



Masterstudiengang

Seminararbeit

Resilienz und Demenz - ein Widerspruch?

Resilienz- und ressourcenorientierte Therapieformen
für Demenzkranke

Regula Bockstaller

Wald, Dezember 2008

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Masterstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

1	Vorwort	4
2	Einleitung	4
3	Altersbilder	5
	3.1 Paradigmawechsel	5
	3.2 Salutogenes und Alter	6
4	Demenzen	7
	4.1 Alzheimer Demenz	7
	4.2 Vaskuläre Demenz	8
	4.3 Seltenerer Formen	9
5	Resilienz im Alter	9
	5.1 Resilienzfaktoren	9
	5.2 Resilienzkonzepte	10
6	Resilienz und Demenz	11
	6.1 Angehörige	11
	6.2 Demenzkranke Menschen	12
7	Ressourcenorientierte Therapieformen	14
	7.1 SET, Selbsterhaltungstherapie	14
	7.2 Best-Friends-Modell	15
	7.3 Biographie- und Erinnerungsarbeit	15
	7.4 Validation	16
	7.5 Basale Stimulation	17
	7.6 Andere Formen	18
8	Diskussion	18
9	Abstract	21
10	Literatur	22

1 Vorwort

Resilienz und Demenz – das kann ja nur ein Widerspruch sein! Wie lässt sich noch etwas entwickeln und positiv verändern, wenn die Krankheit durch einen progredienten Verlauf gekennzeichnet ist? Diese Frage stellt sich mir im Zusammenhang mit meiner eben abgeschlossenen Bachelorarbeit zur Lebensqualität von Angehörigen, welche einen an einer Demenz erkrankten Menschen zuhause pflegen und den Vorlesungen zu Resilienz und Ressourcen. Resilienz als ein Gedeihen trotz widriger Umstände – ist das auch möglich, wenn die kognitive Fähigkeit verloren geht? Ist Entwicklung für Angehörige und Erkrankte möglich, vielleicht lebens- sogar „überlebenswichtig“ und die Förderung der Resilienz und ressourcenorientierte Therapieangebote Aufgaben der heutigen und zukünftigen Gesellschaft im Umgang mit Demenzen? Diesen Fragen will ich in dieser Literaturarbeit nachgehen.

2 Einleitung

Hohes Alter, verbunden mit Krankheit, manchmal sogar einer progredienten Krankheit, lässt vieles offen. So zum Beispiel auch die Frage, ob unter diesen Umständen Resilienz weiter entwickelt werden kann oder ob nur auf schon bestehende Fähigkeiten zurückgegriffen werden kann. Der Paradigmawechsel vom alten, kranken Lebensabend hin zum gesunden, erfolgreichen Altern, in dem die Ressourcen ein grösseres Gewicht in der Psychologie und den Gesundheitswissenschaften erhalten, lässt dennoch eine Lücke offen. Jene Lücke einer Lebensphase mit den schweren Erkrankungen, dessen Risikofaktor das Alter an sich darstellt. Wie können da Ressourcen gefördert, Resilienzfaktoren erhalten oder gar neu entwickelt werden?

In der vorliegenden Literaturarbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob Resilienz und Demenz überhaupt in Einklang zu bringen sind und wenn ja, mit welchen Mitteln und Methoden die Ressourcen und die Resilienz gefördert werden können.

Im einleitenden Teil werden Altersbildern und dem aktuellen Stand der Altersforschung Raum gegeben. Dabei beschränkt sich die vorliegende Arbeit auf zwei Gebiete: dem Paradigmawechsel und der salutogenetischen Altersforschung. Den Demenzen wird ein eigenes Kapitel gewidmet, um ein klareres Bild von der Erkrankung und der damit verbundenen kognitiven Einbusse zu erhalten.

Resilienz im Alter wird anhand verschiedener Konzepte und Modellen erläutert und mit dem alltäglichen Leben von Angehörigen und Demenzkranken verglichen.

Ressourcenorientierte Therapieformen stellen einen möglichen Weg dar, nicht gegen die Krankheit zu kämpfen, sondern mit der Krankheit für positive Lebenskonzepte, Zufriedenheit und Wohlbefinden einzustehen. Zum Schluss wird die eingangs gestellte Frage, ob Resilienz und Demenz überhaupt in Einklang zu bringen sind, diskutiert und die Erkenntnisse mit den ressourcenorientierten Therapieformen kritisch beleuchtet.

3 Altersbilder

3.1 Paradigmawechsel

Längst ist das Defizitmodell des Alters von Forschern wie Baltes (1989) und Höpflinger und Stuckelberger (1999) empirisch widerlegt worden. Geistig, psychisch und physisch gesunde, alte Menschen sind heute keine Ausnahme mehr.

Der Fokus der gerontologischen Forschung verlagert sich zunehmend von Fragen zum Alter hin zu Fragen des Alterns. Das Konzept des Alterns wird damit zum lebenslangen Prozess, bei dem aufgabenbezogene Lebensführung im Ruhestand wichtig ist. Gemäss Schmitt (2004) wird deutlich, dass sich „Leistungsfähigkeit auf der Grundlage des chronologischen Alters nicht prognostizieren lässt“ (S. 281).

Theorien des erfolgreichen Alterns unterscheiden sich in ihren Empfehlungen, wie Einbussen zu verringern und zu kompensieren seien, um das Wohlbefinden und die Lebensqualität aufrecht zu erhalten (Schelling & Martin, 2008). Verschiedenste Energiequellen wie z.B. sensomotorische, kognitive und körperliche Ressourcen spielen dabei eine wichtige Rolle, indem sie negative Effekte des Alterns im alltäglichen Leben abschwächen können.

Baltes und Baltes (1989) haben mit dem Modell der SOK, der selektiven Optimierung und Kompensation, aufgezeigt, wie diese negativen Effekte minimiert oder abgeschwächt werden können. Es muss aber, gemäss Lehr (2007, S. 66) davon ausgegangen werden, dass Baltes und Baltes, sonst eher Vordenker für ein neues Altersbild, von einem negativen Altersbild ausgehen, wenn die Selektion als eine Altersbewältigung angepriesen wird. Nichts desto trotz wird das SOK-Modell von vielen Autoren als ressourcenorientiertes Konzept in ihre Überlegungen eingebaut.

Schelling und Martin (2008) zeigen in ihrer Forschungsarbeit zu den Einstellungen zum eigenen Altern auf, dass die Einstellung zu eigenem Alter überwiegend von Ressourcen und den Veränderungen und weniger vom kalendarischen Alter abhängen. Das Alter wirkt in diesem Zusammenhang aber als Verstärker. Um dem Teufelskreis von abnehmenden Ressourcen, negativen Einstellungen zum Altern und den daraus folgernden Unterschätzungen und Unternutzung eigener

Ressourcen zu durchbrechen, schlagen sie, wie viele andere Autoren auch, präventive Massnahmen zur Erhaltung der Ressourcen und Verbesserung der Einstellung vor.

