

Selbst-Erhaltungs-Therapie



Ausgehend von der Überlegung, daß primäre und sekundäre Folgen einer dementiellen Erkrankung (kognitive Störungen, Unterbrechung der Kontinuität in persönlichen Erfahrungen, Erlebnisarmut etc.) auch zu Veränderungen und Störungen des **Selbst**, d.h. der **personalen Identität** führen können, haben Romero & Eder (1992) ein Therapiekonzept für Alzheimer-Kranke entwickelt, das sich zum Ziel gestellt hat, die personale Identität der Demenzkranken über einen möglichst langen Zeitraum entgegen dem progredienten Abbauprozess zu bewahren. Die Autorinnen zählen das von ihnen als Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) bezeichnete Konzept zwar explizit zu den neuropsychologischen Behandlungsansätzen, da es bei diesen aber vor allem um das direkte Üben beeinträchtigter (kognitiver) Fähigkeiten geht, soll die SET hier unter den lerntheoretisch fundierten Ansätzen eingeordnet werden.

Neben dem Bewahren der Kontinuität im persönlichen Erleben und dem Vermeiden von Eintönigkeit und Erlebnisarmut kann das verlängerte Erhalten des **Wissens über sich selbst** (Selbstwissen) als eine wesentliche therapeutische Maßnahme zur Aufrechterhaltung der personalen Identität bei Demenzkranken angesehen werden. Im Rahmen der SET wird davon ausgegangen, daß das systematische Üben von biographischem und anderem selbstbezogenen Wissen zur Reaktivierung eines Teils dieses Wissens führen kann. Darüber hinaus kann das kontinuierliche Üben noch erhaltener Fähigkeiten zukünftig zu erwartenden Beeinträchtigungen und Störungen entgegenwirken. In einem Übungsprogramm besteht die Möglichkeit, selbstbezogene Wissensinhalte durch kontinuierliche Wiederholungen zu "überlernen". Für solche "überlernten" Sachverhalte kann angenommen werden, daß diese weniger schnell vergessen werden und prinzipiell leichter zugänglich sind als andere Wissensbestände (Wilson & Baddeley, 1988). Darüber hinaus ist aus der Gedächtnisforschung bekannt, daß autobiographische Informationen gut behalten werden, weil es sich dabei um Dinge handelt, die für einen selbst, für das eigene Leben, von Bedeutung sind. Es kann daher von einem Behaltensvorteil für selbstbezogenes Material ausgegangen werden (Strube & Weinert, 1987). Aufbauend auf diese Überlegungen fassen Romero & Eder (1992, S. 275) die Hauptprinzipien des SET wie folgt zusammen:

- Das Selbst der Kranken, so wie die Betroffenen es zu jedem gegebenen Zeitpunkt erleben, soll anerkannt und nicht unnötig in Frage gestellt werden. Von der Vermittlung des Wissens und der Informationen, die das Gefühl der Identität und der personalen Kontinuität der Kranken verletzen - auch wenn sie "wahr" sind - sollte Abstand genommen werden.
- Die kognitiven Strukturen des Selbst sollten im Vordergrund therapeutischer Bemühungen stehen; bestimmte Möglichkeiten hierzu sind u.a. im "Überlernen" ausgewählten selbstbezogenen Wissens zu sehen.
- Die Auswahl des zu übenden Wissens ist auf das jeweilige aktuelle Selbstwissen und Selbstverständnis des Kranken (Diagnose) wie auch auf die zu erwartenden kognitiven Verluste (Prognose) abzustimmen.

Der verstehende Zugang zum dementiell erkrankten Menschen



Während die bisher vorgestellten Ansätze eher auf der funktionellen Ebene des Verhaltens der Kranken ansetzen (kognitive Basisleistungen, Realitätsorientierung, Alltagsaktivitäten) und deren Erhaltung anzielen, wurde in den letzten Jahren zunehmend die "Binnenperspektive" des dementiell erkrankten Menschen in den Mittelpunkt gerückt, um zu einer angemessenen Betreuung von Demenzkranken zu gelangen. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, daß dementiell Erkrankte bis in späte Krankheitsphasen hinein

