolgversprechend ist (Jäckel, Hoffmann, S. 58 ff.). Dennoch muss man annehmen, dass die Mehrzahl der psychisch Erkrankten, zumal der Älteren, keine intergierte Versorgungsangebote erhalten und dass bestimmte Gruppen von psychisch Erkrankten, insbesondere Sucht- und Demenzerkrankte, von Versorgungsangeboten nicht oder nur unzureichend erreicht werden. Die Versorgung von insbesondere schwer psychisch Erkrankten bleibt auf diese Weise isoliert und kaum nachhaltig. Außerdem werden die Angebote für psychisch Erkrankte in den jeweiligen Kommunen ganz unterschiedlich organisiert, koordiniert und vernetzt, so dass man auch von unterschiedlichen Standards der Versorgung ausgehen muss. Eine alters- oder gruppenspezifische Kohortenbetrachtung scheint es generell nicht zu geben, so dass soziale Gruppen, die zur Selbstisolierung neigen oder relativ isoliert leben, vom Hilfesystem nur unzureichend erreicht werden.
Vor dem Hintergrund, dass psychische Erkrankungen und die Anzahl der Demenzerkrankten zunehmen, das ein Hauptgrund für Frühverrentungen psychische Erkrankungen sind, scheint es Handlungsbedarf zu geben. Eine Befragung von Gesundheitsämtern in Thüringen weist mit Bezug auf ältere psychisch Erkrankte und deren Versorgung auf Verschiedenes:

» Es fehlt an kostengünstigen und barrierefreien Beförderungsmöglichkeiten für psychisch Erkrankte, zumal sich deren Einkommenssituation oft schwierig darstellt.

» Notwendig wären integrativ arbeitende Anlaufstellen (für Ältere), die mit aufsuchender Sozialarbeit gekoppelt sind und die mit Fachstellen für psychisch Erkrankte zusammenarbeiten.

» Die Akteure in den Gesundheitsämtern wünschen sich eine bessere Vernetzung der Senioren-, Bürger- und Behindertenbeauftragten sowie eine Psychiatriekoordination auf kommunaler und Landesebene.

» Grundlage der Fachplanung müsste eine differenzierte kommunale Psychiatrieberichterstattung sein (in Bayern ist sie alle drei Jahre verpflichtend – siehe Art. 4 BayPsychKHG) und eine kommunale Gesundheitsförderung, die auf ein Landesmonitoringsystem zurückgreifen kann. In diesem Zusammenhang wäre eine fachliche Begleitung der Psychiatriekoordinatoren durch das Land notwendig. Psychiatriekoordinatoren müssten in diesem Zusammenhang auch einen unkomplizierten Zugriff auf relevante Statistiken zu psychischen Erkrankungen, zur Pflege und zu Suchtprävalenzen haben.

» Diese Psychiatrieberichterstattung impliziert, dass es auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen eine Setzung von Prioritäten und Zielen im Bereich der Prävention gibt. Der 3. Psychiatriebericht hatte diesbezüglich empfohlen, dass der Akzent insbesondere auf kinder- und jugendspezifische und auf die hochaltrige Bevölkerung bezogene Themen zu legen ist (3. Psychiatriebericht, S. 30).

» Sinnvoll wäre die fachliche Einbindung der Sucht- und Psychiatriekoordination in den Prozess der kommunalen Pflege- und Sozialplanung sowie bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Diese Einbindung sollte in ein partizipatorisches Psychiatrienetzwerk, einen gemeindepsychiatrischen Verbund

oder ein Netzwerk „psychische Gesundheit“ überführt werden, in dem Protagonisten der Ärzteschaft und Psychotherapie, der Psychiatriekoordinator, Akteure von Fachstellen und Dienstleistern, Quartiersakteure, Angehörige und psychisch Erkrankte mitwirken.

» Eklatant erscheint die chronische Unterfinanzierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie von freien Trägern, die sich um Versorgungs-, Beratungs- und Begleitsettings für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige bemühen, sowie der Selbsthilfestrukturen. In verschiedenen Bundesländern wie in Bayern (Art. 3 BayPsychKHG) ist die Beteiligung von psychiatrischen Selbsthilfeorganisationen bei der Versorgungsplanung und Weiterentwicklung psychiatrischer Therapiekonzepte verpflichtend.

Insofern scheint es zwar ein funktionierendes und hochspezialisiertes Versorgungssystem für psychisch Erkrankte zu geben, das vor allem im Bereich der SGB V Leistungen, die über Kliniken und niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten generiert werden, funktioniert, obwohl die langen Wartezeiten für eine psychotherapeutische Behandlung auch andere Schlussfolgerungen zulassen. Von diesem relativ geschlossenen Versorgungssystem scheinen aber dem Anschein nach zu wenig integrative Behandlungs-, Betreuungs- und Begleitimpulse in die Lebenswelt von psychisch Erkrankten auszugehen. Verschiedene Gruppen, insbesondere isoliert Lebende, Suchterkrankte sowie dementiell erkrankte Hochaltrige sind im Versorgungssystem unterrepräsentiert.

Dr. Jan Steinhaußen

Literatur

3. Thüringer Psychiatriebericht, www.fogs-gmbh.de/fileadmin/pdf_downloads/psychiatriebericht_th__ringen_abschlussbericht_februar-2012.pdf

Ärzteblatt, 2018; Krankenhäuser rechnen mit mehr psychisch Kranken in Thüringen, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95474/Krankenhaeuser-rechnen-mit-mehr-psychisch-Kranken-in-Thueringen

Baden-Württemberg, Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz - PsychKHG) vom 25. November 2014

Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) vom 24. Juli 2018; www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayPsychKHG

DAK-Report. Fehltage wegen psychischer Erkrankungen auf Höchststand, in: Ärzteblatt, Mittwoch, 16. September 2020, www.aerzteblatt.de/nachrichten/116539/DAK-Report-Fehltage-wegen-psychischer-Erkrankungen-auf-Hoechststand,

Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Psychiatrieverlag 2015

Hausmann, Clemens; Notfallpsychologie und Traumabewältigung, 2003

Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress, W: Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Psychother Psych Med 2004; 54: 45–51; www.aerzteblatt.de/archiv/42732/Hausaerzte-und-psychische-Erkrankung-Wenig-Zeit-und-dominantes-Arztverhalten-koennen-zu-Fehldiagnose-fuehren#:~:text=Viele%20Patienten%2C%20die%20ihren%20Hausarzt,werden%20von%20den%20Haus%C3%A4rzten%20%C3%BCbersehen

Martin, M.; Ich bin jung, flexibel, und belastbar, S. 170-173, in: Handbuch Arbeit

Nikendei, Alexander; Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Praxisbuch für Krisenintervention, Stumpf+Kossendey Verlag 2017

Petra, M.; Ich bin eine Jobnomadin, S. 130-132, in: Handbuch Arbeit

Plößl, Irmgard; Storck, Achim; Vorwort, S. 11-14, in: Handbuch Arbeit

Psychiatriewegweiser Thüringen, www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheit/psychiatriewegweiser_2016_internet.pdf

Psychoreport, www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-psychoreport-2019-dreimal-mehr-fehltage-als-1997-2125486.html#/

Riessen, R.; Gries, A.; Seekamp, A.; Dodt, C.; Kumle, B.; Busch, H.-J.; Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-015-0013-0
Resch, Marianne; Was ist gute Arbeit?, S. 55-57, in: Handbuch Arbeit

Sächsisches Psychisch-Kranken-Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Oktober 2007, www.revosax.sachsen.de/vorschrift/2015-Saechsisches-Psychisch-Kranken-Gesetz#p7

Tagesstrukturierende Angebote für psychisch kranke Menschen. Bedarf, Klientel, Ausrichtung und Nutzen tagesstrukturierender Angebote aus Sicht der BesucherInnen, Zuweisenden und Mitarbeitenden; 2007, https://docplayer.org/15721554-Tagesstrukturierende-angebote-fuer-psychisch-kranke-menschen.html

Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen Vom 5. Februar 2009, www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/th__ringer_gesetz_zur_hilfe_und_unterbringung_psychisch_kranker_menschen_vom_31.12.08.pdf

Was bringt und hält psychisch erkrankte Menschen in Arbeit? Inklusion durch Supported Employment, S. 58-65, in: Handbuch Arbeit

www.ikkev.de/politik/gkv-in-zahlen/notfallversorgung-in-zahlen/

www.krankenhausspiegel-thueringen.de/psychiatrische-versorgung-im-krankenhaus/behandlungsformen/

www.psychisch-erkrankt.de/service/adressen/

www.psychotherapiesuche.de/pid/ersteschritte

www.rehadat-wfbm.de

www.wege-zur-psychotherapie.org/die-behandlung-im-krankenhaus/

www.wege-zur-psychotherapie.org/die-behandlung-im-krankenhaus/#notfalleinweisung

Arbeit für Psychiatrieerfahrene.
Das Handbuch für Arbeit – Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben

Arbeit und das Leben in einer (familiären) Gemeinschaft gehören zu den essentiellen Lebensbereichen von Menschen. In diesen Lebensbereichen erfahren Menschen Sinn, Anerkennung und Wertschätzung. In ihnen erleben Menschen Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeit und Respekt. Arbeit stützt das Selbstwertgefühl, strukturiert den Tag, ermöglicht Kontakte und fördert Aktivität. Sie ist in hohem Maße sinnstiftend (Plößl, Storck, S.11). Bei psychisch erkrankten Menschen sind aber gerade diese beiden Bereiche elementar gefährdet. Sie erleben Konflikte, erfahren soziale Desintegration und haben ein hohes Risiko für Arbeitslosigkeit. Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache dafür, dass Menschen aus dem Arbeitsleben ausscheiden. Insofern ist es ein primäres Anliegen sozialtherapeutischen Handelns, diese Bereiche zu stärken.

Das „Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben“ widmet sich dem Bereich der Arbeit als existentiellem Raum, in dem Menschen Selbstachtung wiedererlangen. Verschiedene Studien belegen, darauf verweisen einige Beiträge des Bandes, dass Arbeit einerseits positive Effekte für psychisch Erkrankte haben kann. Sie verweisen andererseits darauf, dass Arbeitslosigkeit psychische Erkrankungen befördert (Becker, Stengler, S. 49). Die Autoren dieses Sammelbandes versuchen darzustellen, wie es Menschen mit Psychiatrieerfahrung gelingt, eine (bezahlte) sinnstiftende Arbeit zu finden und in Arbeit zu bleiben. Dabei versuchen sie nicht normativ zu argumentieren, sondern mit dem Erfahrungshorizont von Betroffenen, die einen individuellen Weg finden müssen. Deshalb kommen Psychiatrieerfahrene mit ihren Erfahrungen, Wünschen und spezifischen Lösungsansätzen zu Wort. Das Buch soll in diesem Sinne Ermutigung sein und Betroffene wie Begleitende unterstützen, die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse von Psychiatrieerfahrenen zu erkennen und zu berücksichtigen.

Die Herausgeber und die Autoren der Beiträge entwickeln dabei ein facettenreiches Bild des Problemfelds „psychische Erkrankung und Arbeit“. Sie stellen die Bedeutung der Arbeit für psychische Erkrankte dar und was gute Arbeit ausmacht. Gute Arbeit ist für psychisch Erkrankte (und nicht nur für sie) durch weite Entscheidungsspielräume, durch Kooperation und Kommunikation mit anderen Menschen charakterisiert. Sie muss schädigungslos und beeinträchtigungsfrei sein (Resch, S. 57). Psychiatrieerfahrene berichten, wie sie Arbeit und Arbeitssuche empfinden. So erzählt eine manisch-depressive Frau, wie sie Dutzende Entlassungen und ihr Leben als Jobnomadin erlebt(e) und über ihren Krankheitsstatus mit keinem reden kann (Petra M., S. 130 f.). Martin M. berichtet, wie er Trainingsmaßnahmen absolvierte und Arbeitsangebote erhielt, die seinen individuellen Bedürfnissen nicht annähernd adäquat gerecht wurden. „Vermutlich sind sie (das Arbeitsamt) froh um jeden, den sie vermitteln können, egal wohin.“ (Martin M., S. 172). Dabei gibt der Band nicht einseitig die Perspektiven von Erkrankten wieder. Arbeitgeber, die eine soziale Verpflichtung für psychisch Erkrankte übernehmen, stellen dar, welche Herausforderungen mit der Einstellung von Psychiatrieerfahrenen verbunden sind oder sein können. Das Problem seien nicht oder weniger KollegInnen, deren psychische Erkrankung bekannt seien, sondern dass sich psychische Dispositionen und Persönlichkeitsstörungen von MitarbeiterInnen unerkannt auf soziale Dynamiken in Teams auswirken. Dabei seien die Strategien von Vorgesetzten, weil ihnen Informationen und Instrumente fehlen, in der Regel nebulös. Sie agieren ziellos, ohne das eigentliche Problem zu erkennen, sie appellieren an die Arbeitsmoral und drohen mit Konsequenzen. Viele Arbeitgeber unternehmen gar nichts oder empfehlen ihren ArbeitnehmerInnen, sich zusammenzureißen oder einen Arzt aufzusuchen. In mehr als 90 % der Fälle enden gravierende Probleme von MitarbeiterInnen, hinter denen man eine psychische Erkrankung vermuten kann, zumindest im privatwirtschaftliche Bereich hingegen mit Entlassung.