Joop und Leipold (2004) zeigen in ihrer Forschungsarbeit auf, dass sich keine klaren Unterschiede aufweisen lassen, wie junge und alte Menschen ihre eigenen Ressourcen subjektiv beurteilen. Sie vermuten, dass alte Menschen ihre Vergleichsmassstäbe anpassen und die Verluste mehr fokussieren. Diese Erkenntnisse sollten ihrer Ansicht nach in künftigen Forschungen berücksichtigt werden, um damit die Ressourcenfrage nicht abhängig vom Altern, sondern von der subjektiven Bedeutung zu beleuchten.

Diese Befunde lassen vermuten, dass der Paradigmawechsel gesellschaftlich stattgefunden hat, in den Köpfen des Individuums aber das Bild vom armen, kranken, alten Menschen noch immer tief verankert ist.

3.2 Salutogenes und Alter

Antonovskys Modell der Salutogenes, der Suche nach Ursachen für die Gesundheit, kann auch ins Alter und ins hohe Alter übertragen werden, so Wiesmann et al. (2006). Das Kohärenzgefühl bestimmt die Gesundheit und das Wohlbefinden. Die Verstehbarkeit, die Beeinflussbarkeit und die Bedeutsamkeit bilden gemäss Antonovsky (1987) die drei Komponenten des Gefühls der Kohärenz (SOC sense of coherence).

- Verstehbarkeit (comprehensibility): eine Person ist in der Lage, die Realität angemessen zu beurteilen.
- Beeinflussbarkeit (manageability): eine Person verfügt über die Fertigkeiten, mit den vielfältigen Anforderungen des Lebens fertig zu werden
- Sinnhaftigkeit (meaningfulness): Die Vorgänge der inneren und äusseren Welt werden als sinnhaft erfahren, nicht nur kognitiv, sondern auch emotional. (S. 16 f)

Diese drei Komponenten sind untrennbar miteinander verbunden, obwohl sie theoretisch voneinander unterschieden werden können. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl, desto gesünder die Person. Die Befunde zur Salutogenese werden durch die neuere Forschung der molekularen Genetik in Frage gestellt (Dorsch, 2004, S. 821)

Jene Dimension des Kohärenzgefühls, welche Antonovsky als zentral für die Resilienz ausgemacht hat, ist gemäss Göppel (2007) nicht denkbar ohne biographische Selbstreflexion, ohne Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte. Es spricht einiges dafür, dass „die Menschen stärken, die Sachen klären“ – gerade die Auseinandersetzung mit den Widersprüchen, Bruchstellen und Rätselhaftigkeiten der eigenen Lebensgeschichte zu jenen „Sachen“ gehört, die in besonderer Weise „stärkend“ auf den Menschen wirken (S. 261).

4 Demenzen

Demenzen sind nicht per se die Alterskrankheit, aber der ausschlaggebende Faktor, an einer Demenz zu erkranken ist das Risiko Alter. Die beiden am häufigsten vorkommende Demenzen, die Alzheimer Krankheit und die vaskuläre Demenz sollen im Folgenden erläutert und seltenere Form aufgeführt werden. Die Forschung geht davon aus, dass sich häufig auch Mischformen entwickeln.

4.1 Alzheimer Demenz

Mit fast 70 % aller Demenzerkrankungen stellt die Alzheimer Krankheit die häufigste Ursache einer Demenz dar. Eine zunehmende, schleichende Verschlechterung des Gedächtnisses ist das entscheidende Frühsymptom der Erkrankung. Kurz (2002) beschreibt die Alzheimer Demenz als ein sehr langsam fortschreitender neurodegenerativen Prozess, der bereits viele Jahre vor dem eigentlichen Erkennen erster Symptome im limbischen und paralimbischen System beginnt. Es werden bei der Alzheimer Demenz drei Entwicklungsphasen unterschieden: die klinisch stumme Phase, der Prädemenzphase und der Demenzphase. Meist treten die wahrnehmbaren Symptome erst in der Demenzphase auf. In der Prädemenzphase ist die Leistungsfähigkeit bei komplexen Tätigkeiten vermindert, was eine Senkung der Arbeitsleistung zur Folge hat. Oft werden in dieser Phase bei noch arbeitstätigen Menschen erste Symptome einer Depression oder einem Burnout zugeordnet. Die klinische Diagnose orientiert sich an den Defiziten der kognitiven Leistungen und der Alltagsbewältigung. Zudem verändern sich der Antrieb und die Affekte, die Bewältigungsversuche und Abwehrmechanismen darstellen können oder als verständliche Reaktion auf die zunehmenden Defizite angesehen werden müssen. Diese Veränderungen können aber auch als direkte Folgen einer Hirnschädigung auftreten. Psychosenahe Phänomene, sowie in späteren Stadien körperliche Krankheitszeichen, können das Krankheitsbild begleiten. Diese Symptome treten allerdings meist erst im mittleren Stadium der Krankheit auf. Die Dauer einer Alzheimer Demenz ist aus vielen Längsschnittstudien recht gut bekannt und beträgt im Durchschnitt 5 bis 8 Jahre.

Im Vordergrund steht bei einer Alzheimer Demenz die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Alltagsbewältigung. Zur klinischen Diagnose werden kognitive Prüfungen, Befragung der Bezugsperson und körperliche Untersuchungen herangezogen. Bildgebende Verfahren unterstützen die Diagnose oder dienen vor allem dem Ausschluss anderer Ursachen der Demenz. Das Recht auf eine angemessene Aufklärung über seinen Gesundheitszustand und damit auch über den Verlauf der Krankheit steht jedem Patienten, jeder Patientin zu. Dies gilt grundsätzlich für jede Erkrankung, allerdings gibt es gemäss Jox

(2006) Hinweise darauf, dass bei einer Alzheimer Demenz im Gegensatz zu anderen Erkrankungen wie Tumor und Krebs, Ärzte sich mit dem Mitteilen der Diagnose schwer tun. Die Unsicherheit in der Diagnosestellung oder auch die Forderung der Angehörigen zur Verheimlichung sind nur zwei Gründe dafür. Bei einer Demenz sind die kognitiven und emotionellen Ressourcen der Betroffenen eingeschränkt, was die Aufklärung der Diagnose zusätzlich erschwert.

Ein ethisches Problem sieht Kurz (2002) in der Frage, wer eine klinische Diagnose wünscht. Nicht selten wird der diagnostische Prozess von den Angehörigen veranlasst. „In solchen Fällen muss darauf geachtet werden, das Recht des Kranken auf Nichtwissen zu beachten und ihm weder die zur Diagnosefindung nötigen Untersuchungen noch die Aufklärung über deren Ergebnisse aufzuzwingen“ S. 178.

4.2 Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz mit ca. 15 % aller Demenzerkrankungen ist die zweithäufigste Demenzform und tritt in engem Zusammenhang mit einer Hirnschädigung, beziehungsweise als deren Folge auf. Laut Hamann und Liebetrau (2002) muss für die Diagnosestellung einer vaskulären Demenz aber eine ganze Reihe von Verknüpfungen von Symptomen gegeben sein. Häufig lässt sich der zeitliche Zusammenhang zwischen einem Schlaganfall und einer Demenz feststellen. Nebst dem Alter sind auch verschiedene körperliche Symptome und Krankheiten wie Blutdruck, Diabetes oder Herzkrankheiten hohe Risikofaktoren für eine vaskuläre Demenz.

