

# DEMENZ und PSYCHOSOMATIK

Dr. med. Nina Sauer

Klinik für Psychosomatische Medizin

Henriettenstiftung

# Ausschlusskriterien für Psychotherapie ?

- in der Regel demenzielle Störung ?
- kognitive Beeinträchtigung MMS <24 ?????
- akute psychotische Störung
- erhebliche Schwerhörigkeit
- Substanzmissbrauch

# MMS

- Die Skala reicht von 0 bis 30 Punkten, wobei 30 für uneingeschränkte, 0 für schwerstmöglich geschädigte kognitive Funktionen steht.
- Ab Werten unterhalb von 25 Punkten liegt eine krankheitswertige Beeinträchtigung vor. Eine Punktzahl von unter 20 weist auf eine leichte bis mittlere Demenz hin, eine schwere Form liegt bei einer Punktzahl von unter 10 vor.

# Psychotherapie bei Älteren

- **10-12%** älterer Menschen leiden unter psychischen Störungen mit Indikation zur psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung oder Beratung (Radebold 2006)
- Anteil über 60-Jähriger in der Richtlinienpsychotherapie unter **1%** (Wolter-Henseler 1996, Zank 2002)
- Anteil psychisch kranker alter Menschen
  - **15%** bei Internisten
  - **20%** bei Allgemeinmediziner (Wolter-Henseler 1996)
- **27,6%** der stationär behandelten Patienten im geriatrischen Akutkrankenhaus haben psychische Beeinträchtigung (Elderman-Studie, Schneider et al. 2003)

# Psychotherapie bei Älteren

- Wirksamkeit von Früherkennung abhängig
- kurative Behandlung psychogene funktionelle Störungen unabhängig vom Lebensalter möglich (EldermanStudie, Schneider et al. 2003, Heuft 2006)
- Selbst bei schwerwiegender Demenz - Hinweise auf Wirksamkeit von psychosozialen und milieutherapeutische Maßnahmen unter Berücksichtigung der Biographie
- Bestandteile eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes:
  - Behandlung und Aufklärung der Erkrankten
  - Unterstützung pflegender Angehöriger
  - Kombination verschiedener Therapieverfahren

# Psychotherapie bei Älteren

- Anstieg über 60-jähriger Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation (Lange et al. 2001)
- Günstige Prognose:
  - minimale adäquate Interventionen
  - zielgerichtete Therapiemotivation (geringere Therapiestunden)
  - angepasste Wohlbefindensregulation
  - individuelle Bewältigungsressourcen, trotz Multimorbidität bei körperlicher Erkrankung  
(Maerker et al. 2004)
- Fähigkeit der synaptischen Plastizität bleibt im Alter erhalten und nimmt durch Training auch zwischen 50.-80. LJ signifikant zu (Cohen-Mansfield 2001)

# Psychische Störungen bei über 65-Jährigen (Bickel 2003)

- 10-14%: Dementielle Erkrankungen mit zunehmender Progression ab 65 Jahren
- **10-25%: Depression - häufigste Störung**
- 1-2,5%: Paranoid-halluzinatorische Störung
- 5-10%: Alkoholkrankheit
- Wichtigster Grund bei Entstehung von Pflegebedürftigkeit: Demenz

# DD

- Neben neurodegenerativen Hirnveränderungen einer Demenz können auch Depressionen zu erheblichen Einschränkungen der kognitiven Funktionen führen
- Untersuchung von 1000 Patienten der Essener Memory-Clinic:
- 25% der Untersuchten mit V.a. Demenz im Alter litten unter
  - Depression
  - Angst
  - Somatoforme Störung
  - Persönlichkeitsstörung
  - akute Belastungsreaktion
- Demenzangst // somatoforme Störung
  - Heuft et al. 1997, 2006

# Demenz im Frühstadium

## Wahrnehmung und Bewältigung

- Degenerative Demenzerkrankung bisher keine kausale Therapie (Stechl et al. 2007)
- Entwicklung psychosozialer Interventionen enorm bedeutsam
- nur fortgeschrittene Stadien präsent: Demenz mit Verwirrtheit, Kontrollverlust und vollkommener Abhängigkeit verbunden
- Hindernis für Früherkennung und Förderung von Stigmatisierungsängsten