Im Band werden des Weiteren die rechtlichen Grundlagen der beruflichen Integration, die Aufgaben und Möglichkeiten von Jobcentern, die berufliche Beratung von psychischen Erkrankten und deren berufliche Rehabilitation vorgestellt. Die Beiträge stellen eindrücklich dar, dass die Integration von psychisch Erkrankten insbesondere in den ersten Arbeitsmarkt eine große Herausforderung darstellt, weil die leistungsorientierten Arbeitssysteme nur über geringe Absorptionsvalenzen verfügen. Dennoch gibt es positive Erfahrungen. So meint ein Unternehmer im Interview: „Generell sind unsere Erfahrungen also durchweg positiv. Wenn mal etwas nicht gepasst hat, lagen die Konflikte meist auf der zwischenmenschlichen Ebene und hatten nichts mit der Behinderung zu tun.“ „Am Ende des Tages sind Menschen mit oder ohne Behinderung gleich und sollten deshalb auch gleichermaßen wertschätzend und individuell behandelt werden.“ In diesem Sinne ist dieses Handbuch für alle, die mit psychisch erkrankten Menschen umgehen, ein Gewinn. Es appelliert an das inklusive Potential einer Gesellschaft, die lernen muss, mit individuellen Potentialen wertschätzend umzugehen.

Dr. Jan Steinhaußen

Literatur:

Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Psychiatrieverlag 2015

Martin M.; Ich bin jung, flexibel, und belastbar, S. 170-173, in: Handbuch Arbeit

Petra M.; Ich bin eine Jobnomadin, S. 130-132, in: Handbuch Arbeit

Plößl, Irmgard; Storck, Achim; Vorwort, S. 11-14, in: Handbuch Arbeit

Resch, Marianne; Was ist gute Arbeit?, S. 55-57, in: Handbuch Arbeit

AUS DEM PROZESS DER LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ

Unterarbeitsgruppe „Psychische Gesundheit im Alter“

LANDES GESUNDHEITS KONFERENZ THÜRINGEN

Gesundheit gemeinsam denken

Im Rahmen der Strategiearbeitsgruppe „Gesund alt werden“ der Landesgesundheitskonferenz Thüringen hat sich im Sommer 2020 eine Unterarbeitsgruppe etabliert, die sich mit dem Thema „Psychische Gesundheit im Alter“ intensiv befasst. Vorausgegangen waren Diskussionen in der Strategiearbeitsgruppe, die ausgehend von der zur Verfügung stehenden Datenlage zum Thema einen großen Handlungsbedarf feststellte. Die Arbeit der UAG bewegt sich innerhalb der durch die Landesgesundheitskonferenz Thüringen im Jahr 2017 verabschiedeten Gesundheitsziele für den Zielbereich „Gesund alt werden“. Innerhalb der Zielesystematik der LGK sind insbesondere folgende zwei Handlungsfelder für die Arbeit der UAG relevant:

» Förderung der psychischen Gesundheit bei pflegenden Angehörigen und dem Helfersystem

» Förderung der psychischen Gesundheit und sozialer Teilhabe älterer und alter Menschen

In der Arbeitsgruppe sind die Landesärztekammer Thüringen, die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, der Landesseniorenrat Thüringen, der Volkshochschullandesverband Thüringen und die für die Bereiche Pflegepolitik und Psychiatrie zuständigen Referate im Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie vertreten.

In einer ersten Sitzung wurden folgende Themenschwerpunkte der Arbeit herausgestellt:

» Prävention

» Aufklärung zu psychischen Erkrankungen

» Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

» Ressourcenstärkung pflegender Angehöriger

» Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

» Armut

» Einsamkeit

» Vernetzung von Akteuren

Für die Umsetzung und Bearbeitung dieser Themen entwickelten die Mitglieder vier Handlungsebenen:

» Politischer Auftrag: Berücksichtigung der Thematik „Psychische Gesundheit“ in der Gesetzgebung

» Netzwerkarbeit auf kommunaler Ebene (Pflegenetzwerke, Gemeindepsychiatrische Verbünde, Netzwerke „Gesunde Kommune“)

» Niedrigschwellige Fortbildungen für Multiplikatoren mit dem Fokus auf ressourcenstärkende Arbeit mit dem Ziel der Sensibilisierung für das Thema und der Vermittlung von Kenntnissen über bestehende Hilfsangebote

» Öffentlichkeitsarbeit

In den nachfolgenden Sitzungen sollen diese Eckpunkte für die Arbeit weiterentwickelt werden. Dabei erscheint es notwendig, einen Rahmen abzustecken, der für die Mitglieder der Unterarbeitsgruppe leistbar ist. Um bedarfsorientiert vorzugehen, sammeln die Teilnehmenden aktuell Informationen zum Stand der Bearbeitung des Themas in Thüringen zusammen, aber auch zu möglichen Strukturen, Netzwerken und Multiplikatoren in bzw. mit denen das Thema gemeinsam bearbeitet werden kann.

Wenn Sie Fragen zur Arbeit der Arbeitsgruppe haben, mitwirken bzw. weitere Informationen zum Thema zur Verfügung stellen möchten, freuen wir uns über Ihre Rückmeldung! Auf der Homepage der Landesgesundheitskonferenz (www.lgk-thueringen.de) finden Sie auch weitere Informationen zum gesamten Prozess. Im Rahmen des Jahresthemas der Landesgesundheitskonferenz 2020 „Psychische Gesundheit/Resilienz“ entstehen aktuell unterschiedliche Produkte und Materialien zum Thema für alle Altersgruppen. Auch diese finden Sie auf der Homepage.

Kontakt

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V.
- AGETHUR -
Geschäftsstelle Landesgesundheitskonferenz
Carl-August-Allee 9
99423 Weimar
www.lgk-thueringen.de

Uta Maercker
E-Mail: maercker@agethur.de
Tel. 03643 4 98 98 11

Theresa Möckel
E-Mail: moeckel@agethur.de
Tel. 03643 4 98 98 24

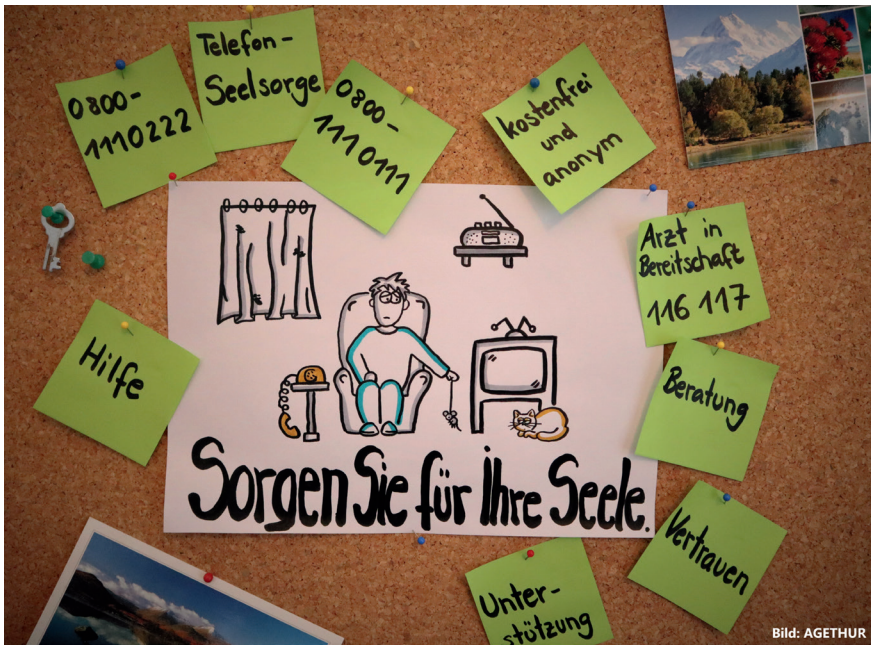


Bild: AGETHUR

Bild: AGETHUR

WEGE IN DIE PSYCHOTHERAPIE – DIE OSTDEUTSCHE PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche
Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Liebe Leserin, lieber Leser,

wenn Sie darüber nachdenken, welche gesundheitlichen Versorgungsangebote ältere Menschen benötigen, fällt Ihnen Psychotherapie vermutlich nicht als erstes ein. Medizinische und pflegerische Versorgung sind für einen Großteil älterer Menschen vorrangig notwendig. Dennoch gibt es nicht wenige Ältere, bei denen Schlafstörungen, Ängste, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken oder andere seelische Probleme zu schweren Belastungen werden.

Für die Linderung solcher psychischen Probleme wurden in den letzten Jahrzehnten psychotherapeutische Methoden entwickelt, die auch im höheren Lebensalter wirksam sind. In Wissenschaft und Gesellschaft wird Psychotherapie heute wesentlich stärker als notwendiger Teil der Gesundheitsversorgung angesehen. In den letzten 30 Jahren nahm auch in Thüringen die Zahl der Psychotherapeuten stark zu. Sehr viel mehr Menschen nehmen heute Psychotherapie in Anspruch. Darunter sind aber noch immer vergleichsweise wenige Patienten, die älter sind als 65 Jahre.

Dafür gibt es sicherlich mehrere Gründe. Viele ältere Menschen vertrauen eher auf Medikamente wie Schlaf- oder Beruhigungsmittel, manche zweifeln an der Wirksamkeit von Psychotherapie. Auch Psychotherapeuten zweifeln manchmal, ob Patienten im höheren Lebensalter noch genügend lernfähig oder umstellfähig sind, um Nutzen aus einer psychotherapeutischen Behandlung zu ziehen. Demgegenüber zeigen wissenschaftliche Studien und praktische Erfahrungen aus der Alters-Psychotherapie, dass bei einer auf die Patientin zugeschnitten Vorgehensweise gute Erfolge erzielt werden können.

Mit unserem Beitrag möchten wir als Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer auf solche Behandlungsangebote hinweisen und anregen, die psychotherapeutische Versorgung bei älteren Menschen stärker in den Blick zu nehmen.

Dr. Gregor Peikert,
Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Der Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Dr. Gregor Peikert ist 56 Jahre alt, lebt und arbeitet in Jena. Er studierte an der HU Berlin Klinische Psychologie. Seit 1996 ist er als Psychotherapeut am Universitätsklinikum Jena tätig, später dort als leitender Psychotherapeut zuständig für eine spezialisierte Verhaltenstherapiestation für Angst- und Zwangsstörungen. Ein Fokus seiner Arbeit liegt außerdem seit jeher in der Forschung und Lehre. Seit 2016 ist der gebürtige Dresdner darüber hinaus mit einem halben Kassensitz in Jena niedergelassen. Dr. Peikert vertrat seit der Gründung der Fünf-Länder-Kammer im Jahre 2007 den Freistaat Thüringen im OPK-Vorstand. Seit März 2019 ist er der Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

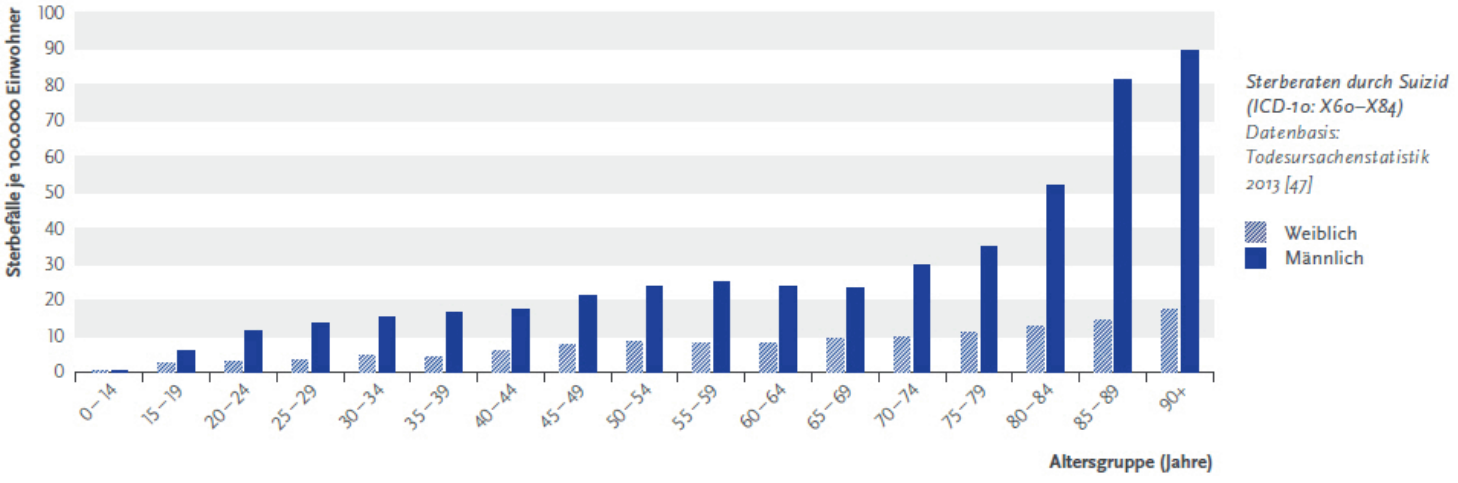
Haben Sie keine Scheu, im Alter für Ihre psychische Gesundheit zu sorgen!

