

Soziotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei Demenzen

V. A. Holthoff

Aus dem klinischen Alltag ist uns allen bewusst, welchen hohen Stellenwert soziotherapeutische Konzepte in der Behandlung psychischer Erkrankungen besitzen, so auch bei demenziellen Erkrankungen. Umso erstaunlicher ist es, dass bislang nur wenige randomisierte kontrollierte Studien der Frage nachgegangen sind, ob durch Interventionen im sozialen Umfeld oder durch eine Veränderung der Interaktion der Demenzerkrankten mit ihrem Umfeld ein therapeutischer Einfluss auf die Symptome und den Erkrankungsverlauf genommen werden kann. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass bei der Demenz mit sehr unterschiedlichen Profilen kognitiver und nicht-kognitiver Beeinträchtigung, somatischer Komorbidität (zum Beispiel Schmerzen, Verschlechterung der Sinneswahrnehmungen) sowie mit Besonderheiten des Wohnumfelds (häusliches Setting, Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung) zu rechnen ist, sodass ein hoher Grad an Individualisierung der soziotherapeutischen Intervention notwendig ist. So ist es bereits als erheblicher Fortschritt zu deuten, wenn sich durch die Intervention neue Erlebens- oder auch Leistungswelten erschließen, und es kommt auch bei soziotherapeutischen Interventionen im Alter, wie schon bei der Pharmakotherapie, darauf an, eine klare ärztliche Indikation zu stellen, das Ziel realistisch einzuschätzen und die Dosierung zu bestimmen. Die Auswahl von Zielen, die gemessen an der Erkrankungsschwere, unrealistisch sind, kann daher auch zum Nachteil des Patienten sein.

In einer Consensus-Vereinbarung der American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry (AAGP, 2003) wurden Ziele für Interventionsstrategien bei

Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von Demenzerkrankungen zusammengefasst. Darin heißt es, dass Demenzerkrankten individualisierte und damit für sie bedeutungsvolle Aktivitäten angeboten und sie in der selbständigen Ausführung geübt werden sollen. Im Mittelpunkt stehen ferner die Förderung sozialer Interaktion und die Wahrung der Kontinuität der Autobiographie durch Anknüpfung an in der Vergangenheit geübte und erprobte Rollen (Biografiearbeit), um ihre Lebensqualität zu erhöhen, sie in ihrem Selbstverständnis zu stärken und die Pflegenden zu unterstützen und zu entlasten (Yamaguchi et al., 2010). Die unterschiedlichen Behandlungselemente, die die Soziotherapie bei Demenzerkrankungen umfasst, lassen sich in kognitive Übungsverfahren und aktivitätsorientierte Verfahren, emotionsorientierte Verfahren (Validations- und Reminiszenztherapie) sowie das Angehörigentraining untergliedern (IQWiG, 2009), die in aktuellen Interventionsansätzen auch kombiniert werden. Auch wenn die Mehrzahl der Untersuchungen bei Patienten mit Alzheimererkrankungen durchgeführt worden ist, zielen soziotherapeutische Behandlungskonzepte auf die Symptome der Demenz ab, unabhängig von der Erkrankungsart. Die Aufgabe der Therapeuten bei der Demenzbehandlung liegt darin, respektvoll und empathisch der sozialen Rolle ihrer Patienten nachzuspüren und nach Tätigkeiten zu suchen, die ihren aktuellen Ressourcen entsprechen, und sie durch Lernen unter Fehlervermeidung (errorless learning) gezielt zu trainieren (Yamaguchi et al., 2010). Das Assessment und eine aussagekräftige Dokumentation des Therapieverlaufs, die in verschiedenen Leitlinien gefordert wird, kann wegen des Mangels an geeigneten standardisierten Instrumenten noch nicht befriedigend gelöst werden (BMG, 2006). Der gezielte Einbezug der Pflegenden in den therapeutischen Prozess ist eine substanzielle Säule der Therapie und für die Stabilisierung eines Therapieerfolgs eine kritische Größe. Ihr Training in klientenzentrierten und multimodalen

