

# Soziotherapie und psychologische Verfahren bei dementen Patienten

**T. Bernhardt, L. Frölich**  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Heinrich-Hoffmann-Str. 10  
60528 Frankfurt am Main

## Einleitung

Seit Beginn der 2. Hälfte dieses Jahrhunderts entwickeln sich Umschichtungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Bedingt durch eine gestiegene und weiter steigende Lebenserwartung sowie den Geburtenrückgang nahm der Anteil der alten Menschen ständig zu. Die heutige und mehr noch die zukünftige Gesellschaft der Industriestaaten wird also durch eine "Vergreisung" geprägt sein. Zur Zeit sind etwa 15% der Bevölkerung in den Ländern Europas über 65 Jahre alt mit steigender Tendenz. Das Lebensalter ist der bedeutsamste Risikofaktor für Demenzen jeder Ätiologie, insbesondere auch für die Alzheimer Krankheit.

Diese Verschiebung in der Altersstruktur hat entscheidende Auswirkungen auf medizinischer und psychologischer Ebene. Da es bisher noch keine Kausaltherapie in der Behandlung degenerativer Demenzen gibt, müssen vorhandene Therapieansätze zu einem sinnvollen Behandlungskonzept integriert werden. Hierbei spielen nichtmedikamentöse Therapieansätze eine wichtige Rolle, die durchaus erfolgversprechend sein können, wenn die Indikation zu ihrem Einsatz richtig gestellt wird und die Grenzen der Erfolgsaussichten beachtet werden.

Klinische Studien, die mit denen zur Pharmakotherapie vergleichbar wären, liegen nicht vor, aber aus den vorhandenen Studien lässt sich eine unstrittige Wirksamkeit ableiten.

## Ein therapeutisches Gesamtkonzept

Allgemein geht die Therapie der Demenzen von einem integrativen Gesamtkonzept aus, in dem Aspekte der Pharmakotherapie, der psychologischen Therapien und der Soziotherapie miteinander kombiniert werden (Abb.1). Die einzelnen Bausteine dieses Gesamtkonzeptes sollen auch in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium aufeinander abgestimmt werden.

Im folgenden Beitrag sollen die nichtmedikamentösen Ansätze näher beleuchtet werden.

Psychologische Ansätze umfassen Verfahren, die auf das Individuum abzielen, soziotherapeutische Maßnahmen setzen sich die Beeinflussung von Umgebungsvariablen zum Ziel.

## **Abbildung 1: Integration verschiedener Therapieansätze ( siehe unten )**

### Allgemeine Vorbemerkungen

Reine psychotherapeutische Methoden setzen auf die aktive Mitarbeit des Patienten und sind daher nur bei leichten Demenzen durchführbar. Neben stützenden und gesprächstherapeutischen Anteilen werden auch kognitive Psychotherapieverfahren eingesetzt. Fokus der Therapie ist hier nicht nur der Umgang mit den kognitiven Defiziten, sondern auch die Trauerarbeit bezüglich der zunehmenden Einengung der Lebensperspektiven bis hin zur drohenden Pflegebedürftigkeit. Weiterhin werden übende Verfahren von grundlegenden Funktionen eingesetzt. Das Training neuer kognitiver Strategien soll einen möglichst engen Bezug zu den alltäglichen Gedächtnisproblemen der Patienten herstellen. Verhaltenstherapeutische Techniken orientieren sich an allgemeinspsychologischen Prinzipien des Lernens und Erinnerns und können je nach Krankheitsstadium unterschiedlich gut eingesetzt werden.

Bei Schwerstdementen richten sich die Interventionsmöglichkeiten auf die psychologische Begleitung und Beratung von Familienangehörigen und Bezugspersonen.