# Krankheitserleben aus der Innenperspektive (65 Jahre+):

- kognitive und funktionelle Defizite werden wahrgenommen
  - 1/3 führen dies auf Demenz zurück
  - ein Großteil auf altersbedingte Defizite
  - Betroffene mit präseniler Demenz: durch psychischen Stress und organische Faktoren (Wechseljahre)
- Menschen mit Demenz haben ähnliche Alters- und Demenzstereotypen verinnerlicht wie gesunde Menschen

# Bewältigungsstrategien

- Verbindung der wahrgenommenen Defizite mit bedrohlichem Krankheitszustand:
  - Lebensstilkontinuität
  - soziale Akzeptanz
  - Autonomie
- Problemzentrierte Bewältigung:
  - Erhalt der geistigen und funktionellen Leistungsfähigkeit: Üben, Medikamenteneinnahme, Prioritätensetzung, Kompensationshilfen (Erinnerungshilfen)
- Emotionszentrierte Bewältigungsstrategien:
  - Verminderung & Ausschaltung negativer Emotionen: Abwehr, Vermeidung, Verleugnung
- Erfolgreiche Bewältigung: Integration von problemzentrierter und emotionszentrierter BS-  
**Integration von Demenz ins Selbstbild**

# Anosognosie als Bewältigungsstrategie

- Betroffenen wird Selbstreflexion, bewusste Verhaltenssteuerung (Rutenkröger 2006), Scham, Bedürfnis nach Achtung, Respekt (Sabat 2001) abgesprochen
- ABER Betroffene: wissen um überfordernde Situationen und deren Vermeidung
- Fehlende Krankheitseinsicht aus psychosozialer Sicht  
**Selbstschutzmechanismus** zur
  - Emotionsregulierung und Selbstwertstabilisierung
  - Widerstand gegen Stigmatisierung
  - Verteidigung der Autonomie – sichtbar im Verhalten: Verleugnung, Verbergen, Vermeidung, Widerstand, positive Selbstdarstellung
  - Cheston et al. 2004
- Bei fortschreitendem Abbauprozess: Einschränkung, eigene Leistungsfähigkeit zu aktualisieren: Fehleinschätzung der eigenen Kompetenz
- Je höher das Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial, desto mehr organisch bedingte Anosognosie (Kessler & Supprian 2003)

# Effizienz spezifischer neuropsychologischer und klinisch-psychologischer Interventionen im Alter

(Gatterer 2007)

- Geriatrisches Assessment: körperlicher und psychischer Ist-Zustand & soziale Lebenssituation
- Psychologische Diagnostik: affektive Befindlichkeit, Augenmerk auf Multimorbidität, kognitive Ressourcen und Defizite, Diagnostik & Schweregrad demenzieller Erkrankungen
- Einleiten multiprofessionell ausgerichteter Maßnahmen: für den Betroffenen selbst, seine soziale Umwelt oder Wohnbedingungen
- Ergänzung der neuropsychologischen Maßnahmen durch psychotherapeutische Interventionen und Betreuung der pflegenden Angehörigen und professionellen Helfer
- Positive Auswirkungen durch Begleitkonzepte für betreuende Angehörige - signifikante Verzögerung der Institutionalisierung (Brodaty et al. 1997)
- Kombination mit medikamentösen Maßnahmen sinnvoll

# Klinisch-psychologische Maßnahmen

- Im Verlauf der Demenz: Wechsel von primär übenden Maßnahmen zu emotionalen und milieutherapeutischen
- Ziel der nichtmedikamentösen Behandlung:
  - Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Selbständigkeit
  - Verbesserung des Selbstwertgefühls, des Gefühls der Kompetenz trotz Defiziten
  - Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität mit personenzentriertem Ansatz

# Prävention

- Verhinderung & Hinauszögerung kognitiver Störungen/Abbausyndrome im Alter und Erhaltung der Kompetenz
- Sehr leichte Defizite, geistig aktive gealterte Menschen
- Förderung der
  - **geistigen** (verbal orientiert, gezieltes Training-Gedächtnis, Speed, Lernfähigkeit, Flexibilität im Denken)
  - **körperlichen** Leistungen (motorisches Training: Beweglichkeit und Kraft, Wechselwirkung mit psychischen Faktoren (Sturzprophylaxe)
  - „Use it or lose it“, regelmäßig 3x pro Woche, lebenslanges Training
- Beratung über Alterungsprozess

# Prävention

- **Langzeitstudien** (Ravaglia et al. 2005, Lindsay et al. 2002, Riley & Snowdon 2005):
  - höhere Schulbildung
  - höhere linguistische Fähigkeiten
  - mehr grammatikalische Komplexität
  - mehr Ideendichte
  - bessere Schreibfähigkeit
  - bessere Gedächtnisleistung
  - mehr Aktivität
- **geringeres Risiko an Demenz zu erkranken**

# Rehabilitative Maßnahmen

- Bei leicht–mittelschweren kognitiven Krankheitsbildern
- Verbal-orientierte, vom Schwierigkeitsgrad aufbauende Trainingsprogramme und nonverbale, emotionale, kreativ-therapeutische Maßnahmen zur Motivation
- Nützen vorhandener Ressourcen – Altgedächtnis, Biographie, sozialen Automatismen
- Ergänzung der therapeutischen Maßnahmen durch spezifische Programme für Demenzerkrankte: Realitäts-Orientierungs-Training, Selbsterhaltungstherapie ect.

# Rehabilitative Maßnahmen

- Verbesserung in Teilbereichen, Lebensqualität vor Funktionalität
- langer Verbleib oder Reintegration in Wohnsituation oder bessere Integration in neue Wohnsituation – Heim
- Kompensation reduzierter Fähigkeiten durch andere
- Substitution durch Einsatz von Hilfsmitteln
- Positive psychische Verarbeitung auch schwieriger Situationen
- Veränderung der Zukunftsperspektive: Konzentration auf die nahe Zukunft
- Fähigkeit, Unsicherheit zu ertragen
- (Kruse 1991)

# Rehabilitative Maßnahmen

- Effektivität für Alzheimer Demenz uneinheitlich
  - positive Ergebnisse neuropsychologisches Training bei Alzheimerpatienten mit leichter Beeinträchtigung: nach 24 TE deutliche Leistungsverbesserung (Löwenstein et al. 2004)
  - multimodales Programm im Pflegeheim, 70-99 Jahre, Kombination von kognitiver und körperlicher Aktivierung und biographisches Aktivierungsprogramm, fortgeschrittene Demenz
    - positive Effekte auf kognitive Leistungsfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens und Sturzhäufigkeit
- Umstritten Transfer in den Alltag (Cahn-Weiner et al. 2003)

# Multiprofessionelles Management schwerer Störungsbilder

- Verbesserung der Stimmung
- Hohe Lebensqualität durch kreative Therapien (Musik- und Kunsttherapie) und Nutzen von Automatismen, keine verbale und übende Maßnahmen
- Besondere Bedeutung: emotional stimulierende therapeutische Interventionen (Tiere, Garten, Kinder)
- Individualisierte, biographisch orientierte Programme effektiver als globale Trainings – wesentlich Spaßfaktor
- Kombination mit körperlichen Übungen günstig
- Keine Überforderung
- Trainingsprogramme werden von psychosozialen Betreuungsprogrammen abgelöst

# Psychosoziale milieutherapeutische Ansätze

- Bei fortgeschrittener Demenz: Abbau von Demenzstationen, Einrichten Therapiegärten
- Angewendetes klinisch-psychologisches Wissen: Farbe, Orientierungshilfen, Lerntheorie: positive Auswirkungen auf Betroffene (weniger Verhaltensauffälligkeiten, Verbesserung der Stimmung, längerer Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit)
- Bei professionellen Betreuern: Senkung der Burn-out-Rate, höhere Arbeitszufriedenheit (Gatterer & Croy 2005)

# Angehörige, angehörige Pflegende, professionelle Helfer, nicht-professionelle Helfer

- **Betreuung stellt extreme Belastung dar:**
  - Betreuer mit erhöhten Depressionswerten
  - psychiatrischen Symptomen
  - reduzierter Immunstärke
  - (Gräsel 2002)
- **Feindseliges Verhalten:**
  - belastend für Angehörige
  - führen zur Klinikeinweisung und Heimüberführung

# Depression among caregivers

- Im Vergleich zu nicht depressiven Angehörigen:
  - Depressive Familienangehörige konsultieren häufiger den Arzt
  - Waren häufiger in schlechtem Gesundheitszustand
  - Pfligten häufiger Pflegebedürftige mit Demenz und Verhaltensstörungen
  - Pflege pro Tag länger
  - Oura et al. 2007

# Häusliche Pflege

## Grenzen selbständiger Lebensführung

- In Deutschland von Familien getragen, passt sich demographischen Wandel an, stabil
- Mehr Männer, Nachbarn, Bekannte in der Rolle der Hauptpflegeperson (92%)
- Aufwand: 36,7h/Woche, 5,2h/d
- Pflege bei Demenzerkrankten besonders großer Betreuungsbedarf
- 70% der Pflegeheimbewohner leiden unter einer Demenz (Hirsch & Kastner 2004)
- 83% der Hauptpflegepersonen empfinden Belastung als eher-sehr stark
  
- Schneekloth 2006, MuG III

- Nur 16% der Hauptpflegepersonen nehmen regelmäßig -
- 37% ab und zu –professionelle oder private Selbsthilfe oder organisierte Beratungs-Unterstützungsangebote in Anspruch
- Fast jede 2. Pflegeperson ohne Unterstützung
- Beratungsgespräche werden erst sehr spät begonnen

# Beratung und Unterstützung

- Edukation über Verlauf der Erkrankung, verschiedene Behandlungsoptionen
- Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Verhaltensstörungen
- Kontinuierliche Unterstützung in Selbsthilfegruppen und Beratungen – kurzfristige und längerfristige Entlastung
- Unterstützungsprogramme für pflegende Eheleute – signifikant längere Betreuungszeit zu Hause (Mittelman et al.1996, Brodaty et al.1997)
- PC-Programm: Ratgeber Demenz für Betreuer und Angehörige (2006): Information, kognitive Übungen, Biografiearbeit, pflegerische Maßnahmen

# Angehörige

- Von Angehörige: Kompetenzverlust wird generalisiert
- Destabilisierender Faktor: undifferenzierte subjektive Krankheitstheorie der Angehörigen
- Hochbelastete Angehörige sehen mehr Defizite

# Psychotherapeutische Maßnahmen psychosomatische Gespräche

- Psychotherapie und psychologische Begleitung bei Älteren mit kognitiven Einschränkungen als unterstützende Maßnahme
- Ziel: Betroffenen und Angehörigen emotionale Unterstützung zur besseren Krankheitsbewältigung
- Bewährt: Verhaltenstherapie, psychoanalytische Kurztherapie, Gesprächspsychotherapie mit Anpassung für ältere Menschen (Gatterer 2007)
- Psychotherapie mit Edukation und systemischen Fokus, sowie Biografiearbeit

# Psychotherapie

- Miteinbeziehung von Angehörigen
- Keine Reduzierung des Patienten auf seine Diagnose
- Vermeidung von Überfürsorglichkeit und Leistungsdruck
- Vermeidung von heftiger Kritik
- Keine Abschirmung des Patienten, Vermeidung von Isolation
- Keine Unter- oder Überforderung
- Aktive Beteiligung des Betroffenen: Niederschrift von Erinnerungen, künstlerische Ausdrucksformen

# Fazit

1. Demenz ist ein bio-psycho-sozialer, interaktiver, prozesshafter Vorgang
2. Einleiten multiprofessionell ausgerichteter Maßnahmen für den Betroffenen selbst, seine soziale Umwelt oder Wohnbedingungen
3. Ergänzung der neuropsychologischen Maßnahmen durch differenzierte psychotherapeutische Interventionen um Balance zwischen Eigenständigkeit und Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen herzustellen
4. Pflegende Angehörige in Pflegekonzept einbinden und deren Kompetenz stärken mit geeigneten Unterstützungsangeboten

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**