Strategien (zum Beispiel zur Förderung von Selbständigkeit oder zum Abbau von auffälligem Verhalten) wird zunehmend als therapeutische Intervention eigener Wertigkeit wahrgenommen (Brodaty et al., 2003; Sitzer et al., 2006). Rein psychoedukative Ansätze alleine reichen in der Behandlung jedoch nicht aus (Smits et al., 2007). Es wurde vielmehr überzeugend demonstriert, dass eine Kombination mit verhaltensnahen Interventionen notwendig ist (Selwood et al., 2007). Bei Patienten im höheren Lebensalter darf bei allen Bemühungen nicht aus den Augen verloren werden, dass der therapeutische Erfolg im Einzelfall, abhängig von Alter und Symptomprofil, große Unterschiede aufweisen kann, so dass der Effekt unter Umständen auch nur klein ist. Dem Begriff Training kommt bei der Demenz eine spezifische Bedeutung zu: Auch Demenzerkrankte können mit Aussicht auf Erfolg trainieren, allerdings sollte das Üben im Alltag stattfinden und an den Bedürfnissen und Notwendigkeiten des individuellen Alltags orientiert sein. Während der Effekt von kognitiv stimulierenden Verfahren auf Verhaltensparameter auch noch nach Monaten nachweisbar sein kann (Graff et al., 2007; Graff et al., 2006; Livingston et al., 2005), sollte auf ein kognitives Training im engeren Sinne im Fortschreiten des Demenzprozesses verzichtet werden (Clare et al., 2003).

Therapieansätze, die auf die Modifikation von Verhalten bei Demenzerkrankten abzielen, bestehen häufig aus Elementen mehrerer Therapieverfahren. Eine Wirksamkeit über den engeren Therapiezeitraum hinaus ist in Studien bislang nur unzureichend belegt (Hermans et al., 2007). Die meisten Erfahrungen liegen mit der Technik des operanten Lernens vor. Zu den primären Zielen zählt neben dem Abbau von auffälligem Verhalten (zum Beispiel Aggressionen, Schreien) auch das Erreichen von größerer Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten (zum Beispiel beim Baden oder Anziehen). Nach anfänglicher professioneller Anleitung können diese Interventionen auch von

geschulten Familienangehörigen oder professionellem Pflegepersonal zu Hause umgesetzt werden.

Bei der Realitätsorientierungstherapie (ROT) soll durch stets wiederholte Informationen (zum Beispiel zur eigenen Person, zu Ort und Tageszeit) eine Verbesserung der Orientierungsfähigkeit Demenzerkrankter erzielt werden. Die Therapie findet entweder in schulklassenartigen Lerngruppen oder individualisiert statt. Im Alltag kann eine Vielzahl realitätsorientierender Interventionen durchgeführt werden, die von der individuellen biographischen Orientierung bis hin zum Training sensorischer Qualitäten reichen. In einer randomisierten kontrollierten Studie, die Elemente mehrerer Verfahren kombiniert, konnte nachgewiesen werden, dass ein von geschulten Pflegenden ausgeübtes und auf den Patienten individuell abgestimmtes Programm mit Training von Alltagsaktivitäten, Entspannungsverfahren und Aktivierung durch gezielten Freizeitaktivitäten im häuslichen Umfeld über vier Monate zu einer signifikanten Minimierung von auffälligem Verhalten und zu einer signifikanten Entlastung der Pflegenden führte (Gitlin et al., 2008; Gitlin et al., 2009; Gitlin et al., 2010). Überzeugende Ergebnisse lieferte auch die erste randomisierte kontrollierte Studie zum Effekt einer individualisierten und aufsuchenden Ergotherapie über fünf Wochen im häuslichen Bereich (Graff et al., 2007; Graff et al., 2006). Sie konnte nachweisen, dass die Alltagsfähigkeiten der Demenzerkrankten zunahmen, die Belastung der Angehörigen abnahm und die Lebensqualität sowie die Stimmung der Pflegenden eine Verbesserung erfuhr. Zwei weitere multizentrische randomisierte kontrollierte Studien, die im Rahmen des Leuchtturmprojekts Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurden und die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit individualisierter Ergotherapiekonzepte bei Demenzerkrankten in der Häuslichkeit untersuchen, wurden abgeschlossen und befinden sich in der Auswertung (Reuster et al., 2008; Voigt-Radloff et al., 2009). Die

Ergebnisse der am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden koordinierten und zusammen mit den Kliniken für Psychiatrie des Parkkrankenhauses Leipzig und der Universität Ulm durchgeführten Studie zur Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Milieu (ERGODEM) sind sehr ermutigend und vielversprechend (Reuster et al., 2008; Holthoff et al., 2011, Marschner et al., 2011). 82 Patienten wurden mit einem pflegenden Angehörigen in zwölf einstündigen Therapieeinheiten komplex-ergotherapeutisch behandelt. Verwendet wurde das Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al., 1999). Patienten erhielten die zu testende ergotherapeutische Intervention über einen Zeitraum von sechs Wochen. Eine häusliche Ergotherapie durch im Umgang mit Demenzerkrankten geschulte Ergotherapeuten konnte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (leitliniengerechte Behandlung in den jeweiligen Ambulanzen) die Alltagsaktivitäten auch sechs Monate nach Beendigung der häuslichen Ergotherapie noch signifikant bessern. Ferner konnten die Verhaltensauffälligkeiten sowie die Belastung der Angehörigen unmittelbar nach der Intervention signifikant minimiert werden (Holthoff et al., 2011, Marschner et al., 2011). Die Erfahrungen aus dieser Studie haben belegt, dass die Expertise der Ergotherapeuten im Umgang mit Demenzerkrankten maßgebliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung darstellt und die individualisierte Therapie auf einer engen Absprache mit den Pflegenden und den behandelnden Ärzten basieren muss.

Bei der Reminiszenztherapie werden Demenzerkrankte, auch unter zur Hilfenahme von Erinnerungshilfen wie Gegenständen, Musikstücken und Fotos aufgefordert, sich an Vergangenes zu erinnern und darüber zu sprechen. Sie kann in Gruppen stattfinden, während dagegen die Reminiszenzarbeit zur eigenen Biographie in Einzelsitzungen stattfindet. Der Erkrankte wird angeregt

und unterstützt, eine Chronologie seiner Erinnerungen herzustellen. In einer Metaanalyse über vier sehr heterogene Studien zeigte sich im Follow-up ein Effekt auf Stimmung und Kognition (Woods et al., 2005). Methodisch befriedigende randomisierte kontrollierte Studien fehlen bislang, allerdings wurde ein erstes Protokoll dazu vorgelegt (Woods et al., 2009).

Bei der Validation handelt es sich um eine Kombination von Umgangsprinzipien unter Einbezug von Elementen der Reminiszenztherapie (Feil, 1999; Feil et al., 2001). Die Validation fußt auf der aus der humanen Psychotherapie vertrauten Empathiefähigkeit und ist der Versuch, die eigenen Äußerungen oder Verhaltensweisen des Patienten zu validieren (das heißt für gültig zu erklären). Durch individuelle Entschlüsselung der Verhaltensauffälligkeiten und Reaktivierung von biographischem Wissen, das zu einer Erklärung des Verhaltens führen kann, entsteht eine Beziehungsatmosphäre des Respekts und des Verständnisses. Demenzpatienten nehmen bis in sehr späte Phasen ihrer Erkrankung wahr, ob sie von ihrem Gegenüber akzeptiert werden oder nicht. Diese Wahrnehmung stützt sich im Krankheitsverlauf zunehmend weniger auf kognitive Elemente, sondern immer mehr auf ein Gefühl der Akzeptanz. Trotz dieser plausiblen Arbeitshypothese und ihres breiten und im täglichen Umgang mit Demenzerkrankten erfolgreichen Einsatzes steht ein wissenschaftlicher Wirknachweis der Validation noch weitgehend aus (Neal u. Briggs, 2003).