Die sicht- und beobachtbaren Veränderungen bei einer vaskulären Demenz sind Störungen in der Aufmerksamkeit, in der Konzentration und in den Exekutivfunktionen. In Studien mit vergleichbaren Gruppen von Patienten konnte, gemäss Hamann und Liebetrau (2002) aufgezeigt werden, dass Menschen mit einer Vaskulären Demenz eher Einbussen im deklarativen Gedächtnis aufweisen. Fakten und Ereignissen, wie zum Beispiel aus der eigenen Biographie oder auch das Weltwissen, werden im deklarativen Gedächtnis gespeichert.

In der Regel stellen Angehörige Veränderungen nach einem Ereignis fest. Im Vordergrund stehen Symptome wie Gedächtnisstörungen oder -defizite, die nach einem Ereignis auftreten. Psychiatrische Begleitsymptome sind, so Hamann und Liebetrau (2002), bei einer vaskulären Demenz häufiger zu finden als bei einer Alzheimer-Demenz. Depressive Verstimmungen, wie sie häufig nach Schlaganfällen auftreten, erschweren neuropsychologische Untersuchungen. Daher wird empfohlen, mit den Testungen nicht unmittelbar nach dem Schlaganfall, sondern erst in der rehabilitativen Phase zu beginnen. Die zusätzlichen

bildgebenden Verfahren können zudem für die Festlegung von Unterformen der vaskulären Demenz herbei gezogen werden.

4.3 Seltene Formen

Zu den selteneren Formen der Demenzerkrankung zählen die Lewy-Körperchen-Demenz und die Demenz bei einer Parkinsonerkrankung. Die vorherrschenden Veränderungen der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens und der Exekutivfunktionen bei relativ gut erhaltener Gedächtnisleistung und Orientierungsfähigkeit sind die klinischen Charaktermerkmale einer frontotemporalen Degeneration, so Kurz und Jellinger (2002, S. 254). Die Symptome setzen meist in der 6. oder 7. Lebensdekade ein. Anfangs werden sie in der Regel auch von den nächsten Bezugspersonen nicht bemerkt. Der Verlauf lässt sich in drei Stadien einteilen und erstreckt sich im Mittel über 8 Jahre. Im Anfangsstadium können Depressivität, Ängstlichkeit, Rührseligkeit, Interessensverlust oder Hypochondrie das klinische Erscheinungsbild bestimmen, so dass die Verwechslung mit einer affektiven Störung nahe liegt. Im weiteren Verlauf rücken dann die sozialen Veränderungen und die Veränderungen in der Persönlichkeit und der Sprache in den Vordergrund. Im mittleren Stadium schreitet der intellektuelle Abbau fort, das praktische Geschick aber bleibt weitgehend bestehen, so dass die Patienten sich im Alltag noch gut zurechtfinden können. Im fortgeschrittenen Stadium verlieren die Patienten dann zunehmend die Fähigkeiten der Sprache bis hin zum völligen Mutismus. Mit dem fortschreitenden Abbau gehen auch die Fähigkeiten für einfachste Tätigkeiten verloren. Die Aufmerksamkeit gegenüber der Umgebung und eine basale Anregbarkeit bleiben bis zum Ende des Lebens erhalten.

5 Resilienz im Alter

Über Resilienz wurde in der Literatur vorwiegend in Bezug auf Kinder, Familien und Erziehung geschrieben. In neuerer Zeit finden sich auch ganze Kapitel oder Bücher zur Resilienz und der Lebensspanne. Auf diese Aspekte wird im nachfolgenden Kapitel eingegangen.

5.1 Resilienzfaktoren

Werner (2007) schreibt in ihrer Studie über Menschen, die in der Schulzeit Lernschwierigkeiten hatten, aber ihr Leben später erfolgreich meisterten: „die erfolgreichen Männer und Frauen in dieser Population waren nicht passiv, sondern überzeugt davon, ihre Lebenswelt effektiv beeinflussen zu können“ (S. 28). Damit hat Werner aufgezeigt, dass über die Kindheit hinaus Resilienzfaktoren wichtig sind, aber auch neu entwickelt werden können.

Im letzten Jahrzehnt ist es Hirnforschen gelungen, den nachhaltigen Einfluss früherer Erfahrungen mit bildgebenden Verfahren nachzuweisen. Neue Erfahrungen, so Hüther (2007), die ein Mensch in seiner Lebensspanne macht, wirken sich bis auf die Ebene der Gene aus, indem „Nervenzellen damit beginnen, neue Gensequenzen abzuschreiben und andere still zu legen. Neue Erfahrungen verändern also die Genexpression.“ (S. 46). Das heisst, dass diese Veränderungen lebenslang geschehen und aufgrund dieser Tatsache eine lebenslange Plastizität und Lernfähigkeit des Gehirns möglich ist. Mit dieser Tatsache aus der Hirnforschung alleine lässt sich aber noch nicht erklären, wie die Ausprägung der Resilienz einer Person zustande kommt.

Hüther (2007) stellt allerdings auch fest, dass diese Grundlagen zum grossen Teil am Anfang der Entwicklung eines Menschen gelegt werden. Werner (2007) zitiert aus Längsschnittstudien (Egeland et al, 1993; Herrenkohl et al. 1994; Musick et al. 1987) mit Kindern von psychotischen Eltern und Kindern, die missbraucht wurden, „dass die widerstandsfähigen Kinder unter diesen Umständen zumindest am Anfang ihres Lebens ein grundlegendes Vertrauen entwickeln konnten“ (S. 23).

In ihrer Dissertation schreibt Wadenpohl (2005) über die Resilienz alter Menschen mit demenziell erkrankten Partner und Partnerinnen, dass sowohl Persönlichkeitseigenschaften, wie auch die Bewältigungsstile und die Selbstdefinition eines Menschen, hier im speziellen, eines alten Menschen zentrale Faktoren der Widerstandsfähigkeit darstellen. Die sozialen Beziehungen, auch wenn sie mit dem Alter abnehmen, sind als Resilienzfaktor wirksam. Dabei spielt die Qualität statt der Quantität der Beziehungen umso mehr eine wichtige Rolle je älter der Mensch wird. Möglicherweise stehen für die Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen die veränderten Ansprüche in einem engen Zusammenhang mit der Fähigkeit, sich dem Leben und deren Anforderungen im Alter anzupassen.

5.2 Resilienzkonzepte

Psychologische Anpassung meint laut Grossmann und Grossmann (2007) nicht eine Unterordnung oder Einpassung ins System, sondern „die Fähigkeit, im Einklang mit der Wirklichkeit zunehmend kompetenz-, planungs- und handlungsfähig zu bleiben, dabei Unterstützung von andern anzunehmen und für andere zu gewähren“ (S. 292). Was Grossmann und Grossmann (2007) hier im Zusammenhang mit der Entwicklung von Bindung und Bildung bei Jugendlichen schreiben, könnte leicht modifiziert für ältere und alte Menschen zutreffen. Bei den Demenzerkrankten fällt der Aspekt, für andere Unterstützung zu gewähren, zunehmend weg und der Aspekt Hilfe annehmen zu können, muss massiv ausgebaut werden (Wadenpohl, 2005). Bei begleitenden Angehörigen wird die Un-

terstützung für die Erkrankten in einem hohen Masse zunehmen und das Annehmen von Hilfe mit zunehmendem Schweregrad der Demenz wird immer wichtiger. Aber die Anpassung als Fähigkeit, im Einklang mit der Wirklichkeit zu leben, nimmt für Angehörigen und die Erkrankten in diesen veränderten Lebenssituationen eine grosse Wichtigkeit ein und muss, der Krankheit entsprechend, laufend ergänzt und verändert werden.