Fast jeden Tag gibt es Meldungen, dass die Zahl der Krankschreibungen wegen psychischen Erkrankungen wieder zugenommen haben. So meldet der AOK-Bundesverband im Zuge des Starts der Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Offensive Psychische Gesundheit“ am 5. Oktober 2020: „Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 60 Prozent gestiegen.“

Psychische Erkrankungen machen aber nicht an der Altersgrenze 65 Jahre halt. Vielmehr ist auch im 3. und 4. Lebensalter ein Anstieg der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren zu verzeichnen. Das hat vor allem mit einer verbesserten Aufklärung der Bevölkerung und einer besseren Diagnostik zu tun. Neben demenziellen Erkrankungen kommen Depressionen bei über 75-Jährigen am häufigsten vor. So liegt die Prävalenz für schwere depressive Episoden (Major Depression) bei 7,2 Prozent und für depressive Symptomatik bei 17,1 % (Riedel-Heller et al., 2012). Die aktuelle Bevölkerungsvorausberechnung der Bundesregierung von 2015 geht davon aus, dass „die Anzahl der Menschen im Alter ab 65 Jahre […] besonders schnell in den kommenden zweieinhalb Jahrzehnten bis zum Jahr 2037 wachsen wird. Bei einer kontinuierlichen demografischen Entwicklung und einem schwächeren Wanderungssaldo wird sie 2037 gut 23 Millionen betragen und damit um etwa 40 % höher sein als im Jahr 2013 (17 Millionen)“ (Statistisches Bundesamt, 2015).

Psychische Erkrankungen oftmals bei älteren Menschen nicht erkannt

Nur ein ganz geringer Anteil dieser Erkrankungen werden professionell im ambulanten und stationären Setting behandelt. Ursachen dafür gibt es viele. Viele Menschen sind über die möglichen Behandlungswege nicht informiert, Menschen schämen sich, über ihre seelischen Leiden zu sprechen oder durch die hohe Zahl an körperlichen Leiden wird die seelische Belastung durch das professionelle Helfersystem nicht gesehen. Auch die Suizidraten je 100 000 Einwohner sprechen eine traurige Sprache. Die höchste Suizidrate gibt es bei den Männern ab 90+. Bei Männern ab dem 80. Lebensjahr steigt die Wahrscheinlichkeit eines Suizides am meisten.



Quelle: http://www.gbe-bund.de

Psychotherapeuten sind in Kammern organisiert – OPK ist für die Psychotherapeuten der fünf ostdeutschen Bundesländer zuständig

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) ist die berufsständische Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und seit September 2020 der Psychotherapeuten sowie der Fachpsychotherapeuten. Gemein ist allen, dass sie eine Approbation haben und mit Ausnahme der Psychotherapeuten nach Beendigung ihrer Fachpsychotherapeutenausbildung Heilbehandlung im gesetzlichen Krankenversicherungssystem durchführen dürfen. In Thüringen gibt es 595 Psychologische Psychotherapeuten, 210 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 44, die beide Qualifikationen haben (Stand: Oktober 2020). Davon arbeiten 432 in der ambulanten Versorgung und 268 in Anstellungen (Stand: Oktober 2020), d. h. in Krankenhäusern, MVZs o. ä.

Depressionen stellen die häufigsten psychischen Erkrankungen am Alter dar – Wie erkenne ich Symptome dafür?

Depression und Minor Depression (= gekennzeichnet durch depressive Phasen, die nur 3-4 Tage anhalten, dafür häufiger innerhalb weniger Monate) stellen mit 27 Prozent den größten Bereich bei den psychischen Erkrankungen im Alter dar. Demenz folgt mit 17 Prozent erst auf Platz 3 (Maercker et al, 2015). Diese Zahlen sind alarmierend und auch die hohen Suizidraten unter Männern ab 80 Jahre sind ein Hinweis auf eine hohe Zahl unentdeckter Minor Depressionen. Die Zahlen zeigen, dass es ein großes Unwissen über psychische Erkrankungen im Helfersystem gibt, aber auch bei den Betroffenen selber. Viele Symptome werden auf das Alter geschoben und den Hausärzten häufig nicht mitgeteilt. Auch ist häufig nicht klar, wer für die Behandlung von Depressionen im Versorgungsystem zuständig ist und wie man dort hingelangt. Hier muss eine stärkere Aufklärung und Fortbildung für alle handelnden Personen erfolgen. **In der nachstehenden Tabelle sind die Symptome einer Depression aufgezählt.** Merken Sie an sich selbst diese Symptome oder haben Sie eine Person in Pflege oder in der Beratungsstelle, dann sollte der Betroffene umgehend einem Psychologischen Psychotherapeuten vorgestellt werden!

Häufigkeit und Dauer der Symptome	Mind. 2 Wochen vorhanden (bei Minor Depression kürzer als 2 Wochen, dafür 1-2 Episoden pro Monat über ein Jahr)
Kernsymptome	Depressive Verstimmungen Verlust an Interesse oder Freude
Zusätzliche Symptome	Gewichtsveränderungen Schlafstörungen Psychomotorische Veränderungen (z. B. Veränderung in den Bewegungsabläufen) Müdigkeit/Energieverlust Wertlosigkeitsgefühl Verminderte Denkfähigkeit Suizidalität

Quelle: A. Maercker, Psychologie des höheren Lebensalters, 2015.

Das deutsche Gesundheitssystem hat als einziges in der Welt ein gesetzlich festgeschriebenes und beitragsfinanziertes psychotherapeutisches Versorgungssystem. Jeder gesetzlich Versicherte hat bei einer diagnostisch festgestellten Depression, aber auch bei allen anderen psychischen Erkrankungen einen Anspruch auf eine ambulante Psychotherapie – unabhängig vom Alter. Die Realität sieht leider anders aus. Vielen Menschen ist der gesetzliche Anspruch nicht bekannt, auch der Weg dorthin nicht.

Wie kommen Sie in eine Psychotherapie?

Möchte der Betroffene eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, kann dieser sich direkt mit einem in eigener Praxis tätigen niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten in Verbindung setzten. **Alle niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten, welche über die Krankenkassen abrechnen dürfen, sind mit ihren Kontaktdaten und Sprechzeiten auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zu finden: https://www.kv-thueringen.de/arztsuche/.**

Ein weiterer Zugangsweg ist die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen. Sie ist unter der bundesweiten Telefonnummer 116 117 zu erreichen. Beiden Zugangswegen ist gleich, dass Sie innerhalb von 4 Wochen einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde bei einem niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten erhalten müssen. Eine Überweisung vom Hausarzt ist nicht erforderlich. In dieser Sprechstunde wird abklärt, ob ein Behandlungsbedarf vorliegt. Ohne eine psychotherapeutische Sprechstunde kann keine Psychotherapie beantragt werden. Sie dauert 25 Minuten und kann höchstens 6-mal durchgeführt werden, d. h. insgesamt 150 Minuten. In der Regel werden diese Sprechstunden als Doppelstunden à 50 Minuten abgehalten. Aus den Sprechstunden können sich drei Optionen ergeben:

1. Weitervermittlung in ein beratendes Angebot
2. Akutbehandlung (Erläuterung siehe Abb. 2)
3. Probatorik (Erläuterung siehe Abb. 2)

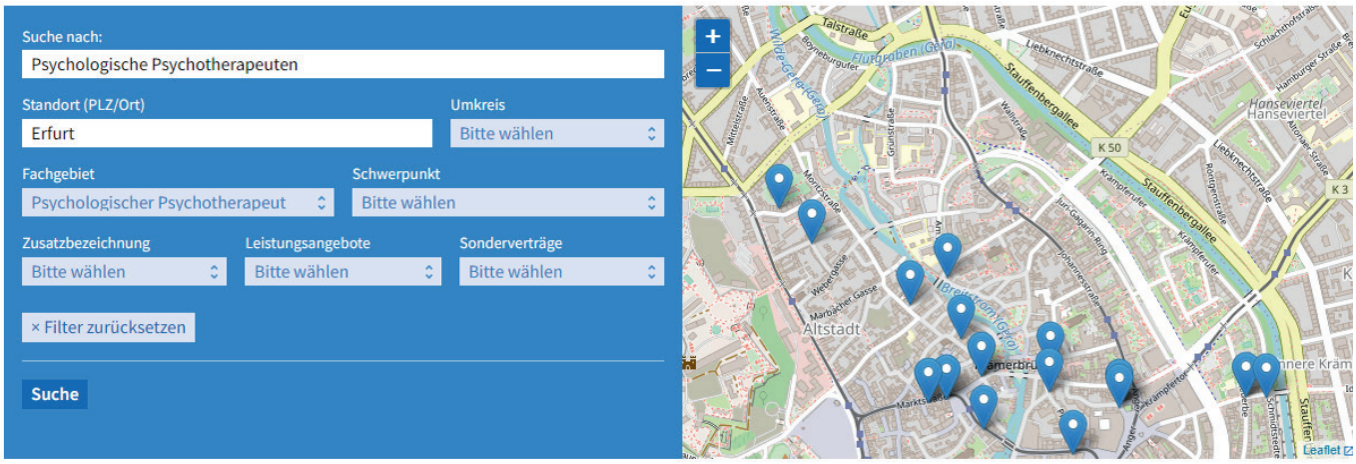


Abbildung 1: Arztsuche der KV Thüringen, 2020.

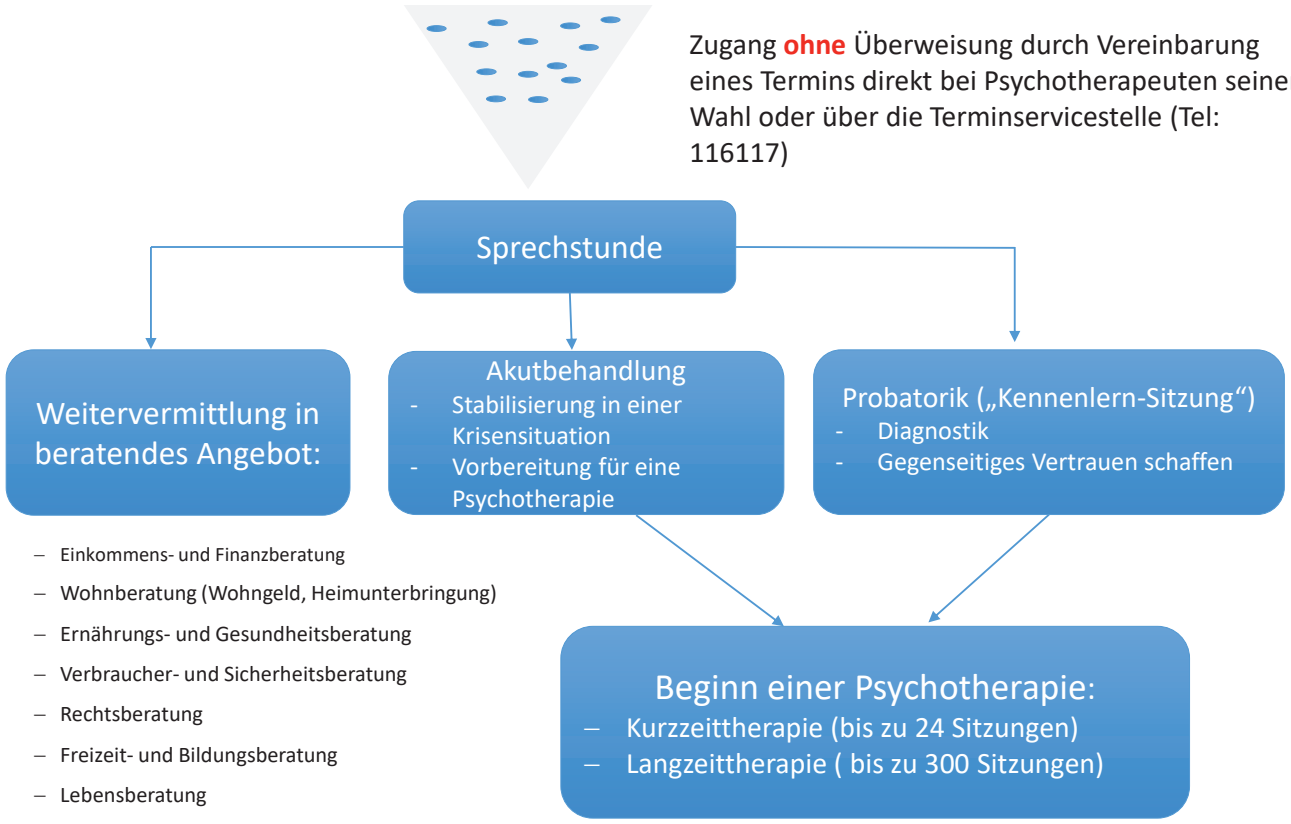


Abbildung 2: Wege zur Psychotherapie, OPK, 2020.

Was passiert in der psychotherapeutischen Sprechstunde?