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) ist diagnostisch spezifischer als die bisher genannten Verfahren und orientiert sich am Defizitprofil von Patienten mit einer Demenz vom Alzheimerstyp. Sie kann als neuropsychologisches Trainingsverfahren aufgefasst werden mit dem Ziel, die personale Identität zu erhalten (Romero u. Wenz, 2002). Die Therapie konzentriert sich auf die krankheitsbedingten Veränderungen des Selbst und berücksichtigt den prozedienten

Prozesscharakter der Erkrankung. Die SET knüpft explizit an individuell weniger beeinträchtigte Kompetenzen an und soll so Erfolgserlebnisse ermöglichen. Randomisierte kontrollierte Studien zur SET liegen gegenwärtig noch nicht vor.

Bei der Behandlung von Demenzerkrankten kommen mit zunehmendem Schweregrad integrative sozialtherapeutische Konzepte zum Einsatz, die sich milieu- und verhaltenstherapeutischer Ansätze bedienen. Milieuthérapie umfasst die Veränderung des gesamten Wohn- und Lebensbereichs in Richtung auf eine vermehrte Anregung und Förderung möglicher brachliegender Fähigkeiten. Für die Demenzerkrankten kann durch die gezielte Anpassung der Umgebung an die Störungen von Gedächtnis und Orientierung eine bessere „Ablesbarkeit“ der Umgebung und damit ein höherer Grad von Autonomie erzielt werden. Naheliegend ist auch, dass bauliche Maßnahmen sich nach den Fähigkeiten der Demenzerkrankten richten sollten, um ihnen Orientierung und Mobilität zu ermöglichen (siehe zum Beispiel Marquardt, 2007).

Bei schweren Demenzen wird die multisensorische Stimulation, als Therapieverfahren „Snoezelen“ genannt, eingesetzt, um gezielte Hilfen zur Verarbeitung von Sinneseindrücken (taktile, vestibulär, propriozeptiv, visuell, akustisch, olfaktorisch) in entspannter Atmosphäre zu vermitteln. In vielen Pflegeeinrichtungen sind diese Räume mit großem Einfühlungsvermögen für die Erkrankten eingerichtet worden und werden insbesondere bei schwerer Apathie, aber auch Unruhe erfolgreich therapeutisch eingesetzt. In einer kleinen randomisierten kontrollierten Studie bei Heimbewohnern mit ausgeprägter Demenz konnte ein signifikanter Effekt von Snoezelen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Minimierung von Apathie und Agitation nachgewiesen werden (Baillon et al., 2004; Staal et al., 2007). Für dieses Verfahren sowie für die Aroma-Therapie und die basale Stimulation ist die Evidenzbasis trotz

des erfolgreichen Einsatzes in der Praxis noch gering (Bienstein, 2003; Chung et al., 2002; Thorgrimsen et al., 2003). Allen gemeinsam ist das Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität und Steigerung der sozialen Interaktion.

Zu den Interventionen, die sich bewusst und gezielt auf Emotionalität und Kreativität dementer Patienten beziehen, zählen Musik- und Kunsttherapie (Vink et al., 2004). Für die Musiktherapie, die in ihrer aktiven Variante die Beteiligung der Demenzerkrankten mittels Instrument, eigener Stimme oder als rezeptive Modifikation des Hörens von individuell ausgewählter Musik mit Bedeutungsgehalt vorsieht und an alte Neigungen der Patienten anknüpft, sind in Untersuchungen, auch in ersten randomisierten kontrollierten Studien, Effekte nachgewiesen worden (Holmes et al., 2006; Guetin et al., 2009; Raglio et al., 2010). Dazu zählen neben der Minimierung von Unruhezuständen und aggressivem Verhalten (Sung u. Chang, 2005; Sung et al., 2010) auch die Verbesserung der interpersonellen Wahrnehmung (Holmes et al., 2006). Erfolgreich zeigte sich die Implementierung der persönlichen Musik in ein komplexes Beschäftigungsprogramm des Patienten, in dem die Pflegenden auch mit Elementen des Trainings von Alltagsaktivitäten und sozialen Interaktionen arbeiteten (Ballard et al., 2009). Nicht selten vermindert so Musik den Impuls, auf andere Weise akustisch in Erscheinung zu treten. Bei Patienten mit Sprachstörungen fördert der Gesang die generelle Nutzung der Sprache.

Bei abendlich verstärkter Unruhe und bei Schlafstörungen kann neben einer differenzierten Tagesstrukturierung mit sozialen und motorischen Aktivitäten in der ersten Tageshälfte auch Lichttherapie (3000 – 6000 Lux über 30 Minuten morgens) zur nachhaltigen Restrukturierung des Tagesrhythmus eingesetzt werden (Forbes et al., 2004; Skjerve et al., 2004). Auch tiergestützte Therapieverfahren (zum Beispiel „Streichelzoo“, „Hundesbesuchsprogramm“) sind bei De-

menzerkrankten mit Gewinn einsetzbar (Filan u. Llewellyn-Jones, 2006). Sie können Verhaltensveränderungen wie die Apathie, minimieren und die soziale Interaktion fördern (Perkins et al., 2008).

Bislang ist der Einfluss von regelmäßiger physischer Aktivität bei bereits an Demenz Erkrankten in wenigen Studien untersucht worden (Forbes et al., 2008). Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass motorisches Training die Aktivitäten des täglichen Lebens stabilisiert (Rolland et al., 2007) und die körperliche Fitness, die Alltagsfähigkeiten, die Kognition und das Verhalten positiv beeinflussen kann (Eggermont et al., 2009; Heyn et al., 2004). Bei der Prüfung von drei unterschiedlichen Interventionen (psychomotorisches Training, Gedächtnis- und Kompetenztraining) – einzeln oder in Kombination – zeigte sich der deutlichste Effekt bei einer Kombination aus Gedächtnis- und psychomotorischem Training, während die Übung der entsprechenden Einzelfunktionen allein keine befriedigende Wirkung zeigte (Oswald et al., 2001). Spezifisches körperliches Training bei Demenzerkrankten kann auch die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeitsleistung steigern und damit auch die Sturzgefahr bei Demenz minimieren (Kemoun et al., 2010; Schwenk et al., 2010). Bei psychomotorischer Unruhe, wie dem sogenannten „Wanderverhalten“ bei Demenzerkrankten in der stationären Pflege, weisen Untersuchungen darauf hin, dass Spaziergänge nicht nur die Unruhe, sondern auch die Agitation und die depressive Symptomatik reduzieren können (Cohen-Mansfield, 2001; Snowden et al., 2003). Untersuchungen zur erfolgreichen psychosozialen Beeinflussung des „Wanderverhaltens“ im häuslichen Umfeld fehlen bislang (Hermans et al., 2007). In einer Übersichtsarbeit werden zehn Studien zu verschiedenen Ansätzen der Behandlung des erhöhten Bewegungsdrangs aufgeführt (Robinson et al., 2006), wobei eine methodisch schwach belegte Evidenz für die Wirkung einer gezielten Anwendung

körperlicher Aktivität und für multisensorische Stimulation deutlich wird.

Zusammenfassend zeigt sich, dass allen im klinischen Alltag erfolgreichen und wissenschaftlich bislang belegten soziotherapeutischen Behandlungskonzepten gemeinsam ist, dass sie auf individualisierten Konzepten basieren und einer ausgewiesenen Expertise der Therapeuten, ob Professionelle oder Laien, im beson-

deren Umgang mit Demenzerkrankten bedürfen. Die Soziotherapie bei Demenzerkrankten sollte immer Teil des Gesamtkonzepts der Behandlung sein und bedarf einer engen Absprache der behandelnden ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten.

Es ist sehr zu begrüßen, dass es bereits Therapeuten gibt, die ihre Expertise in der Betreuung von Demenzerkrankten im häuslichen

Bereich anbieten und Familien dafür auch die Mittel der Pflegestufe 0 und 1 einsetzen und somit eine Kontinuität der Behandlung gewährleisten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. Vjera Alexandra Holthoff
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Bereich Gerontopsychiatrie
und kognitive Neuropsychiatrie
Universitäts-Gedächtnisambulanz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der TU Dresden