Staudinger und Greve (2007, S. 118) unterscheiden zwei Resilienztypen: die Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma und der Erhalt der Funktionsfähigkeit trotz vorliegender beeinträchtigender Umstände. Beide Funktionsbeeinträchtigungen können auf Menschen mit einer Demenz zutreffen, aber auch auf ihre Angehörigen, die von der Krankheit mitbetroffen sind. Staudinger und Greve (2007) fügen diesen zwei Typen aber noch eine dritte Dimension an, nämlich jene des Verlustmanagements. Im Alter sind Verluste von Personen oder auch von körperlichen, geistigen und sozialen Funktionen unvermeidbar und der erfolgreiche Umgang mit diesen Einbussen muss als eigentlicher Resilienzfaktor angesehen werden.

Wadenpohl (2005) folgert aus dem Konzept der Resilienz im Alter wie es Staudinger und Greve (1999) mit der Option der Plastizität beschrieben haben, dass Menschen lebenslang in der Lage sind, bis anhin ungenutzte Möglichkeiten zur Lebensbewältigung zu aktivieren. Im Hinblick auf nicht normative Ereignisse, wie eine Demenzerkrankung, scheint dieses Konzept Hoffnungen zu bergen, ohne Vorwissen und ausgeprägten Optimismus neue Energien zu entwickeln. Zugleich mahnen Staudinger und Greve (1999, S. 37) aber auch davor, „sich gerade bei hochaltrigen Menschen mit Verweis auf die Resilienzpotenziale der Verantwortung für deren Pflege und Unterstützung zu entziehen. Denn gerade das hohe Alter ist dadurch gekennzeichnet, dass die eigenen Resilienzpotenziale in starkem Masse abnehmen“.

6 Resilienz und Demenz

Angehörige und Demenzkranke Menschen benötigen eine besondere Aufmerksamkeit in der Definition der Resilienz- und Ressourcenorientierung. Im Folgenden soll die Betroffenheit von Angehörigen unter dem Aspekt der Resilienz und der Bewältigungsstrategien betrachtet und die möglichen Ressourcen von demenzkranken Menschen beleuchtet werden.

6.1 Angehörige

Die psychologische Anpassung im Sinne einer Fähigkeit, mit der Wirklichkeit im Einklang zu leben, kann für Angehörige nicht einmal gelernt und für den Rest des Lebens übernommen werden, sondern muss sich, der Krankheit entsprechend, laufend verändern (Romero, 2007). Diese Veränderung stellt für Betrof-

fene, die meistens selber schon älter oder alt sind, eine sehr hohe Anforderung dar. Nebst der Anpassung an die Veränderungen im Zusammenhang mit der Krankheit müssen die eigenen altersbedingten Veränderungen mitberücksichtigt werden. Andernfalls ist die Überforderung vorprogrammiert und das Risiko, an der Aufgabe zu zerbrechen, sehr gross. Um diesem Prozess, mehr Hilfe bei weniger Ressourcen, entgegen zu wirken, sind gesellschaftliche, familiäre und soziale Veränderungen notwendig. Das ist nebst dem Verständnis der Öffentlichkeit, Helfenden und Netzwerken auch das Wissen über den Krankheitsverlauf und den Umgang mit einer Demenz. „Wirksame Hilfe kann nur im Rahmen eines Systems gewährleistet werden, in dem die Helfenden selbst die notwendige Unterstützung empfangen und in dem geleistete Hilfe nicht nur Ressourcenverlust, sondern auch ein Gewinn bedeuten kann“ (Romero, 2007, S. 323). Der Gewinn kann auch ökonomischer Natur sein, indem dadurch die Kranken länger zuhause bleiben können und teure Heimplatzierungen verzögert werden. Nebst den Veränderungen müssen sich die Angehörigen auch mit Ängsten auseinandersetzen (Stechl et al., 2008). Die Angst, der neuen Aufgabe nicht gewachsen zu sein oder vor dem Verlust des gleichberechtigten Partner. War der Mensch mit Demenz früher in der Beziehung der 'Fels in der Brandung' verliert der Angehörige seinen Halt und muss sich völlig neu orientieren. Der Umgang mit solchen psychischen Stressfaktoren erfordert die Möglichkeit, auf vorhandene Resilienzfaktoren wie im Kapitel 5.1 beschrieben, zurückgreifen zu können. Viele Angehörige berichten laut Stechl et al. (2008) über eine Phase der Eingewöhnungszeit, in der sie sich den Tatsachen der Krankheit annähern und die Diagnose erst verarbeiten müssen.

Selbsthilfegruppen und Netzwerke können wichtige Funktionen in der Stabilisierung der Resilienzfaktoren und der Ressourcen von Angehörigen darstellen. Die Alzheimervereinigung der Schweiz formuliert ihr Ziel wie folgt (www.alz.ch, 2008):

„ ... Ziel ist es, die Interessen von Alzheimer- und anderen Demenzkranken zu vertreten sowie Angehörige und Betreuende bei ihrer Arbeit zu unterstützen.“

6.2 Demenzkranke Menschen

Wenn nichts Neues gelernt werden kann, so Hüther (2006) zu Verunsicherungen, wie sie Kinder erleben können, werden oft die Erregung und das damit einhergehende Durcheinander im Kopf so gross, dass auch bereits Erlerntes nicht mehr erinnert und genutzt werden kann. „Das einzige, was dann noch funktioniert, sind ältere, sehr früh entwickelte und sehr fest eingefahrene Denk- und Verhaltensmuster“ (S. 52). Das Zurückgreifen auf Verhaltensweisen wie Angriff, Verteidigung oder Rückzug wird in dieser unsicheren Phase aktiviert.

Solche Verhaltensmuster (Stechl et al., S. 41 ff) werden auch bei Menschen mit einer Demenz beobachtet, wenn ihr Selbst- und Weltbild eingeschränkt ist und die Verunsicherung zu gross wird. Staudinger und Greve (2006) zeigen auf, dass bereits Lipinska et al. (1992) mit Studien belegen konnten, dass das Einbeziehen von früheren Kenntnissen in die kognitive Leistung es auch dementen Menschen erlaubt, verbesserte Leistungen zu erbringen. Auch operantes Konditionieren zeigt bei Demenzerkrankten Erfolg, weil dafür eine geringe Anforderung an die kognitive Kapazität gestellt wird. Staudinger und Greve (2006, S. 125) nennen die kreative Anwendung und die Kombination von Methoden im Bereich pathologischer Entwicklungsverläufe im Alter eine interventionsgestützte Resilienz.