Stellt der behandelnde Therapeut durch die Gespräche in der Sprechstunde fest, dass ein Behandlungsbedarf nach diagnostischen Kriterien nicht gegeben ist, aber ein beratendes Angebot unterstützend sein kann, wird auf Beratungsangebote hingewiesen. Wird von Seiten des Psychotherapeuten ein dringender Behandlungsbedarf festgestellt, schließt sich innerhalb von 2 Wochen eine Akutbehandlung an. Ziel ist es, eine Stabilisierung der Krisensituation herbeizuführen und den Patienten auf eine Psychotherapie vorzubereiten. Der dritte Behandlungspfad ist mit der Probatorik der Einstieg in eine Psychotherapie. Die Probatorik dient als „Kennenlern-Sitzung“ der Diagnostik und um gegenseitiges Vertrauen zu schaffen. Danach schließt sich die Psychotherapie an. Hier wird in Kurzzeittherapie mit bis zu 24 Sitzungen und Langzeittherapien mit bis 300 Sitzungen unterschieden. Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen.

Was passiert in einer Psychotherapie?

Psychotherapeuten helfen dabei, Gedanken zu sortieren und erst einmal wieder Platz zum Atmen zu schaffen. Am Anfang jeder Psychotherapie steht dabei die Diagnostik, d. h. in der Regel wird über Fragebögen das Vorhandensein oder die Schwere einer Erkrankung festgestellt. Ziel ist es, die Behandlung auf die Erkrankung des Patienten individuell anzupassen. Dabei wird über Therapieziele gesprochen. Patienten und Psychotherapeuten klären gemeinsam, was während der Psychotherapie verändert werden soll, wie realistisch diese Ziele sind und welcher Aufwand dafür notwendig ist. Die Aufgabe von Patienten ist es, Verantwortung für die eigene Genesung zu übernehmen. Diese ist ein fortwährender Prozess, der sich über einen langen Zeitraum hinziehen kann. Psychotherapeutische Behandlung besteht überwiegend aus Gesprächen und Übungen.

Kontakt

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Telefon: 0341-4624320
E-Mail: info@opk-info.de
Internet: www.opk-info.de

Literatur

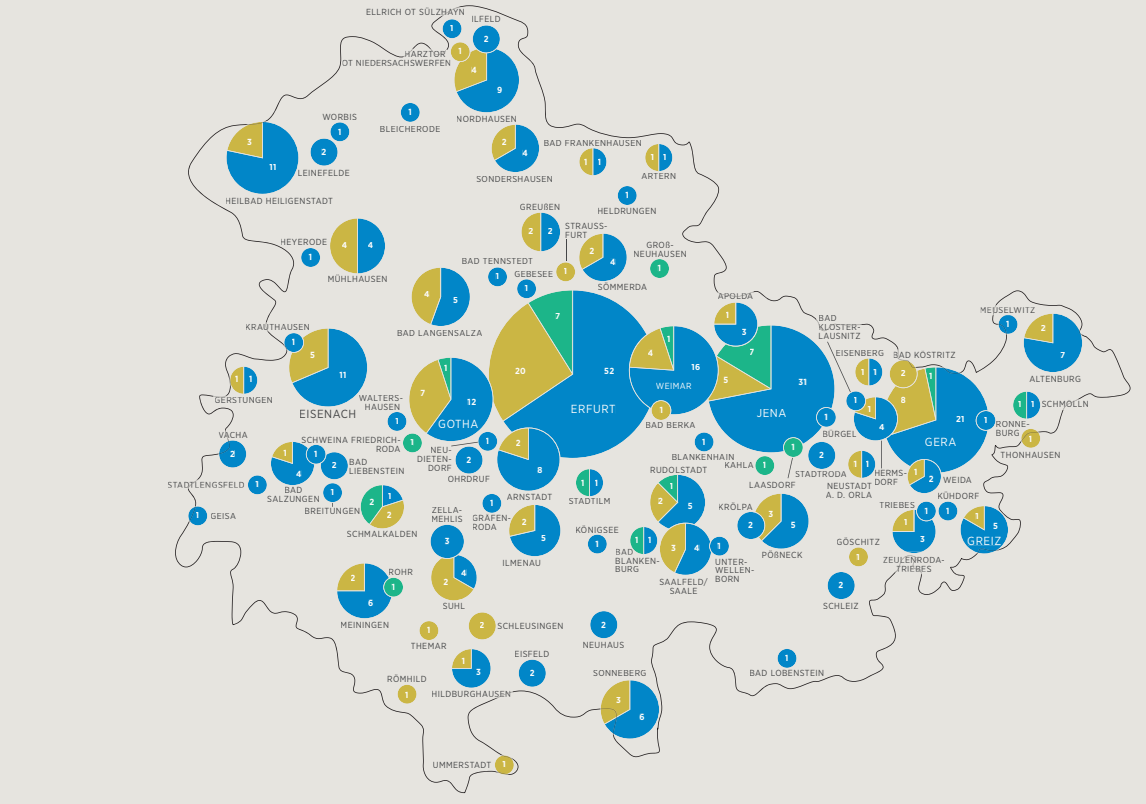
Riedel-Heller, S.G., Weyerer, S., König, H.-H., Luppa, M. (2012): Depressionen im Alter – Herausforderungen für eine Gesellschaft der Langlebigen in: Nervenarzt.

Maercker, A. (2015): Psychologie des höheren Lebensalters, S.3-42 in: Maercker, A.; Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychotherapie.

Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

Psychotherapeutische Versorgungslage in Ostdeutschland

Thüringen | Niedergelassene Psychotherapeuten



PSYCHOTHERAPIE IM ALTER AUCH ALS LEBENSRÜCKBLICKTHERAPIE:

„Man möchte nicht sterben und ungelöste Konflikte und ein negatives Bild zurücklassen.“

Interview mit Prof. Dr. Stephan Mühlig

Frage: Herr Professor Mühlig, der Anteil der älteren Bevölkerung steigt. In den Hausarzt- und Facharztpraxen sowie in den Kliniken ist diese Tendenz spürbar. Nicht wohl aber in der Psychotherapie. Warum kommen alte Menschen nicht in der psychotherapeutischen Versorgung an?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Ich möchte vorwegschicken, dass bei der Betrachtung in dieser Bevölkerungsschicht der älteren Menschen das Vorherrschen psychischer Störungen nicht etwa steigt, wie ich früher auch geglaubt habe, sondern deutlich sinkt. Viel mehr treten die meisten psychischen Erkrankungen im Vergleich mit den über 65-Jährigen doppelt so häufig in der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren auf. Das hat uns überrascht, lässt sich aber auch erklären. Dennoch sind ältere Menschen unterproportional in der psychotherapeutischen Versorgung vertreten. Ungefähr fünf Prozent der therapeutischen Patienten sind über 65 Jahre alt. Sie machen aber einen Anteil von 25 Prozent in der Bevölkerung aus. Die Frage ist, warum kommen von 25 Prozent der Bevölkerung nur ein Fünftel in die Psychotherapie? Der eine Grund ist tatsächlich, dass ältere Menschen weniger betroffen sind. Das erklärt trotzdem nicht die große Differenz. Wir haben Gründe auf Patienten- wie auf Psychotherapeutenseite gefunden. Bei den Psychotherapeuten zeichnet sich in Umfragen ab, dass ältere Menschen als Patienten eine ganz andere Herausforderung darstellen als jüngere Menschen. Senioren kommen mit anderen Lebensthemen und ihrer großen Lebenserfahrung in die Praxen. Als Therapeut sollte man einiges Wissen über das Zusammenspiel somatischer Erkrankungen, der Einnahme von Medikamenten und der Psyche mitbringen. Senioren haben andere Fähigkeiten und Bedürfnisse, ihre kognitiven Voraussetzungen sind andere. Zusammengefasst ist die Herangehensweise an eine Psychotherapie mit älteren Menschen ganz anders. Außerdem spielen auch ethische Sichtweisen auf ältere Menschen bei der Entscheidung von Psychotherapeuten für oder gegen diese Patientengruppe eine Rolle. Die Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen ist heute viel heterogener, viel flexibler. Viele unserer Altersvorstellungen sollten sich dem anpassen, positivere Eigenschaften mit dem Altern verbinden und positiver handlungsleitend sein.

Auf der Patientenseite gibt es auch eine ganze Reihe von Erklärungen. Zum einen ist das ein historischer Generationseffekt. Bei den heute Alten haben wir es mit der Kriegs- und Nachkriegsgeneration zu tun. Da sind noch heute Einstellungen wie: „man hat nicht psychisch krank zu sein“, „das ist eine Schwäche“ oder „es gibt Schlimmeres im Leben“ sehr präsent. Das heißt, der Maßstab für Hilfebedürftigkeit ist bei diesen Menschen anders justiert als bei späteren Generationen. Die haben so viel durchgemacht, dass sie Probleme anders bewerten und auch nicht so schnell eine Notwendigkeit für Hilfe sehen. Dann gibt es auch Vorurteile gegenüber der Psychotherapie, viel Unkenntnis. Man weiß nicht, was da auf einen zukommt, Angst, vorschnell für krank erklärt zu werden oder Psychiatrisierung oder dem „Analysiertwerden“ auf der Couch. Ein großes Problem ist auch, dass ältere Menschen oft nicht erkennen, dass sie ein psychisches Problem haben, weil sie die typischen Symptome einer Depression einer anderen Ursache zuschreiben, wie zum Beispiel der Folge somatischer Erkrankungen. Die über 65-Jährigen haben im Schnitt 7,5 somatische Erkrankungen und halten bspw. eine Antriebsminderung für eine Folge dieser körperlichen Erkrankungen. Oder sie denken: „das ist eben normal, wenn man alt wird und krank ist.“ Viele Patienten sehen die psychische Problematik dahinter gar nicht. Diesen Effekt nennt man diagnostische Kompression. Ältere Menschen neigen

dazu, verschiedene komplexe Erscheinungen auf eine Ursache zurückzuführen, Komplexität zu reduzieren. Eine psychische Störung wird in der Selbstwahrnehmung nicht ausreichend bemerkt. Aber auch für den Experten ist es nicht einfach, die Symptome klar zuzuordnen, dazu bedarf es einiger Erfahrung.

Schwirren in unseren Köpfen — in der Familie, bei Angehörigen, Freunden, Institutionen, die mit Senioren zu tun haben — vielleicht zu viele negative Altersstereotype wie sozialer Rückzug älterer Menschen, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, die den Krankheitswert psychischer Probleme gar nicht mehr erkennen lassen?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Absolut. Es ist von außen aber auch schwer zu erkennen. Wir wissen oft nicht, in wie weit ein Rückzug oder die Verlangsamung des Lebenstempos etwas Normales und Angemessenes ist oder Symptome einer Depression sind. Ich nenne mal ein Beispiel, wie schwierig das sein kann. Es gibt eine sehr verbreitete Lungenkrankheit, die COPD, die vor allem durch Rauchen verursacht wird. Es gibt Studien, die die Zusammenhänge zwischen der COPD und der Depression aufzeigen. Wir haben sehr lange geglaubt, dass diese Patienten häufig von Depression betroffen sind, weil diese Erkrankung sehr einschränkend ist. Wir dachten in diesem Zusammenhang auch an neurobiologische Mechanismen, die eine Depression verursachen könnten. Bei genauer Analyse haben wir anhand der Fragebögen zur Diagnostik von Depression festgestellt, dass es starke syndromale Überschneidungen von COPD und der Depression gibt. Das heißt, bestimmte Einschränkungen im Antrieb, in der Bewegung, in der Mobilität sind gut durch die somatische Erkrankung zu erklären und müssen nicht unbedingt ein Depressionssymptom darstellen. Wir haben also einige Erscheinungen, die ganz verschieden zugeordnet werden können. Es gibt keine objektive Methode, das zu trennen. Es bleibt eine Restunsicherheit, ob eine verminderte Antriebslosigkeit einer somatischen Erkrankung oder der Depression zuzuordnen ist, die sich nur auf eine Gesamtbeurteilung reduzieren lässt.

Bei welchen Symptomen, welchen Verhaltensweisen älterer Menschen sollten Familie, Freunde, Ärzte, das soziale Umfeld aufmerksam werden?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Ich möchte an dieser Stelle noch etwas zu den Hintergründen sagen. Wir unterscheiden zwischen der early- and late-onset Depression. Das meint den Unterschied zwischen der früh einsetzenden und der spät einsetzenden Depression. Die early-onset Depression bestand bereits im früheren Lebensalter, bevor die Leute alt geworden sind und zieht sich durch die ganze Biografie. Die late-onset Depression tritt erstmalig im Alter auf und hat wahrscheinlich andere Entstehungsursachen und andere Folgen als die normale Depression. Hier haben wir Zusammenhänge mit körperlichen Prozessen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Ein sehr hoher Anteil der Schlaganfallpatienten – 30 bis 40 Prozent – entwickeln eine Depression. Ähnliches finden wir nach Herzinfarkten, nach operativen Eingriffen. Diese late-onset Depression tritt anders in Erscheinung. Die Kernsymptome sind die gleichen wie bei der „normalen“ Depression. Hier sind aber die depressiven Episoden deutlich kürzer, die eine oder wenige Wochen statt Monate anhalten können. Daraus resultiert aber, dass diese Depression oftmals nicht diagnostiziert wird, weil die Vollkriterien der Depression nicht erfüllt werden. Die Depression wird dann möglicherweise nicht erkannt, obwohl diese Erscheinungsform die alterstypische Art der Depression darstellt. Nach einem Schlaganfall ist es bezeichnend, dass Patienten neben den körperlichen Problemen auch mit der Kontrolle ihrer Gefühle zu kämpfen haben, ganz plötzlich eine Wesensveränderung durchmachen. Ich hatte mal einen Patienten, der war Schwergewichtsboxer gewesen mit vielen Titeln. Der Mann war ein Koloss mit tiefer Stimme. Der hat sich schlagartig in seinem Wesen verändert und musste – auch in den Therapiesitzungen – ständig weinen. Das war sehr berührend, stand aber in auffälligem Kontrast zu seinem äußeren Erscheinungsbild. Der Patient berichtete, er habe sowas sein ganzes Leben nicht gehabt und erkenne sich selbst nicht wieder, genau wie seine Angehörigen. Das war eine typische Post-Stroke-Depression, eine Depression nach einem Schlaganfall: plötzlich heftig auftretende Symptome mit verminderter Gefühlskontrolle.