## **Milieuthherapie**

Im milieutherapeutischen Ansatz sind Versorgungsstrukturen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen, zur aktivierenden Pflege von Patienten und zur Informationsvermittlung über die Erkrankung zu schaffen. Selbsthilfegruppen für Angehörige haben sich für die Krankheitsbewältigung und -begleitung sehr bewährt. Die rechtliche, finanzielle und soziale Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen sollte gewährleistet sein. Um die unterschiedlichen Therapieelemente sinnvoll aufeinander abzustimmen, ist erheblicher organisatorischer Aufwand sowohl von Seiten des Arztes als auch von Seiten der Angehörigen notwendig.

Zu den allgemeinen Leitlinien zur Lebensführung gehört eine feste Strukturierung des Tagesgeschehens für den Demenzen mit definierten Fixpunkten wie Mahlzeiten, aber auch regelmäßig eingeplanten Spaziergängen ebenso wie Ruhezeiten (Wettstein & Hanhart, 2000). Es sollte der im Einzelfall sehr schwierige Weg zwischen Über- und Unterforderung des Patienten gesucht werden. Eine Veränderung von Umgebungsfaktoren, die für gesunde Alte vielleicht nur geringfügig erscheint, kann bei Demenzen einen verhältnismäßig großen Effekt hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bedeuten. Eine zu starke Stimulation kann rasch zu Überforderungen im Sinne von leistungshemmendem Stress führen. Hier ist es wichtig, die persönliche Kompetenz des Individuums und den Aufforderungscharakter der Umgebung in Balance zu bringen (Lawton, 1981).

Um den Stress der Gewöhnung an Neues möglichst klein zu halten, sollten schon frühzeitig Überlegungen angestellt werden, ob, wann und gegebenenfalls welche komplementären Angebote (z.B. Sozialstationen, Mobilitätsdienste, Tagespflegeeinrichtungen, siehe Abbildung 2) zur Entlastung der Pflegenden, zur optimalen Nutzung der Reserven und zur Erhöhung der Lebensqualität des Patienten im Einzelfall zu nutzen wären (APA 1997).

### ***Abbildung 2: Versorgungsmöglichkeiten für Demenzkranke ( siehe unten )***

## **Kognitives Training**

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, dass es bei gesunden alten Menschen möglich ist, ein im Alternsprozess eingetretenes Defizit durch kognitives Training wieder auszugleichen, wobei der trainingsbedingte Zugewinn etwa dem altersbedingten Verlust entspricht. Zudem gibt es gut standardisierte Trainingsprogramme für gesunde Alte (z.B. Oswald & Rödel, 1995).

Bezüglich dementer Patienten sind die Untersuchungsergebnisse widersprüchlich. Unstrittig ist bei demenzten Patienten ein deutlich erschwerter Lernerwerb, besonders bei kognitivem Training. Dennoch können auch Trainingsstrategien im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes berücksichtigt werden. Insbesondere in den allerfrühesten Phasen der Erkrankung, in welcher der Patient selber noch gut mitarbeiten kann, ist dieser Weg erfolgversprechend.

Je alltagsnäher ein solches Training angelegt ist, desto wahrscheinlicher werden beim spielerischen Lernen gleichzeitig mehrere Kanäle (verbal, visuell, haptisch, prozedural) benutzt und damit auch trainiert. Je mehr beim Training motorische Elemente angesprochen und geübt werden, desto eher ist ein Trainingserfolg zu erwarten.

Wenn allerdings nur das trainiert wird, was aufgrund der Demenz zunehmend beeinträchtigt ist, besonders also das spontane verbale Gedächtnis, droht rasch Überforderung. Ein indirekter Weg zur Gedächtnisverbesserung ist das Training des Umgangs mit Gedächtnishilfen, das hinsichtlich der Alltagskompetenz der Patienten erfolgreich sein kann (APA 1997).

Einige Studien konnten bei Personen mit der Diagnose seniler Demenz innerhalb der Trainingsphase kurzfristige Leistungsverbesserungen feststellen, die nach dem kognitiven Training wieder verschwanden (z.B. Zarit, Zarit & Reeve, 1982).