Mit zunehmenden Kompetenzverlusten bei Menschen mit einer Demenz nimmt in der Regel, so Romero (2006, S. 313 ff), auch die Fähigkeit zu adäquaten Selbsteinschätzungen ab. Die eingeschränkte Einsicht in eigene Defizite und deren Folgen kann sowohl psychologische wie auch biologische Gründe haben. Meistens spielen beide Gruppen der Ursachen eine Rolle und eine Trennung ist im Einzelfall nicht möglich. Das mag für Angehörige schwierig zu verstehen sein, bildet aber für die Betroffenen eine Art Schutzmechanismus, der hilft die Integrität der Person, ihr Selbstverständnis und ihr Selbstwertgefühl zu wahren. In diesem Spannungsfeld kommt es häufig zu Konflikten, weil die Kranken ihre Eigenständigkeit verteidigen. Diese Verteidigung, das ‚sich wehren‘ in für sie unverständlichen Situationen oder die Ablehnung der Hilfe deuten darauf hin, dass der demenzkranke Mensch in sich starke Ressourcen birgt, für sich einzustehen und sein Welt- und Selbstbild immer noch zu verteidigen. „Diese zu verstehen bedeutet auch, sich den Ressourcen zu nähern und ein Verhalten, das nach aussen als Störung erscheint, in Wirklichkeit als notwendige Suche nach Sicherheit und Geborgenheit (als bindungssuchendes Verhalten) zu erkennen“ (Stuhlmann, 2004, S. 52). Kann diese Kraft also im Sinne von „sich selber noch spüren“, genutzt werden, stellt sie eine mögliche Quelle von Ressourcen darstellen. Diese Energiequelle kann beim Betroffenen durch seine Angehörigen, und Mitmenschen mithilfe einer unterstützenden, bestätigenden Kommunikationsform gefördert werden (siehe Kapitel 7.4).

Frühe Erinnerungen an Erfahrungen, die biographisch verankert und aktuell bedeutsam sind, gehören zu den Ressourcen, die noch lange erhalten bleiben (Romero, 2006). Werden diese Erinnerungen angenommen, Wert geschätzt und gefördert, bedeuten sie für Demenzkranke eine Sicherheit in ihrem Weltbild und stabilisieren die unsicher gewordene Welt.

7 Ressourcenorientierte Therapieformen

Bekannte, bewährte und auch etablierte Gedächtnistrainings werden im folgenden Kapitel ausgelassen. Gedächtnistrainings können durchaus einen Anteil an Förderung von Ressourcen im Sinne von Wecken und Erhalten von kognitiven Fähigkeiten beinhalten. Die Trainings haben aber in der Regel den Fokus auf den kognitiven Defiziten und fallen daher für diese Arbeit weg. In dieser Arbeit sollen ressourcenorientierte Therapieformen beschrieben und beleuchtet werden, welche ausschliesslich auf den Ressourcen des erkrankten und des pflegenden Menschen aufbauen. „Ressourcen sind hier zu verstehen als die Gesamtheit der Mittel, die prinzipiell für die Bewältigung von Lebensaufgaben, die Erreichung von Zielen oder den Umgang mit Verlust und Defiziten eingesetzt werden können“ (Martin, 2001, S. 15).

7.1 SET, Selbsterhaltungstherapie

Den schmerzhaften Verlust der Eigenständigkeit und Verletzung des Selbstverständnisses erleben die Betroffenen in vielen alltäglichen Situationen. Im Konzept der Selbsterhaltungstherapie zeigt Romero (in Romero und Eder, 1992, Romero, 2004 und 2006) auf, dass Betroffene die Sicherheit und das Vertrauen wieder gewinnen, wenn ihre Erwartungen und Überzeugungen nicht in Frage gestellt werden und ihr Selbst- und Weltbild dadurch stabilisiert wird. Eine Adaption an die sich ständig verändernden Lebensbedingungen kann nur mit Hilfe von Anderen, vor allem der betreuenden Angehörigen, gelingen. Diese stabilisierenden Erfahrungen rücken so die jeweils noch erhaltenen kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen in den Vordergrund von unterstützenden Massnahmen. Zu diesen Erfahrungen gehören laut Romero (2006, S. 316) vor allem:

- eine bestätigende Kommunikationsform und damit eine ausreichende Übereinstimmung zwischen den in den Selbststrukturen verankerten Vorstellungen und Erwartungen einer Person und den aktuellen Erfahrungen.
- eine verstärkte Bezugnahme auf die persönlichen Erinnerungen in alltäglichen Erfahrungen.
- eine Partizipation im alltäglichen Leben und die Teilnahme an Aktivitäten, die weder unter- noch überfordernd sind.

Im Rahmen dieses Konzeptes wurden keine völlig neuen Vorfahren vorgeschlagen, vielmehr integriert das Konzept bestehende Verfahren und wählt sie so aus, dass sie adaptiert dem übergeordneten Ziel der Selbsterhaltung entsprechen.

Die Selbsterhaltungstherapie ist sehr personenbezogen und unterscheidet sich dadurch von andern Erinnerungsarbeiten in Gruppen. Maier (2008) kritisiert das

Konzept dahingehend, dass die Selbsterhaltungstherapie ein sehr komplexes Programm ist und daher als eine zu kostspielige Massnahme nur schwer umgesetzt werden könne.

Der finanzielle Aufwand für eine selbsterhaltende Therapie und dadurch eine längere Zeit des Verbleibes im häuslichen Umfeld und die Kosten für eine frühere Heimplatzierung müssten quantifiziert werden, um sie miteinander zu vergleichen. Aktuelle Studien befassen sich mit dieser Frage und soll die Kosten – Nutzen – Frage beleuchten.

Die beschriebene Selbsterhaltungstherapie wird im Alzheimer-Therapiezentrum in Bad Aibling in Deutschland als eigenständige Therapieform praktiziert. Dort wird eine zeitlich limitierte Intervention von 3 – 4 Wochen angeboten, um betroffene Familien auf das alltägliche Leben zuhause vorzubereiten.

Die familienorientierte, interdisziplinäre Form der FAMA - Wochen in der Schweiz basiert auf der Grundlage der Selbsterhaltungstherapie nach Dr. Romero. Im Rahmen des Programms können betroffene Familien, Kranke und Angehörige, ihre Erfahrungen im Umgang mit den Demenzfolgen erweitern und damit den Krankheitsverlust günstig beeinflussen. Die Beratung berücksichtigt die Bedürfnisse jeder Familie. (www.forum-gerontologie.ch, 2008).

7.2 Best-Friends-Modell

Das Best-Friends-Modell (Bell et al., 2007) entwickelt im Jahr 1996 von Virginia Bell und David Troxel, basiert auf dem Grundgedanken, dass Menschen mit einer Demenzerkrankung vor allem einen Freund, eine Freundin brauchen, jemand, der sich liebevoll um sie kümmert, ihre Krankheit akzeptiert und weiterhin die Freundschaft pflegt. Die „Methode der Freundschaft“ kann einfach erlernt werden und hilft Angehörigen wie Pflegenden, ihr Leben und ihre Arbeit mit demenzkranken Menschen neu zu ordnen und zu überdenken.