Bei der Altersdepression gilt es zudem zu überprüfen, ob die auftretenden Symptomen mit äußeren Geschehnisse, zum Beispiel viele Verlustereignisse, das Sterben des Partners, von Freunden und der Familie, in Zusammenhang stehen und dadurch

zu erklären sind. Häufigere Trauerphasen sind ja durchaus angemessen, sollen nicht pathologisiert werden.

Mit welchen Lebensfragen, mit welchen Themen kommen ältere Menschen in die Psychotherapie?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Wir arbeiten trotzdem symptomorientiert. Was jedoch die Therapieziele anbelangt, die nicht wie bei jüngeren Menschen primär zukunftsorientiert sind, handelt es sich hier häufig um eine Lebensrückblick-Therapie. Man schaut gemeinsam auf die Biografie, wir beschäftigen uns mit den Schicksalsschlägen, mit den Konflikten, die es gab. Es geht um Versöhnung, darum, sich zu arrangieren, sich nicht in Verbitterung zu vergraben, sondern eine hohe Lebensqualität zu erhalten und Zufriedenheit herzustellen. Zu dieser Zufriedenheit gehört im Alter, dass man sich mit dem eigenen Leben in einer Weise auseinandersetzt, dass man durch Konflikte und Schmerz auch viel gelernt hat, sich Herausforderungen gestellt hat. Aber auch Rückschläge zu verarbeiten. Personen, mit denen man noch Konflikte hat, diese zu lösen. Man möchte nicht sterben und ungelöste Konflikte und ein negatives Bild zurücklassen. Nicht zufällig werden derartige Ansätze als „Weisheitstherapie“ bezeichnet.

Sollte es, so wie es die Gebiete Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt, nicht vielleicht auch das spezielle Gebiet der Alterspsychotherapie geben? Künftige Patientengenerationen werden von Psychotherapie im Alter sicher stärker Gebrauch machen, weil die Widerstände gegenüber der Psychotherapie fallen.

Professor Dr. Stephan Mühlig: Ja, genau so sehe ich das auch, die Inanspruchnahme der Psychotherapie durch ältere Menschen wird künftig deutlich wachsen, und es werden zunehmend altersspezifische Problemlagen zu behandeln sein. Insofern würde ich es aus wissenschaftlicher wie aus klinischer Sicht sehr begrüßen, wenn hier eine eigenständige Fachkundevertiefung für den Altersbereich der Senioren realisiert werden könnte. Die Begründung dafür ist prinzipiell ähnlich wie für die Spezialisierung auf den Kinder- und Jugendbereich, nämlich die Altersspezifität der Störungen, der Problemlagen und der Therapieansätze.

Es gibt Senioren, die zuhause und Senioren, die in Senioren- und Pflegeheimen leben. Die Schwierigkeiten, wöchentlich in eine Psychotherapiepraxis zu kommen, scheinen dabei für viele Betroffene fast unüberwindlich. Braucht Psychotherapie für diese Patientengruppe nicht eine aufsuchende Versorgungsform?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Gerade zu Corona-Zeiten war diese Patientengruppe besonders betroffen. Glücklicherweise waren die alten Menschen in dieser Zeit besonders vorsichtig. Aber der Preis war, dass sie noch mehr in Isolation geraten sind. Die aufsuchende Psychotherapie wäre die Lösung. Von unserer Seite gab es dazu bereits einmal einen Antrag im Innovationsfonds des G-BA, den wir gemeinsam mit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer stellen wollten. Wir sind aber leider mangels Unterstützung durch die GKV nicht gefördert worden. Insofern stehen wir da vor einer Versorgungslücke. Es gibt keine aufsuchende Psychotherapie. Es gibt Kriseninterventionsgruppen. Uns wurde damals gesagt: „Das müsse reichen.“ Das sehen wir ganz anders, weil die bisherigen aufsuchenden Angebote keine richtige Psychotherapie darstellen, sondern relativ kurze Kontakte mit Betreuungscharakter, aber ohne Therapieanspruch. Das ist nicht vergleichbar.

Was brauchte es, um dieses Thema noch einmal anzugehen?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Man müsste den G-BA überzeugen, dass er in die Psychotherapie-Richtlinie eine entsprechende Möglichkeit einbaut. Das würde bedeuten, dass der G-BA in seinen Fachgruppen eine Beurteilung dessen erwirken müsste, dass das eine notwendige Versorgungsform ist und die Honorierung bei der Gesetzlichen Krankenversicherung dafür festlegen. Das wäre der formale Weg. Inhaltlich müsste man die Notwendigkeit dieser Versorgungsform anhand von Studiendaten begründen. Gerade jetzt mit Corona wären Freigaben und Lockerungen – ähnlich wie mit der Internettherapie – eine guter Anlass, das Thema neu zu beleben. Ältere Menschen müssen auch jetzt versorgt werden. Wie einsam Menschen in Senioren- und Pflegeheimen gestorben sind, löste einen Aufschrei aus. Doch das Problem ist aus Psychotherapieseite bis heute nicht gelöst. Man sollte diese politische Situation nutzen, um auf diese nach wie vor bestehende Problematik aufmerksam zu machen.

Wie wertvoll ist eine Psychotherapie im Alter?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Das ist eine ethische Frage, dass jeder das (Menschen-)Recht darauf hat, in jedem Alter psychisch gesund zu bleiben und gesellschaftlich teilzuhaben. Wenn Sie sagen, dass ist das Ziel, Lebensqualität erhalten, mit Problemen umgehen und soziale Partizipation zu ermöglichen, dann ist Psychotherapie im Alter sehr wertvoll. Die Zieldefinition ist für Senioren oftmals eine andere, weil auf altersspezifische Problemlagen bezogen. Psychotherapie hilft bei Lebensproblemen. Dass man nach einem Schlaganfall zum Beispiel nicht mehr so selbständig ist, ist eine große Herausforderung und Belastung. Gespräche mit einem Psychotherapeuten können dabei helfen, Dinge, die im Leben wichtig sind, wieder in den Alltag zu integrieren.

Wie kommen ältere Menschen zum Psychotherapeuten?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Ältere Patienten werden häufig direkt von den Hausärzten oder ihren behandelnden Fachärzten geschickt. Die wenigsten kommen auf eigene Faust oder haben sich vorher im Internet schlau gemacht.

Wie die Senioren physisch zu uns in die Psychotherapeutische Hochschulambulanz Chemnitz (PHATUc) kommen, ist häufig ein sehr großer Aufwand, zum Beispiel mit Bus und Bahn. Manche kommen mit dem Taxi. Oftmals haben sie Angst zu stürzen, gerade im Winter. Da sind wir dann wieder beim Thema der Alternative zur aufsuchenden Psychotherapie zuhause. Dies würde diese Barriere erheblich abbauen. Die Möglichkeiten einer Online-Therapie kommt leider für diese Personengruppe weniger infrage, weil es oft an der technischen Ausstattung oder an der Medienkompetenz mangelt. Wir haben jedenfalls die Erfahrung gemacht, dass die technische Verbindung oft nicht geklappt hat oder die älteren Patienten sich mit der Bildschirmkommunikation nicht anfreunden konnten.

Was passiert in einer Psychotherapie? Was erwartet die Senioren?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Das kann ich Ihnen sehr gut sagen, weil ich selbst die Eingangsgespräche mit den älteren Patienten bei uns führe. Am Anfang geht es um Fragen wie: Kennen Sie jemanden, der eine Psychotherapie gemacht hat? Was denken Sie, worum es dabei geht, was dabei passiert? Ich erkläre, wie eine Psychotherapie abläuft, welcher Aufwand damit verbunden ist. Ich spreche auch sehr ausführlich über die persönlichen Therapieziele, was ist das Anliegen der Patienten. Wichtig ist auch, was realistisch zu erreichen ist und mit welchem Aufwand.

Was wünschen Sie sich für die zukünftige psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen?

Professor Dr. Stephan Mühlig: Ich denke, gerade die Möglichkeit der aufsuchenden Therapie wäre wirklich wichtig. Eine große Prozentzahl von älteren Patienten wird so niemals in die Psychotherapie finden, weil wir zu Senioren, die zu gebrechlich, zu inmobil sind, niemals Kontakt finden werden. Diese Menschen fallen durchs Raster. Es gibt viele Indikatoren, die uns etwas über die Größe dieser Patientengruppe aussagen, die dieses Angebot auf Psychotherapie nicht bekommen. Das ist nicht akzeptabel. Zum Schutz dieser Menschen, die auch keine Lobby und fast keine Interessenvertretung in der Politik haben, ist es umso notwendiger, jetzt aktiv zu werden. Das ist wie auf der anderen Seite des Altersspektrums. Wir kümmern uns viel um unsere Kinder, weil sie besonders schutzbedürftig sind. So ähnlich gilt es aber auch auf der anderen Seite. Auch Senioren sind nicht mehr ganz so selbständig und können sich nicht mehr so um eigene Interessen kümmern. Da haben wir eine ähnliche Verpflichtung wie bei Kindern, uns um diese benachteiligten Gruppen zu kümmern.

Das Interview führte Antje Orgass von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Kontakt

Professor Dr. Stephan Mühlig
TU Chemnitz
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Wilhelm-Raabe-Straße 43
09120 Chemnitz
Tel.: 0371 - 531-36 3 21
Fax: 0371 - 531-28 4 59
E-Mail: stephan.muehlig@psychologie.tu-chemnitz.de

Kurzvita von Professor Dr. Stephan Mühlig:

Ich beschäftige mich seit circa zehn Jahren mit dem Thema psychische Störungen im Alter und der Alterspsychotherapie auf drei Ebenen:

» in der Forschung,

» in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

» und als Psychotherapeut in der Versorgungspraxis.

In der Forschung habe ich Übersichtsarbeiten, kleinere Befragung und Studien zu diesem Thema durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in mehreren Publikationen und Lehrbuchbeiträgen veröffentlicht sowie auf einer Reihe von wissenschaftlichen Kongressen als Vorträge präsentiert. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung leite ich den Studiengang Klinische Gerontopsychologie, Master of Science an der TU Chemnitz sowie die zertifizierte Psychotherapeuten-Weiterbildung Gerontopsychotherapie. Für die OPK biete ich zu diesem Themengebiet Fortbildungsveranstaltungen an.

In meiner psychotherapeutischen Hochschulambulanz an der TU Chemnitz arbeite ich auch persönlich psychotherapeutisch mit älteren Patienten.

Demenzreport 2020 von Gerd Glaeske — Unterversorgung als Regel

Dass Ältere, was psychische Erkrankungen betrifft, weniger diagnostiziert und therapiert werden als andere Alterskohorten, wurde vielfach festgestellt, auch in den hier abgedruckten Beiträgen von Martin Grabe und Stephan Mühlig. Vor diesem Hintergrund fordert vor allem Stephan Mühlig eine aufsuchende Psychotherapie.
Noch dramatischer und im Grunde skandalös stellt sich die Situation für neurologisch, insbesondere an einer Form der Demenz erkrankte pflegebedürftige Menschen in Pflegeeinrichtungen dar. Vor allem mobilitätseingeschränkte Demenzerkrankte nehmen außerhalb der Pflegeeinrichtung außer akutklinische Interventionen so gut wie keine therapeutischen Behandlungen mehr wahr. Es dominiert der Einsatz von Neuroleptika und vor allem von sedierenden Beruhigungs- und Schlafmitteln, die einer unmittelbaren Symptommilderung dienen, in der Folge aber den kognitiven Leistungsabfall beschleunigen und die Mortalität erhöhen.
Gerd Glaeske, der Verfasser des Demenzreports 2020 meint zu dieser Praxis: „Daher ist die leider trotzdem noch immer verbreitete Verordnung von ruhigstellenden Mitteln bei älteren Menschen, insbesondere aber bei Menschen mit Demenz, keine akzeptable Strategie, um eine zu geringe Anzahl an pflegerischem oder betreuendem Personal auszugleichen.“ (S. 8)
Die Unterversorgung betrifft aber nicht nur psychische oder neurologische Erkrankungen.
Laut einer repräsentativen Befragung, auf die sich Gerd Glaeske bezieht, die über 10 % aller HeimbewohnerInnen in Deutschland erfasst, besteht in Pflegeheimen generell ein deutlicher Mangel an fachärztlicher Behandlung. Aufgrund eingeschränkter Mobilität (ca. 75 %) und Demenz (53 % der Bewohnenden) suchen ca. 80 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner keine Fachärzte außerhalb des Heims mehr auf. Die ärztliche Versorgung der Heime wird fast ausschließlich durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner durchgeführt.
Die fachärztliche Versorgung und Betreuung bleibt bei vielen Bewohnenden aus. So wurden 38,2 % der Heime von keiner Gynäkologin bzw. keinem Gynäkologen besucht (bei hoher Dunkelziffer) und dies, obwohl 80 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner Frauen sind. Vergleichbare Befinde gibt es mit Bezug auf den Besuch von Augen- und HNO-Ärztinnen.
Der Demenzreport 2020 verweist auf Befunde, die einen nicht haltbaren Zustand der Unterversorgung in Pflegeeinrichtungen anzeigen.
Eine Triage, die mit Bezug auf die Behandlung von Corona-Patienten immer befürchtet wird, ist mit Bezug auf hochaltrige demenzerkrankte Patienten längst Praxis.

Siehe: www.hkk.de/presse/pressemitteilungen/2020-11-19-demenzreport

DER THÜRINGER LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENER E.V.

Der Verband für seelische Gesundheit

Der Verein stellt sich vor — Wer wir sind

Der Thüringer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V., der Verband für seelische Gesundheit, wurde im Jahr 2000 in Jena gegründet. Seit 2002 hat der Landesverband seinen Sitz in Erfurt und betreut ca. 54 Mitglieder und derzeit 15 Selbsthilfegruppen.

Wir sind eine Selbsthilfeorganisation von und für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung auf der Suche nach Balance im Leben. Wir haben viel Erfahrung mit Selbsthilfe und sind überzeugt davon, dass sie ein wichtiger Bestandteil auf dem Weg in ein aktives, selbstbestimmtes Leben ist. Wir vertreten die Interessen psychisch erkrankter Menschen in Thüringen. Sie finden bei uns Annahme, Verständnis und Hilfsangebote.

Unsere Zielgruppen sind dabei Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Mehrfachbehinderung, Angehörige und Freunde, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Selbsthilfegruppen oder Menschen, die eine Gruppe gründen möchten sowie alle interessierten Bürger.

Unsere MitarbeiterInnen kommen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und haben viel eigene Erfahrung mit verschiedenen Krankheitsbildern oder Erfahrungen mit betroffenen Angehörigen und Freunden. Sie verfügen so über sehr viel Empathie. Qualifikations- und Ausbildungsmaßnahmen runden diese Erfahrung methodisch ab, wodurch wir professionelle Beratung auf Augenhöhe gewährleisten. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen unterstützen uns in der Umsetzung unserer Angebote.

Wofür und wie setzen wir uns ein?

Durch spezifische **Öffentlichkeitsarbeit** möchten wir dazu beitragen Vorurteile gegenüber Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen abzubauen. Das gilt ebenso für Menschen, die aufgrund einer seelischen Erkrankung ausschließlich ambulant betreut werden. Denn mit Vorurteilen, Verurteilungen und Stigmatisierung kommen die meisten in Berührung. Diese gesellschaftliche Grundeinstellung sehen wir aufgrund der Häufigkeit seelischer Erkrankungen als Abwendung von der Wirklichkeit. Wir setzen uns dafür ein, die Ursachen dieser Erkrankungen im gesellschaftlichen Lebenskontext zu verstehen und in allen Lebensebenen hilfreich damit umzugehen.

So möchten wir die Lobby für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen und deren Einfluss auf die Gesetzgebung stärken, indem wir uns für Mitsprache und Beteiligung Betroffener an der Landes- und Kommunalpolitik in Thüringen einsetzen. Deshalb wirken wir in relevanten Thüringer Gremien, vor allem dem Landesbehindertenbeirat und dem Landesfachbeirat Psychiatrie Thüringen mit, und vertreten dort die Interessen psychisch erkrankter Menschen. Mit der UN-Behindertenrechtskonvention engagieren wir uns für das Recht eines jeden Menschen, in vollem Umfang am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und achten als Mitglied der Besuchskommission des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie auf die Wahrung der Menschenwürde in psychiatrischen Einrichtungen.

Jedoch bereits im Alltag Betroffener gibt es häufig Schwierigkeiten in Bezug auf gegenseitiges Verständnis und hilfreiche Formen des Umgangs im Kontakt mit Behandelnden und Angehörigen.

Deshalb arbeiten wir gern anhand eines Erfahrungsaustauschs im Trialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden. Durch ein größeres Verstehen der verschiedenen Sichtweisen und Bedürfnisse möchten wir noch mehr zu einem respektvollen Umgang unter allen Beteiligten beitragen.

Wir wollen die Lebensrealitäten und Entwicklungschancen Betroffener von seelischen Erkrankungen verbessern. Die bei uns Ratsuchenden sollen nach unserem Verständnis nicht nur überleben, sondern auch gut leben können.

Was wir anbieten

Beratung und Betreuung
Wir beraten Menschen mit psychischen Erkrankungen persönlich, telefonisch oder via Chat über Möglichkeiten und Ansprechpartner vor, während und nach einem stationären Aufenthalt in Orientierung am Psychiatriewegweiser Thüringen. Wir informieren über bestehende Patientenrechte und tragen dazu bei, dass diese gewahrt werden. Ebenso bieten wir Klärungsgespräche an, suchen mit den Betroffenen nach geeigneten Hilfestellungen oder Lösungen und vermitteln im Bedarfsfall an Beratungsstellen in Sachen Betreuungsrecht, Patientenverfügung und Persönliches Budget. Unsere Beratungen führen wir unentgeltlich und selbstverständlich unter Einhaltung der Schweigepflicht durch.

Auf Wunsch besuchen wir Patienten auch gern bei einem Aufenthalt in einer Klinik, vor allem, wenn ihnen keine Angehörigen zur Seite stehen können.

Wir informieren außerdem über bestehende Selbsthilfegruppen in Thüringen und helfen bei der Vermittlung. Ebenso unterstützen wir Selbsthilfegruppen und sind bei der Gründung behilflich.

Selbsthilfezeitung ThuLPE
Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen bieten wir mit unserer Zeitung ThuLPE eine Plattform, um sich selbst und andere Betroffene besser nachempfinden zu können. Betroffene sowie Interessierte können ihrem Innenleben in jeglicher Form zu einem bestimmten Thema Ausdruck verleihen. Neben Gedichten und Gedankensammlungen Betroffener beleben so auch selbst gefertigte Bilder, Illustrationen und Fotografien zum Thema die einzelnen Ausgaben. Die ThuLPE erscheint vierteljährlich und soll Aufklärung und Information zu wesentlichen Themen rund um die seelische Gesundheit und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Dank eines engagierten ehrenamtlichen Redaktionsteams ist es uns gelungen, die ThuLPE zu etablieren und einen beachtlichen Leserkreis zu erreichen.

Seminare und Workshops
Der Thüringer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. hat in diesem Jahr erstmals rund um diese und ähnliche Fragen ein eigenes Seminarprogramm zusammengestellt. Es richtet sich an Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen, aber auch an alle Interessierten, die in ihrem Leben durch Eigeninitiative zu mehr Balance finden wollen. Inhouse-Varianten für Mitarbeiter*innen, Führungskräfte und Leistungsträger runden das Angebot ab.

Das Programm konzentriert sich damit auf Themengebiete, die im Zusammenspiel eine Basis für ethisches Miteinander bilden. So möchte der Landesverband seinem Anliegen gerecht werden, durch achtsame Aufklärung einen Beitrag zu einer offenen und friedlichen Gesellschaft zu leisten.

Kommunikation, Barrierefreiheit, Bewusstseinsarbeit und Resilienz, Prävention sowie Organisation von Selbsthilfe stehen deshalb thematisch im Vordergrund.

Veranstaltungen und Fachtage
Der Thüringer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. beteiligt sich bereits seit mehreren Jahren aktiv als Kooperationspartner der Stadt Erfurt an der Woche zur seelischen Gesundheit. Jedes Jahr finden rund um den Welttag der seelischen Gesundheit am 10. Oktober, eine Woche lang, bundesweit Veranstaltungen in verschiedenen Formaten unter einem Jahresmotto zum Thema Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen statt. Ziel dieser Aktionstage ist es, die Aufklärung über solche Erkrankungen zu verstärken, über bestehende Hilfsangebote zu informieren und die zahlreichen Initiativen in ein Kooperationsnetzwerk einzubinden. Die Woche der seelischen Gesundheit dient aber vor allem der Entstigmatisierung. In diesem Jahr zeigten wir uns als Verband anhand einer öffentlichen Gesprächsrunde zum Thema Verluste, einem Workshop zur Selbsterforschung und einer Autorenlesung. Erstmals waren wir auch im Rahmen

der Woche zur seelischen Gesundheit im Wartburgkreis vertreten. Mit Online-Seminaren zu den Themen Stressbewältigung und Menschen mit Handicap erweiterten wir somit unseren Wirkungskreis.

Sofern möglich organisieren wir zweimal jährlich einen Fachtag zu verschiedenen Themen, bei denen sich Menschen informieren, anderen begegnen und sich mit ihnen austauschen können. Durch kontrastreiche Formate versuchen wir, unsere Fachtage nicht nur interessant und lebendig, sondern vor allem nachhaltig zu gestalten. Gleichzeitig dienen uns die Fachtage dazu, Bedarfe zu ermitteln, Kontakte zu knüpfen und Impulse der Teilnehmenden in unsere Arbeit zu integrieren.

Die Situation in unserem Arbeitsfeld aus unserer Perspektive

Ungeachtet der Pandemie, der wir uns gerade ausgesetzt sehen, lässt sich anhand der Veröffentlichungen, beispielsweise von Krankenkassen und der Bundespsychotherapeutenkammer, ein recht klares Bild zur Entwicklung psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft erkennen.

Psychische Erkrankungen haben in den letzten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen. Mittlerweile ist fast jeder Dritte Erwachsene in Deutschland davon betroffen. Neben Depressionen sind vor allem Angst- und Anpassungsstörungen aufgrund von Überbelastung die häufigsten Diagnosen. Wir möchten an dieser Stelle nicht auf die verschiedenen Ursachen eingehen, sondern vielmehr dafür sensibilisieren, dass eine solche Erkrankung uns alle treffen kann. Jeder Mensch hat seine individuelle Belastungshöchstgrenze, die je nach den Umständen überschritten werden kann. Wir stehen vor einem gesamtgesellschaftlichen Phänomen, dessen zukünftige Auswirkungen unserer Ansicht nach sowohl in der Vor- als auch in der Nachsorge mehr Beachtung erfahren sollten.

Setzt man die Zahl der Erkrankungsfälle der Anzahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gegenüber, wundert es nicht, dass die Wartezeiten auf einen Therapiebeginn durchschnittlich mehrere Monate betragen. Wer begleitet in der Zwischenzeit Menschen mit akuten psychischen Schwierigkeiten? Oder auch zwischen einzelnen Therapien. Nicht immer gelingt es, die Betroffenen mit einer einzigen Therapieform im vorgegebenen Zeitraum zu stabilisieren, überhaupt ein Vertrauensverhältnis aufzubauen oder aufrecht zu erhalten. Wie hoch sind hier die Abbruchs- und Erfolgsquoten? Davon abgesehen ändern sich durch eine Therapie nicht automatisch auch die Lebensumstände, die zu einer psychischen Erkrankung geführt haben. Betroffene bedürfen einer nachhaltigen und vielseitigen Betreuung. Auf dieser Basis haben sich in den letzten Jahren innerhalb der psychiatrischen Arbeitslandschaft zahlreiche ehrenamtliche, teilweise geförderte Initiativen etabliert, die sich darum bemühen, bestehende Lücken zu füllen. Die Zahl der psychischen Erkrankungen stieg in den letzten Jahren dennoch weiter.

In diese, zugegebenermaßen sehr grob gezeichnete, Grundsituation schlägt nun noch eine Pandemie ein. Die notwendigen Schutzmaßnahmen verstärken nun noch genau die Faktoren, welche die psychische Gesundheit eines Menschen gefährden. Wir unterliegen je nach Infektionsgeschehen mehr oder weniger starken Kontakt- und Ausgehbeschränkungen. Institutionen, Vereine und Geschäfte, die uns die Möglichkeit geben, uns mit anderen auszutauschen, unsere sozialen Kontakte zu pflegen und unseren Alltag zu strukturieren, um arbeiten und leben zu können, werden je nach Lage geschlossen. Arbeitsplätze gehen verloren und Geschäftseinnahmen fallen aus. Das bringt sowohl Privathaushalte als auch Unternehmen in finanzielle Schwierigkeiten. Im März und April dieses Jahres lag unser öffentliches Leben fast vollständig brach. Es liegt auf der Hand, dass all diese Auswirkungen nicht nur Existenzängste schüren.

Mit den gesammelten Erfahrungen aus der Finanz- und Wirtschaftskrise im Jahr 2008, wo ebenfalls sehr viele Menschen ihre Arbeit verloren, einer ungewissen Zukunft entgegen blickten, kam es danach zu einem drastischen Anstieg der psychischen Erkrankungen. Wir befinden uns im Herbst und somit in den dunklen Monaten. Verschärft sich die Lage am Arbeitsmarkt weiter, steigen die Zahlen der an der Pandemie erkrankten Menschen, folgen dann auch weitere Einschränkungen im Alltag, so können wir davon ausgehen, dass eine weitere „Welle“ der psychisch erkrankten Menschen, wenn auch zeitversetzt, auf uns zurollen wird.