Eine kombiniertes Training aus Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsaufgaben bei einer Gruppe von Personen mit Demenzen vom Alzheimer- und vom vaskulären Typ zeigte größtenteils keine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Beck, Heacock, Thatcher, Mercer, Sparkman & Roberts, 1985).

Mit der Face-Name-Methode, bei der eine Verbindung des Namens einer Person und prägnanten Merkmalen seines Gesichtes hergestellt wird, konnten in einer Studie mit acht Demenzpatienten nur bei einer Person Leistungsverbesserungen festgestellt werden (Bäckman, Josephsson, Herlitz,

Stigsdotter & Viitanen, 1991).

Andere Untersuchungsbefunde sprechen dafür, dass kognitive Techniken nur bei leichten Demenzerkrankungen Leistungsverbesserungen bewirken können (Yesavage, 1982; Yesavage, Westphal & Rush, 1981).

Bei fortschreitender Demenzerkrankung ist der Einsatz von Mnemotechniken durch die Verlangsamung kognitiver Verarbeitungsprozesse und die Beeinträchtigung aktiver Informationsverarbeitung begrenzt (vgl. Jorm, 1986; Salthouse, 1980).

Um möglichst signifikante Leistungssteigerungen zu erzielen, empfiehlt Wilson (1989), ein individuelles Trainingsprogramm aufzustellen, das abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und der Art des kognitiven Ausfallmusters für den Patienten geeignete Mnemotechniken trainiert.

### **Verhaltenstherapie**

Psychotherapeutische Maßnahmen setzen auf die aktive Mitarbeit des Patienten und sind daher nur bei leichten Demenzen durchführbar. Verhaltenstherapeutische Methoden dagegen können je nach Stadium der Erkrankung eingesetzt werden.

Die verhaltenstherapeutischen Techniken orientieren sich an allgemeinspsychologischen Prinzipien des Lernens und Erinnerns und machen sich, abhängig vom Schweregrad der Demenz, die Methoden des klassischen und operanten Konditionierens zu Nutze. Mit diesen Verfahren wird versucht, störende Verhaltensweisen abzubauen und Selbständigkeit und Alltagskompetenz zurückzugewinnen.

Auch die Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie werden bei leichteren Demenzen eingesetzt. Die Übung grundlegender Funktionen und das Training neuer kognitiver Strategien sollen einen möglichst engen Bezug zu den alltäglichen Gedächtnisproblemen der Patienten herstellen.

Teri et al. (1991) haben dieses Verfahren zur Behandlung der depressiven Begleitsymptomatik bei Alzheimer-Kranken mit Erfolg eingesetzt.

Ehrhardt et al. (1998) haben ein Verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining (VKT) für Patienten mit beginnender Alzheimer-Demenz entwickelt. Dieses Training hat zum Ziel, den Patienten bei der Bewältigung der Diagnose seiner Erkrankung zu unterstützen, vorhandene persönliche Ressourcen zu aktivieren und depressiven Symptomen entgegenzuwirken. Das VKT ist für Einzel- oder Kleingruppentherapie konzipiert und beinhaltet Therapieplanung und Verhaltensanalyse, Psychoedukation, Stressmanagement, Aktivitätsaufbau, Förderung sozialer Kompetenz und Modifikation depressiogener Kognitionen.

### **Angehörigenbetreuung und -beratung**

Ein wichtiger Bestandteil des integrativen Therapiekonzeptes ist die Einbeziehung des Angehörigen in die Behandlung. Zu Beginn der Erkrankung steht die Information und Aufklärung über die vorliegende Erkrankung und die Beratung über externe Hilfen wie ambulante Dienste, Tagesstätten und Kurzzeitpflege im Vordergrund. In Angehörigengruppen besteht die Möglichkeit zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch und zur Vermittlung von Wissen über die Krankheit. Ein wichtiger Faktor der Angehörigengruppe ist auch die Aufrechterhaltung von Außenkontakten, da pflegende Angehörige oft gezwungen sind eigene Interessen zurückzustellen oder gar aufzugeben.

In Anbetracht des hohen Stellenwerts, den die Demenzen zukünftig einnehmen werden, entsteht allmählich ein bundesweites Netz von Angehörigen-Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und speziellen Pflegeeinrichtungen, zumeist getragen von einer regionalen Alzheimer Gesellschaft und unterstützt von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Kontaktadresse: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Kantstraße 152, 10623 Berlin, Tel. 030-31505733).

### **Andere Therapieverfahren**

Neben Verhaltenstherapie und kognitiven Trainingsmaßnahmen stehen weitere therapeutische Maßnahmen zur Verfügung, die eine Wirksamkeit zeigen und ergänzend eingesetzt werden können.

### **Realitätsorientierungstraining ( ROT )**

In späteren Stadien einer Demenzerkrankung, wenn der Einsatz internaler Strategien keine Leistungssteigerungen mehr bewirken kann, ist es sinnvoll, den Patienten durch externe Gedächtnishilfen zu unterstützen, um Gedächtnisprobleme zu kompensieren und Orientierungshilfen zu geben.

Das Realitätsorientierungstraining (Folsom, 1968) wurde für institutionalisierte Demenz-Patienten entwickelt und zielt vor allem auf die Verbesserung der zeitlichen und örtlichen Orientierung ab. Die Patienten werden bei dieser Methode vom Pflegepersonal durchgehend auf ihre konkrete Situation (Tag, Uhrzeit, Jahreszeit, Ort usw.) hingewiesen. Das ursprüngliche Verfahren besteht aus zwei Komponenten, dem "Classroom-ROT" und dem "24 Stunden-ROT". Im "Classroom-ROT" wird der Patienten in Gruppensitzungen über wichtige Informationen seiner Umgebung informiert. Das "24 Stunden-ROT" ist auf den einzelnen Demenzkranken ausgerichtet, dabei wird der Patient bei jedem Kontakt mit der pflegenden Bezugsperson an seine konkrete Situation erinnert. Sowohl das Classroom-ROT als auch das 24-Stunden-ROT sind durch ihre starke Strukturierung sehr unflexibel und zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse und Defizite des Patienten ausgerichtet.

Resultate aus kontrollierten Studien zum Realitätsorientierungstraining deuten darauf hin, dass die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit nur dann aufrechterhalten werden kann, wenn auch das Training beibehalten wird (z.B. Baines, Saxby & Ehlert, 1987; Reeve & Ivison, 1985).

### **Biographiearbeit**

Biographische Methoden versuchen die Erinnerung des Demenzkranken aufrechtzuerhalten und den Verlust der personalen Identität aufrechtzuerhalten. Es wird versucht, die Erinnerung an die eigene Lebensgeschichte durch Materialien wie Bücher, Fotoalben, Musikstücke, Zeitungsausschnitte anzuregen und zu erleichtern.

### **Selbsterhaltungstherapie ( SET )**

Die Selbsterhaltungstherapie (Romero 1992) kommt dem biographischen Ansatz sehr nahe. Sie ist ein neuropsychologisches Verfahren zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit und versucht die personale Identität des Erkrankten durch Überlernen selbstbezogenen Wissens möglichst lange aufrechtzuerhalten.

Die personale Kontinuität wird nach dieser Theorie durch folgende Faktoren verletzt:

- Verletzung der personalen Kontinuität
- Erlebnisarmut
- Veränderungen von Persönlichkeit und Gefühlsleben
- Verlust des Selbstwissens

Durch die Förderung relativ gut erhaltener psychischer Funktionen schafft die Therapie sichtbare Erfolge für den Patienten und trägt zur Stützung des Selbstwertgefühls bei.

### **Validation**

Die Validations-Therapie (Feil 1990) hat mit dem biographischen Ansatz gemeinsam, dass sie versucht, die individuelle Welt des Kranken zu akzeptieren und zu respektieren. Es handelt sich dabei eher um Umgangsprinzipien mit dem Erkrankten als um ein Therapieverfahren. Es wird versucht, die Sichtweise des Demenzkranken als valide zu betrachten, ohne sie an die Realität anpassen zu wollen.

### **Musiktherapie**

Besonders für Patienten, deren verbale Kommunikationsmöglichkeiten krankheitsbedingt stark eingeschränkt sind, steht dieses kreative Verfahren zur Verfügung. Je nach Krankheitsstadium kann der Patient mit präsentem Material oder durch eigene Gestaltung Gefühle wiedererleben.

Der Musik werden ordnende, strukturierende Eigenschaften zugeschrieben: sie ist kreativitäts- und bewegungsfördernd, emotionalisierend, erinnerungsauslösend und fördert Gemeinschaftserleben und Interaktionen (Muthesius, 2000). In einer Meta-Analyse von Smeijsters (1997) über die Effekte von Musiktherapie bei Alzheimerpatienten zeigen die untersuchten Studien eine Verbesserung oder zumindest eine Stabilisierung der nicht-kognitiven dementiellen Symptomatik. Musiktherapie kann

psychomotorische Unruhe, Weinen, aber auch aggressives Verhalten verringern, fördert soziales Verhalten und verbessert die Realitätsorientierung.

### **Diskussion**

Bei nicht-medikamentösen Therapieansätzen der Behandlung von Demenzen steht die Förderung geistiger Gesundheit und die Erhaltung von Selbständigkeit im Vordergrund. Die Ausrichtung auf noch vorhandene Kompetenzen und nicht auf die Defizite entspricht einem rehabilitativen Ansatz. Je nach Krankheitsstadium und Neigungen des Patienten sollen die verschiedenen Verfahren individuell ausgewählt und miteinander kombiniert werden.

Es stehen verschiedene Ansätze (Tabelle 1) mit unterschiedlichen Zielen zur Verfügung, die zeitlich begrenzt ähnlich wie die medikamentöse Therapie auch Wirksamkeit in der Behandlung der Demenzen zeigen.

So sehr solche Verfahren häufig von Angehörigen erwünscht sind, so stehen doch die Notwendigkeit einer speziellen Kompetenz des Therapeuten und der hohe Aufwand bei einem korrekten individualisierten Einsatz einer breiten Anwendung entgegen. Ebenso ist auch hier eine vernünftige Indikationsstellung unter Beachtung der Kontraindikationen zu beachten, die folgende Faktoren berücksichtigen sollte:

- Schwere der kognitiven Defizite
- Art der kognitiven Ausfälle (Gedächtnisstörungen versus Störungen des abstrakten Denkens und Urteilens)
- Persönlichkeitsfaktoren auf Seiten des Patienten
- Selbstwertgefühl und Kompetenz des Patienten

Alle diese Einflussfaktoren sind zur Zeit noch weitgehend unerforscht. In Zukunft sind kontrollierte Studien zum Wirksamkeitsnachweis nichtmedikamentöser Therapieansätze unbedingt notwendig, vielleicht auch in Kombination mit medikamentösen Therapiestrategien.

### ***Tabelle 1: Sozio- und psychologische Maßnahmen ( siehe unten )***

#### **Fazit**

- Soziotherapeutische und psychologische Therapiemaßnahmen haben eine unstrittige Wirksamkeit
- Pharmakotherapie und nichtmedikamentöse Ansätze sollten im Sinne eines therapeutischen Gesamtkonzeptes miteinander kombiniert werden
- Bei der Wahl der therapeutischen Maßnahme sollte das Krankheitsstadium ebenso wie individuelle Neigungen und vorhandene Ressourcen des Patienten berücksichtigt werden

## Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Integration verschiedener Therapieansätze

Abbildung 2: Versorgungsmöglichkeiten für Demenzkranke

Tabelle 1: Sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen

Therapieansatz	Therapeutisches Ziel
Milieutherapie	Therapeutisches Umfeld
Kognitives Training	Kognitive Defizite
Verhaltenstherapie	Umschriebenes Verhalten
Realitätsorientierungstraining	Orientierung
Selbsterhaltungstherapie	Personale Identität
Validation	Individualität
Musik- und Kunsttherapie	Kreativität

## Literatur

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of later life. Am J Psychiatry 1997; 154: (Suppl.) 1-39

Baines S, Saxby P & Ehler K. Reality orientation and reminiscence therapy: A controlled cross-over study of elderly confused people. British Journal of Psychiatry 1987; 151:222-231

Bäckman L, Josephsson S, Herlitz A, Stigsdotter A & Viitanen M. The generalizability of training gains in dementia: Effects of an imagery-based mnemonic on face-name retention duration. Psychology and Aging 1991; 3: 489-492

Beck C, Heacock P & Mercer S. The impact of cognitive skills remediation training on persons with Alzheimer's disease and mixed dementia. Journal of Geriatric Psychiatry 1988; 21: 73-88

Ehrhardt T, Hampel H, Hegerl U & Möller H-J. Das Verhaltenstherapeutische Kompetenztraining. Z Gerontol Geriat 1998; 31:112-119

Feil N. Validation: Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. DelleKarth, Wien 1990

Folsom J. Reality orientation for the elderly mental patient. Journal of Geriatric Psychiatry 1968, 1: 291-307

Jorm AF. Controlled and automatic information processing in senile dementia: A review. Psychological Medicine 1986; 16: 77-88

Lawton MP. Sensory deprivation and the effect of the environment on management of the patient with senile dementia. In: Miller N. E. Clinical aspects of Alzheimer's disease and senile dementia. Raven, New York (1981) 227-251

Muthesius D. Gefühle altern nicht: Musiktherapie mit dementen Patienten. In: Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Referate auf dem 2. Alzheimer Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Berlin, 9.-11. September 1999. Berlin 2000

Oswald WD & Röde, G (1995). Das SIMA-Projekt. Gedächtnistraining. Ein Programm für

Seniorengruppen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Reeve W & Ivison D. Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients. *Age and Ageing*, 1985; 15: 119-121

Romero B. Selbst-Erhaltungs-Therapie: Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Z Gerontopsychol und Gerontopsychiat* 1992; 5: 267-82

Salthouse TA (1980). Age and memory: Strategies for localizing the loss. In: L.W.Poon, J.L.Fozard, L.S.Cermak, D.Arenberg, & L.W.Thompson (Eds.), *New directions in memory and aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

Smeijsters H. Musiktherapie bei Alzheimerpatienten - Eine Meta-Analyse von Forschungsergebnissen. *Musiktherapeutische Umschau* (1997); 18: 268-283

Teri L, Gallagher-Thompson J. Cognitive Behavioural interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *Gerontologist* 1991; 31: 413-415

Wettstein A, Hanhart U Milieu. Therapy for patients with dementia. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000; 89: 281-86

Wilson BA (1989). Designing memory therapy programs. In: L.W.Poon, D.C.Rubin, & B.A.Wilson (Eds.), *Everyday cognition in adulthood and late life*. (pp. 615-638). Cambridge: Cambridge University Press

Yesavage JA. Degree of dementia and improvement with memory training. *Clinical Gerontologist*; 1982, 1: 77-81

Yesavage JA, Westphal J & Rush L. Senile dementia: Combined pharmacologic and psychologic treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1981; 29: 164-171

Zarit SH, Zarit JM & Reever KE. Memory training for severe memory loss: Effects of senile dementia patients and their families. *Gerontologist*; 1982, 22: 373-377