7.3 Biographie- und Erinnerungsarbeit

Biographische Erinnerungstherapie ist sehr individuumsbezogen. Vergangenes und Erlebtes sind die zentralen Elemente dieser Methode. Menschen mit einer Alzheimer Demenz sind im Lernen und Speichern sehr schnell eingeschränkt, Langzeiterinnerungen bleiben aber erstaunlich gut erhalten. Hier greift die Erinnerungstherapie mit der Methode der Biographiearbeit auf die Ressource „Erinnerung an die Vergangenheit“ zurück (Maier, 2008, S. 45). Den Zugang zur Biographie zu öffnen und offen zu halten, wirkt sich in der Arbeit mit demenzkranke Menschen günstig aus, weil so das Gefühl der Vertrautheit und der Geborgenheit gestärkt wird. Stuhlmann (2004) beschreibt, dass mit dem Reden über angenehme Erinnerungen Gereiztheit, Angst und Weinen von Patientinnen und Patienten oft deutlich gemindert werden können. Um gegenteilige Reaktio-

nen zu vermeiden, müssen Erinnerungen mit negativen Assoziationen ausgeklammert werden. Weiter meint Stuhlmann (2004): „die biographische Arbeit bietet die einmalige Chance, konstruktive und Ich-stützende Bewältigungsmechanismen zu fördern“ (S. 74). So kann die Lebensgeschichte zum Schlüssel vom Verständnis für die Gegenwart werden.

7.4 Validation

Die im Jahr 1982 von Naomi Feil gegründete Validation Training Institute geht von der Wichtigkeit eines emotionalen Gehaltes einer Aussage einer dementen Person aus. Der faktische Inhalt bleibt dabei sekundär, die Validation umfasst Wertschätzung und Anerkennung. Dabei stellen Verständnis und Kommunikation die zentralen Bestandteile der Therapieform dar (Feil, 1999). Die zwei wichtigsten Ziele der Validationstherapie sind die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und die Verminderung von Stress. Mit der Validation soll unter anderem auch das Lösen von Konflikten, die in der Vergangenheit nicht ausgetragen werden konnten, abgeschlossen werden. Feils (Maier, 2008) Validation liegt ein humanistisches Menschenbild zugrunde. Davon ausgehend, dass jedes Verhalten eine Bedeutung hat, egal wie bizarr und verwirrend diese erscheinen, werden in der Validationstherapie die Hintergründe des Verhaltens akzeptiert und verstanden. Somit gibt diese Therapieform dem verwirrten, desorientierten, dementen Menschen die Würde zurück und ermöglicht ihm, die letzten Lebensaufgabe zu erfüllen.

- Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.
- Alle Menschen sind wertvoll, ganz gleichgültig, in welchem Ausmass sie verwirrt sind.
- Es gibt einen Grund für das Verhalten von verwirrten, sehr alten Menschen.
- Auffälliges Verhalten im sehr hohen Alter ist nicht nur eine Folge anatomischer Veränderungen im Gehirn, sondern das Ergebnis einer Kombination von körperlicher, sozialen und psychischen Veränderungen, die im Laufe eines Lebens stattgefunden haben.
- Sehr alte Leute kann man nicht dazu zwingen, ihr Verhalten zu ändern. Verhalten kann nur dann verändert werden, wenn die betreffende Person es will.
- Sehr alte Leute muss man akzeptieren, ohne sie zu beurteilen.
- Zu jedem Lebensabschnitt gehören bestimmte Aufgaben. Wenn man diese Aufgaben nicht im jeweiligen Lebensabschnitt schafft, kann das zu psychischen Problemen führen.

- Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Erwachsene, ihr Leben wieder in eine Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen. Wenn die Sehkraft nachlässt, sehen sie mit dem „inneren“ Auge, wenn das Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.
- Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einer vertrauten Pflegeperson validiert werden, werden weniger. Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden immer stärker.
- Einfühlung und Mitgefühl führt zu Vertrauen, verringert Angstzustände und stellt die Würde wieder her.

Tabelle: 10 Grundsätze und Werte der Validation (Feil, 2000, S. 45)

Im Gegensatz zu andern Methoden und Therapieformen mit verwirrten alten Menschen wird die Validation nicht im Alltag bei jedem Kontakt eingebaut, sondern als gezielte Intervention eingesetzt. Feil (1999) beschreibt verschiedene verbale und non-verbale Techniken, um sich auf die Personen einzulassen und in der Kommunikation eine wertschätzende, bestätigende Haltung einzunehmen. „Der Validationsanwender taucht in das Leben des dementen Menschen ein und hilft ihm bei der Lösung der unbearbeiteten Konflikte“ (Maier, 2008, S. 68).

7.5 Basale Stimulation

Die Würde und die Autonomie des Menschen und den Respekt vor dem Menschen bilden den Kern des Konzeptes der basalen Stimulation, wie es Andreas Fröhlich im Jahr 1989 vorerst für die Persönlichkeitsförderung schwerst mehrfachbehinderter Kinder entwickelt hat. Mehr und mehr nimmt nun das Konzept der basalen Stimulation auch in der pflegerischen Praxis grossen Raum ein. Basal meint hier, dass die einfachsten und elementarsten Möglichkeiten genutzt werden, um einen anderen Menschen zu erreichen und mit ihm in Kontakt zu treten, Stimulation wird mit dem „ständigen Anregen“ gleichgesetzt (Bienstein und Fröhlich, 2003, S. 17). Im Rahmen der basalen Stimulation wird versucht, an die frühen Erfahrungs- und Wahrnehmungsbereiche anzuknüpfen, um so eine Möglichkeit zu schaffen, mit scheinbar kommunikationslosen Menschen in Kontakt zu treten. „Solange ein Mensch lebt, so unsere Annahme, kann er auf diese frühen Orientierungs- und Kommunikationssysteme der Pränatalzeit zurückgreifen“ (S. 41). Die basal stimulierende, also somatische Anregung zielt auf Erfahrungen, die sämtliche Sinne des menschlichen Körpers ansprechen. So wird beispielsweise mit Berührungen, mit visuellen, vibratorischen oder audiorhythmischen Erfahrungen eine Atmosphäre der Sicherheit, der Kommunikation und des Vertrauens geschaffen.

Die Basale Stimulation stellt eine der Möglichkeiten dar, mit Menschen, die an einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium erkrankt sind, in Kontakt zu treten

und auf nonverbale Kommunikation im Sinne von Ressourcen zurückgreifen zu können.

7.6 Andere Formen

Das Realitätsorientierungstraining ROT, das auf lerntheoretischer Basis mit Hilfe expliziter Orientierungshilfen versucht, die persönliche, zeitliche und örtliche Orientierung von Pflegebedürftigen in Heimen zu verbessern. Gemäss Maier (2008) knüpft es direkt bei den Kompetenzen der Betroffenen an und verwendet die positive Verstärkung. Das im Alltag eingebaute informelle Training kann so einen Beitrag leisten, Freiräume für noch vorhandene Ressourcen zu schaffen. Das formelle Training wird gezielt in Kleingruppen in regelmässigen Gruppensitzungen durchgeführt. Das ROT ist allerdings eher ein Kompetenztraining, aber jede Erweiterung der Kompetenzen kann auch als Ressourcenorientierung verstanden werden. Allerdings entspricht laut Romero (2005) „implizites Lernen eher den Fähigkeiten von Demenzkranken als explizites Lernen“.