Welche Unterstützung wir uns wünschen

In erster Linie befürworten wir eine Reform des Fördermittelrechts derart, dass alle Initiativen, die in praktischer Weise zur Förderung der seelischen Gesundheit und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen, nicht nur teilweise, sondern vollständig mit ihren Projekten finanzielle Unterstützung erhalten. Hilfreich wäre auch ein festgesetztes Jahresbudget, das Mittel zur Umsetzung und der einhergehenden Personal-, Arbeitsmittel- und Werbungskosten des jeweiligen Projektes im Hinblick auf seine Laufzeit berücksichtigt. Denn das Förderkonzept von Personalkosten mit Eigenanteil lässt sich von kleinen Vereinen kaum nutzen. Woraus sollen diese den Eigenanteil generieren, der sich allein bei einer Vollzeitstelle auf mehrere 10.000 € beläuft?

Daneben ist der Sozialbereich auch dem deregulierten Markt ausgesetzt, das bedeutet, es herrscht bei den Angeboten Konkurrenz. In anderen Bereichen der Wirtschaft mag das noch Sinn machen, aber bei Angeboten, die der sozialen Unterstützung dienen, haben wir starke Zweifel. Unserer Ansicht nach lässt sich ein Überangebot an bestimmten Leistungen statt durch Konkurrenz ebenso durch einen auf den Bedarf abgestimmten Leistungskatalog erreichen. Die Akteure im psychiatrischen Tätigkeitsbereich könnten sich beispielsweise in aktiven Arbeitsgruppen auf Kommunal- und Landesebene nicht nur auf die Angebotspalette einigen, sondern ebenso darauf, wer welches Angebot aktiv umsetzt. An dieser Stelle lässt sich auch die gemeinsame Nutzung oder der Austausch von Ressourcen vereinbaren, um gerade für kleinere Initiativen die Anschaffungskosten zu reduzieren. Gemeinsam lässt sich hier eine wesentlich nachhaltigere Begleitung bei psychischen Erkrankungen erreichen.

In diesem Zusammenhang sehen wir eine stärkere Förderung ehrenamtlicher Tätigkeit und die Einbindung alternativer therapeutischer Methoden als unabdingbar an. Wir brauchen im psychiatrischen Bereich mehr Menschen mit Fähigkeiten und Erfahrung im zwischenmenschlichen Bereich, die in der Lage sind, zu anderen ein stabiles Vertrauensverhältnis aufzubauen und als Unterstützer der medizinisch Behandelnden fungieren – sozusagen als Ergänzung und vor allem unabhängig von ihrem Berufsabschluss. Denn solche zwischenmenschlichen Fähigkeiten sind nicht an bestimmte Studienabschlüsse gebunden. Es gilt therapeutische Behandlungen vielseitiger und individueller zu gestalten. Wissen mit Erfahrung zusammenzubringen. Warum muss denn eine Therapie nur von einer Person durchgeführt werden? Bei der Vielzahl an therapeutischen Ansätzen könnten wir uns gut vorstellen, je nach Persönlichkeit der Betroffenen, verschiedene Therapie- und Begleitungsformen zu kombinieren. Das würde auch eher der Struktur unseres alltäglichen Soziallebens entsprechen.

All diese Angebote und Informationen, die Menschen befähigen, sich umfassend zu informieren und auf dieser Basis eigene Entscheidungen zu treffen, sollten nicht nur im öffentlichen Bereich barrierefrei zur Verfügung stehen. Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen ist ein Grundrecht, dem entsprechend Rechnung getragen werden sollte. Wir wünschen uns daher eine Verpflichtung zur Barrierefreiheit auch im privaten Sektor. Vor allem, wenn es wie in diesem Jahr um die Vermittlung von solidarischen Schutzmaßnahmen geht.

Der gesamte soziale Bereich wird wesentlich von den vielen Menschen getragen, die freiwillig ehrenamtlich tätig sind, unter anderem auch in zahlreichen kleinen Vereinen. Diese Initiativen haben es sich zur Aufgabe gemacht einen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten. Eine solche Arbeit sollte nicht länger zum größten Teil auf Spendengelder angewiesen sein, um Bestand zu haben. Wir können eine nachhaltige Perspektive schaffen, wenn wir uns gerade in dieser schwierigen Zeit auf Kooperationen ausrichten. Die Wirtschaft zu stabilisieren ist absolut sinnvoll. Nur wer hält denn diese Wirtschaft in Bewegung? Es sind Menschen, die in der psychischen Verfassung sind zu arbeiten und damit zu investieren!

An dieser Stelle ist die Politik ebenso gefragt. Vergessen Sie uns nicht. Helfen Sie uns weiterhin, helfen zu können!

Kontakt

Thüringer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (TLPE e. V.)
Ammertalweg 7, 99086 Erfurt
Tel.: 0361-26 58 433
www.tlpe.de

ALZHEIMER GESELLSCHAFT THÜRINGEN E.V. SELBSTHILFE DEMENZ

Ihr unabhängiger Ansprechpartner rund um das Thema Demenz in Thüringen

In Deutschland leben gegenwärtig rund 1,7 Millionen Menschen mit Demenz. Jahr für Jahr treten mehr als 300.000 Neuerkrankungen auf. In Thüringen leben etwa 54.000 Menschen mit einer Demenz. Da die durchschnittliche Lebenserwartung stetig ansteigt, gehen Expert*innen davon aus, dass sich die Häufigkeit der Krankheitsfälle in den nächsten zwanzig Jahren mehr als verdoppeln wird. Die am häufigsten diagnostizierte Form einer degenerativen Demenz ist die Alzheimer-Demenz.

Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V. ist die Anlaufstelle für unabhängige und kostenfreie Beratung zum Thema Demenz in Thüringen. Sie berät u. a. Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen, vermittelt Entlastungsangebote wie Selbsthilfegruppen und informiert zu rechtlichen Fragen und Unterstützungsleistungen.

Der Verein wurde 2002 von betroffenen Angehörigen, Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern als Landesverband gegründet und ist Mitglied der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Sitz der Geschäftsstelle mit zwei hauptamtlichen Mitarbeiterinnen ist Erfurt.

Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V. ist Träger der **Fachstelle Demenz** Thüringen. Diese wird nach § 45d SGB XI vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und den Landesverbänden der Pflegekassen in Thüringen gefördert. Weiterhin finanziert sich der Verein durch Mittel aus der Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe der GKV in Thüringen sowie aus Mitgliederbeiträgen.

Ziel der Fachstelle Demenz ist es, als neutrale und unabhängige Beratungs- und Aufklärungsstelle für das Krankheitsbild Demenz im Bundesland Thüringen zur Verfügung zu stehen. Dabei werden folgende Zielgruppen angesprochen:

- an Demenz Erkrankte,
- ihre Angehörigen/Familie,
- ehrenamtlich Engagierte,
- Fachpersonal in diesem Bereich
- auch fachfremde Menschen, die in ihrer täglichen Arbeit und/oder auch im täglichen Leben Kontakt zu Betroffenen haben.

Ziel ist die Aufklärung der Bevölkerung in Thüringen.
Ein Hauptarbeitsfeld neben Beratung und Öffentlichkeitsarbeit ist die Vernetzung.
So wurde am 27.11.2019 das **DemenzNetzwerk Thüringen** gegründet. Dieses hat folgendes Ziel formuliert:

Wir sind ein Sprachrohr zum Thema Demenz.
*Wir bestehen aus Spezialist*innen unterschiedlicher Professionen, die als Ansprechpartner*innen und Vermittler*innen für Ratsuchende und Interessierte aktiv sind.*
Wir wollen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eine bessere Lebensqualität bewirken und setzen uns für sie in Gesellschaft und Politik ein.

Das **Netzwerk Pflegebegleiter Thüringen**, welches seit 2018 in Trägerschaft der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V. koordiniert wird, konnte sich aus dem Modellprojekt gem. § 45d SGB XI im Jahre 2012 in Thüringen nachhaltig etablieren. Es ist ausschließlich ein Angebot für pflegende Angehörige, die eine nahestehende Person versorgen und betreuen. Die Angehörigen werden von speziell qualifizierten ehrenamtlichen Pflegebegleiterinnen

und Pflegebegleitern in der Häuslichkeit begleitet und unterstützt. Dabei haben sie eine „Brückenfunktion“ — sie geben pflegenden Angehörigen Infos über Entlastungsmöglichkeiten und Hilfsangebote vor Ort. Das Angebot ist dabei niedrigschwellig, nachbarschaftlich, unentgeltlich und offen.

Wenn Sie mehr über die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V. erfahren möchten, eine Beratung wünschen oder Teil des Netzwerkes werden möchten, können Sie sich gern an uns wenden:

Kontakt

Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V.
Selbsthilfe Demenz
Pfeiffersgasse 13
99084 Erfurt
Telefon: 0361-60 255 744
E-Mail: info@alzheimer-thueringen.de
Webseite: www.alzheimer-thueringen.de

Nadja Braun

Dagmar Linz

DER LANDESVERBAND THÜRINGEN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER E. V.

Unser Landesverband ist eine Selbsthilfevereinigung, die ihren Sitz in Erfurt innehat. Er gehört seit mittlerweile 30 Jahren fest zum Spektrum der sozialen Vereine in Thüringen. Aktuell haben wir 156 Mitglieder, die meist zu einer unserer 13 Selbsthilfegruppen in verschiedenen Thüringer Regionen gehören.

Alle in unserem Verband organisierten Menschen haben in ihrer Familie ein Mitglied, welches psychisch erkrankt war oder aktuell ist. Diese Familienmitglieder leiden oft unter Depressionen oder Schizophrenie, prinzipiell aber auch an einer der anderen bekannten psychischen Störungen. Die Angehörigen können Eltern, Großeltern, (erwachsene) Geschwister, (erwachsene) Kinder und weitere Anverwandte sein. Je nach der familialen Beziehung und der Position innerhalb des Familiengefüges und den Möglichkeiten für die Bewältigung des oft schwierigen Zusammenlebens unterscheiden sich die Belastungen, denen die Angehörigen ausgesetzt sind. Besonders schwierig ist oft die Phase vor einer Erkrankung, in der eine Störung sich über einen längeren Zeitraum durch Symptome entwickelt, aber noch nicht als solche erkannt wird. Mit großer Übereinstimmung wird außerdem von betroffenen Familien und dem erkrankten Mitglied der Zeitpunkt der erstmaligen Aufnahme in eine psychiatrische Klinik und die Diagnose als irritierend, verunsichernd und beängstigend erlebt. Wer keine Vorerfahrungen und kein fachliches Wissen zur Thematik psychischer Erkrankungen und deren Therapie besitzt, oft aber Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen kennt, ist dann zumeist erst einmal ratlos und verzweifelt — zumindest in intakten Familien, in denen man umeinander besorgt ist. Man ist in einer solchen Situation dankbar für verständnisvolle Hilfe und Beratung von außen.

Aus derartigen Erfahrungen heraus wurden beginnend mit der Selbsthilfebewegung in Deutschland ab den 1970er Jahren Selbsthilfegruppen gegründet. Zunächst von Betroffenen selbst, später auch von Angehörigen, da auch sie belastet sind, aber in ihrem sozialen Umfeld oft wenig Gehör und Verständnis für ihre besondere Situation finden. So richten sich die Ziele unseres Verbandes darauf, die Lebensbedingungen von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen zu verbessern. Wir fördern die Selbsthilfe, informieren die Öffentlichkeit, um Benachteiligung und Diskriminierung abzubauen und setzen uns für lebensweltnahe Versorgungsangebote ein. Zentral ist jedoch die Förderung der Selbsthilfe.

In unseren 13 Selbsthilfegruppen treffen sich Angehörige seit 1990 regelmäßig, meist einmal monatlich. Die Gruppen werden im Allgemeinen ehrenamtlich geleitet und sind selbst organisiert. Neue Mitglieder werden zunächst individuell beraten. Die Aktivitäten richten sich nach den Bedürfnissen der Gruppenmitglieder, wobei der Austausch über die individuelle Situation einen Teil der Zeit beansprucht. Oft gehören zu den Aktivitäten auch fachliche Beiträge zum Thema psychische Störungen, psychiatrische Versorgungseinrichtungen, Beratungs- und Therapiemöglichkeiten. Die Gruppen organisieren und besuchen Fachveranstaltungen, tragen aber auch durch gesellige und kulturelle Veranstaltungen und Ausflüge dazu bei, dass es ihnen psychisch und körperlich gut geht.

Vom Vorstand und der Geschäftsstelle des Vereins aus werden die bestehenden Gruppen und Gruppenleiter*innen fachlich angeleitet, finanziell unterstützt und beraten. Gründungsinitiativen für neue Gruppen werden von uns unterstützt und begleitet. Der Vorstand entwickelt Ideen für geeignete Fachveranstaltungen und greift Anregungen und Bedürf-

nisse der Mitglieder auf. Diese Veranstaltungen stehen aber auch weiteren interessierten Bürger*innen Thüringens offen, die ebenfalls psychisch erkrankte Familienmitglieder haben. In den vergangenen Jahren befassten sich diese Veranstaltungen mit den Themen "Kinder psychisch erkrankter Eltern — ihre Situation und Hilfemöglichkeiten", "Resilienz — psychisch gesund bleiben trotz Belastungen" oder "Umgang mit herausforderndem Verhalten und Aggression". In diesem Jahr trafen sich erstmalig Vereinsmitglieder zu einem "Gesundheitswochenende", um ihre eigene Widerstandskraft zu stärken und den Austausch zu pflegen.

Neben den gruppen- und mitgliederbezogenen Aktivitäten vertritt unser Verband die Anliegen der Angehörigen in landesweiten Gremien und Arbeitsgruppen gegenüber der Sozialpolitik. Durch diese sozialpolitischen Aktivitäten nehmen wir Einfluss auf die Gestaltung von Versorgungsangeboten, auf gesetzliche Bestimmungen und die Erfüllung der Bedürfnisse bestimmter Gruppen von Angehörigen, wie z. B. von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Wir arbeiten dabei mit anderen Landesverbänden und mit regionalen Akteuren, wie dem Landesverband der Psychiatrieerfahrenen, den Selbsthilfekontaktstellen und der Landesgesundheitskonferenz, zusammen. Auf bundesweiter Ebene sind wir als Mitglied des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen mit den anderen Bundesländern vernetzt.

Interessierte Menschen werden bei uns beraten und bei Bedarf an eine Selbsthilfegruppe oder eine andere geeignete Hilfe weitervermittelt. Sie können sich auf unserer Homepage informieren, telefonisch oder per E-Mail mit uns Kontakt aufnehmen (siehe untenstehend) und direkt vorbeikommen. In unserer Geschäftsstelle haben wir zudem verschiedene Informationsmaterialien zu unterschiedlichen Themen sowie unsere Verbandszeitschrift vorrätig. Wir freuen uns auch über Menschen, die bereit sind, ehrenamtlich bei uns mitzuarbeiten und vielleicht sogar Mitglied oder Fördermitglied zu werden. Auch hierzu informieren wir Sie gern. Nicht zuletzt sind wir dankbar für neue Anregungen und Hinweise.

Dr. Heike Stecklum
Vorstandsvorsitzende

Kontakt

Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
Thälmannstraße 58
99085 Erfurt
Tel./ Fax: 0361 - 23004038
E-Mail: geschst@lvthueringen-apk.de
Internet: www.lvapk-thueringen.de

Geschäftszeiten:
Mo-Do: 09:00 bis 14:00 Uhr und nach Vereinbarung

EX-IN LANDESVERBAND THÜRINGEN E.V.

Was ist EX-IN?

EX-IN ist eine Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen zu Genesungsbegleiter*innen. Im Mittelpunkt der Ausbildung steht das Erfahrungswissen, das in psychischen Krisen und seelischen Erschütterungen und deren Bewältigung gewonnen wurde. EX-IN ist aus einem europäischen Pilotprojekt hervorgegangen, an dem Psychiatrie-Erfahrene und Professionelle aus Norwegen, Schweden, England, den Niederlanden, Slowenien und Deutschland beteiligt waren.

Unser Leitbild

EX-IN ist ein Verein, der Menschen, die selbst schwere psychische Krisen erlebt haben, zu Genesungsbegleiter*innen ausbildet, die andere Menschen in Lebenskrisen begleiten.

Unsere Philosophie geht davon aus, dass psychisch Erkrankte, die genesen sind, einen Erfahrungsschatz besitzen, den sie an andere psychisch Erkrankte weitergeben können. Wer selbst eine psychische Krise durchlebt hat, weiß am besten, was in dieser oder jener Situation gebraucht wird.

Was leisten und was wollen wir?

Unser Verein bietet Betroffenen die Möglichkeit, ihren individuellen Erfahrungsschatz einzubringen. Die Besonderheit unserer Angebote besteht darin, dass alle Mitarbeiter*innen sowohl über jahrelange Berufs- und/oder Führungserfahrung in verschiedenen Bereichen des Arbeitslebens verfügen und selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen waren, eigene Bewältigungsstrategien entwickelt haben und genesen sind.

Unser Auftrag ist, Menschen, die eigene Bewältigungsstrategien mit psychischen Erkrankungen haben, dafür auszubilden, dass sie andere Menschen in psychischen Krisen begleiten können. Das setzt voraus, dass sie sich über den Weg der Selbsterfahrung mit ihrem eigenen Leben auseinandersetzen, ihre Erfahrungen mit anderen Betroffenen austauschen und so zu Expert*innen durch Erfahrung werden.

Durch ständigen Kontakt mit Betroffenen, deren Angehörigen und Profis bekommen wir immer wieder neue Impulse, die wir in der Praxis umsetzen.

Wir tauschen uns in regelmäßigen internen und externen Arbeitsbesprechungen aus und formulieren neue Aufgaben und Ziele.

Unser Anliegen ist es außerdem, über psychische und neurologische Erkrankungen zu informieren und zu sensibilisieren und zum Austausch und zur Diskussion anzuregen. Mit unseren Angeboten und Projekten möchten wir ergänzende Alternativen im Rahmen des bestehenden Gesundheits- und insbesondere des psychiatrischen Versorgungssystems aufzeigen.

*Genesungsbegleiter*innen zur Unterstützung im Alltag*

Wir als zertifizierte Genesungsbegleiter*innen und examinierte Fachkräfte bieten folgende Leistungen an: Beratung, Begleitung, Betreuung für Menschen mit psychischer und demenzieller Erkrankung sowie Beratung für Angehörige.
Aus eigener Erfahrung wissen wir, dass dieses Angebot gebraucht wird und dass es Angehörige entlasten kann. Deshalb haben wir dieses Angebot ins Leben gerufen.
Unsere ehrenamtlichen Helfer*innen (Genesungsbegleiter*innen) werden regelmäßig von examinierten Fachkräften unseres EX-IN-Teams geschult und angeleitet.
Wir übernehmen stundenweise und bei Bedarf die Betreuung und die Begleitung im Alltag.
Die Betreuungsangebote können sehr vielfältig sein, den individuellen Bedürfnissen und den Bedarfen angepasst, einzeln und in der Gruppe.

Wenn Sie die Unterstützung unserer Genesungsbegleiter*innen benötigen oder wenn Sie selbst

Genesungsbegleiter*in werden möchten, dann können Sie gern Kontakt mit uns aufnehmen.

Weitere Angebote: Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Darüber hinaus bieten wir ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) an.
Seit dem 01.01.2018 ist unser EX-IN Landesverband Thüringen e. V. für die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung tätig.

Was ist EUTB?

Die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung unterstützt Sie in Fragen zur Teilhabe. Zum Beispiel, wenn Sie Fragen haben zur Assistenz oder zu Hilfsmitteln oder wenn Sie wissen wollen, was ein Teilhabeplan ist.
Unsere Hauptzielgruppen sind vorrangig Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung/Erkrankung oder Demenz. Selbstverständlich können sich auch alle anderen Menschen, die eine Beratung zur Teilhabe wünschen, bei uns melden.

Sie erhalten in jeder EUTB-Stelle Informationen zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe. Dabei beraten wir Sie unentgeltlich, unabhängig und auf „Augenhöhe“, damit Sie selbstbestimmt Entscheidungen treffen können, ganz nach Ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen.

Unser Ansatz in der EUTB

Die Beratung in den EUTB-Stellen erfolgt durch zertifizierte Genesungsbegleiter*innen, auf Augenhöhe durch Betroffene für Betroffene. Diese Art der Beratung wird als Peer Counseling bezeichnet. Peers nennt man Personen aus einer Gruppe mit gleichen oder ähnlichen Erfahrungen. In den EUTB-Stellen arbeiten Peer-Beraterinnen, die selbst mit einer Behinderung leben. Sie können in einer vertrauensvollen Atmosphäre alle Themen offen mit Ihnen besprechen. Gern suchen wir Sie auch in Ihrem häuslichen Umfeld auf.

Wir werden perspektivisch an weiteren Standorten in Thüringen Beratungsstellen aufbauen und Beratungen anbieten.

Eine App zur „Teilhabeberatung“

Die App „Teilhabeberatung“ bietet Ihnen Unterstützung bei Fragen zur Teilhabe und Rehabilitation. Mit der App sind Sie schnell und unkompliziert von unterwegs immer gut informiert.

Folgende Funktionen bietet Ihnen die kostenlose App an:

» „Beratung“: Finden Sie schnell und einfach ein Beratungsangebot der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB®) in Ihrer Nähe.

» „Termin“: Fragen Sie einen Wunschtermin bei einem Beratungsangebot an.

» „Unterstützung“: Informieren Sie sich über Unterstützungsformen.

» „Feedback“: Geben Sie Ihr Feedback zu einer Beratung durch ein Angebot der EUTB-Stellen ab

» „Ihre Meinung“: Geben Sie Ihre Meinung zur Fachstelle Teilhabeberatung und den Beratungsangeboten ab.

Die Informationen zum Datenschutz und Impressum finden Sie im Bereich „Weiteres“.
Die App „Teilhabeberatung“ steht Ihnen kostenlos zur Verfügung. Sie können sie über ihren Play Store herunterladen.

Beratungsangebote und eine Suchmöglichkeit finden Sie auch unter: https://www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb

Genesungsbegleitung in Kliniken

Unsere Genesungsbegleiter*innen bieten in einigen Kliniken Beratungen für die Patient*innen und deren Angehörige an.

Nähere Informationen zu den Standorten und Beratungszeiten finden Sie auf unserer Webseite www.ex-in-thueringen.de

Genesungsbegleiter*innen in Betrieben und anderen Einrichtungen

Unsere zertifizierten Genesungsbegleiter*innen bieten für Führungskräfte und Personalverantwortliche Workshops an, erfühl- und erlebbar: **„Ich sehe was, was Du nicht siehst…“**.

Kontakt

Als Ansprechpartner finden Sie
Im Vereinsbüro:
Frau Roswitha Montag und Frau Karin Stephan
E-Mail: vorstand@ex-in-thueringen.de

Im Kontakt- und Informationsbüro:
Frau Anja Drankowski
Telefon: 0361 518 763 30 | 31
E-Mail: info@ex-in-thueringen.de oder
akademie@ex-in-thueringen.de

Wir freuen uns auf Ihre Anfragen.

Genesungsbegleiter*innen

Mandy Grunau

Sabine Werlich

Christiane Marx

Diethard Scheit

Anja Freistedt

Roswitha Montag

Florian Henkel

Bildnachweise

AGETHUR S. 14, 143; Alzheimer Gesellschaft S. 161; Beltz Verlag S. 41; dgvt-Verlag S. 40; Ellwardt S. 21; EX-IN S.166, 167; Freund, Katrin S. 12 (unten); Heyne S. 59; Hirt S. 111, 114; Hogrefe S. 39, 48, 66; Kohlhammer S. 97; Landeskrankenhausgesellschaft S. 125; Lindig S. 80, 81, 82; Mabuse Verlag S. 69; Mark, Oliver S. 12 (oben); Müller S. 21; Nehls S. 59; OPK S. 144, 147, 149, 154; Piper S. 107, 109; Pixabay S. 1, 51, 98, 168; Psychiatrieverlag S. 141; Schattauer S. 96; Stadt Erfurt S. 119; Stecklum S. 163; Steinhaußen S. 42, 78, 115; Stumpf+Kossendey Verlag S. 129; TMASGFF S. 117, 118; Transcript S. 83; Universität Bremen S. 155; Wikipedia S. 5 (frei verfügbar)

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autoren wieder und sind keine Stellungnahmen der Redaktion. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Beiträge zu kürzen und zu überarbeiten.
Die Nutzung von Texten und Bildern ist nur nach Rücksprache mit dem Landesseniorenrat Thüringen möglich.
Personenbezogene Substantive gelten gleichermaßen für die Geschlechter männlich/weiblich/divers.

SENIORENREPORT

25. Jahrgang, Ausgabe Dezember 2020

ISSN-Print 2364-9860
ISSN-Internet 2364-9879

Auflage: 2.400

Verlag Barbara Budrich

www.budrich.de

LSR
Landesseniorenrat Thüringen

Herausgeber
Landesseniorenrat Thüringen
Hannelore Hauschild (Vorsitzende)
Dr. Jan Steinhaußen (Geschäftsführer)
Schillerstraße 36
99096 Erfurt

T 0361 6013821
F 0361 6013746
M 0152 55353013

info@landesseniorenrat-thueringen.de
www.landesseniorenrat-thueringen.de

Trägerverein: Verein zur Förderung von Mitwirkung und Teilhabe älterer Menschen in Thüringen e.V.

Gefördert durch

Freistaat Thüringen
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Redaktion
Dr. Jan Steinhaußen (verantwortlich für die Herausgabe); Jelena Kleine

Layout und Satz
donnerandfriends.de, Erfurt
Jelena Kleine, Landesseniorenrat

Produktion
Förster & Borries GmbH & Co. KG, Zwickau

Die Ausgabe entstand in Zusammenarbeit mit der Landesgesundheitskonferenz Thüringen und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.