ihre Defizite und Schwierigkeiten in ihrer kognitiven Steuerungsfähigkeit, in der Alltagsbewältigung und in ihrer sozialen Kompetenz wahrnehmen und erleben (wenn auch nicht rational reflektieren) können und entsprechend emotional darauf reagieren. Aus einem verstehenden Zugang zum dementiell erkrankten Menschen können wiederum Ansätze für einen adäquaten und seinen Bedürfnissen entsprechenden Umgang entwickelt werden. Diese zielen weniger auf eine Korrektur gestörten Verhaltens ab, sondern begreifen dieses Verhalten vielmehr im **Kontext des subjektiven Erlebens des Kranken** als sinnvoll oder verstehbar. Innerhalb seines Erlebenskontextes der dementiell veränderten inneren Repräsentation der Welt kann der Kranke in diesem Verständnis als orientiert und kompetent gelten. Die Aufgabe in der Betreuung besteht dann darin, sich in die subjektive Erfahrung des Kranken von der äußeren Realität einzufühlen und sich dem Kranken in diesem Kontext unterstützend, weniger korrigierend anzubieten und ihn zu begleiten. Dies soll im folgenden näher erläutert werden.

Mit Bruder (1994) kann man von einem "**Demenz-Paradoxon**" sprechen. Durch die dementielle Erkrankung und die damit verbundenen kognitiven Defizite verliert der Kranke eben jene kognitiven Voraussetzungen, die ihn zu einer Reflektion und Verarbeitung seiner Verluste und Defizite und für eine rationale Auseinandersetzung damit befähigen würden. Dies ist ein ganz entscheidender Unterschied zum Krankheitserleben von körperlich kranken oder behinderten Menschen. Es läßt sich erahnen, daß gerade die Unfähigkeit zur bewußten Reflektion der Einschränkungen, die ja auch die Möglichkeit zur kognitiven Bewältigung oder Umstrukturierung des Erlebten ermöglichte ("welche Fähigkeiten und Potentiale besitze ich? wie kann ich mein Verhalten korrigieren? wo habe ich auch Erfolgserlebnisse? wie kann ich mein Versagen erklären und wie kann ich dies bei der nächsten Gelegenheit verhindern?") zu einer überwältigenden emotionalen Belastung führen muß. Diese Belastung wird auch dadurch unbewältigbar, daß sie durch wiederholte Versagenserlebnisse immer wieder erneut gespeist wird und in einem durch Angst vor weiterem Versagen entstehenden Teufelskreis wiederum weitere Fehlleistungen hervorbringt. Bruder (1994) macht deutlich, daß das Erleben von Mißerfolgen und gelegentlichem Versagen bei geistig gesunden Menschen dadurch gemildert werden kann, daß gleichzeitig Erinnerungen an erbrachte Leistungen aktiviert werden können und Sicherheit hinsichtlich der prinzipiell bestehenden Kompetenz vorhanden ist. Damit kann auch die Zuversicht entstehen, in zukünftigen Leistungsanforderungen - vielleicht mit mehr Anstrengung - wieder genügen zu können. Mißerfolge können als Ausnahme von der gewohnten Leistungsfähigkeit betrachtet werden und stellen keine grundsätzliche Bedrohung des Selbstwertgefühls dar. Diese Fähigkeit zur kognitiven und emotionalen Kontrolle und Regulation des Selbsterlebens steht dem demenzkranken Menschen nicht mehr zur Verfügung. Haupt (1993) hat in prägnanter und einprägsamer Weise die dementiellen Veränderungen (und damit mögliche Versagenszustände) des demenzkranken Menschen beschrieben als

- Verlust der **Kompetenz** in Alltagsfertigkeiten,
- Verlust der gewohnten **Kommunikationsfähigkeit**,
- Verlust der **Kontinuität** des zeitlichen Erlebens und
- Verlust der **Kongruenz** des eigenen Erlebens mit dem der Gesunden.

Was dies für das **Selbsterleben** des demenzkranken Menschen bedeuten kann, soll im folgenden skizziert werden (Bruder, 1994; Haupt, 1994). Dabei liegt die Überzeugung zugrunde, daß der dementiell erkrankte Prozeß "in einer individuellen und reifen Persönlichkeit mit einem einmaligen Lebensweg stattfindet" (Bruder, 1994, S. 23). Die folgenden Überlegungen zur Annäherung an das individuelle Erleben des demenzkranken Menschen sind somit lediglich als "Modellvorstellungen" (Bruder, 1994) zu verstehen, die nicht empirisch zu überprüfen sind, aber Orientierung im Umgang mit Demenzkranken geben können. Gerade in letzter Zeit wird aber auch empirisch versucht aufzuzeigen, welche starke Bedeutung biographische Zusammenhänge für das Verständnis der Symptomatik der Demenzkranken besitzen können (Bauer u.a., 1994).

Durch die immer stärker werdenden Gedächtnisstörungen geht den Kranken der Bezug zur Gegenwart immer mehr verloren, denn sie erleben keinen Zusammenhang mehr zwischen dem Vergangenen, der Gegenwart und dem Zukünftigen. Einzelne Ereignisse sind herausgelöst aus einem größeren, sinnstiftenden Zusammenhang, das Erleben ist immer stärker auf den Augenblick konzentriert. Die Kranken erleben nur Momentaufnahmen des Gegenwärtigen, die für sie unerklärbar scheinen müssen.

Alltagssituationen, die für den gesunden Menschen völlig logisch und nachvollziehbar sind, werden für den Kranken unüberschaubar und chaotisch. Eindrücke können nicht mehr in Handlungsabläufe eingeordnet werden, und der Kranke weiß nicht, wie er sich verhalten soll.

Die dramatische Folge der Demenz für das Selbsterleben betrifft aber den Verlust des Wissens über die eigene Person und damit den Verlust der Identität. Der niederländische Autor Bernleff versucht in seinem Buch "Hirngespinnste", das Erleben eines Demenzkranken von einer Welt zu beschreiben, die nur noch aus flüchtigen und beziehungslosen Situationen besteht. Er läßt im Roman den Kranken sagen: "Ohne Erinnerung kannst du nur schauen. Dann gleitet die Welt spurlos durch dich hindurch". Wenn es uns gelingt, uns in diese Situation einzufühlen, erhalten wir eine Ahnung von der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung, die in einem demenzkranken Menschen ausgelöst werden können. Dies kann eine Ursache für die depressiven Reaktionen des Erkrankten sein, die wiederum eine weitere Schwächung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach sich ziehen und somit die Regulation der emotionalen Belastung erschweren oder unmöglich machen. Ein regelmäßiger, einfach gegliederter Tagesablauf kann hier schon eine große Hilfe für den Kranken bedeuten, denn Regelmäßigkeiten sind auch ein Anhaltspunkt, an dem man sich orientieren kann. Zur Betreuung gehört in diesem Zusammenhang auch, die biographischen Hintergründe des einzelnen Menschen näher zu erfahren, um dadurch sein Verhalten besser verstehen zu können. So kann eine Sicherung der Identität bedeuten, wenn der Kranke von seiner sozialen Umwelt als eigenständige Persönlichkeit mit ihrer Individualität wahrgenommen und akzeptiert wird.

Ein Mensch, der alltägliche Zusammenhänge nicht mehr versteht, ist natürlich auch immer weniger in der Lage, Alltagshandlungen sinnvoll durchzuführen. Schon einfachste Anforderungen, wie Geschirr spülen oder einkaufen gehen, stellen eine ständige Überforderung dar. Man muß davon ausgehen, daß bis in späte Krankheitsphasen hinein dem Kranken dieses ständige Versagen bewußt ist.

Aufgrund der Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit ist ein demenzkranker Mensch nicht mehr in der Lage, die durch Versagen entstehenden Angst- und Schamgefühle mit Hilfe rationalen Nachdenkens zu bewältigen. Viele Verhaltens- und Reaktionsweisen, die wir von Demenzkranken kennen und häufig als Teil der "Verwirrtheit" interpretieren, können wir, wenn wir uns in die "Innenwelt" eines Demenzkranken versetzen, als Reaktion auf bewußt erlebte Leistungsgrenzen und die Konfrontation mit ständiger Überforderung verstehen. Ein Beispiel: Wenn von dem Kranken - häufig in aggressiver Weise - Hilfe zurückgewiesen wird, so läßt sich dies damit erklären, daß das Erleben von Hilflosigkeit Scham und Angst auslösen kann. Da es schwer fällt, Hilflosigkeit zuzugeben, andererseits die eigene Unfähigkeit durch die von außen kommende Hilfe ständig schmerzlich bewußt werden muß, ist die Verweigerung des Hilfsangebots vielleicht auch ein Schutz des Selbstwertgefühls. Hilfe muß deshalb sehr behutsam angeboten werden, wobei auch immer die noch vorhandenen Fähigkeiten der Kranken genutzt werden sollten. Es hilft dem Kranken viel, wenn er seine noch vorhandenen Fähigkeiten in den Alltag einbringen kann und somit das Gefühl erhält, noch gebraucht zu werden. Auch das Zulassen kleiner, unbedeutend erscheinender Tätigkeiten kann Bestätigung und Wertschätzung vermitteln, die für einen Demenzkranken nicht weniger wichtig sind als für Gesunde auch. Die Kenntnis der Lebensgeschichte des Kranken, seiner früheren Gewohnheiten, Tätigkeiten oder Liebhabereien, kann dabei helfen, für ihn geeignete

Tätigkeiten zu finden.

Auch scheinbare Apathie und Passivität können u.a. aus dem psychologischen Verständnis für die Erlebenseite des Demenzkranken erklärt werden. Passivität kann ein Schutz sein, um sich nicht einer überfordernden Situation oder der Gefahr des Versagens auszusetzen und sich als Last für andere zu fühlen.

Die Passivität und der damit verbundene Rückzug von anderen Menschen werden uns vielleicht auch verständlicher, wenn wir berücksichtigen, daß im Verlauf der dementiellen Erkrankung ja auch zunehmend die Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung mit anderen Menschen verloren geht. Der dementiell erkrankte Mensch kann aufgrund seiner Merkstörungen dem Gespräch nicht mehr folgen und ist außerdem immer weniger in der Lage, sich selbst zu äußern. Sprache ist aber eines der wichtigsten Mittel, um zwischenmenschliche Beziehungen zu formen und zu leben. Der Sprachverlust des Demenzkranken kann deshalb auch eine massive Einschränkung in seinen Beziehungen zu anderen Menschen und damit ein tiefes Gefühl von Einsamkeit bedeuten, wenn wir als Gesunde nicht auf andere Kommunikationsformen zurückgreifen, uns also ausdrücken durch unsere Gestik oder Mimik sowie den Tonfall der Stimme. Diese Form der Verständigung versteht auch ein Demenzkranker noch, wenn seine Fähigkeit zum Verstehen von Sprache bereits verlorengegangen ist. Auch die Kranken drücken ihre Gefühle und Bedürfnisse noch aus, wenn sie selbst nicht mehr sprechen können. Wir können sie verstehen, wenn wir aufmerksam sind für die Signale der Gestik und Mimik. Wenn wir mit Demenzkranken sprechen, so erleichtern einfache, kurze Sätze die Verständlichkeit.

Wenn wir uns diese Problem von Demenzkranken vor Augen halten, also den Verlust des zeitlichen Erlebens, die nachlassende Leistungsfähigkeit in einfachen Alltagshandlungen und die zunehmende Hilfebedürftigkeit, und die Probleme der Verständigung mit anderen Menschen, dann wird deutlich, daß ein demenzkranker Mensch eigentlich in einer "anderen Welt" lebt als geistig Gesunde. Bernleff, aus dessen Buch bereits oben zitiert wurde, läßt die Ehefrau des Demenzkranken sagen: "Manchmal kommt er mir wie ein Fremder vor. Dann kann ich ihn nicht erreichen. Es ist ein schreckliches Gefühl der Machtlosigkeit. Er hört mich zwar, aber ich glaube, daß er mich in einem solchen Moment nicht mehr versteht. Er benimmt sich, als sei er allein".

Da der Bezug zur aktuellen Realität und das Erleben zeitlicher Kontinuität aufgrund der Merkstörungen immer geringer wird, lebt der Demenzkranke immer stärker und immer einsamer in seiner noch erinnerbaren früheren Welt. Impulse aus der gegenwärtigen Realität können durch Erinnerungen überformt werden (Junkers, 1994). So wird es vielleicht verständlich, wenn ein Demenzkranker - auf den ersten Blick scheinbar sinnlos - in der Nacht von zu Hause weggeht, weil er - in seiner Überzeugung und Realität - meint, er müsse zur Arbeit gehen. Dies steht in völligem Gegensatz zu den tatsächlichen Gegebenheiten. Da der Demenzkranke eben aufgrund seiner geistigen Einbußen aber nicht in der Lage ist, seinen Standpunkt zu korrigieren, kann es leicht zu Konflikten kommen, wenn man ihn auf seine fehlerhafte Auslegung der Realität hinweist und versucht, ihn von der tatsächlichen Realität zu überzeugen. Der Kranke verteidigt seine Sicht der Welt, denn er ist von seiner Realität genauso überzeugt wie der gesunde Mensch von seiner. Dies muß irgendwann zur Isolierung des Kranken führen, wenn die Menschen seiner Umgebung nicht versuchen, sein Verhalten auch aus seiner Lebensgeschichte heraus zu verstehen und in aktuellem Verhalten Anklänge an frühere Gewohnheiten zu entdecken.

Das scheinbar verwirrte Umherlaufen des Kranken oder irgendwelche sinnlos erscheinenden Handlungen sind vielleicht auch der Versuch des Kranken, in der für ihn so zerrissen und sinnlos erscheinenden Welt Sicherheit zu finden. Wenn ein Demenzkranker seine Betreuungsperson als seine Mutter bezeichnet oder wegläuft und sagt, er möchte nach Hause, so drückt er damit vielleicht nur seinen Wunsch aus, Geborgenheit und Vertrautes zu finden, dorthin zu gehen, wo er sich sicher fühlt und wo er hingehört. Auch

das oft klammernde Verhalten der Demenzkranken, die nicht mehr von der Seite ihrer Betreuer weichen, drückt vielleicht diesen Wunsch aus.

Es ist dann meist sinnvoller, dem Kranken die emotionale Zuwendung zu geben, die er sucht, als ihn davon überzeugen zu wollen, wer man wirklich ist oder wo er sich gerade befindet. Hier muß man abwägen und versuchen, sich auf den Kranken einzustellen. Das Schaffen von Orientierungshilfen, etwa durch Kalender, großen Uhren oder Hinweisen an Türen, kann viel Sicherheit geben, wenn sie von den Kranken noch verstanden werden. Oft kommt es aber gar nicht so sehr auf die zeitliche und örtliche Orientierung an als vielmehr auf Zuwendung und Geborgenheit. Was für den einzelnen Kranken im aktuellen Moment wichtiger ist, dies zu entscheiden ist eine Aufgabe, die wir nur mit viel Einfühlungsvermögen lösen können.

Aus den hier dargestellten Überlegungen ergibt sich als wesentliches Prinzip für den Umgang mit Demenzkranken, daß einerseits Korrekturen und bisweilen auch deutliche Einschränkungen des dementiell gestörten Verhaltens notwendig sind (i.S. "liebvoll-fürsorglicher Autorität", Bruder, 1988), daß dies aber andererseits im notwendigen Ausmaß relativiert werden muß durch ein mitgehendes Verständnis für die Welt des demenzkranken Menschen. Die zentrale Bedeutung der emotionalen Zuwendung, die häufig wichtiger wird als die Orientierung in der Realität (der Gesunden) ergibt sich hierbei von selbst.

Im folgenden sollen abschließend zu dieser Diskussion einige therapeutische Konzepte dargestellt werden, in denen dieses Verständnis als wesentliche Grundlage für die Arbeit mit demenzkranken Menschen umgesetzt wird.

➡ **Selbsterhaltungstherapie**



Die Selbsterhaltungstherapie (SET) wurde bereits oben als kognitiv orientiertes Verfahren dargestellt. Aus der Beschreibung dieses Ansatzes ging aber bereits hervor, daß der Grundansatz dieses Konzepts, in dem das "Selbstwissen" der Kranken gefördert und damit deren Selbstwertgefühl erhalten werden soll, eine große inhaltliche Nähe zu den hier geführten Überlegungen eines "verstehenden Zugangs" aufweist.