Grundsätzlich gilt laut Maier (2008, S. 76 ff), dass alle therapeutischen Bemühungen auf die Fähigkeiten und die Ressourcen der Betroffenen abzustimmen sind. Integrative Therapieformen, welche die Stärken wie die Langzeiterinnerungen, das emotionale Erleben und die Ausführung früher gelernter Tätigkeiten der Betroffenen berücksichtigen, stellen die Zukunft der Behandlung der Demenzerkrankung dar.

Auch Angehörige brauchen professionelle Informationen, Beratung und Unterstützung und konkrete Entlastungsmöglichkeiten sowie die Hilfe bei der Zukunftsplanung. Selbsthilfeorganisationen wie die Alzheimervereinigung leisten einen grossen Beitrag, um auf die entscheidenden Merkmale einer Demenz Rücksicht zu nehmen und noch vorhandene Ressourcen nutzen zu können.

8 Diskussion

Dass in der Altersforschung längst ein Paradigmawechsel hin zur Altersforschung stattgefunden hat, scheint unumstritten. Demenzielle Erkrankungen, dessen Hauptrisikofaktor das Alter an sich ist, werden die Aufgaben im Bereich von Alter und Gesund der Zukunft sein. Verschiedene Demenzformen äussern sich unterschiedlich, wobei die Ausprägung, die Ausdrucksform und die Erlebensart sehr individuell sind.

Da Angehörige meist selber älter oder gar alt sind, stellt sich auch für sie die Frage, was sie an Resilienzfaktoren bereits mitbringen. Die Tatsache, dass lebenslange Plastizität und Lernfähigkeit des Gehirns mit bildgebenden Verfahren bereits empirisch belegt werden konnten, zeigt nur eine Möglichkeit auf, wie alte, aber auch demente Menschen auf Ressourcen und Resilienzfaktoren zurückgreifen können. Weitere Faktoren wie Bewältigungsstile und Selbstdefiniti-

onen aber auch soziale Beziehungen spielen wichtige Rollen. Die Anpassung als Fähigkeit, im Einklang mit der Wirklichkeit zu leben, nimmt für Angehörige wie für Betroffene in der sich laufend verändernden Lebenssituation mit der Krankheit Demenz eine grosse Wichtigkeit ein und stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Auch die Annahme von Hilfe kann eine dieser Anforderungen sein, die sowohl Angehörigen wie Kranken grosse Mühen bereiten. Neben der Wiederherstellung und dem Erhalt der Funktionsfähigkeit fügen Staudinger und Grave (2007) noch das Verlustmanagement an. Verluste nehmen mit dem Alter unvermeidbar zu und die Bewältigung derselben kann als eigentlicher Resilienzfaktor angesehen werden.

Angehörige von Menschen mit einer Demenz müssen auf verschiedene Resilienzfaktoren und Ressourcenpotentiale zurückgreifen können. Nebst den Veränderungen im Zusammenhang mit der Krankheit ihres Partners, ihrer Partnerin, müssen Angehörige auch mit Ängsten umgehen. Die Angst vor der Zukunft, dem Verlauf der Krankheit und dem Verlust, sowie die Abnahme eigener Energie und Ressourcen prägen diese Lebensphase. Um eine Stabilisierung zu erreichen, sind gesellschaftliche, familiäre und soziale Veränderungen notwendig und damit kann der Überforderung zumindest etwas entgegen gehalten werden, vielleicht sogar auffangen werden.

Die Abwehrhaltung von Demenzkranken, ihre Krankheit überhaupt anzuerkennen und die Negierung der Einbussen im Alltag kann als Selbstschutz verstanden werden. Wenn sich Kranke wehren, sich der Hilfen verweigern, kann dies positiv gesehen auch als Stärke gewertet werden, noch für ihren Selbstwert ein zu stehen. Kranke an diesem Punkt abzuholen und ihnen das Selbstwertgefühl zurückzugeben, es gar zu stärken, daran orientieren sich die ressourcenorientierten Therapieformen.

Ressourcenorientierte Therapieformen gehen von der Annahme aus, dass mit der Stärkung der Ressourcen das Selbstbild und das Weltbild wieder in Einklang zu bringen sind und dadurch der Selbstwert einer Person gestärkt werden kann. Mit einer bestätigenden Kommunikation, die verstärkte Bezugnahme auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und die Partizipation an das alltägliche Leben wird mit der Selbsterhaltungstherapie SET nach Barbara Romero versucht, den kranken Menschen die Sicherheit und das Vertrauen ins Leben zurückzugeben. Mit einer wertschätzenden Kommunikationsform, wie die Validation nach Naomi Feil, soll dementen Menschen ermöglicht werden, noch nicht abgeschlossene Konflikte im Leben zu beenden und nebst dem Wiederherstellen des Selbstwertes auch den Stress zu vermindern.

Die nonverbale Kommunikation im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit kann mit der basalen Stimulation nach Andreas Fröhlich die Autonomie und den Respekt des Menschen achten und ihm die Würde erhalten oder zurückgeben. Im progredienten Verlauf einer Krankheit ist die Suche nach Defiziten mühselig. Sie liegen unvermeidbar vor und müssen in diese Lebensphase integriert werden. Daher stellt sich die Frage grundsätzlicher, was mit einer Therapie erreicht werden soll. Bei einer Demenzerkrankung stehen die Erhaltung der Konzepte des Selbstwertes und des Selbstbildes im Zentrum der Entwicklung in dieser Lebensphase. Dabei sind Förderungsprogramme wie ausschliessliche Gedächtnistrainings für den Selbstwert weniger effektiv, weil sie sich auf die Defizite konzentrieren und die verlorenen Fähigkeiten somit schmerzlich bewusst machen. Der Aufbau auf noch vorhandene Stärken ermöglicht Menschen mit einer progredient verlaufenden Krankheit, durch sich wiederholende, positive Erfahrungen, sich in Einklang mit dem Selbstbild und dem aktuellen Weltbild zu bringen. Die Veränderungen sind durch Therapien nicht aufzuhalten, wohl aber beeinflussbar. Die Veränderungen sind aber vor allem auch im Umfeld der erkrankten Person zu suchen. Solange das Umfeld, hier die Angehörigen, das Selbstbild und die Veränderungen nicht in Frage stellen, wird der Demenzkranke Mensch sich bestätigt fühlen und sein Wohlbefinden wird sich erhöhen. Die Suche nach Resilienzfaktoren und Ressourcen der Angehörigen bedarf einer intensiven gesellschaftlichen, familiären und sozialen Unterstützung. Hier gilt es, in Zukunft sowohl Strukturen wie Finanzen als auch Forschung bereit zu stellen, um sozial, gesundheitspolitisch und ökonomisch auf die Alterskrankheit der Zukunft, die Demenz, Einfluss zu nehmen. Die Demenzerkrankungen werden sich gemäss neueren Studien (Cleusa et al., 2005) alle 20 Jahre verdoppeln und Annahmen gehen davon aus, dass im Jahr 2040 bereits 81 Millionen Menschen weltweit betroffen sein werden. Wenn der Fokus nicht von der defizitorientierten auf die ressourcenorientierten Therapie gelenkt wird, entsteht in der Kürze ein grosses, schwarzes Loch an verlorener Energie und Lebensqualität. Die Hinwendung zu den Ressourcen und die Stabilisierung der Resilienzfaktoren im Alter im Zusammenhang mit schweren, progredienten Erkrankungen kann ein Gradmesser für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit im Alter der Zukunft werden.

9 Abstract

Die vorliegende Literaturarbeit geht der Frage nach, ob Resilienz und Demenz in Einklang zu bringen sind. Die Methoden, welche zur Verfügung stehen, um Resilienz und Ressourcen bei Demenzerkrankten und ihren Angehörigen zu fördern, werden beleuchtet.

Der progrediente Verlauf einer Demenzkrankheit stellt hohe Anforderungen an die Betroffenen und ihre Angehörigen. Da Angehörige meist selber älter oder alt sind, ist die Suche nach Resilienzfaktoren, welche die Menschen bereits mitbringen, aber auch die Bewältigungsstile aus früheren Problemsituationen äußerst wichtig für das Alltagsleben mit der Erkrankung. Die Grundsatzfragen zu den Zielen einer Therapie bei Demenzen müssen neu diskutiert werden. Förderprogramme wie Gedächtnistrainings für Betroffene konzentrieren sich auf die Defizite und machen die Verluste meist nur noch deutlicher und damit schmerzhafter. Ressourcenorientierte Methoden im Umgang mit der Krankheit und den Veränderungen im Alltag rücken die Stärken und noch vorhandenen Möglichkeiten des Individuums ins Zentrum und stabilisieren dadurch das Selbst- und Weltbild des erkrankten Menschen. Die Selbsterhaltungstherapie, das Best-Friends-Modell, die Biographie- und Erinnerungsarbeit, die Validation und die basale Stimulation stellen einige der ressourcenorientierten Therapieformen dar.

Ausgehend davon, dass Demenzerkrankungen stetig zunehmen, muss der Blick von der defizitorientierten auf die ressourcenorientierten Therapieformen gelenkt werden. Die Hinwendung zu den Ressourcen und die Stabilisierung der Resilienzfaktoren im Zusammenhang mit schweren, progredienten Erkrankungen werden die Gradmesser des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Zukunft sein.

10 Literatur

- Baltes, P. B. & Baltes, M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern* (S. 5 – 10). Bern: Huber.
- Bell, V., Troxel, D., Cox, T. & Hamon, R. (2007). So bleiben Menschen mit Demenz aktiv. *147 Anregungen nach dem Best-Friends-Modell*. München: Reinhardt.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2003). Basale Stimulation in der Pflege. *Die Grundlagen*. Seelze - Velber: Kallmeyer.
- Cleusa, P.F. et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Alzheimer's Disease International*. 366: 2112 – 2117.
- Feil, N. (1999). Validation. *Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (5. überarbeitete Auflage). München: Reinhardt.
- Feil, N. (2000). Validation in der Anwendung und Beispielen. *Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. (2. überarbeitete Auflage). München: Reinhardt.
- Grossmann, K., Grossmann, K., (2007). Die Entwicklung von Bindungen. In G. Opp, M. Fingerle (Hrsg.). 2. Auflage. *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, Basel: Reinhardt.
- Hamann, G.F. & Liebetrau, M. (2002). Demenz bei zerebrovaskulären Krankheiten. In K. Beyreuther, K.M. Einhäupl, H. Förstl, & A. Kurz (Hrsg.). *Demenzen. Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme. S. 211 - 243.
- Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter. Zürich: Seismo.
- Hüther, G. (2007). Resilienz im Spiegel entwicklungsneurobiologischer Erkenntnisse. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.) (1999). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, Basel: Reinhardt. S. 45 - 56.
- Jopp, D., Leipold, B. (2004). Zur Wahrnehmung von Ressourcen und ihrer Bedeutung für das Wohlbefinden: altersassoziierte Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei jungen und alten Erwachsenen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37: 354 – 356.
- Jox, R.J. (2006). Aufklärung und Vorsorge in der Betreuung von Patienten mit Alzheimer-Demenz. In A. Aldelbert (Hrsg.) *Demenz verändert*. Hamburg: EBVerlag. S. 63 – 78.
- Kurz, A. (2002). Alzheimer-Demenz Klinik. In K. Beyreuther, K.M. Einhäupl, H. Förstl, & A. Kurz (Hrsg.). *Demenzen. Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme. S. 168 – 186.
- Kurz, A. & Jellinger, K.A. (2002). Frontotemporale lobäre Degenerationen. In K. Beyreuther, K.M. Einhäupl, H. Förstl, & A. Kurz (Hrsg.). *Demenzen. Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme. S. 245 – 272.

- Maier, V. (2008). Kognitiv aktivierende Methoden bei Alzheimer Demenz. *Gedächtnistraining, Realitätsorientierung, Erinnerungstherapie, Selbst-Erhaltungs-Therapie & Validationstherapie*. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Martin, M. (2001). Verfügbarkeit und Nutzung menschlicher Ressourcen im Alter: Kernpunkte eines gerontologischen Leitkonzeptes. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Romero, B., Eder, G. (1992). Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 1992; 5: 267 – 282.
- Romero, B. (2005). Nichtmedikamentöse Therapie. In C.W. Walesch & H. Förstl (Hrsg.). *Demenzen*. Stuttgart: Thieme. S. 291 – 302.
- Romero, B. (2006). Familiäre und therapeutische Hilfen bei demenzbedingtem Verlust der Eigenständigkeit: Werte, Ziele, Konzepte. In H. Aldebert (Hrsg.) *Demenz verändert*. Hamburg: EB-Verlag. S. 313 – 328.
- Schelling, H.R., Martin, M. (2008). Einstellungen zum eigenen Altern: eine Alters- oder Ressourcenfrage? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41:38 – 50.
- Schmitt, E. (2004). Aktives Altern, Leistungseinbussen, soziale Ungleichheit und Altersbilder. *Ein Beitrag zum Verständnis von Resilienz und Vulnerabilität im höheren Erwachsenenalter*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37: 280 – 294.
- Staudinger, U.M. (1999). Perspektiven der Resilienzforschung aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.) (1999). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, Basel: Reinhardt. S. 343 – 350.
- Staudinger, U.M., Greve, W., (2007). Resilienz im Alter aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In G. Opp, M. Fingerle (Hrsg.). 2. Auflage. *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, Basel: Reinhardt.
- Staudinger, U.M. (2000). Selbst- und Persönlichkeit aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In W. Greve (Hrsg.) (2000): *Psychologie des Selbst*. Weinheim: Beltz, S. 133 – 147.
- Wadenpohl, S. (2005). Für einen guten Abschluss sorgen. *Resilienz alter Menschen mit demenziell erkrankten Partner/innen*. Dissertation Fakultät Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- Werner, E. (2007). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp, M. Fingerle (Hrsg.). 2. Auflage. *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München, Basel: Reinhardt.

www.forum-gerontologie.ch

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: