

Kepplinger Brigitte

# Auf der Suche nach zu Hause...

Motorisch abweichendes Verhalten von Menschen mit  
Demenz als Ausdruck von Bindungssuche/-verhalten

## Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

eines Master of Arts

im Rahmen des Universitätslehrganges

Interdisziplinäre Gerontologie

ao. Univ. Prof. Dr. med. Éva Rásky

Karl-Franzens-Universität Graz

und UNI for LIFE



Hard, Juni 2014

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

02.06.2014

Unterschrift:

„Non ridere, non lugere neque detestari, sed intelligere“

„Nicht belachen, nicht beweinen noch verabscheuen, sondern begreifen“

Spinoza (1632-1677)

## **Abstract**

Menschen mit Demenz erfahren vielfältige Beeinträchtigungen. Der Begriff Demenz wird definiert, die Häufigkeit und die – aufgrund der Demografie – zu erwartende Entwicklung beschrieben und häufige Komorbiditäten (Depression, Delir, Mangelernährung) erläutert. Der chronische Verlauf führt zu kognitiven Defiziten, aber auch zu Veränderungen im Sozialverhalten, bei der Emotionskontrolle und bei der Motivation. Die Entstehung ist noch nicht restlos geklärt, immer öfters wird der Einfluss von psychosozialen und biografischen Aspekt diskutiert. Die Bindungstheorie ist ein solcher Aspekt. Durch die Interaktion des Säuglings mit der primären Bezugsperson entsteht eine Bindung. Um die Nähe zur Bezugsperson herzustellen wird Bindungsverhalten (weinen, rufen, nachlaufen, anklammern ...) eingesetzt. Je nach Art der Interaktion entsteht das Bindungsmuster. Das Muster der sicheren Bindung ist jenes, das für die gesunde seelische Entwicklung förderlich ist. Bindungsmuster entstehen in der Kindheit, sind aber beispielsweise durch therapeutische Interventionen veränderbar. Später erworbene Traumatisierungen können das Muster der sicheren Bindung in ein unsicheres Bindungsmuster verändern. Menschen mit einem unsicheren Bindungsmuster leider öfters an psychischen Krankheiten, meist an einer Depression. Bindungsverhalten zeigt sich vermehrt beim Kleinkind, beim Erwachsenen tritt es bei Krankheit, Stress oder Angst auf. Ausgehend von der Hypothese, dass herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz ihre Ursachen in unbefriedigten Bedürfnissen haben, wird motorisch abweichendes Verhalten als Bindungssuche interpretiert. In Gesprächen mit den Pflegedienstleitungen und Wohnbereichsleitungen aller 52 Pflegeheimen in Vorarlberg wurde nachgefragt, wie die Einrichtungen dem Problem ‚motorisch abweichendes Verhalten‘ und ‚Weglauftendenz von Menschen mit Demenz‘ begegnen und welche Interventionen sie setzten. Das Ergebnis wurde zusammengefasst und den Einrichtungen, im Sinne einer Ideensammlung, wieder zur Verfügung gestellt.

Schlüsselwörter: Demenz, Bindung, Bindungsverhalten, herausforderndes Verhalten, motorisch abweichendes Verhalten;

---

People with dementia experience various forms of impairment. The term dementia will be defined and the frequency of occurrence according to the demography will be illuminated. The developments, which are to be expected and the frequent comorbidities, such as depression, delir and malnutrition, will be described. Not only cognitive deficits but also changes in social behaviour like emotional control and motivation become apparent in the chronic course of the illness. It is not yet totally clear which factors are responsible for the development of the illness, but psychological and biographical aspects seem to influence its emergence. The attachment theory is one of these aspects.

The interaction between an infant and a primary caregiver forms a bond. Typical attachment behaviour like crying, calling, running after, clinging etc., is used to secure the attention of the caregiver. A attachment pattern is developed depending on the quality of the interaction. The pattern for stable attachment is one that secures healthy, emotional development. Although these patterns of attachment arise during childhood, they can, for example, be changed by therapeutic interventions. Trauma, experienced later, can change the pattern of secure attachment to insecure attachment. People with insecure attachment very often suffer psychological illnesses, most often depression. Attachment behaviour is usually observed during childhood, but adults show this behaviour when they are suffering illnesses, extensive stress or anxiety. Assuming the hypothesis that the challenging behaviour of people with dementia is caused by their unsatisfied needs, their deviating motoric behaviour can be interpreted as a search or a need for attachment.

In all 52 nursing homes in Vorarlberg the nursing service supervisors and residential sector managers were asked what the practice was in handling deviating motoric behaviour or wandering of their dementia patients and which interventions were applied in their institutions. The results were summarized and this pool of ideas was made available to the institutions.

Key words: dementia, attachment, patterns of attachment, challenging behaviour, deviating motoric behaviour



---

## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Inhaltsverzeichnis .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Abbildungsverzeichnis .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>1 Einleitung.....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>2 Methoden.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>3 Ergebnis.....</b>   | <b>12</b> |
| 3.1 Demenz .....   | 12        |
| 3.1.1 Definition der Demenz.....   | 12        |
| 3.1.2 Auftreten der Demenz in Österreich.....                                      | 13        |
| 3.1.3 Umwelt und Persönlichkeitsfaktoren bei Alzheimer-Demenz .....                | 15        |
| 3.1.4 Auswirkungen der Erkrankung .....  | 16        |
| 3.1.5 Häufige Komorbiditäten.....  | 18        |
| 3.1.5.1 Demenz und Depression .....  | 18        |
| 3.1.5.2 Demenz und Delir .....   | 19        |
| 3.1.5.3 Demenz und Mangelernährung .....   | 20        |
| 3.2 Bindung – Bindungstheorie - Grundlagen.....                                    | 22        |
| 3.2.1 Bindungstheorie für das Erwachsenenalter.....                                | 27        |
| 3.2.2 Bindung und Vulnerabilität .....   | 30        |
| 3.2.2.1 Bindung und psychische Krankheit - Depression.....                         | 30        |
| 3.2.3 Bindung und Demenz.....  | 33        |
| 3.2.4 Bewältigungsstrategien bei Demenz.....                                       | 34        |
| 3.2.4.1 Bindungssuche als Bewältigungsstrategie.....                               | 35        |
| 3.2.4.2 Abwehrmechanismen als Bewältigungsstrategie .....                          | 35        |
| 3.2.4.3 Wahnhaftes Erleben als Bewältigungsstrategie.....                          | 36        |
| 3.3 Herausforderndes Verhalten von an Demenz erkrankten Frauen und<br>Männern..... | 37        |
| 3.3.1 Abweichendes motorisches Verhalten .....                                     | 40        |
| 3.3.1.1 Häufigkeit von motorisch abweichendem Verhalten .....                      | 42        |

---

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 3.3.1.2  | Ätiologie von Wandern – motorisch abweichendem Verhalten.....  | 43        |
| 3.3.1.3  | Verhaltensmerkmale im Zusammenhang mit ruhelosem Umhergehen .....  | 46        |
| 3.4      | Betreuung von Menschen mit Demenz unter besonderer Berücksichtigung von Bindungsaspekten.....                                  | 48        |
| 3.4.1    | Der Einsatz von Übergangsobjekten.....   | 48        |
| 3.4.2    | Betreuungsperson als sichere Basis .....   | 49        |
| 3.4.3    | Orientierung an der Biografie .....  | 51        |
| 3.4.4    | Wahrnehmungskonzept – Basale Stimulation.....  | 52        |
| 3.4.5    | Weitere Zugangsmöglichkeiten – Ergänzende Maßnahmen.....   | 54        |
| 3.4.5.1  | Psychotherapie bei Menschen mit Demenz.....  | 55        |
| 3.4.5.2  | Körpertherapie – Entspannungstraining .....  | 56        |
| 3.4.5.3  | Musiktherapie .....  | 56        |
| 3.4.5.4  | Psychodrama.....   | 57        |
| 3.4.6    | Umgebungsgestaltung – besondere Wohnformen für Menschen mit Demenz .....   | 57        |
| <b>4</b> | <b>Erfahrungen aus der Praxis .....</b>  | <b>59</b> |
| 4.1      | Interventionen bei ruhelosem Umhergehen von Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Langzeitbetreuung..... | 60        |
| <b>5</b> | <b>Diskussion und Schlussfolgerungen.....</b>  | <b>63</b> |
| 5.1      | Ergebnis und Interpretation aus der Literaturrecherche .....   | 63        |
| 5.2      | Interpretation der Erfahrungen aus der Praxis.....   | 65        |
|          | <b>Literaturverzeichnis .....</b>  | <b>68</b> |



---

## Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Bindungstypen bei gesunden Erwachsenen und bei an Demenz erkrankten Erwachsenen..... | 33 |
| Abbildung 2: Kolanowski 1999: Deutsch von Halek (2013) Grafik von der Verfasserin .....           | 40 |

---

## Abkürzungsverzeichnis

|           |   |
|-----------|---|
| AAI       | Adult Attachment Interview                      |
| ifs       | Institut für Sozialdienste                      |
| HD 100-II | zweite Heidelberger Hundertjährigenstudie       |
| HeimAufG  | Heimaufenthaltsgesetz                           |
| MMSE      | Mini-Mental State Examination                   |
| NDB-Model | Need-driven dementia-compromised behavior model |
| UbG       | Unterbringungsgesetz                            |
| ZfG       | Zentrum für Gerontologie (Zürich)               |

## 1 Einleitung

Menschen mit Demenz erleben durch die Erkrankung Beeinträchtigungen in vielen Bereichen ihres Lebens. Durch die chronisch fortschreitende Krankheit nehmen nicht nur die kognitiven Fähigkeiten ab, beeinträchtigt werden auch emotionale Kontrolle, Sozialverhalten und Motivation (Dilling 2013). Menschen mit Demenz sind gefährdet eine Reihe von zusätzlichen Beeinträchtigungen und Krankheiten zu erleiden. Demenz und Depression kommen oft gemeinsam vor, entwickeln Menschen mit Demenz ein Delir, wird dieses oft nicht erkannt und damit nicht behandelt. Die Ursachen der unterschiedlichen Formen der Demenz sind nicht vollständig geklärt, in den letzten Jahren werden vermehrt entwicklungspsychologische und biografische Einflüsse diskutiert (Hirsch 2009/Bauer 2002). Die Bindungstheorie, entwickelt von Bowlby (1907-1990) und Ainsworth (1913-1999) ist ein solcher entwicklungspsychologischer Erklärungsansatz. In der frühen Kindheit entsteht Bindung zu den primären Bezugspersonen (meist zur Mutter), je nach Qualität der Interaktion entwickelt sich dann das entsprechende Bindungsmuster. Dabei wird angenommen, dass das Muster der ‚sicheren Bindung‘ für eine gesunde seelische Entwicklung förderlich ist. Die in der Kindheit erworbenen Bindungsmuster bleiben latent bestehen, sind aber veränderbar beispielsweise durch therapeutische Unterstützung können mehr sichere Anteile erworben werden. Durch spätere Traumatisierungen und hirnorganische Erkrankungen können die Bindungsmuster aber auch verloren gehen. Beim Erwachsenen wird Bindungsverhalten – dient der Herstellung von Nähe – ausgelöst in Situationen von Krankheit, Stress oder Angst. Menschen mit Demenz sind oft Situationen ausgeliefert die Stress oder Angst erzeugen und damit bei ihnen Bindungsverhalten auslösen, sie können sich nur durch die Nähe einer Bezugsperson beruhigen.

Menschen mit Demenz verlieren mit fortschreiten der Erkrankung die Fähigkeit ihren Alltag zu meistern. Weit gravierender ist jedoch der Verlust der ‚inneren Heimat‘. Menschen mit Demenz kommt das ‚Zuhause‘ abhanden. Dem Schriftsteller Arno Geiger (2011) gelingt es in wenigen Sätzen auszudrücken was es heißt keinen Zugang mehr zur Geborgenheit zu haben und er führt an, dass zu Hause dort ist, wo in einer verständlichen Sprache gesprochen wird und wo man deine

Sprache versteht: „Als Heilmittel gegen ein erschreckendes, nicht zu enträtselndes Leben hatte er einen Ort bezeichnet, an dem Geborgenheit möglich sein würde, wenn er ihn erreicht. Diesen Ort des Trostes nannte der Vater *Zuhause*, der Gläubige nennt ihn *Himmelreich*. Wo man zu Hause ist, leben Menschen, die einem vertraut sind und die in einer verständlichen Sprache sprechen.“ Was Ovid in der Verbannung geschrieben hat – dass Heimat dort ist, wo man deine Sprache versteht -, galt für den Vater in einem nicht weniger existentiellen Sinn' (Geiger 2011 S 56f).

Menschen mit Demenz zeigen auf der Suche nach ihrer ‚inneren Heimat‘ vielfältige, für ihre Umwelt oft schwer aushaltbare, Verhaltensweisen. Gehen Menschen mit Demenz ruhelos umher, ist dies für ihre Angehörigen und/oder Betreuungspersonen oft schwer belastend und führt zu weiteren Problemen zum Beispiel durch mangelnde Nahrungsaufnahme, Sturzgefahr. Wird nun versucht diese Ruhelosigkeit, in der Folge auch als motorisch abweichendes Verhalten bezeichnet, unter dem Aspekt der Bindungstheorie zu betrachten ergeben sich folgende Hypothesen:

- Jedes Verhalten – und scheint es noch so widersinnig – das Menschen mit Demenz zeigen, entspringt einem Bedürfnis und ist für die/den Betroffenen eine Problemlösung.
- Motorisch abweichendes Verhalten ist oft Ausdruck der Suche nach Sicherheit und Geborgenheit wie sie im Kindesalter erlebt wurde.
- Es ist möglich Menschen mit Demenz die Bindungsverhalten zeigen durch verschiedene Maßnahmen (Betreuungsperson als sichere Basis, spezielle Betreuungsformen) Sicherheit und Nähe zu bieten und ihnen die Erfahrung ‚zu Hause zu sein‘ zu ermöglichen. Durch diese Unterstützung ist es Menschen mit Demenz möglich den Zugang zur ‚inneren Heimat‘ – und sei es nur für Momente – zu erreichen.

In dieser Masterarbeit wird auf Grundlage von Literatur eingangs das Thema Demenz behandelt. Mögliche Ursachen, Auswirkungen und Komorbiditäten werden beschrieben. Im Anschluss daran werden die Grundzüge der Bindungstheorie erläutert und ein Zusammenhang zwischen Bindung und dem motorisch abweichenden Verhalten bei Menschen mit Demenz hergestellt, das für die Betreuungspersonen

sonen ein herausforderndes Verhalten darstellt. Betreuungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung von Bindungsaspekten werden vorgestellt um abschließend im Sinne der Forschungsfrage zu klären, welche Maßnahmen in Langzeiteinrichtungen in diesen Fällen getroffen werden können.

## 2 Methoden

Für die Begriffsdefinitionen wurde auf Standardwerke zurückgegriffen. Die Literatursuche in der Datenbank Pub Med ergab für die deutschen Stichwörter Bindung, Bindungsverhalten und Demenz wie zu erwarten keinen Treffer. Um aktuelle Daten zur Häufigkeit des Auftretens von Demenzen in Österreich zu erhalten, wurde die ‚Statistik Austria‘, sowie das Ministerium für Gesundheit kontaktiert. Beide Stellen konnten keine aktuellen Zahlen liefern. Nach dem ‚Schneeballprinzip‘ habe ich dann zu den relevanten Themen recherchiert, wobei ich besonderes Augenmerk auf eine interdisziplinäre Betrachtung der Thematik gelegt habe. Hierbei habe ich die aktuellen Forschungstätigkeiten der Universität Witten/Herdecke (Pflegerwissenschaften), im Besonderen des Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen und des Zentrum für Gerontologie (ZfG) Zürich mit einbezogen. Über die Teilnahme an einem Symposium und einem Kongress hatte ich Zugang zu weiterer Literatur zum Thema. Ein Wissenschaftler wurde direkt kontaktiert.

Die Literaturrecherche habe ich durch Gespräche mit der Praxis verbunden. Das heißt, durchführen von Gesprächen mit allen Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen/Wohnbereichsleitungen aller Pflegeheime in Vorarlberg zum spezifischen Thema motorisch abweichendes Verhalten von Menschen mit Demenz und möglichen Lösungsansätzen. Das sind 52 Einrichtungen mit gesamt 2263 Pflegeheimplätzen. Die Gespräche wurden von den jeweils für die Einrichtung zuständigen (beim Gericht namhaft gemachten) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bewohnervertretung geführt, da die Gespräche – aus organisatorischen Gründen - in ein jährlich stattfindendes Kooperationsgespräch Pflegedienstleitungen/Stationsleitungen und ifs Bewohnervertretung eingebunden waren. In der Regel waren bei den Gesprächen die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichslei-

tungen anwesend. Da ich derzeit für 9 Pflegeheime als Bewohnervertreterin namhaft gemacht bin, führte ich 9 Gespräche. Ziel war es zu erfahren, welche Erfahrungen mit dem Thema ‚ruheloses Umhergehen bzw. Weglauftendenz‘ gemacht wurden, ob es derzeit eine Belastung darstellt und welche Interventionen getroffen werden. Da in der Literatur wenig Möglichkeiten zur Intervention gefunden wurden, ging es in diesen Gesprächen in erster Linie um eine Ideensammlung. Den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde im Gespräch das rechtlich richtige Vorgehen bei Freiheitsbeschränkungen – durch Alarmsystem und Festhalten – erläutert. Leitende Fragen für das Gespräch waren:

- Welche Erfahrungen bestehen mit dem Thema ‚pflegerischer Umgang mit Weglauftendenz‘ – ruhelosem Umhergehen der Bewohnerinnen und Bewohner?
- Welche Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bewähren sich in ihrer Einrichtung?

Die im Zuge des Gespräches angegebenen Lösungsansätze wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ifs Bewohnervertretung notiert. Eine Zusammenfassung wurde mittels EDV erfasst. Folgende Kategorien von Lösungsmöglichkeiten konnten gebildet werden:

- Pflegefachliche Maßnahmen
- Hilfsmittel
- Betreuung/Personal
- Strukturelle Maßnahmen
- Bauliche Maßnahmen – Vorteile durch Architektur
- Maßnahmen im Anlassfall

Die Ergebnisse wurden dann in einer Broschüre festgehalten und den Einrichtungen als Information zur Verfügung gestellt.

## **3 Ergebnis**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zu den Themen Demenz, Bindung, und herausforderndes Verhalten dargestellt.

### **3.1 Demenz**

Der Anteil von älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung ist im Laufe des letzten Jahrhunderts gestiegen, was auch zu einer Zunahme von Demenzerkrankungen geführt hat. (Förstl 2009 S V)

#### **3.1.1 Definition der Demenz**

Zank et al. (2010 S 48) definieren: „Demenzen sind Erkrankungen des Gehirns und verursachen eine Vielzahl von Beeinträchtigungen. Ein dementieller Prozess hat meistens einen chronischen oder fortschreitenden Verlauf, der zu kognitiven Defiziten (z.B. Gedächtnis, Denkvermögen, Auffassungsgabe, Rechenfähigkeit, Orientierung) und häufig zu Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Motivation und des Sozialverhaltens führt.“

Im ICD-10 werden die verschiedenen Formen der Demenzen unter F0 organische Störungen klassifiziert. ‚Das dementielle Syndrom, als Folge einer Krankheit des Gehirns, verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend unter Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Es finden sich keine qualitativen Bewusstseinsstörungen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation. Diese Symptome gehen auch gelegentlich voran. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulärer Krankheit und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär des Gehirns betreffen‘ (Dilling 2014 S 73).

---

Förstl (2009 S 4) konkretisiert, dass die Symptome – um zumindest von einer leichten Demenz zu sprechen - so schwerwiegend sein müssen, dass sie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung führen.

### 3.1.2 Auftreten der Demenz in Österreich

Bei der Statistik Austria gibt es laut Auskunft keine Zahlen zur Häufigkeit der verschiedensten Formen von Demenz in Österreich. Vom Ministerium für Gesundheit wurde auf untenstehende Zahlen der Wiener Gebietskrankenkasse verwiesen, eigene Zahlen werden erst im Herbst 2014 herausgegeben. Gleichweit und Rossa (2009 S X) geben im ersten Österreichischen Demenzbericht der Wiener Gebietskrankenkasse folgende Schätzungen an. Die bevölkerungsbezogene Gesamtprävalenz der Demenz wird auf 1,15 bis 1,27% geschätzt. Dies würde einer Gesamtzahl von rund 100.000 Erkrankten in Österreich entsprechen. Mit einem starken Anstieg der Betroffenen sei zu rechnen. Die Hochrechnungen der Wiener Gebietskrankenkasse, als Grundlage dienten die aktuellen Bevölkerungszahlen, ergaben für das Jahr 2050 eine Prognose von 270.000 bis 290.000 Erkrankten in Österreich.

Wancata (2002) gibt ausgehend von der Zahl der Betroffenen im Jahr 2000 für Österreich folgende Zahlen an: 90.500 von einer Demenz Betroffene. Dies wird sich bis zum Jahre 2050 auf etwa 233.800 Betroffene vervielfachen. Derzeit erkranken danach pro Jahr 23.600 Personen neu, diese Zahl soll auf 59.500 Neuerkrankungen jährlich im Jahre 2050 steigen. Gleichzeitig wird nach diesen Schätzungen die Zahl der erwerbstätigen Bevölkerung abnehmen, danach soll es etwa ein Drittel weniger Erwerbstätige geben. Dies führt dazu, dass im Jahre 2050 auf eine an Demenz erkrankte Person, nur noch etwa 17 Personen im erwerbsfähigen Alter kommen, derzeit liegt diese Zahl bei 56 Personen.

Die Prävalenz gibt Wancata (2002) für das Jahr 2000 – dies sind die detailliertesten Daten für Österreich - mit 5,41% der über 60-Jährigen an. Bei den über 65-Jährigen steigt sie auf 6,93%. Für das Jahr 2050 spricht er von 8,28% Betroffenen



bei den über 60-Jährigen. Betrachtet man die Altersspanne von 60 – 79 Jahren so litten im Jahr 2000 2,7% an einer Demenz, bei den über 80-Jährigen sind es hingegen 18,5%. Betrachtet man die Entwicklung differenzierter nach den unterschiedlichen Demenzarten so ergibt sich für die Alzheimer-Demenz für das Jahr 2000 eine Zahl von 57.100 Betroffenen, welche bis zum Jahr 2050 auf 151.400 steigen wird. Für die vaskuläre Demenz gibt es für das Jahr 2000 15.700 erkrankte Personen an, diese Zahl soll bis zum Jahr 2050 auf 40.200 steigen, was 1,42% der über 60-Jährigen Bevölkerung entspricht.

Ein ähnliches Bild liefern die Zahlen aus Deutschland. Laut Martin und Kliegel (2010 S 214) betrug die absolute Häufigkeit in Deutschland 1996 ca. 0,93 Millionen. Für das Jahr 2050 wird mit 2 Millionen Demenzerkrankten gerechnet. Die Prävalenz von Demenzen steigt mit dem Lebensalter stark an, sie beträgt bei den 65-Jährigen 1% und steigt für die 85-Jährigen auf 20%.

Das heißt aber auch, dass viele Personen der entsprechenden Altersgruppen nicht dement sind. Laut den Demenz-Leitlinien (2009): „Ist Demenz keine zu erwartende Alterserscheinung, z.B. sind in Deutschland bei den 65- bis 69-Jährigen nur etwa 1,2% betroffen, bei den 80 bis 84-Jährigen etwas 13,3% und bei den über 90-Jährigen ca. 35%“ ([www.demenzleitlinie.de](http://www.demenzleitlinie.de)).

Jopp et al. (2013 S 25) stellen in der Zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD 100 – II) beispielsweise fest, dass sich der Anteil der Hundertjährigen mit erhaltener kognitiver Leistungsfähigkeit bedeutsam erhöht hat. ‚Hiermit kann also vor allem im Bereich der geistigen Ressourcen festgehalten werden, dass die größere Anzahl von Hundertjährigen nicht notgedrungen mit mehr körperlichen und kognitiven Einschränkungen einhergehen muss, sondern sich sogar eine Verbesserung im Vergleich zu früheren Geburtsjahrgängen abzeichnet.‘

Mit etwa 60% ist die Alzheimer-Krankheit häufigste Demenzursache. Mischformen sind Ursachen von 15% aller Demenzen (Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Hirnschädigung). Weniger als 15% aller Demenz entstehen aufgrund vaskulärer Schäden. Andere Krankheiten wie Lewy-Körperchen-, Parkinson-, Huntington-

---

oder HIV-Erkrankung liegen den restlichen 10% zugrunde (www.demenzleitlinie.de).

### 3.1.3 Umwelt und Persönlichkeitsfaktoren bei Alzheimer-Demenz

Ätiologie und Pathogenese der Alzheimer-Demenz sind bisher noch nicht geklärt. Hirsch (2009 S 319) führt an, dass bei der Entstehung einer Alzheimer-Erkrankung entwicklungspsychologische und biografische Aspekte möglicher Weise eine Rolle spielen. Bauer (2002 S 157ff) stellt zusammenfassend fest, dass Studien verschiedener Arbeitsgruppen und die Befunde seiner biografischen Untersuchungen von ‚Alzheimer-Biografien‘ und die Beobachtung von Patientinnen und Patienten dafür sprechen: „(...) dass später an Alzheimer erkrankte Personen bereits in ihrer seelischen (Selbst-)Entwicklung traumatisiert wurden.“ Durch die schwache Entwicklung des Selbst, kam es zu einer Tendenz der Überanpassung – ein ausgeprägtes Gefühl für die eigene Identität konnte nicht entstehen. Alltagskompetenz und Wirklichkeitskonstruktionen bleiben auf der symbolischen Ebene schwach. Neurobiologisch geht dieser Prozess mit einer Schwächung der synaptischen Vernetzung im Kortex einher und führt zum Eintritt in die Krankheit. Charakteristisch ist ein Lebensstil welcher durch Konfliktvermeidung und psychosoziale Inaktivität gezeichnet ist. Die später Erkrankten suchten sich – unter Umständen zur Kompensation – pragmatisch hoch kompetente Partner, gerieten jedoch zunehmend in Abhängigkeit von diesen. Auch Hirsch (2009 S 319) erläutert, dass in Untersuchungen ein positiver Zusammenhang zwischen Lebensstil und Entstehung einer Demenz nachgewiesen werden konnte. Er fasst zusammen, dass für Personen: „Die alleine leben, keine engen sozialen Bindungen haben, nie verheiratet waren und an keinen sozialen oder Freizeitaktivitäten teilnahmen“ ein erhöhtes Risiko besteht an einer Demenz zu erkranken. Er vergleicht die Ergebnisse zweier Studien und stellt unter anderem fest, dass später an Alzheimer erkrankte in ihrer Kindheit eine geringe Akzeptanz durch die Eltern erfuhren und vermehrt Kindheitstraumen erlitten. Bei der Entwicklung des ‚Selbst‘ wurde einerseits fehlender Selbstwert und Eingriffe in die Selbstbestimmung/Konfliktvermeidungsverhalten beschrieben.

### 3.1.4 Auswirkungen der Erkrankung

Bartholomeyczik et al. (2006 S 27) fassen die Auswirkungen einer Demenzerkrankung wie folgt zusammen: „Die Behinderungen, die durch eine Demenz entstehen, können global als Kontrollverlust und Abhängigkeit von anderen verstanden werden. Der Kontrollverlust entsteht durch die kognitiven Einbußen im planerischen Handeln, durch Verlust von Alltagsfertigkeiten und Orientierungsvermögen. Ebenso verändert sich die Wahrnehmung der Realität im Rahmen von Gegenwarts- und Vergangenheitsverschränkungen.“

Wojnar (2009 S VII) führt aus, dass für das Überleben eines Menschen die Erfassung des ‚Selbst‘ und der Umwelt mit allen Sinnen von fundamentaler Bedeutung ist. Werden die Sinnesorgane durch Alter oder Erkrankung beeinträchtigt, sind die Folgen weitreichend: die Umwelt wird nicht mehr wahrgenommen, sie verschwimmt und verstummt, Körperreaktionen auf Temperaturschwankungen bleiben aus. Der Körper reagiert fast nicht mehr auf die Beschaffenheit der berührten Flächen, die Vibration der Gelenke beim Auftreten wird nicht mehr wahrgenommen, der Geschmack der Speisen kann nicht mehr erfahren werden, Blumen verlieren ihren Duft. Die Beeinträchtigung der Wahrnehmung wird als besonders belastend erlebt, verstärkt Isolation und führt zu herausfordernden Verhaltensweisen. ‚Die Außenwelt beschränkt sich dann zunehmend auf die Bilder der Erinnerung und nur noch die unmittelbare Anwesenheit anderer Menschen bildet die Brücke zur Realität.

Matteson und Lichtenstein (1996) führten eine Untersuchung an Personen die an Alzheimer erkrankt waren durch und stellten fest, dass eine Umkehrung der intellektuellen Entwicklung statt findet. Und zwar exakt entlang an der von Piaget (1886-1980) definierten Stufen der intellektuellen Entwicklung, allerdings in umgekehrter Richtung. Patientinnen und Patienten mit beginnender Alzheimer-Demenz (Mini-Mental-State-Wert von 23 Punkten) entsprechen dem Niveau für konkrete Operationen, welches Piaget für die Phase zwischen 7. und 12. Lebensjahr beschrieben hat. Im mittleren Stadium der Demenz (MMSE 14 Punkte und weniger) sind die intellektuellen Kompetenzen mit jenen von Kindern zwischen dem 2. und

7. Lebensjahr vergleichbar. Piaget beschreibt diese Phase als präoperationale Phase. Das sensomotorische Anpassungsniveau ist ab einem Wert von 2 Punkten und weniger erreicht und entspricht den ersten beiden Lebensjahren. Ihre Studie belegte, dass es ein ‚Muster des Vergessens‘ gibt, die Schwierigkeit in der Akzeptanz ihres Konzeptes ergeben sich – laut den Autoren Matteson und Lichtenstein (1996) - aus der Assoziation von Erwachsenen mit Demenz und kindlichem Verhalten. Die Angst dass Menschen mit Demenz respektlos und würdelos behandelt werden ist ihrer Ansicht nach unbegründet, es gehe darum die Erwartungen an ein Individuum an seine Fähigkeiten anzupassen.

Menschen mit Demenz sind von anderen abhängig. Diese Abhängigkeit führt auf der anderen Seite zu einer nicht zu unterschätzenden Belastung bei den Pflegenden. Romero (2009 S 426f) führt aus, dass betreuende Angehörige meist völlig unvorbereitet mit neuen, ungewohnten Verhaltensweisen konfrontiert sind, sie können diese Verhaltensweisen weder verstehen, noch wissen sie diese zu beantworten. Es entstehen Missverständnisse und Konflikte. Verhaltens- und Affektauffälligkeiten wirken stärker belastenden, als kognitive Defizite. Der Mangel an Kooperationsbereitschaft und Antriebslosigkeit belasten die Pflegenden höher als Aggressionsausbrüche, Unruhezustände oder Stimmungsschwankungen. Die Aufgaben und Probleme verändern sich durch das Fortschreiten der Krankheit immer wieder, und erfordern ständige Anpassung im Umgang und der Pflege, oft ist auch eine Anpassung der räumlichen Umgebung erforderlich. Selbstaufgabe und soziale Isolation verstärken die Betreuungslast pflegender Angehöriger. Nicht zu unterschätzen ist auch die Belastung durch krankheitsbedingte finanzielle Nachteile. Durch die Pflege und Betreuung entsteht im Allgemeinen eine hohe Belastung, wobei sich unter den betreuenden Ehepartnern jüngere stärker belastet fühlen als ältere. Depressionen, Ängste und psychovegetative Erschöpfungszustände sind eine häufige Folge der Belastung, insbesondere für die jüngeren unter den betreuenden Ehepartner besteht ein hohes Risiko für physische und psychische Überforderungserscheinungen und Erkrankungen.

### 3.1.5 Häufige Komorbiditäten

Klie (2013) gibt zu bedenken, dass der Begriff ‚Demenz‘ die Betroffenen stigmatisiert. Er regt an von den ‚vulnerablen‘ den ‚verletzlichen‘ Menschen zu sprechen.

Nach Ansicht der Verfasserin besteht diese Verletzlichkeit in zwei Richtungen, einerseits sind die Betroffenen in Gefahr durch ihre – oft unangepasste - soziale und räumliche Umgebung verletzt zu werden und andererseits haben sie ein großes Risiko an zusätzlichen Erkrankungen zu leiden. Beispielhaft werden im Anschluss mögliche Komorbiditäten erläutert.

#### 3.1.5.1 Demenz und Depression

Zank et al. (2010 S 60) weisen darauf hin, dass die Komorbidität von Demenz und Depression etwa bei 30 bis 60% liegt.

Auch Heuft et al. (2006 S 125) stellen fest, dass im höheren Lebensalter Depressionen und dementielle Erkrankungen die häufigsten psychischen Störungen sind. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ sind nach epidemiologischen Studien bei bis zu 50% der Betroffenen, bei etwas jeder/jedem Zweiter/Zweitem depressive Symptome zu erwarten. Bei Personen die an einer Demenz vom vaskulären Typ, nach Hirninfarkten oder an einer Parkinson-Krankheit leiden, werden Depressionen ähnlich häufig gefunden.

Stoppe und Mann (2009 S 44f) betonen, dass die Behandelbarkeit von affektiven Störungen im Alter per se nicht schlechter ist als in anderen Lebensabschnitten. Jedoch muss bei Erkrankungsbeginn im höheren Lebensalter immer an das Vorliegen einer hirnorganischen Störung gedacht werden, da diese häufig im Vorfeld einer Demenzerkrankung auftreten. Auch sie sehen die Versorgungspraxis kritisch, weil derzeit Pharmakotherapien überwiegen, welche oft nicht fachgerecht durchgeführt werden. Denn, Fachärzte werden zu wenig einbezogen und die Psychotherapie hat zu wenig Gewicht.

### 3.1.5.2 Demenz und Delir

Lorenzel (2012) betont, dass Delir und Demenz oft nicht sicher zu unterscheiden sind, für ein Delir und gegen eine Demenz sprechen ein akuter Krankheitsbeginn, Störungen in der Aufmerksamkeit und Bewusstseinshelligkeit ([www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)).

Im ICD 10 wird Delir folgender Weise definiert: Delir wird als ätiologisch unspezifisches Syndrom beschrieben, charakterisiert wird dieses Syndrom durch die gleichzeitig bestehende Störung ‚des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus‘. Es tritt häufig erst ab dem 60. Lebensjahr auf, obwohl es in jedem Lebensalter vorkommen kann. Das Zustandsbild ist vorübergehend und in der Intensität wechselnd, der Beginn ist gewöhnlich akut, die Gesamtdauer der Störung beträgt weniger als sechs Monate. (Dilling 2014 S 90f).

Stoppe und Mann (2009 S 71 ff) betonen, die Wichtigkeit eines proaktiven Delir-Managements aus den Bereichen Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung. Ein Delir entsteht, wenn das Ausmaß der Stressoren für die individuelle Verarbeitungskapazität zu groß ist. Ein erhöhtes Risiko ein Delir zu entwickeln besteht für alte Menschen, Menschen mit Demenz, bei gebrechlichen Personen und solche mit Polypharmazie. Auslöser ist oft ein Krankenhausaufenthalt, Reizüberflutung durch perioperative Intensivbehandlung, Angst und Stress. Treten Delirien nachts auf, kann aber auch eine Reizdeprivation als Auslöser in Frage kommen. Eine wesentliche Rolle bei der Prävention von Delirien spielt die Umgebungsgestaltung, diese sollte Orientierungshilfen bieten, gut beleuchtet, Tag und Nacht sollte klar erkennbar sein, Dauerberieselung mit Musik ist zu vermeiden. Persönliche Hilfsmittel wie Seh- und Hörhilfen und Zahnprothesen sollten wenn notwendig zur Verfügung stehen. Von medizinischer Seite ist es wichtig, Demenzerkrankungen rechtzeitig zu diagnostizieren, dies erfolgt derzeit häufig erst im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes. Multimedikation ist zu vermeiden, auch im Alter sollte ein Alkoholabusus in Betracht gezogen werden. Darüber hinaus ist eine klare

---

Kommunikation – das besprechen der Befunde – und wenn möglich die Begleitung durch eine vertraute Person bei einem Krankenhausaufenthalt wesentlich (Stoppe, Mann 2009 S 71ff).

### 3.1.5.3 Demenz und Mangelernährung

Wojnar und Perrar (2011) erläutern, dass die Steuerung der Nahrungsaufnahme sehr komplex ist und die Zusammenhänge noch nicht endgültig geklärt sind. Hormone und chemische Überträgerstoffe lösen den Drang zur Nahrungsaufnahme aus, durch Informationen von Fettzellen, Nährstoffen und Hormonen im Blut wird dieser bei Sättigung wieder gedämpft. Das Streben zur Nahrungsaufnahme – Hunger – wird von mindestens drei Faktoren beeinflusst: Hungergefühl, Appetit und Nahrungsbedürfnis.

Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme und ausreichende Energiezufuhr werden durch das Hungergefühl gesteuert, dieses ist bei alten Menschen und besonders bei Patienten und Patientinnen mit einer dementiellen Erkrankung stark abgeschwächt.

Appetit ist ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren: Geschmacks- und Geruchsreize, optische Eindrücke, soziale Umgebung, persönliche Gewohnheiten, Stimmungslage und Gesundheitszustand spielen eine große Rolle bei der Anregung des Appetits. Besonders Gerüche können stark emotional betonte Erinnerungen wecken. Störungen des Geruchssinns werden im Alter häufig beobachtet, bei der Alzheimer-Krankheit zählt sie zu den ersten Symptomen. Weniger beeinträchtigt wird der Geschmackssinn, wobei die Wahrnehmung für ‚süß‘ am besten und längsten erhalten bleibt. Mundtrockenheit, unzureichende Mundhygiene, Entzündungen und schlechter Zahnstatus können den Geschmackssinn zusätzlich stören. Auch Medikamente spielen eine Rolle, diese haben oft einen bitteren oder metallischen Geschmack, der länger im Mund bleibt, oder sie können die Speichelproduktion verändern. Die Konsistenz der Speisen verstärkt die Wahrnehmung, so schmecken zum Beispiel flüssigere Speisen intensiver. Die wichtige Ursache einer mangelhaften und unausgewogenen Ernährung ist die Veränderung des Geschmackssinns.

---

Wie viel Nahrung ein Mensch zu sich nimmt wird durch das Nahrungsbedürfnis gesteuert. Durch den Wegfall von Alltagsaktivitäten die Nahrungsaufnahme und Appetit fördern, zum Beispiel einkaufen und kochen und abnehmende Freude am Essen durch die veränderte Wahrnehmung wird die Steuerung des Nahrungsbedürfnisses beeinflusst.

Durch die veränderte Wahrnehmung von festen Speisen – diese werden ‚wie Sand im Mund‘ erfahren – werden zunehmend weiche und zuckerreiche Speisen aufgenommen. Dies führt in der Folge zu Vitamin- und Mineralstoffmangel. Die Folgen sind weitreichend, so führt zum Beispiel ein Mangel an Vitamin B6 zu Störungen der Hirnfunktion, Appetitlosigkeit und Übelkeit, Vitamin B1 Mangel führte ebenfalls zu Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, setzt die Magensaftsekretion herunter, führt zu Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Vitamin C hat einen wesentlichen Einfluss auf Zahnfleisch und Zähne, ein Mangel wirkt sich indirekt auf die Nahrungsaufnahme aus.

Um eine ausreichende Nahrungsaufnahme zu ermöglichen geben Wojnar und Perrar (2011) unter anderem folgende Handlungsempfehlungen. Da Mahlzeiten, neben Spaziergängen, die wichtigste Beschäftigung für Heimbewohnerinnen und Bewohner sind, sollten diese nicht unmittelbar nach als unangenehm empfundenen pflegerischen Handlungen stattfinden. Viele Menschen mit Demenz sind morgens noch in guter psychischer Verfassung, deshalb ist für sie das Frühstück die wichtigste Mahlzeit. Mahlzeiten sollten in Gesellschaft eingenommen werden, auf noch ungeklärte Weise gewinnt der Körper dann, zwischen 10 – 30% mehr Energie aus der Nahrung. Um zu verhindern, dass die Betroffenen Handlungsabläufe bei Essen vergessen, ist ein Gegenüber notwendig, dessen Verhalten sie nachahmen können. Auch bei schwerer Demenz bleibt die Fähigkeit zum Nachahmen lange erhalten. Ist es erforderlich das Essen zugereichen, sollte dies nach Möglichkeit durch führen der Hand zum Mund geschehen, da die Bewegung der eigenen Hand mit dem Löffel zum Mund reflexhaft das Öffnen des Mundes auslöst.



## 3.2 Bindung – Bindungstheorie - Grundlagen

„Die Bindungstheorie entstand in der Auseinandersetzung des englischen Psychiaters und Psychoanalytikers Johan Bowlby mit der Psychoanalyse in den 40er und 50er Jahren des letzten Jahrhunderts“ (Grossmann 2011 S 7).

Grossmann (2011) bezeichnet Bowlby als ‚Vater‘ der Bindungstheorie und Ainsworth als ‚Mutter‘ der Bindungsforschung. Bowlby war ein stark empirisch orientierter Theoretiker, Ainsworth war klinische Psychologin und Persönlichkeitsforscherin, gemeinsam sind sie die Urheber und Begründer der Bindungsforschung.

Bowlby (1987) prägte den Begriff ‚Bindungsverhalten‘. Er beschreibt das Bindungsverhalten als ein affektives Band „... als Folge bestimmter vorprogrammierter Verhaltensmuster, die auf ein anderes Individuum konzentriert werden. Ihre Wirkung besteht, darin, das erste Individuum nahe an das andere heranzubringen und es dort zu halten ...“ (Grossmann 2011 S 59).

Bowlby (1987) betont, dass an Bindungsverhalten nichts kindlich oder pathologisch ist, die wahrscheinlichste Funktion des Bindungsverhaltens ist Schutz. Es geht darum, dass sich die Hauptbezugsperson/die Eltern sich als sichere Basis zur Verfügung stellen und es dem Kind ermöglichen, von dieser sicheren Basis ausgehend seinen Wünschen nach Exploration und Ausweitung der Beziehungen nach zu gehen (Grossmann 2011 S 25f).

Bowlby (1991) Bindungsverhalten wird am häufigsten während der Kindheit gezeigt, darüber hinaus ist Bindungsverhalten für den Menschen charakteristisch bis zum Tod. Beim kleinen Kind zeigt es sich in Situationen in denen es allein oder bei Fremden zurückgelassen wird in Form von Weinen, Rufen, Nachlaufen, Berühren und Anklammern, oder auch durch heftigen Protest. Die Häufigkeit und Intensität des Bindungsverhaltens nimmt mit dem Alter des Kindes ab. Er betont, dass Bindungsverhalten im Erwachsenenleben fortbesteht, besonders offensichtlich wird es, wenn eine Person verängstigt, gestresst oder krank ist.

---

Bowlby (1991) beschreibt zwölf Grundmerkmale der Bindungstheorie, welche hier nur kurz zusammengefasst werden:

- Bindungsverhalten ist jede Form des Verhaltens, welches die Nähe zu einer bevorzugten Person (Bindungsfigur) herstellt oder aufrechterhält.
- Bindungsverhalten hat eine eigene Dynamik, es ist nicht gleichzusetzen mit Fütterverhalten und Sexualverhalten, aber mindestens ebenso wichtig.
- Bei einer gesunden Entwicklung führt Bindungsverhalten zu affektiven Banden oder Bindungen. Zu Beginn zwischen Kind und Elternteil später zwischen Erwachsenen und Erwachsenen. Bindungen sind über den ganzen Lebenslauf aktiv.
- Bindungsverhalten ist instinktives Verhalten, welches sich an verändernde Ziele anpasst – ein homöostatisches System.
- Bindung besteht dauerhaft. Das Bindung herstellende Verhalten wird nur wenn nötig aktiviert. Umstände die Bindungsverhalten aktivieren sind: Fremdheit, Müdigkeit, Angst, Abwesenheit oder Nicht-Reagieren der Bindungsperson. Bindungsverhalten wird beendet durch vertraute Umgebung, Verfügbarkeit einer Bindungsperson, je stärker Bindungsverhalten aktiviert ist umso mehr ist für die Beendigung aktiv beruhigendes (Berühren oder Anklammern) Verhalten der Bindungsfigur nötig.
- Er (Bowlby) beschreibt den Aufbau der Bindung/des Bandes als ‚sich verlieben‘ die Aufrechterhalten als ‚jemanden lieben‘ und den Verlust als ‚über jemanden trauern‘.
- Bindungsverhalten ist im Laufe der Evolution zu einem Merkmal vieler Spezies geworden. Der Kontakt zu einem oder mehreren Lebewesen sichert das Überleben.
- Dem Bindungsverhalten komplementär gegenüber steht das Fürsorgeverhalten. Fürsorgeverhalten wird gewöhnlich von Erwachsenen gegenüber Kindern gezeigt, aber auch zwischen Erwachsenen, besonders wenn der Gesundheitszustand eines Erwachsenen schlecht ist, er unter Stress leidet oder ein hohes Alter erreicht hat.
- Aktiviertes Bindungsverhalten bei Erwachsenen ist kein Zeichen für Pathologie oder für Regression.
- In jedem Alter können gestörte Muster von Bindungsverhalten vorhanden sein. Die häufigste Form der Störung ist, dass Bindungsverhalten zu leicht

ausgelöst wird, es kommt zu einer ängstlichen Bindung. Aber auch das Gegenteil ist möglich, eine teilweise oder vollständige Deaktivierung von Bindungsverhalten.

- Die Erfahrungen im Säuglingsalter, der Kindheit und Adoleszenz mit Bindungsfiguren sind entscheidend für das Muster in dem Bindung und Bindungsverhalten organisiert wird.
- Die Muster der affektiven Bande die im Leben geschlossen werden, werden beeinflusst durch die Art und Weise wie Bindungsverhalten in der Persönlichkeit organisiert wurde

(Grossmann 2011 S 59f).

Ainsworth (1964) definiert ‚Bindungsverhalten ist ein Verhalten, durch das eine differenzierende, gefühlsmäßige Beziehung mit einer Person oder einem Objekt entsteht; es beginnt damit eine Kette von Interaktionen, die dazu dienen, die gefühlsmäßige Beziehung zu festigen (Grossmann 2011 S 102). Ainsworth (1964) differenzierte 13 Arten von Bindungsverhalten. Sie beobachtete 28 Babys in Interaktion mit ihren Müttern (zu Hause). Sie erstellte folgenden Katalog für Bindungsverhaltensmuster:

- Differenzierendes Weinen
- Differenzierendes Lächeln
- Differenzierendes Vokalisieren

Diese drei Muster bedeuten, dass das Baby die Mutter von anderen Personen unterscheiden kann und spezifisch auf sie reagiert. Gemeinsamkeit der nächsten Gruppe ist die Sorge der Kinder über den Aufenthaltsort der Mutter.

- Visuell-motorische Orientierung in Richtung der Mutter.
- Weinen, wenn die Mutter weggeht.
- Nachfolgen.
- Klettern.
- Das Gesicht vergraben.
- Exploration von einer sicheren Basis aus.
- Klammern.

Auch Reaktionen die als Grüßen gedeutet werden, werden als Bindungsverhalten klassifiziert:

- Die Arme zum Grüßen haben.
- Zum Grüßen in die Hände klatschen.
- Annäherung durch Hinbewegen.

Dieses Verhalten wird eher von Kindern gezeigt, die gewöhnt waren – etwa zum Schlafen - alleine zu sein, sie zeigten ihre Bindung eher beim Begrüßen, denn als Protest, wenn die Mutter weg ging.

Ainsworth (1964) betont die aktive Rolle der Babys bei der Entwicklung von Bindung, schon früh ergreifen die Babys die Initiative bei der Kontaktaufnahme. Noch bevor die Babys sich in die Richtung der Mutter bewegen können, orientieren sich ihre Augen in ihre Richtung oder es hält eine motorische Orientierung in Richtung der Mutter aufrecht, wenn es von anderen Personen gehalten wird. Darüber hinaus zeigt sie auf, daß Bindungsverhalten nicht notwendigerweise mit engem Körperkontakt zwischen Mutter und Kind enden muss. Die Kinder sind in der Lage Nähe und Interaktion aufrecht zu halten auch ohne taktile und kinästhetische Wahrnehmung. Das Sehen des Gesichtsausdrucks, der Bewegung und Gestik bilden dann zusammen mit dem Hören die Basis der Interaktion. Darüber hinaus verdeutlicht sie, dass sich ein Baby nicht nur an die Person bindet – die ihre körperlichen Grundbedürfnisse befriedigt – sondern auch an Personen die mit ihnen spielen und in Interaktion treten (Grossmann 2011 S 104ff).

Ainsworth und Bell (1970) beschreiben aufgrund ihrer Forschungen 5 Thesen zum Konzept von Bindung:

1. Es ist zwischen Bindung und Bindungsverhalten zu unterscheiden. Bindungsverhalten kann erhöht oder gering sein, die Ursachen dafür können in der Umwelt oder innerhalb des Organismus liegen. Bindungsverhalten zeigt sich situationsbedingt. Darüber hinaus besteht eine Neigung von Zeit zu Zeit die Nähe zum Bindungsobjekt zu suchen, diese Neigung ist die innere, strukturelle Basis, welche als Bindung bezeichnet wird.
2. In bedrohlichen Situationen ist das Bindungsverhalten erhöht.
3. Gebunden sein und die Anwesenheit der Bindungsperson fördern, unterstützen und erleichtern das Explorationsverhalten. Explorationsverhalten ist nur möglich, wenn das Bindungsverhalten nicht aktiviert ist.

4. Bei längerer Abwesenheit des Bindungsobjektes verringert sich das Bindungsverhalten, dies hat nicht notwendiger Weise einen Einfluss auf die Bindung.
5. Bindungsbeziehungen unterscheiden sich qualitativ, die Stärke oder Intensität einer Bindung ist nur schwer einzuschätzen

(Grossmann 2011 S 164).

Ainsworth/Bell/Styton (1971) untersuchten mittels der Versuchsanordnung ‚Fremde Situation‘ inwieweit ein Säugling seine Mutter als sichere Basis für Exploration nutzen konnte, und wie dies als Reaktion auf Fremde und kurze Abwesenheit der Mutter sichtbar wurde. Sie fanden drei Hauptverhaltensmuster die sie anfänglich Muster A, B und C nannten einschließlich acht Untergruppen.

Das Muster B entspricht der sicheren Bindung, die Babys nutzten die Mutter als sichere Basis und waren bereit zu explorieren. A und C entsprechen der unsicheren Bindung, wobei Muster A unsicher-vermeidend ist (die Babys wurden durch die Trennung von der Mutter nicht erschüttert und mieden sie, als sie wieder kam). Die Kinder mit dem Bindungsmuster C – unsicher-ambivalent – waren misstrauisch gegenüber der Fremden Person, sie wurden durch die Trennung von der Mutter intensiv erschüttert und regierten ihr gegenüber ambivalent, wenn sie zurückkehrte. Das Bindungsmuster C wurde später ergänzt durch Muster D: unsicher-desorganisiert. (Grossmann 2011 S 243f/317f und 391f).

Bowlby (1991) Das Bindungsmuster der sicheren Bindung, ist jenes Bindungsmuster von dem man annimmt es gehöre zu einer gesunden Entwicklung. Bei der sicheren Bindung ist das Individuum zuversichtlich, das ein Elternteil (oder eine Elternfigur) in Situationen welche als Bedrohung oder Angstausslösend erlebt werden, verfügbar, antwortbereit und hilfreich ist (Grossmann 2011 S 59f).

‚Unter Bindungsverhalten wird, kurz gesagt, jede Form des Verhaltens verstanden, das dazu führt, daß eine Person die Nähe irgendeines anderen differenzierten und bevorzugten Individuums, das gewöhnlich als stärker und/oder klüger empfunden wird, aufsucht oder beizubehalten versucht. (...) Bei Erwachsenen sind sie beson-

---

ders offenkundig, wenn eine Person unglücklich, krank oder ängstlich ist' (Bowlby 2011 S 159f).

### **3.2.1 Bindungstheorie für das Erwachsenenalter**

Bowlby (1987) ‚Bindungsverhalten ist besonders deutlich während der frühen Kindheit (und im Säuglingsalter) erkennbar, doch geht man davon aus, daß es menschlichen Wesen von der Wiege bis zum Grab eigen ist. Es umfaßt Weinen und Rufen, die Fürsorge und Zuwendung auslösen, Folgen und Festhalten und auch starken Protest, wenn ein Kind allein gelassen oder bei fremden Personen zurückgelassen wird. Mit zunehmendem Alter nehmen die Häufigkeit und Intensität solchen Verhaltens kontinuierlich ab. Trotzdem bleiben alle als wichtiger Teil der Verhaltensausrüstung des Menschen erhalten. Bei Erwachsenen sind sie vor allem dann zu beobachten, wenn eine Person starken Belastungen oder Krankheit ausgesetzt ist oder wenn sie Angst hat' (Grossmann 2011 S 23).

Stuhlmann (2011 S 29) betont, dass die grundlegenden Bindungsmuster latent wirksam bleiben, diese aber durch das Erleben von erfolgreicher Bewältigung sei es durch aktive Arbeit an Beziehungen und Bewertungsprozessen, oder durch die Unterstützung von Psychotherapie es möglich ist die Anteile von sicherer Bindung zu erhöhen.

Auch Bauer (2006 S 69) beschreibt die Möglichkeit, der Veränderung. In der Kindheit entstehen Schemata des Erlebens und Verhaltens, interne Arbeitsmodelle – wie Menschen handeln und ihre sozialen Abläufe regeln - werden gespeichert. Eine individuelle optimale Umwelt entsteht, wenn das Kind die Möglichkeit hat, sich innerhalb eines durchschnittlichen Korridors zu entwickeln, keiner Gewalt ausgesetzt ist und verlässliche Bezugspersonen hat. Trotzdem kann es notwendig werden, diese Handlungsschemata anzupassen, wenn sie sich von den regelhaften Abläufen außerhalb der Familie stark unterscheiden. Diese Neuanpassung überfordert den Einzelnen oft und externe Hilfe ist notwendig.

Die Fachleute sind sich einig, dass interne Arbeitsmodelle mit Hilfe von therapeutischen Interventionen verändert werden können. Wie bereits erwähnt ist das Muster der ‚sicheren Bindung‘ wichtig für eine gesunde Entwicklung. Nun haben aber nicht alle Menschen als Hintergrund für ihre Entwicklung eine ‚individuelle optimale Umwelt‘ oder werden von Traumata verschont. Gerade für diese Personen ist es förderlich, wenn sie mit Hilfe von Therapeutinnen und Therapeuten ihre Anteile an sicherer Bindung erhöhen können. Unter Beachtung des weiter oben erwähnten Einflusses von entwicklungspsychologischen und biografischen Bedingungen bei den möglichen Ursachen einer Demenzerkrankung muss dieser Aspekt nach Ansicht der Verfasserin mehr Beachtung finden. Denn laut Heuft et al. (2006 S 216) besteht gerade bei älteren Menschen, aber eine erhebliche Diskrepanz zwischen Behandlungsbedarf und therapeutischer Versorgungsrealität.

Gloger-Tippelt (2012 S 11f) erläutert die Weiterentwicklung der Bindungstheorie von der Erforschung der Beziehungen zwischen Mutter und Säugling zur Bindung im Erwachsenenalter: „Das Konzept der Bindung bildet mit den ihm zugrundeliegenden Gefühlen, Erregungsabläufen, den damit verbundenen Denkstrukturen und sprachlichen Ausdrucksformen und den zugehörigen Verarbeitungs- und Abwehrprozessen die Grundlage enger emotionaler Beziehungen und betrifft daher die Basis des gesellschaftlichen Zusammenleben.“ Die Bindungstheorie wurde bisher mit der Erforschung der Beziehungen zwischen Mutter und Säuglingen/Kleinkindern gleichgesetzt. Der zentrale Ausgangspunkt der Bindungstheorie wird mit Sicherheit aus der universell beobachtbaren, biologisch begründeten Beziehung des Babys zu seinen primären Bezugspersonen gebildet. Ab der Mitte der 1980er Jahre entstanden eine theoretische Konzeption und eine Erhebungsmethode zur Bindungsrepräsentation von Jugendlichen und Erwachsenen. Mit Hilfe des von Georges et al. (1985) entwickelten Adult Attachment Interview (AAI) wurden in Form von erzählten Lebensgeschichten und Erinnerungen die Ebenen der mentalen Verarbeitung von Bindungserfahrungen zugänglich. Das AAI wird auch zur Kontrolle von Therapieerfolgen eingesetzt. Bei der Erfassung von Bindungen bei Erwachsenen in Deutschland traten bei der jetzigen Großelterngeneration die Auswirkungen von Kriegs- und Fluchterfahrungen deutlich hervor, Offenbar spielen die historischen Bedingungen für die Bindungstypen eine Rolle.

---

Laut Buchheim und Strauß (2002 S 36) war die Grundlage für die Entwicklung des AAI, die Frage nach der Weitergabe elterlicher Bindungserfahrungen. Das Adult Attachment Interview besteht aus 18 Fragen. Main und Goldwyn (1985-1996) entwickelten das Kategoriensystem dazu. Das semistrukturierte Bindungsinterview fokussiert auf die Erinnerung früher Bindungsbeziehungen. Es wird beobachtet ob ein Zugang zu bindungsrelevanten Gedanken und Gefühlen besteht. Die Befragten beurteilen den Einfluss von Bindungserfahrungen. Analog zu den Bindungsmustern werden Bindungskategorien definiert:

- Personen die ihre Erfahrungen kohärent schildern und einen flexiblen Zugang zu bindungsrelevanten Gefühlen haben werden als sicher autonom bezeichnet.
- Personen die wenig oder keine Bindungsbedürfnisse zeigen – ihnen fehlt ein freier emotionaler Zugang zu bindungsrelevanten Gefühlen als unsicher-distanziert und
- Personen die ihre Kindheit in stark emotionalen Schilderungen erzählen und Bindungsbedürfnisse hyperaktivieren als unsicher-verstrickt (präokkupiert)
- Personen welche emotionale Desorientierung und sprachlichen Zerfall zeigen wenn sie über Verluste oder Traumata sprechen – werden der Bindungskategorie unverarbeiteter Bindungsstatus zugeteilt.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass durch die Weiterentwicklung der Bindungstheorie, besonders durch das AAI, die Bindungstheorie nun auch wichtige Grundlagen für die Erforschung der Entwicklung und Erhaltung seelischer Gesundheit im Erwachsenenalter liefert.

Zimmermann et al. (2012 S 251f) erläutern, dass im Jugendalter die Eltern immer noch als Bindungspersonen fungieren. Die Eltern stellen die sichere Basis dar, von der aus die Jugendlichen Autonomie erproben/entwickeln können. Gegenstand ihrer Forschung sind unter anderem: Autonomie-Entwicklung, Beziehung zu Gleichaltrigen, Bindungsrepräsentation und Symptomatik in klinischen Stichproben. Andere Forscher beschäftigten sich zum Beispiel mit der Transgenerationalen Übertragung von Bindung (Behringer et al. 2012 S 326) oder es wurde der Zu-



---

sammenhang von Bindungserfahrung und politischer Orientierung untersucht (Hopf 2012 S 399).

Hartmann (2005 S 20f) erläutert die Bindungsrepräsentation von Menschen mit psychischer Krankheit. So liegt bei an Schizophrenie oder Depression Erkrankten fast immer ein unsicheres Bindungsmuster vor. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen weisen überwiegend ein unsicher-verstricktes Bindungsmuster auf. Die früh erworbenen Bindungsqualität ist aber nicht unbedingt determinant für das ganze Leben, dadurch werden therapeutische Interventionen sinnvoll.

### **3.2.2 Bindung und Vulnerabilität**

Stuhlmann (2011 S 34f) geht davon aus, dass lange und schwere Beeinträchtigung des Bindungsprozesses in den ersten Lebensjahren zu Bindungsstörung führt. Eine gesunde seelische und körperliche Entwicklung ist abhängig von der Verfügbarkeit einer Bindungsperson. Gestörtes und ungestörtes Bindungsverhalten kann nebeneinander vorhanden sein. Dies ist abhängig vom Zeitpunkt und der Dauer der Beeinträchtigung und ob eine spätere Kompensation der Bindungsdefizite durch andere Bindungspersonen möglich ist. Als reaktive Bindungs-Störung werden jene Bindungsstörungen bezeichnet, die bis zum Schulalter auftreten. ‚Es kann sich eine lebenslange Abhängigkeit zu Bindungspersonen entwickeln, die vermeintliche Bindungssicherheit ist solange gegeben, wie diese Person verfügbar ist. Diese Personen sind durch Verluste und Trennungen lebenslang, bis ins höhere Lebensalter, anfällig für Depressionen, Angsterkrankungen und das Erleben von Hilflosigkeit und ausgeliefert zu sein.‘

#### **3.2.2.1 Bindung und psychische Krankheit - Depression**

Hartmann (2005 S 20) betont die Schwierigkeiten bei der Klärung von Genese und Verlauf bei psychiatrischen Erkrankungen. Es gilt als erwiesen, dass ein entscheidender Risikofaktor in mangelnder sozialer Unterstützung durch wichtige Bezugs-

---

personen besteht. Verlusterlebnisse bis zum 17. Lebensjahr verstärken die Vulnerabilität für die Entstehung von depressiven und schizophrenen Störungen, aber auch von bipolaren Störungen. Bei Verlusten bis zum 9. Lebensjahr entsteht eine erheblich größere Vulnerabilität.

Laut Zimmermann (2002 S 223) gehören depressive Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, er geht von einer Prävalenz von 5 -10 % aus. In der Ätiologie werden neben biologischen Vulnerabilitätsmarkern vor allem psychosoziale Faktoren als wesentlich angesehen. Bauer (2014) geht bei schwerer Depression von einer Punkt-Prävalenz von 5% der Bevölkerung aus, die sich auf 10 – 12% erhöht, wenn die mittelgradig ausgeprägten Störungen dazu genommen werden. Er spricht von einer Lebenszeit-Prävalenz von 15 %, das heißt 15% der Bevölkerung erleiden in ihrem Leben eine schwere, Behandlungsbedürftige Depression. ([www.psychotherapie-prof.bauer.de](http://www.psychotherapie-prof.bauer.de))

Schauenburg (2007 S 48) spricht von der depressiven Vulnerabilität. Aus teils verborgener Abhängigkeit und nicht realisierbaren Abgrenzungs-, und Gegenwehrwünschen entsteht ein ‚Patt‘. Die Schwere des ‚Auslösers‘ und die gefühlte Hilflosigkeit sind entscheidend ob es zu einer Depression kommt. Die Intensität der zugrunde liegenden Bindungsunsicherheit – die Vulnerabilität der Persönlichkeit – sind letztlich entscheidend. Zusammenfassend führt Schauenburg (2007 S 64) unter anderem aus: „Ein Zentrales Persönlichkeitsmerkmal von zu Depressionen neigenden Menschen ist eine ungenügende Verarbeitung des depressiven Grundkonfliktes von Bindungswunsch und Autonomiestreben bzw. –angst.“

Bauer (2009 S 31) erläutert in einem Artikel zum Thema Depression den Zusammenhang von Bindung – Depression und neurobiologischen Veränderungen. Er betont, dass Menschen um gesund zu bleiben, Bindungen brauchen. Dabei stellen das Bedürfnis nach Bedeutung, Wertschätzung und Anerkennung nicht nur ein psychologisches Bedürfnis dar, sondern wie neue Studien zeigen auch ein biologisches Bedürfnis. Durch lang anhaltenden Mangel an Wertschätzung oder den Verlust einer Bindung erleben diese Menschen eine messbare Veränderung ihres neurobiologischen Substrats. Die Synthese von lebenswichtigen Botenstoffen wie

---

Dopamin wird vom Gehirn eingestellt. Darüber hinaus werden die neurobiologischen Stress- und Angstsysteme aktiviert, es kommt zu einem Anstieg der Stressbotenstoffe Cortisol und Noradrenalin. Weiters betont er, dass die Depression eine Erkrankung ist, bei der innere und äußere Faktoren zusammenwirken. Die Therapie besteht einerseits darin, auf diese äußeren – eine die Depression begünstigenden - Faktoren, zu achten, andererseits ist es notwendig nach innen zu schauen um ‚depressive Schemata‘ zu verändern. Dies gehört in die Hand von Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Zank et al. (2010 S 228): Die Versorgungsrealität von älteren Menschen die an einer Depression leiden ist als äußerst kritisch zu beschreiben. So wird Depressivität häufig als normale Begleiterscheinung des Alterns betrachtet und selten als behandlungsbedürftig eingestuft. Psychotherapeutische Angebote gelten für ältere Menschen als obsolet, bestenfalls erhalten sei eine Therapie mit Antidepressiva, schlechtesten Falls werden sie dauerhaft mit Benzodiazepinen behandelt. ‚Diese Versorgungsrealität entzieht vielen Patienten eine wichtige, vielleicht letzte Chance, lebenslange Konflikte besser zu verstehen und zu akzeptieren oder Techniken zu erlernen, mit der sie ihre Lebensqualität aktiv erhöhen können.‘ Jopp et al. (2013 S 66) betonen als Autoren der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie, dass Depression im Alter behandlungswürdig ist. Sie stellt keinesfalls einen altersbedingten Normalzustand dar, sondern eine Behandlungsbedürftige Erkrankung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Bindung notwendig ist um gesund zu bleiben, der Verlust einer Bindung zu messbaren Veränderungen im neurobiologischen Substrat führt, und damit Stress- und Angstsysteme aktiviert werden. Die zugrunde liegende Bindungsunsicherheit bzw. die Vulnerabilität der Persönlichkeit sind entscheidend ob es zu einer Depression kommt oder nicht. Einerseits ist die Komorbidität von Demenz und Depression sehr hoch, andererseits haben Menschen die an einer Depression leiden, ein höheres Risiko im Verlauf ihres Lebens an einer Demenz zu erkranken. Diniz et al. (2013 S 329-335) haben in einer Metaanalyse von 23 Studien festgestellt, dass das Risiko nach einer depressiven Episode an einer Demenz zu erkranken erheblich steigt.

### 3.2.3 Bindung und Demenz

Wie bereits erläutert wird der Mensch von seinen frühen Bindungserfahrungen entscheidend geprägt. Stuhlmann (2011 S 29f) betont, dass die grundlegenden Bindungsmuster latent wirksam bleiben, die Anteile an sicherer Bindung können aber durch positive Erfahrungen, aktive Arbeit an Beziehungen und mit Unterstützung durch Psychotherapie erhöht werden. Im Verlauf des Lebens ändern sich die wesentlichen Bindungspersonen. So sucht das Kleinkind Bindung bei Erwachsenen, im Erwachsenenalter sucht und gewährt der Mensch Erwachsenen Bindung und ist Bindungsperson für das Kleinkind. Im hohen Lebensalter wird Bindung bei jüngeren Personen gesucht.

Laut Stuhlmann (2011 S 66) haben die verschiedenen Bindungstypen folgende Auswirkungen bei einer Demenzerkrankung:

| Bindungstyp                    | Erwachsener vor der Demenzerkrankung  | Erwachsener mit Demenzerkrankung  |
|--------------------------------|---|---|
| <b>Sicher</b>                  | Wertschätzung von Bindung, ausgeglichenes, gutes Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Sicherheit gebend, hilfsbereit, Gefühlsäußerungen, einfühlsam   | Akzeptanz von Hilfe und Umgehen mit Abhängigkeit, Dankbarkeit zeigen, Vertrauen in positive Bezugspersonen, Freude, selber helfen wollen, Humor |
| <b>Unsicher-ambivalent</b>     | Unsicher in Beziehungen, (verstrickt) Neigung zu Panik, Depressionen und Ängsten, überstarke Abhängigkeit und Verlustängste, Sicherheit fordernd, Idealisierung und Abwertung von Beziehungen | Anklammernd, Hilflosigkeit betonend, Hilfe suchen (rufen), Regression, wechselnde Stimmungslage   |
| <b>Unsicher-vermeidend</b>     | Sich autonom gebend, nach außen abweisend – nach innen angespannt, Betonung von Autonomie, weniger Empathie, Misstrauen, Probleme mit Nähe und Körperkontakt                                  | Verleugnung, Projektion, Misstrauen, wahnhafte Erlebnisverarbeitung, mehr Verhaltensauffälligkeiten   |
| <b>Unsicher-desorganisiert</b> | Ungelöstes Trauma, stark wechselnde Affekte, keine Integration oder Zugang zum Trauma   | Trauma-Reaktivierung in auslösenden Situationen (z. B. in der Pflege) oder bei Erinnerungen   |

Abbildung 1: Bindungstypen bei gesunden Erwachsenen und bei an Demenz erkrankten Erwachsenen

---

Ainsworth/Bell/Stayton (1974) betonen, dass die Entwicklung der ‚Objektpermanenz‘ in der Mitte des 1. Lebensjahres einen wichtigen Entwicklungspunkt darstellt. Objektpermanenz bedeutet, dass sich das Kind die Existenz der Bindungsperson vorstellen kann auch wenn diese nicht sichtbar ist (Grossmann 2011 S 246).

Das bedeutet in letzter Konsequenz, dass Menschen die an einer schweren Demenz leiden, die Objektpermanenz wieder verlieren. Die Anwesenheit einer Bindungsperson als sichere Basis wird für sie entscheidend für Sicherheit und Wohlbefinden.

### **3.2.4 Bewältigungsstrategien bei Demenz**

Als Bewältigungsstrategien werden alle Formen des Umgangs mit Belastungen beschrieben. Bewältigungsstrategien sind nicht gleichzusetzen mit erfolgreicher Lösung eines Problems, sondern sie bezeichnen alle Formen des Umgangs mit Belastungen. Dabei ist das Ziel der Bewältigungsstrategien einen inneren oder äußeren Gleichgewichtszustand herzustellen oder aufrechtzuhalten. In diesem Gleichgewichtszustand ist es dann möglich Spannungen abzubauen, Bedrohungen abzuwenden oder auszuhalten. Die Umwandlung von objektiven Ereignissen in eine subjektive Realität ist in diesem Sinne Bewältigung. In der persönlichen Entwicklung lernt der Mensch mit Stress und Belastungen umzugehen. Stress setzt den Organismus in Alarmbereitschaft, es werden Gefühle, Gedanken, Handlungen ausgelöst, und Reserven mobilisiert um den Stress zu reduzieren und die innere Anspannung abzubauen. Aber diese Bewältigungsstrategien können ihrerseits selbst auch mit Erregung und Anspannung einhergehen. Es entsteht ein negativer Kreislauf – nichtabbaubarer Stress verschlechtert die Bewältigungsfähigkeiten einerseits auf der psychisch-vegetativen Ebenen, darüber hinaus kommt es zur Schädigung des neuronalen Netzwerkes durch Cortisol, wodurch sich die Hirnleistung weiter verschlechtert. Was von außen als Krankheitssymptom oder herausforderndes Verhalten wahrgenommen wird, ist aus Sicht des Menschen mit Demenz ein Versuch der Bewältigung. Bewältigungsstrategien können auf verschiedenen Ebenen beobachtet werden. Vegetative Anspannung, Unruhe oder ein

Verkrampfen der Bewegungen sind Bewältigungsstrategien auf der physiologischen Ebene. Auf der emotionalen Ebene gehören u. a. Angst, Depression, Gefühl der Bedrohung, Aggression und Resignation zu den Bewältigungsstrategien. Auf der kognitiven Ebene kann die Bewältigung durch Verleugnung, Verdrängung, wahnhaftige Umdeutung und Interpretation, oder durch Ablenkung, Akzeptieren, Betonung von Hilflosigkeit und relativieren erfolgen. Auf der Handlungsebene zählen unter anderem Vermeiden, Rückzug, Abwehren, Suchen, Hinlaufen, Wiederholungen oder ständiges rufen, Verweigerung von Hilfe, Medikamenten, Nahrung oder Trinken zu den Bewältigungsstrategien. (Stuhlmann 2011 S 63 f)

#### 3.2.4.1 Bindungssuche als Bewältigungsstrategie

Bindungssuchendes Verhalten dient der Herstellung oder Aufrechterhaltung von Nähe. In Situationen der Angst, Unsicherheit, Fehlen einer Person in Sichtweite und ähnlichem wird Bindungsverhalten ausgelöst, mit dem Ziel die Nähe zu einer Bezugsperson herzustellen. Auch bei Menschen mit Demenz werden Verhaltensweisen zur Bindungssuche beobachtet, Ziel ist die Sicherstellung einer zuverlässigen Bindung zur Beruhigung (Stuhlmann 2011 S 27 und S 53).

#### 3.2.4.2 Abwehrmechanismen als Bewältigungsstrategie

Laut (Stuhlmann 2011 69f) dienen Abwehrmechanismen dazu den Selbstwert einer Person zu regulieren und zu stabilisieren. Das Erreichen größtmöglicher Bindungssicherheit ist ein Ziel unter Berücksichtigung von Bindungsaspekten. Die klassischen Abwehrmechanismen, Verleugnung als ein Beispiel unterstützt wahnhaftes Umdeuten der Realität. Das Zeitgitter wird aufgehoben, Vergangenheit und Gegenwart verschmelzen, Kompetenzen und Pflichten aus früheren Lebensphasen werden in das aktuelle Erleben eingepasst. Diese Menschen möchten dann zur Arbeit gehen, oder müssen ihre Kinder versorgen. Die Verdrängung, als anderes Beispiel, verhindert die Beschädigung des Selbstwertgefühls, steht aber einer bewussten Verarbeitung von Erinnerungen entgegen. Bei der Projektion werden andere Personen oder Umstände verantwortlich gemacht. Regression Beispiels-

---

weise steht jeder Person zur Verfügung, sie soll Bindung sichern. Der Rückgriff auf Erfahrungen der Sicherheit und Geborgenheit hilft zu regenerieren, ermöglicht Kränkungen und Verluste zu verarbeiten, oder erfüllt das Bedürfnis sich verwöhnen zu lassen. Die pathologische Seite der Regression zeigt sich im Falle einer Demenz u.a. durch Rückzug, Verweigerung, gesteigerte Hilflosigkeit. Die Verweigerung jeglicher Nahrung und Flüssigkeit ist die schwerste Stufe einer resignativen Regression. Das Beziehungsmodell entspricht dem einer ‚Eltern-Kind-Beziehung‘. In der Regression haben Menschen mit Demenz das Bedürfnis, sich anzulehnen. Die Nähe zur Bindungsperson wird notfalls durch festklammern sichergestellt. Die pathologische Regression wird durch die Umgebung oft gefördert. Risikofaktoren sind z. B. keine direkte Ansprache, oder Ansprache ohne Namensnennung, Unkenntnis der Biografie, Mobilitätseinschränkungen, Unterbrechungen der personellen Kontinuität aber auch Nebenwirkungen von Medikamenten können das Risiko erhöhen.

‚Die beste Prophylaxe gegen die pathologischen Anteile der Regression ist die Bereitschaft, eine sichere Bindung mit Stärkung der Identität und der aktuellen Handlungsfähigkeit in einer sicheren, vertrauten und überschaubaren Umgebung zur Verfügung zu stellen‘ (Stuhlmann 2011 S 70).

Als weitere Bewältigungsstrategie erläutert Stuhlmann (2011 S 70f) die Vermeidung, beim Gesunden ein Mechanismus um sich vor Überforderung zu schützen, wenn die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten realistisch ist. In der Demenz ist Vermeidung oft eine frühe und häufige nicht produktive Strategie.

#### 3.2.4.3 Wahnhaftes Erleben als Bewältigungsstrategie

Wahnhafte Strategien dienen dazu, die Realität soweit umzudeuten, dass sie zu den erlebten Gefühlen passen. Sensorische Defizite, wie Sehbehinderung oder Schwerhörigkeit können durch die veränderte Informationsaufnahme wahnhafte Reaktionsweisen verstärken oder auslösen. Der Rückzug in die eigene Gedankenwelt wird durch Misstrauen beschleunigt. Dieses entsteht durch unklare, un-

---

vollständige Aufnahme von Informationen. Typisch ist der Bestehlungswahn, dabei wird das eigene Defizit durch Projektion ausgeglichen. Menschen mit Demenz die ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster zeigen sind prädisponiert für wahnhaft Reaktionen. Es finden sich Hinweise, dass das wahnhafte Verhalten als Ersatz für Kommunikation und Bindung dient. (Stuhlmann 2011 S 72).

### **3.3 Herausforderndes Verhalten von an Demenz erkrankten Frauen und Männern**

Menschen die an einer Demenz erkrankt sind, sind in ihrer Personen-Umwelt-Beziehung beeinträchtigt, sie spüren, dass sie den Anforderungen ihrer Umwelt nicht mehr gewachsen sind und stehen deshalb ständig unter Belastungsdruck, auf den sie mit persönlichkeitspezifischen Verhaltensweisen reagieren (Lind 2000 S 10f).

Halek und Bartholomeyczik (2006 S 40 f) führen aus, dass es keine scharfen Abgrenzungen und klaren Definitionen der einzelnen Verhaltensweisen gibt. Agitiertes und passives Verhalten lassen sich als übergeordnete Kategorien nennen. Wandern, Aggressivität und vokale Störungen (anhaltendes Schreien, wiederholende Vokalisierung, brummen, summen ...) gehören zur Kategorie Agitation. Passives Verhalten wie Apathie, sozialer und emotionaler Rückzug tritt auch unabhängig von einer Depression auf. Dieses Verhalten findet weniger Beachtung, da diese Personen die Aufmerksamkeit weniger herausfordern. Und damit wird dieses Verhalten von den Pflegenden als weniger belastend erlebt.

Während vokale Störungen neben der körperlichen Aggressivität zu den größten Belastungsfaktoren für Pflegende gehören (Lind 2000).

Beide Verhaltensformen, agitiertes und passives Verhalten haben aus Sicht der Beobachterin und des Beobachters immer eine negative Konnotation. Nur über die Perspektive des Betroffenen lässt sich die möglicherweise positive Bedeutung be-



---

schreiben, nämlich als Ausdruck von Bedürfnissen oder Gefühlen (Halek und Bartholomeyczik 2006 S 44).

Sobald dies als herausforderndes Verhalten begriffen und definiert wird verschiebt sich der Fokus. Im Mittelpunkt steht damit der Angehörige, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Bewohnerinnen und Bewohner, welche sich eben durch ein bestimmtes Verhalten von demenziell erkrankten Menschen herausgefordert fühlen. Inwieweit diese Verhaltensweise eine Herausforderung darstellt und als störend empfunden wird, ist wiederum auch vom jeweiligen Kontext abhängig. Dieselbe Verhaltensweise kann je nach Kontext von den Pflegenden als eine Herausforderung erlebt werden oder nicht. (Bartholomeyczik et al. 2006 S 15).

„Menschliches Verhalten ist immer das Ergebnis eines komplexen Prozesses, der subjektiv gestaltet wird und bewusste und unbewusste Aktionen/Reaktionen beinhaltet. Das Verhalten eines Individuums wird von anderen im Rahmen des sozialen Seins aufgenommen, interpretiert und beantwortet. Menschen als soziale Wesen sind darauf ausgerichtet, stetig eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren, die einen sicheren Rahmen für das soziale Miteinander schafft“ (Bartholomeyczik et al. 2006 S 28). Erschwert wird das soziale Miteinander dadurch, dass Menschen mit Demenz nicht mehr oder kaum noch in der Lage sind in der zwischenmenschlichen Begegnung Individualdistanzen zu erkennen und einzuhalten. Eine adäquate Begegnung ist ihnen kaum mehr möglich, deshalb benötigen sie eine soziale Gemeinschaft mit hoher Verlässlichkeit, die ihrem Bedürfnis nach Nähe entspricht. Eine Gemeinschaft in der die Distanz zwischen Individuen wenig Bedeutung hat kommt ihnen entgegen. Darüber hinaus sind sie nicht mehr in der Lage eine hohe Reizdichte des Umfelds zu verarbeiten, oft reagieren sie darauf mit Stress und Unruhe (Bartholomeyczik et al. 2006 S 31).

Beer (2013) präsentiert auf dem 1. St. Galler Demenzkongress folgende Begriffsklärung für das herausforderndes Verhalten:

- ,basiert auf einer geteilten Problembeschreibung
- ist ein soziales Konstrukt
- fordert zum sozialen Handeln auf
- wird unterschiedlich wahrgenommen und gedeutet

- wird durch bedürfnisinduzierte Verhaltens- bzw. Handlungsweisen appra-  
sentiert
- kann sich auf eine angepasste bzw. nicht angepasste - lebensweltorientier-  
te Pflegepraxis beziehen.'

Bartholomeyczik et al. (2006 S 61) empfehlen im Umgang mit herausforderndem Verhalten in den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe eine verstehende Diagnostik. Das heißt die Perspektive des Betroffenen wird in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses gestellt. ‚Verstehende Diagnostik ist ein Zugang zu einer Pflegesituation, in der Probleme nicht allein aus der objektivierenden Sicht der professionell oder privat Helfenden, sondern auch aus der der betreffenden Person definiert werden.‘ Wenn versucht wird, die Perspektive des Betroffenen einzunehmen, kann sich ein zuerst als störend empfundenenes Verhalten oft als unverstandenes Verhalten erweisen. In vielen Fällen kann sich der Sinn von Verhaltensweisen als Reaktion auf die gegenwärtige Situation (Interaktion und Umgebung) auf dem Hintergrund von biografisch verankerten Sinnbezügen, wichtigen und schwierigen Lebensereignissen erschließen. Die von der Expertengruppe empfohlene verstehende Diagnostik beinhaltet folgende Schritte: genaue Verhaltensbeobachtung, wertneutrale Beschreibung, Analyse, Erarbeitung/Festlegung von Interventionen (oder Reflektierte Entscheidung nicht zu intervenieren), Durchführung und Evaluierung des Interventionsprozesses.

Es wird empfohlen für diesen Prozess ein Strukturmodell zu verwenden. Die Expertengruppe hat sich auf das NDB-Modell (Need-driven dementia-compromised behavior model) geeinigt. Dieses Modell bietet für die Ursachenforschung des jeweiligen Verhaltens den notwendigen strukturellen Rahmen. (Bartholomeyczik et al. 2006, S 35). Dieses Modell wurde von Kolanowski (1999) entwickelt und teilt die Faktoren für herausforderndes Verhalten in Hintergrundfaktoren und Direkte Faktoren ein. Die genaue Erfassung der Hintergrundfaktoren ermöglicht eine Einschätzung der identitätsnahen Bedeutung des Verhaltens. Im Gegensatz dazu erlauben die Hintergrundfaktoren eine situationsbezogene Beschreibung des Verhaltens (Bartholomeyczik et al. 2006 S 67).

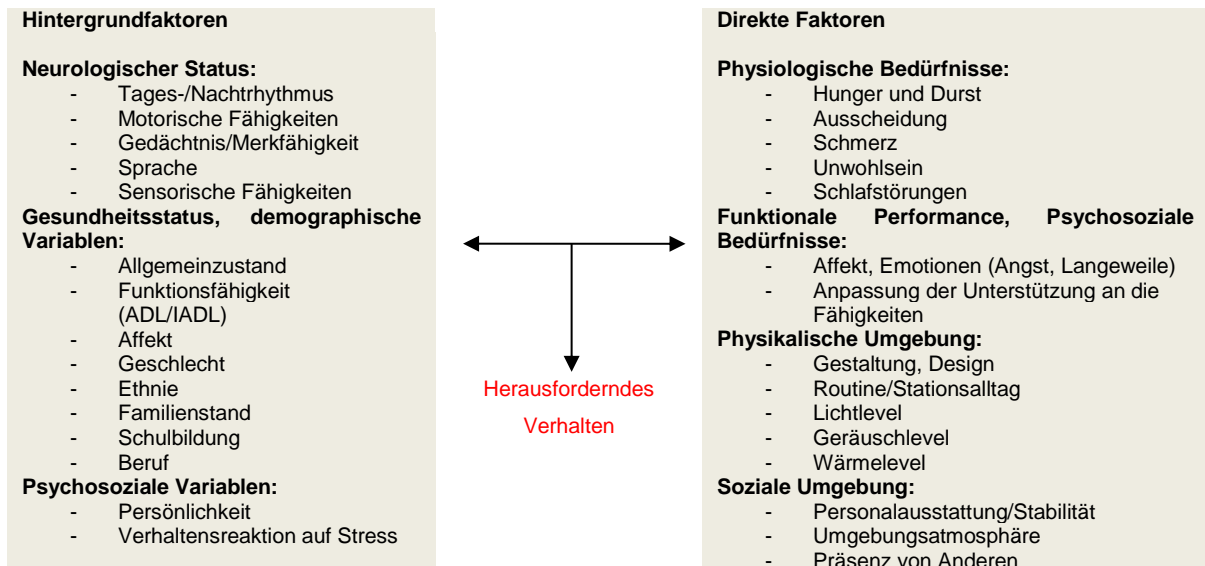


Abbildung 2: Kolanowski 1999: Deutsch von Halek (2013) Grafik von der Verfasserin

Der Verlust der kognitiven Fähigkeiten führt in der mittleren bis späten Phase der Demenzerkrankung oft zu einem schwer zu verstehendem oder herausforderndem Verhalten, wie körperliche Aggression, ‚wandering‘ oder ‚problematic vocalizations‘ ersetzt. Das NDB-Modell führt hier zu einer Veränderung der Sichtweise. Herausforderndes Verhalten wird als verständliches Bedürfnis erkannt, die Befriedigung des Bedürfnisses führt zur Verbesserung der Lebensqualität. Die Hintergrundfaktoren sind relativ stabil und wenig beeinflussbar, erleichtern jedoch das Verstehen des Verhaltens. Die direkten Faktoren – auch als veränderbare Umweltfaktoren beschrieben – sind leichter zu beeinflussen (Kolanowski 1999 S 7).

### 3.3.1 Abweichendes motorisches Verhalten

Abweichendes motorisches Verhalten wird hier als eine Form von herausforderndem Verhalten beschrieben, dabei werden die Begriffe ‚abweichendes motorisches Verhalten‘, ‚Wandern‘ und ‚ruheloses umhergehen‘ Synonym verwendet. Eine einheitliche Definition ist nicht vorhanden.

In den S 3 Leitlinie Demenzen wird Agitiertes Verhalten/Aggressivität und Gesteigerte Psychomotorik beschrieben (DGPPN, DGN 2009 S 33). ‚Unter dem Begriff des agitierten Verhaltens wird Unruhe mit erhöhter Anspannung und gesteigerte

Psychomotorik verstanden. Häufig tritt verstärkte Reizbarkeit mit zum Teil konfrontativen Verhaltensweisen verbaler und körperlicher Art gegenüber anderen auf. Agitiertes Verhalten und Aggressivität stellen eine sehr hohe Belastung für Pflegenden dar. Meist resultieren dies Verhaltensweisen aus dem Eindruck, sich nicht verständlich machen zu können, aus Angst oder dem Gefühl, beeinträchtigt zu werden'.

Der Gerontologe und Jurist Dr. Thomas Klie beispielsweise bezeichnet ‚gehen‘ als Ausdruck der Selbstaktualisierung – im gehen erfahren, dass ich bin. (Klie 2013)

In der englischsprachigen Literatur wird der Begriff ‚wandering‘ sehr häufig verwendet, und es scheint bei Pflegenden ein allgemeines Verständnis davon zu geben, was es bedeutet und wer als Wanderer zu schreiben ist (Lai und Arthur 2003).

Stokes (2011 S 48) definiert ruheloses Umhergehen (Wandering):

„Ruheloses Umhergehen (Wandering) ist ein unbeirrbares, zielloses Hin- und Hergehen und Fortbewegen, das nicht zu beeinflussen ist, wobei die Person:

- a) sich der persönlichen Gefahren nicht oder nur oberflächlich bewusst ist (z.B. dass sie nicht wieder zurück findet, Gefahren nicht rechtzeitig erkennt) oder
- b) sich über die Bedürfnisse anderer hinwegsetzt (z.B. im Hinblick auf Tageszeit, Dauer, Häufigkeit oder Privatsphäre) oder
- c) das eigene Wohlbefinden außer Acht lässt (und lebensnotwendige Bedürfnisse wie Essen, Schlafen, Ruhe, vernachlässigt).“

Stokes (2011 S 49) betont, dass es unbedingt zu vermeiden ist, Gehen stets mit ‚Wandering‘ gleichzusetzen. Gehen ist ein urmenschliches Bedürfnis, welches bei Menschen mit Demenz oft vorschnell als ‚Wandering‘ bezeichnet wird, auch dann, wenn es keine großen Gefahren birgt, nicht stört, und keinen gesundheitlichen Schaden mit sich bringt. Es beschreibt ‚Wandering‘ als ein Konstrukt, welches das Verhalten selbst beschreibt, aber es trifft ebenso eine Aussage über die Toleranz der Pflegenden, wie auch über die äußere und innere Anlage eines Hauses.

### 3.3.1.1 Häufigkeit von motorisch abweichendem Verhalten

Ohne konkrete Zahlen zu nennen wird, gesteigerte Bewegung und repetitives Durchführen gleicher Bewegungsabläufe, in den S3-Leitlinien Demenz, als häufiges Phänomen bei Menschen mit Demenz beschrieben (DGPPN, DGN 2009, S 35).

Schäufele et al (2008) befragten im Rahmen einer Studie Leitungs- und/oder Pflegekräfte welche Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz emotional besonders belastend sind und welche Verhaltensweisen den größten Zeitaufwand erforderten. In Bezug auf die emotionale Belastung wurde Weglaufen, vor lautem Schreien und Rufen, Unruhe und Getriebensein, Aggression und Distanzlosigkeit genannt. Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf im Rahmen der Betreuung besonders Zeitaufwändigen Verhaltensweisen. Weglaufen, vor Unruhe und Getriebensein, lautem Schreien und Rufen vor Abwehr von Pflegemaßnahmen und Anhänglichkeit, Anklammern (Schäufele et al. 2008 S 46). Im Rahmen dieser Studie wurden Demenzerkrankung und Verhaltensauffälligkeiten erfasst. Dabei zeigte sich, dass Menschen die an einer Demenz erkrankt waren, sehr viel häufiger solche Auffälligkeiten zeigten.

Die häufigsten agitierten Verhaltensweisen waren bei Menschen mit Demenz gegenüber Menschen die nicht an einer Demenz erkrankt sind:

- |                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| • Abweichender Ausdruck         | 25,8 % gegenüber 12,5 % |
| • Nahrungsverweigerung          | 18,8 % gegenüber 4,5 %  |
| • Ständige Suche nach Zuwendung | 16,5 % gegenüber 6,5 %  |
| • Schlagen                      | 14,9 % gegenüber 2,8 %  |
| • Eindringen in fremde Räume    | 12,8 % gegenüber 1,2 %  |
| • Inadäquates Ausziehen         | 11,9 % gegenüber 2,8 %  |
| • Intensive Beweglichkeit       | 11,4 % gegenüber 2,3 %  |
| • Anhaltendes Schreien          | 11,4 % gegenüber 0,8 %  |
| • Gefährdung durch Weglaufen    | 10,5 % gegenüber 0,6 %  |

(Schäufele et al. 2008, S 47).

---

Eine genaue Angabe über die Häufigkeit von motorisch abweichendem Verhalten lässt sich auch hier nicht daraus ableiten, da eine einheitliche Definition fehlt.

Lai und Arthur (2003) geben nach einer umfangreichen Literaturanalyse die Häufigkeit von ‚Wandering‘ mit 11 bis 50 % bei Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen an.

### 3.3.1.2 Ätiologie von Wandern – motorisch abweichendem Verhalten

Lai und Arthur (2003) diskutieren drei Haupthypothesen welche die Ätiologie von Wandern erklären:

1. Neuropsychologische Faktoren: Es wird angenommen, dass das Fehlen bestimmter Stoffe und die Zerstörung der Hirnmasse zu Hyperaktivität führen. Wandern wird hierbei als Folge einer motorischen Dysfunktion gesehen, welchen von Störungen der Selbstkontrolle begleitet wird.
2. Psychosoziale Faktoren: Wandern wird als Ausdruck von Bedürfnissen beurteilt. Wandern wird als Suche nach Sicherheit und Vertrautem verstanden, wobei Persönlichkeitsmerkmale eine erklärende Rolle spielen.
3. Umwelt/Umgebungsfaktoren: Sensible Menschen reagieren auf bestimmte Umweltfaktoren mit Wandern – Wandern als empfindliche Reaktion.

Sowohl die Motive als auch die Arten und Ausprägungen für motorisch abweichendes Verhalten sind vielfältig. Es handelt sich nicht um ein kohärentes Syndrom, für die unterschiedlichen Arten des Umhergehens gibt es auch die unterschiedlichsten Motive. Stokes (2011 S 50 f) beschreibt folgende Motive für das ruhelose Umhergehen:

- Trennungsangst: Menschen mit Demenz benötigen die Gegenwart von Bezugspersonen, welche ihnen Sicherheit vermitteln, bewegen sich diese weg, kann das dazu führen, dass manche Demenzbetroffene sich an ihre Betreuungspersonen klammern. Um ihr Sicherheitsbedürfnis zu stillen suchen sie nach nahestehenden Menschen. Erklärungen, dass die Betreuungsperson nur kurz weg geht – wieder kommt, sind aufgrund der kogniti-

---

ven Einschränkung wenig hilfreich. Die Verhaltensmerkmale dazu sind Verfolgen und Aufsuchen und Bindungsverhalten.

- Verwirrtheit: Menschen mit Demenz leben oft in der Vergangenheit, diese ist für sie Realität, deshalb suchen sie verzweifelt Personen oder Dinge die der Vergangenheit angehören.
- Lebensgewohnheiten: Häufig führen ‚alte Gewohnheiten‘ zum umhergehen, diese haben oft mit Elternschaft, oder der früheren Berufstätigkeit zu tun.
- Alltagsleben: Aus dem Bedürfnis sich als eigenständige Person zu fühlen, werden praktische Alltagsdinge erledigt. Aufgrund von Gedächtnisdefiziten, zeitlicher Desorientierung und geringem Urteilsvermögen werden diese Tätigkeiten für das Umfeld zur Belastung.
- Körperliche Beschwerden: Exzessive Aktivität lenkt von Schmerzen und Beschwerden ab.
- Stress: Oft ist ruheloses Umhergehen eine Reaktion auf Stress.
- Orientierungsprobleme: Oft ist es den Menschen mit Demenz nicht mehr möglich sich an die neue Umgebung zu gewöhnen, da sie nicht mehr in der Lage sind neue Informationen zu speichern. Die Umgebung muss daher entsprechend gestaltet werden, damit die Betroffenen nicht das Gefühl bekommen verloren zu sein.
- Langeweile: Sich zu beschäftigen ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Hier wird Ruhelosigkeit und ‚Herumwerkeln‘ zum Beruhigungsverhalten.
- Einsamkeit: Umhergehen entspringt dem Bedürfnis nach Kontakt. In Einrichtungen kann es vorkommen, dass die Betroffenen sich ‚allein in der Menge‘ fühlen und deshalb dem Pflegepersonen ‚Hinterhergehen‘.
- Neugier: Demenzbetroffene suchen ihre Umgebung vielleicht nach Sinn und Antworten ab.
- Angst/Furcht: Oft fühlen sich Menschen mit Demenz vom fremden Ort so stark geängstigt, dass sie weggehen müssen oder ein vertrautes Gesicht suchen ‚Bindungsverhalten‘. Desorientiertheit steigert dabei die Angst noch.
- Vermeidungsverhalten: Unangenehme Umgebungsgeräusche, Lärm, Gerüche, oder die Überforderung durch Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner sind oft Auslöser für ruheloses Umhergehen.

- Perseveration: Hier ist eine Schädigung des Frontallappens – welche beharrlich wiederholte Handlungen – auslösen kann die Ursache für das exzessive Umhergehen. Diese Handlungen sind nicht willensgesteuert.
- Spiegeln: Oft gehen Betroffenen einfach anderen hinterher, wer Initiative ergreift wirkt dominant und wissend.
- Räumliche Agnosie: Aufgrund der Unfähigkeit sich zurecht zu finden, verirren sich diese Personen auf der Suche nach Erkennungszeichen.
- Sundowning: Dieses Verhalten ist möglicherweise die Folge eines Zellniederganges, kann aber auch psychologische Ursachen haben. Menschen sind gewöhnt gegen Abend einen sicheren Ort aufzusuchen.
- Fragmentierung: Menschen haben eine bestimmte Absicht und Ziel, vergessen diese aber aufgrund ihrer Einschränkung und wirken dadurch ziel- und planlos.

Es gibt also zahlreiche Gründe für das ruhelose Umhergehen, meist kommt Demenz und ruheloses Umhergehen gemeinsam vor. Dabei ist nicht der demenzielle Krankheitsprozess selbst die eigentliche Ursache, sondern das Verhalten wird von der psychologischen Verfassung der Person ausgelöst. Sie kommunizieren mit dem Verhalten ein Bedürfnis. Es geht nicht darum ein Problem zu lösen, oder Symptome aufzuhalten, sondern um die Befriedigung von Bedürfnissen.

Depression gilt als ein Hintergrundfaktor für agitiertes Verhalten dazu zählt auch motorisch abweichendes Verhalten. Volicer et al. (2012) untersuchten in einer Studie den Zusammenhang von Depression/Depressivität, Psychosen und Schmerzen als Hintergrundfaktoren für agitiertes Verhalten. Dabei differenzierten sie Agitiertheit einerseits als Verhalten welches in interaktiven Situationen auftritt, z. B. Widerstand gegen Pflegehandlungen als typisches Beispiel, und andererseits Verhalten in Situationen des Alleinseins, wie Rastlosigkeit, Selbststimulation und Vokalisierung. Sie betonen, dass Depressivität bei vielen Heimbewohnerinnen und -bewohnern vorliegt, sich negativ auf die Lebensqualität auswirkt, bei schweren Formen der Demenz schwer zu diagnostizieren ist, oft ungenügend behandelt wird und meist dem Widerstand gegen Pflegehandlungen zugrundeliegt.



---

Diese niederländische Studie von Volicer et al. (2012) bezieht sich auf Patientendaten von 1011 Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit Demenz. Diese Daten beinhalten Hinweise für Depressivität, Agitiertheit sowie Hinweise auf Psychosen. Vier aufeinander folgende Quartale innerhalb eines Zeitraums von 15 Monaten wurden als Untersuchungszeitraum festgesetzt.

Hauptresultat ist, dass  $\frac{3}{4}$  der Heimbewohnerinnen und -bewohnern bei der Erstuntersuchung eine Form von agitiertem Verhalten aufwiesen. 51% hatten depressive Symptome, für 12,9% fand sich die Diagnose Depression. Eine starke Korrelation zwischen agitiertem Verhalten und Depressivität konnte nachgewiesen werden, je stärker die Depression, desto ausgeprägter die Agitiertheit. Auch zwischen Psychosen und Agitiertheit konnte eine hohe Korrelation festgestellt werden. Es ließen sich auch Zusammenhänge von Agitiertheit und Schmerz aufzeigen, allerdings nicht mit einer vergleichbaren Dynamik, d. h. kein Zusammenhang zwischen vermuteter Stärke des Schmerzes und ausgeprägter Agitiertheit.

Die Autoren ziehen die Schlussfolgerungen, dass sich Depressivität, deutlich vor Psychosen oder Schmerzen, als wahrscheinliche Hauptursache agitierten Verhaltens erweist. Psychosen sind sehr viel weniger vorzufinden und werden oft von depressiver Symptomatik überlagert. Sie betonen, dass Symptome der Depressivität behandelbar sind und empfehlen bei agitiertem Verhalten zunächst auf antidepressive Strategien zu setzen und erst bei deren Versagen an antipsychotische Medikation zu denken (Volicer et al. 2012).

### 3.3.1.3 Verhaltensmerkmale im Zusammenhang mit ruhelosem Umhergehen

Stokes (2011 S 49) beschreibt 13 Verhaltensmerkmale von ruhelosem Umhergehen, welches im Gebäude oder draußen vorkommen kann, oder die darin bestehen, dass die Betroffenen versuchen das Haus zu verlassen. Folgende Formen oder Kategorien werden erwähnt:

- hantieren - sich beschäftigen
- anderen Personen nachfolgen – hinterhergehen, oder in ihrer Nähe bleiben
- ziellos wirkendes Umhergehen

- sich fortbewegen im Sinne von schreiten – ruhelos sein
- fortsetzen alter Gewohnheiten fortsetzen - früher erforderliches tun
- verfolgen oder suchen einer Bezugsperson - sich an die Betreuungskraft klammern
- Suche nach der Vergangenheit (nach Hause/zur Arbeit gehen, die Kinder oder Eltern suchen)
- Bindungsverhalten – Suche nach einer Sicherheit repräsentierenden Person/Ort
- Über-angepasstes Verhalten
- Versuche, das Haus/die Station zu verlassen
- räumliche Desorientierung - sich verlaufen
- auf ein Ziel zugehen und dabei nicht oder nur ungenügend auf Gefahren achten,
- angemessenes Verhalten/Handlung zu unangemessener Zeit.

Dieser Ansatz, dass betreffende Verhalten genau zu beschreiben, verhindert einerseits unangemessene Etikettierungen, andererseits ermöglicht er den sinnvollen Einsatz von Assessments, darüber hinaus fördert er die Einsicht bei Pflegenden und erhöht die Wertschätzung für die Betroffenen. Eine genaue, wertfreie Beschreibung des Verhaltens kann Hinweise auf dessen Sinn und Ursache liefern. (Stokes 2011 S 49f).

Um den Zusammenhang von motorisch abweichendem Verhalten und Bindungsverhalten aufzuzeigen folgt an dieser Stelle nochmals ein Zitat von Geiger (2011 S 56) ‚Mit der Krankheit nahm er die Unmöglichkeit, sich geborgen zu fühlen, an den Fußsohlen mit‘.

Menschen mit Demenz kommunizieren mit ihrem Verhalten – auch mit motorisch abweichendem Verhalten – ein Bedürfnis. Es kann sich um physiologische Bedürfnisse handeln wie zum Beispiel Hunger, Durst, Ausscheidung ... oder auch um psychosoziale Bedürfnisse wie Angst oder Langeweile. Auch die physikalische Umgebung, zu warm, zu laut oder unangenehme Gerüche können motorisch abweichendes Verhalten auslösen, wie auch die soziale Umgebung. Dabei handelt

es sich, wie bereits weiter oben erläutert, um direkte Faktoren. Zu den Hintergrundfaktoren zählen neben dem neurologischen und Gesundheitsstatus auch die psychosozialen Variablen. Ausprägung der Demenz, Bindungsmuster und Bindungsverhalten aber auch eine möglicher Weise zugrundeliegende Depression zählen zu den Hintergrundfaktoren für herausfordernde Verhaltensweisen und damit zu den möglichen Ursachen für motorisch abweichendes Verhalten. Im folgenden Kapitel wird erläutert, wie die Betreuung von Menschen mit Demenz gestaltet werden kann, wenn sie unter besonderer Berücksichtigung von Bindungsaspekten geschieht.

### **3.4 Betreuung von Menschen mit Demenz unter besonderer Berücksichtigung von Bindungsaspekten**

Wie in Kapitel 3.2 ausgeführt, wird das Bindungsmuster in der Kindheit angelegt und wirkt ein Leben lang. Besonders aktiviert wird Bindungsverhalten bei Krankheit, Not etc. Welche Möglichkeiten bestehen in der Betreuung von Menschen mit Demenz, wenn dies unter besonderer Berücksichtigung des Bindungskonzeptes geschieht? In der Folge werden einige Ansätze vorgestellt, die als Ergänzung zu bestehenden Betreuungskonzepten eingesetzt werden können. Allen Interventionen ist die Tatsache voranzustellen, dass Menschen mit Demenz zwar ihre kognitiven Fähigkeiten verlieren, ihre Fähigkeit in emotionale Resonanz zu gehen aber sehr lange erhalten. Diese Achse der Kommunikation bleibt erhalten (Bauer 2014).

#### **3.4.1 Der Einsatz von Übergangsobjekten**

Die Theorien von Übergangsobjekten wird erstmals von Winnicott (1998 S 157f) beschrieben. Das Übergangsobjekt wird vom Säugling erschaffen. ‚Wir beobachten, wie der Säugling an seinen Fingern saugt, oder grimassiert, Laute vor sich hin murmelt oder nach einem Stück Stoff greift, und wissen, dass er die Welt auf diese Weise magisch beherrscht und seine Omnipotenz (...) auf andere Objekte ausdehnt (...).‘ Die Wichtigkeit dieser frühen Übergangsobjekte wird auch dadurch deutlich, dass das Kind oft jahrelang an ihnen festhält. Religiöse oder künstlerische

---

sche Ausdrucksformen gehen zum großen Teil aus Übergangsphänomenen hervor.

Übergangsobjekte werden zum ständigen Begleiter, vermitteln Nähe, Wärme und Vertrauen in einer Phase, da das Kind die Mutter als eine von ihm getrennte Person wahrnimmt. Puppen und Stofftiere wirken aus der persönlichen Entwicklungsgeschichte. Die Arbeit mit ‚Puppentherapie‘ ist eine Möglichkeit Übergangsobjekte auch in der Altenpflege einzusetzen. Es ist wichtig, dass die Betroffenen die jeweiligen Übergangsobjekte als persönlichen Besitz akzeptieren. Ihr Verlust löst dann Unruhe, ängstliche Anspannung und Trauer aus. Ihr Verlust kann als Verlust eines Teiles der eigenen Identität erlebt werden. Besonders gravierend sind die Auswirkungen, wenn Alltagsgegenstände als Übergangsobjekte dienen und nicht zur Verfügung stehen, oder weggenommen werden, als besonderes Beispiel sei hier die Handtasche erwähnt. Übergangsobjekte haben besondere Bedeutung im Spannungsfeld zwischen Autonomiebestrebung und Sicherheitsbedürfnis der Personen, deshalb wird das Übergangsobjekt vor allem dann verwendet, wenn die Person sich allein gelassen fühlt oder alleine ist. Übergangsobjekte stellen einen Teil der aktuellen Lebenswelt des Betroffenen dar und können einen Zugang bieten, wenn es nicht mehr möglich ist, sich auf einer intellektuellen Ebene zu verständigen. Wichtig ist, dass Stofftiere und Puppen nicht als Ersatz für menschliche Nähe und Zuwendung eingesetzt werden. Auch Haustiere können hierbei einen bindungsstabilisierenden Wert haben (Stuhlmann 2011 S 100ff).

Auch Texte in Form von Liedern, Gedichten oder Sprüchen können als Intermediärobjekte verwendet werden (Rath 2007 S 36).

Sowohl das Einsetzen von Übergangsobjekten zur Bindungsregulation als auch das Konzept der sicheren Basis stellen keine Gegensätze zu anderen Pflegekonzepten dar, sondern können diese ergänzen (Stuhlmann 2011 S 113).

### **3.4.2 Betreuungsperson als sichere Basis**

---

Eine weitere Möglichkeit Betreuung von Menschen mit Demenz unter der Berücksichtigung von Bindungsaspekten zu gestalten besteht, in dem sich Betreuungspersonen als sichere Basis zur Verfügung stellen.

Stuhlmann (2011 107 ff) erläutert, das Bindungskonzept verdeutlicht Nähe und Distanz als zwei Seiten einer Beziehung. Das Erfahren von Nähe, Zuwendung und Schutz ermöglicht Ablösung, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen werden dadurch gestärkt. Von einer sicheren Basis aus wird positive Distanz erreicht, denn zu große Nähe kann zu Grenzüberschreitungen führen, zu große Distanz zu Vernachlässigung und emotionaler Verarmung. Es ist erforderlich, dass sich eine Betreuungsperson als sichere Basis zur Verfügung stellt. Diese Person muss qualifiziert und unterstützt werden, beispielsweise durch Maßnahmen wie Fallbesprechungen oder (Team-) Supervision, da Bindungsprozesse immer eine Wechselseitigkeit haben.

Betreuungspersonen die sich als Bindungspersonen im Sinne eines sicheren Hafens oder einer sicheren Basis zur Verfügung stellen wirken Angst mindernd. Bei räumlicher Distanz müssen Bindungssignale eingesetzt werden, die diese Distanz überbrücken können, wesentlich ist dabei der Blickkontakt oder die Möglichkeit die Person im Blick zu haben.

Unter dem Aspekt das Menschen mit Demenz die ‚Objektpermanenz‘ verloren geht, wie in Kapitel 3.2.3 Bindung und Demenz erläutert, gewinnt das Konzept der ‚sicheren Basis‘ an Bedeutung. Aus Sicht der Verfasserin stellt sich allerdings die Frage, ob dies durch eine einzelne Betreuungsperson geschehen muss. Es ist zwar für Menschen mit Demenz wichtig das eine ‚Objektpermanenz‘ – im Sinne von Anwesenheit einer Bezugsperson - gegeben ist, welche sie als sichere Basis nutzen können, dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Objekt Konstanz – im Sinne von Betreuung durch immer die selbe Person, was bei dieser unweigerlich zur Überforderung führt. ‚Objektpermanenz‘ kann auch durch wechselnde Bezugspersonen geleistet werden, wichtig ist dabei eine ‚Emotionskonstanz‘ welche wiederum durch Fallbesprechungen und Teamsupervision gestützt werden sollte.

Klare Strukturen sind eine weitere Möglichkeit und wichtige Ergänzung, wenn Menschen mit Demenz unter Berücksichtigung von Bindungsaspekten betreut werden. (Stuhlmann 2011 S 107ff) Strukturen haben für die sichere Basis eine große Bedeutung. Durch die Vorhersagbarkeit übernehmen Strukturen die Aufgabe einer Rahmenfunktion, das gibt Sicherheit und spart Kräfte. Strukturen wirken durch ihr Vorhandensein und vermitteln dadurch für die betroffenen Personen Zuverlässigkeit, Vertrauen und Sicherheit. Fehlen Strukturen kann man auch bei Menschen mit Demenz beobachten, dass sie versuchen sich selbst einen haltenden Rahmen zu schaffen. Durch ständige Wiederholungen von Worten oder Fragen oder von Handlungen werden eigene Strukturen gebildet. Sie sind nicht primär an der richtigen Antwort interessiert, sondern suchen eine Bestätigung, dass sie sich sicher fühlen können. Diese Verhaltensweisen sind Ausdruck eines Bindungsbedürfnisses aufgrund erlebter Unsicherheit.

### **3.4.3 Orientierung an der Biografie**

Blaumeiser (2004) definiert Biografiearbeit als professionelle biografische Haltung. Altenhilfe und Altenpflege in dieser biografische Haltung versteht und wertschätzt jeden Menschen mit seinem ganzen Leben. Weiters betont er, dass sich daraus folgend Biografiearbeit auf das gesamte Beziehungsnetz ausdehnt. Angehörige und Freundinnen/Freunde, professionelle und ehrenamtliche Kräfte werden Partnerin/Partner in dieser Biografiearbeit. Eine Verkürzung von Biografiearbeit auf einzelnen Module wie ein ‚Biografieblatt‘ beim Heimeintritt, oder eine fixe Stunde pro Woche ‚Lebengeschichte‘ lehnt er ab. Biografiearbeit sollte als eine ‚Haltung‘ und nicht als ‚Technik‘ in die tägliche Arbeit einfließen. Mit den Grundlinien und den elementaren Kenntnissen der Biografiearbeit sollten von der Leitung bis zur Reinigung alle Personen die in der Altenpflege tätig sind vertraut sein.

Stuhlmann (2011 S 113 ff) erläutert die Wirksamkeit von Erinnerungsalben als Bindungsstärkend. Es kann, vor allem zu Beginn der Erkrankung, als Hilfe dienen nicht mehr verfügbare Erinnerungen durch Verknüpfungen mit Erinnerungen im Altgedächtnis zu einer erzählbaren Geschichte zu formen. Weiters erwähnt er den Umgang mit Gegenständen die sich auf das frühere Arbeitsleben beziehen, den

Einsatz von Fotos, Tanz, Gesang und Musik. Eine besondere Bedeutung in Bezug auf Bindungssicherheit hat die Einrichtung des Zimmers. Damit es die Funktion eines sicheren Hafens erfüllen kann, sollte die Einrichtung aus eigenen Möbeln bestehen und durch vertraute Gegenstände, Bilder, Urkunden, Diplome und andere persönliche Gegenstände ergänzt werden.

Die Verfasserin erachtet es darüber hinaus, gerade für Menschen die abweichendes motorisches Verhalten zeigen als notwendig, dass das eigene Zimmer schon vor dem Zimmer erkennbar ist. Zum Beispiel durch bekannte Gegenstände im Flur in der Nähe der Zimmertüre. Um das Annehmen des Raumes als sicheren Hafen zu fördern erachtet sie es darüber hinaus als erforderlich, dass das Zimmer auch mit anderen Sinnen als eigenes zu erkennen ist. Das kann zum Beispiel durch die Verfügbarkeit von persönlichen Hygieneartikeln, Parfums erfolgen, oder – falls möglich – durch die Verwendung des von zu Hause gewohnten Waschmittels.

Schmieder (2014) nimmt hier einen ganz anderen Standpunkt ein. Der Pflegeheimleiter der ‚Sonnweid‘ betont, dass ihre Betreuung stark jetztorientiert ist, ohne Wissen um die Geschichte der Bewohnerin und des Bewohners erfolgt der Zugang vorurteilsfrei. Es wird auf das eingegangen, was der Mensch jetzt zeigt. Auch bei der Einrichtung legt er Wert auf Funktionalität und lässt den Bewohnerinnen und Bewohner dadurch Platz für eigene Bilder. Es gibt zwar alte Möbel als Angebot, diese werde aber nicht gut genutzt.

#### **3.4.4 Wahrnehmungskonzept – Basale Stimulation**

Für Menschen mit Demenz bildet die unmittelbare Anwesenheit von anderen Menschen die Brücke zur Realität. (Wojnar 2009 S VII).

Stuhlmann (2009 S 132) stellt den Zusammenhang zwischen basaler Stimulation und Bindung her, in dem er anführt, dass basale Stimulation zum Erleben von Wärme, Sicherheit und einer sanften Stimulation führt, die den Erfahrungen in der primären sicheren Bindungssituation entsprechen.

Rannegger (2007) erklärt, dass das Konzept von Prof. Dr. Andreas Fröhlich zur individuellen Entwicklungsförderung entworfen wurde. Ursprünglich für die Arbeit mit sehr schwer behinderten Kindern und Jugendlichen entwickelt, wurde das Konzept für den Personenkreis schwerst beeinträchtigter Patientinnen und Patienten übernommen. Durch intensive sensorische Anregung wird die Körperwahrnehmung wieder aktiviert. Es wird angenommen, dass über die Erfahrung des eigenen Körpers das ‚Körper-Ich‘ stabilisiert wird. Beim Konzept der Basalen Stimulation werden Unansprechbarkeit oder Bewusstlosigkeit nicht als Hindernis für die Interaktion gesehen. Die Beziehung zur Patientin/zum Patienten wird über somatische, vestibuläre und vibratorische Anregung aufgenommen. Ziel ist es ein elementares Körperselbstbild, und eine Raum-Zeit-Orientierung aufzubauen und Kontakt zu seiner Umwelt aufzunehmen.

Schaade (2009) beruft sich auf Fröhlich und erläutert Therapeutische Behandlungsansätze für Menschen mit Demenz. Die Grundwahrnehmungsarten des Menschen sind die Wahrnehmung des Gleichgewichts, die somatische Wahrnehmung und die Wahrnehmung der Vibration.

Das Gleichgewichtsorgan, auch als vestibulär System bezeichnet, liefert dem Menschen Informationen über die Stellung und Anordnung seiner Knochen, Muskeln und Sehnen, er fühlt dadurch wo oben und unten ist, in welcher Stellung sich sein Kopf befindet, ob sich der Mensch bewegt, oder ob sich ein Gegenstand bewegt. Beim Gehen oder anderen Bewegungen ist es notwendig, dass der Mensch sich über die Körpermitte bewegt, diese Möglichkeit hat der Mensch nur über das vestibuläre System. Die für gesunde Menschen einfache Aufgabe sich aufrecht im Raum zu halten, ist für den Körper eine komplexe Anforderung. Er bezieht dafür Informationen vom optischen System über das Sehen, Informationen über das propriozeptive System – die Wahrnehmung und Stellung des Körpers im Raum – und das vestibuläre System.

Die somatische Wahrnehmung erfolgt über den taktil-kinästhetischen Sinn, dieser entwickelt sich beim Kind als erstes, es geht um die Wahrnehmung die über das Tasten und sich spüren erfahren wird. Schaade (2009 S 32 f) betont: „Einer der



wichtigsten Sinne des Menschen ist der taktil-kinästhetische Sinn, d. h. die Wahrnehmung des eigenen Körpers über Bewegung und Berührung.“

Die Wahrnehmung der Vibration erfolgt über die Haut, Informationen über das Körperinnere erfolgt durch Vibration.

Weitere, wichtige Wahrnehmungsbereiche sind, die Orale, gustatorische Wahrnehmung, die olfaktorische Wahrnehmung, die visuelle Wahrnehmung, die auditive Wahrnehmung, und die taktile Wahrnehmung. Bei Menschen mit Demenz geht die Körperwahrnehmung in allen Bereichen zurück, dass sollte von Beginn an der Erkrankung berücksichtigt werden und durch ein Therapieansatz wie z. B. die Basale Stimulation begleitet werden. Besonders erwähnt sei an dieser Stelle, dass die Geschmackswahrnehmung besonders betroffen ist, und nur noch ‚süß‘ erkannt werden kann, alles andere schmeckt schal oder salzig. Auch der Geruchssinn nimmt relativ schnell ab, früher als angenehm empfundene Gerüche werden als ‚muffig‘ oder unangenehm wahrgenommen. Eine Konsequenz daraus sollte sein, dass Aromatherapie vorsichtig angewendet wird und die Reaktionen des Betroffenen genau beobachtet wird. Die Wahrnehmung der sogenannten Fernsinne gehen bei an einer Demenz erkrankten Menschen sehr zurück, das Spüren des eigenen Körpers bleibt über die Systeme taktil-kinästhetisch, vestibulär und Vibration noch lange Zeit möglich (Schaade 2009 S 35f).

#### **3.4.5 Weitere Zugangsmöglichkeiten – Ergänzende Maßnahmen**

Um Menschen mit Demenz zu unterstützen gibt es eine Fülle von ergänzenden Maßnahmen, einige davon, welche auch auf die Gewährung von Bindung zielen und zur Förderung sicherer Bindungsanteile beitragen können werden hier exemplarisch erläutert.

#### 3.4.5.1 Psychotherapie bei Menschen mit Demenz

Psychotherapie wird definiert als besondere Beziehungsgestaltung, meist verbaler Art. Die Therapeutische Beziehung ist theoriegestützt und hat einen methodischen Anspruch. Sie war von Anfang an Bestandteil der Arbeit mit psychisch kranken Menschen. ‚Psychotherapie ist Methode der Behandlung, Haltung und Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen‘ (Wolfersdorfer et al. 2008 S 46).

Vor allem im Anfangsstadium einer Demenz kann Psychotherapie eine hilfreiche Intervention für die Betroffenen darstellen. Wird Psychotherapie in obigem Sinne als Behandlung, Haltung und Einstellung verstanden, so stellt sich die Frage warum sie bei Menschen mit einer Demenz eher selten zur Anwendung kommt und noch weit entfernt ist eine Standardmethode zu sein.

Als Hauptindikationsbereiche für die Psychotherapie führt Hirsch (2009) Personen mit beginnender bis zu mittelschwerer Demenz an. Von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen können auch noch Personen mit mittelschweren kognitiven Leistungseinbußen und im Einzelfall auch Personen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz profitieren. Im Fokus der Behandlung stehen nicht die kognitiven Leistungseinbußen, sondern Störungen im affektiven Bereich, die über die Wahrnehmung von Defiziten entstehende narzisstische Kränkung, herausfordernde Verhaltensweisen, Störungen des Antriebs, Persönlichkeitsveränderungen, aber auch funktionelle Störungen, sozialer Rückzug und Regression.

Die Selbstbestimmung und Selbständigkeit des Betroffenen Menschen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und die Gewährleistung von Lebensqualität und Würde auch im Spätstadium der Krankheit sollte die gemeinsame Zielvorstellung aller Beteiligten sein.

Nonverbale, verhaltensbezogene und umweltstrukturierende Maßnahmen werden, je schwerer die Beeinträchtigung desto häufiger eingesetzt. Die Möglichkeiten der Behandlung mit tiefenpsychologisch ausgerichteten Methoden werden durch kognitive und emotionale Einschränkungen verringert. Verhaltenstherapeutische In-

terventionen können nur dann eine positive Auswirkung zeigen, wenn eine längerfristige Behandlung in einem freundlichen und angstfreien Milieu erfolgt. Hilfreich sind auch Personen, welche den Behandlungsprozess unterstützen, dabei ist vor allem das Pflegepersonal, Ergotherapeutinnen und -therapeuten oder auch Sozialarbeiterinnen/-arbeiter gefordert, unter fachlicher Anleitung/Begleitung und Supervision tätig zu werden. (Hirsch 2009 318ff).

#### 3.4.5.2 Körpertherapie – Entspannungstraining

Hirsch (2009 318 ff) erwähnt in seinem Artikel die Verfahren ‚Progressive Relaxation‘ und ‚Autogenes Training‘. Vor allem Personen im leicht – bis mittelschweren Stadium einer Demenz können von diesen Verfahren profitieren. Förderlich ist die Durchführung in einer Gruppe, gefordert ist die Geduld der Therapeutin, des Therapeuten und die Möglichkeit zum häuslichen Üben.

#### 3.4.5.3 Musiktherapie

Sacks (2009 S 409f) schildert eindrücklich die Wirkung von Musik auf Menschen mit Demenz, selbst wenn die Demenz weit fortgeschritten ist, bleibt die Reaktion auf Musik erhalten. Musik kann Menschen orientieren und verankern auch wenn sonst fast nichts mehr hilft. Musik kann vergessene Emotionen und Assoziationen wecken und wieder einen Zugang zu Stimmungen und Erinnerungen eröffnen. Gemeinsames singen schafft Bindung. Er nimmt an, dass die emotionale Reaktion auf Musik nicht nur auf kortikale sondern auch auf subkortikale Strukturen verteilt ist und es deshalb auch Patientinnen und Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Demenz möglich ist sie wahrzunehmen, zu genießen und auf die Musik zu reagieren.

Auch Stuhlmann (2011 S 117) erwähnt, dass Menschen die nicht mehr sprechen können noch häufig in der Lage sind Lieder mitzusingen oder mitzusummen, oder sie klopfen den Rhythmus mit.

#### 3.4.5.4 Psychodrama

Hochreiter (2009) erläutert die von Moreno (1889-1974) gegründete psychotherapeutische Methode. Psychodrama kann sowohl als einzel- wie auch gruppenpsychotherapeutische Methode angewendet werden. Ziel der Behandlung ist es Konflikte (zwischenmenschliche aber auch intrapsychische) sichtbar, wiedererlebbar und veränderbar zu machen.

Wie sich aus der Auflistung der Anwendungsgebiete wie auch aus den Anwendungsfelder zeigt, ist eine kognitive Beeinträchtigung kein Ausschlussgrund für eine Psychodrama-Therapie.

Rath (2007) beschreibt Psychodrama-Psychotherapie mit Menschen die an Alzheimer-Demenz erkrankt sind. Seiner Meinung nach ist diese Methode für diese Zielgruppe geeignet, da beim Psychodrama der Mensch mit seinen körperlichen, emotionalen, sozialen und transzendenten Bedürfnissen im Mittelpunkt steht. Das Stützen der Identität, damit die Person sich weiterentwickeln kann nennt er das primäre Ziel der Therapie. Rath (2007) schildert in eindrücklichen Fallbeispielen die Wirkungsweise der Behandlung, gleichzeitig betont er weiteren Forschungsbedarf und die Zugangsschwierigkeiten zu Psychotherapie von alten Menschen im Allgemeinen und von Menschen mit Alzheimer-Demenz im Besonderen.

#### **3.4.6 Umgebungsgestaltung – besondere Wohnformen für Menschen mit Demenz**

Der Filmmacher Michael Haneke (2012) sagt in einem Interview: „Wir leben in einer Gesellschaft, in der Alter und Krankheit evakuiert wird.“ Groenemeyer (2013) bezieht sich auf diese Aussage und bezeichnet Pflegeheime als Asylheime für alte Menschen.

Dem gegenüber stehen neue Konzepte der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. So entstehen in der Schweiz seit einigen Jahren Pflegewohnungen,

die ein ‚Leben im Quartier‘ auch im Alter ermöglichen. So betreibt zum Beispiel die ‚Stiftung Alterswohnen in Albisrieden‘ Pflegewohnungen für jeweils 6 – 10 Personen. Die Wohnungen sind in Genossenschaftssiedlungen integriert und ermöglichen den Bewohnerinnen und Bewohnern auch bei schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit Anteil zu nehmen am Leben im Quartier. Es erfolgt eine 24 Stunden Betreuung, die Bewohnerinnen und Bewohner werden bis zu ihrem Tod begleitet. Nach dem Prinzip der aktivierenden Alltagsgestaltung werden die Bewohnerinnen und Bewohner in die normalen Alltagshandlungen mit einbezogen. (SA-WIA)

Klie (2011) untersucht die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern in einer Pflegeoase. Pflegeoasen sollen einen Schutzraum für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz bilden da sie in Wohngruppen oder Hausgemeinschaften schnell überfordert sind. Als Gründe werden dafür die Gruppendynamik und die Höhe der Reizdichte angenommen. In einer Pflegeoase leben Patientinnen und Patienten die einer besonderen Aufmerksamkeit und zeitaufwändiger Pflege bedürfen in einem Raum zusammen. Das macht diese Form der Betreuung auch umstritten, es stellt sich die Frage nach der Privatsphäre. Klie (2011) fand Vorteile für die Betreuung in einer Pflegeoase, für die Bewohnerinnen und Bewohner in den Bereichen angeleitete Aktivität wie zum Beispiel Vorlesen, Handmassage oder Aktivierung (18 Mal pro Woche gegenüber in der Vergleichsgruppe 2 Mal pro Woche). Die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeoasen haben mehr positive Kontakte zu professionellen Helferinnen und Helfer. Der Kontakt zu den Angehörigen ist in beiden Formen nahe zu gleich hoch (48 % gegenüber 52 %). Auch der maximale Bewegungsraum ist in beiden Gruppen ähnlich strukturiert, die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeoasen werden also nicht weniger mobilisiert. Für die professionellen Pflegekräfte ergaben sich Vorteile durch kürzere Wege, die Aufmerksamkeit richtet sich zeitnah auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeoasen fühlen sich mehr belastet, eine Unterstützung durch die Einrichtungsleitung ist gefordert.

Schäufele et al. (2008) untersuchten in einer Studie neue Konzepte in der Betreuung von Menschen mit Demenz gegenüber der traditionellen Versorgung die derzeit noch vorherrschend ist. Das Interesse an besonderen Betreuungsformen ist

zunehmend. Für das ‚Hamburger Modell‘ (Lebensraum und Tagesgestaltung ist an die besonderen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst, es finden regelmäßig Fallbesprechungen statt, gesicherte gerontopsychiatrische Betreuung, laufende Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ...) stellten sie gegenüber der traditionellen integrierten Versorgung. Die Ergebnisse: Nach den Indikatoren Interesse und Freude für die Messung der Lebensqualität ist diese in dieser besonderen Wohnform höher, die Bewohnerinnen und Bewohner sind häufiger psychiatrisch versorgt, die nicht sachgerechte Einnahme von Medikamenten (nach den Beers-Kriterien) ist niedriger, ebenso die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen nach dem ‚Hamburger Modell‘ fühlen sich weniger belastet, Freiwillige werden häufiger mit einbezogen, die Bewohnerinnen und Bewohner haben mehr Sozialkontakt mit den Pflegepersonen als in der traditionellen Versorgungsform, der Kontakt zu Angehörigen ist in beiden Betreuungsformen etwas gleich hoch (43 % gegenüber 41%). Die Autoren der Studie stellen zusammenfassend fest, dass nach derzeitigem Kenntnisstand, mehr Befunde für eine besondere Betreuungsform sprechen als für die traditionelle integrierte Versorgung von Menschen mit Demenz (Schäufele et al. 2008). Welche besondere Betreuungsform eindeutig überlegen ist, kann derzeit nicht gesagt werden. Spezialisierte Tagesgruppen wie auch Demenzwohngruppen sind mit bestimmten Vorteilen verbunden.

## 4 Erfahrungen aus der Praxis

In Gesprächen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ifs Bewohnervertretung (in Vorarlberg ist die Bewohnervertretung beim ifs Institut für Sozialdienste angesiedelt) mit Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen aller 52 Vorarlberger Pflegeheimen – mit gesamt 2263 Pflegeplätzen – wurde die Frage gestellt, wie sie mit ruhelos umhergehenden Bewohnerinnen und Bewohnern umgehen und wie sie dem Problem begegnen, wenn Menschen mit Demenz die Einrichtung verlassen möchten. Die verschiedenen Interventionen wurden in Kategorien eingeteilt (Pflegefachliche Maßnahmen, Hilfsmittel, Betreuung/Personal, bauliche Maßnahmen/Vorteile durch die Architektur und Maßnahmen im Anlassfall). Insgesamt

wurden 83 Leiterinnen/Leiter befragt. Das Ergebnis wird in einer Broschüre gesammelt und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt, dies ermöglicht ihnen, sich über die verschiedensten Interventionsmöglichkeiten zu informieren.

#### **4.1 Interventionen bei ruhelosem Umhergehen von Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Langzeitbetreuung**

Auf die Frage welche Interventionen bei ruhelosem Umhergehen und ‚Weglauftendenz‘ getätigt werden, wurden folgende Handlungsweisen genannt und teilweise eine Begründung dazu angegeben. Eine Schwäche in der Auswertung ergibt sich aus der ungenauen Definition von ruhelosem Umhergehen bzw. ‚Weglauftendenz‘.

Pflegefachliche Maßnahmen:

- Aktivitäten – Orientierung an der Biografie
- Aktivitäten – Gehen aus Langeweile verhindern
- Begleitung zu konkretem Ziel (Kirche, Friedhof, Gasthaus ...)
- Feste im Hause/Aktivitäten motivieren zum Bleiben
- Ausflüge in die nähere Umgebung
- Ablenken (z.B. Hinweis auf schlechte Wetterverhältnisse ...)
- Basale Stimulation
- Zuwendung durch Handmassage oder Fußbäder
- Überforderung durch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner vermeiden
- Eigenes Zimmer von außen erkennbar machen
- Information zur Realität (Nacht, Winter ...)
- Validierendes Gespräch
- Information aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über gefährdete Bewohnerinnen (auch Verwaltung, Café, Empfang ...)
- Genaue Dokumentation der Weglauftendenz
- Raucherinnen und Rauchern das Rauchen ermöglichen – begleiten
- 10-Minuten-Aktivierung\*
- Geschicklichkeitsspiele
- Bewohnerinnen und Bewohnern das Gefühl vermitteln, zu Hause zu sein
- Geborgenheit vermitteln – Bedürfnisse erfragen
- Tagesrhythmus berücksichtigen
- Pflegemodell nach Böhm
- Besuch in der eigenen Wohnung ermöglichen

- Psychosoziale Angebote – singen, tanzen, basteln
- Wege trainieren (z.B. Haupteingang hinaus und Hintereingang retour)

\*spezielle Aktivierungsform durch sogenannte ‚Schlüsselreize‘

Maßnahmen im Bereich Betreuung/Personalausstattung:

- Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeiter einplanen
- Besuchsdienst einplanen
- Therapiehund
- Spaziergang mit Zivildienstler/Praktikantin/Praktikant
- Organisierte Spaziergänge zu fixen Zeiten nach Wochenplan
- Angehörige mit einbeziehen
- Fallbesprechung – Information und gemeinsame Vorgangsweise
- Zusätzliches Personal bereitstellen
- Neuaufnahmen gut begleiten/betreuen – Eingewöhnung fördern
- Ehrenamtliche zur Begleitung
- Mobiler Hilfsdienst

Strukturelle Maßnahmen:

- Spätdienst
- Betreuung im Aufenthaltsbereich
- ‚Stube‘ Hausinterne Tagesbetreuung für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz Mo – Fr 14.00 – 17.00 Uhr
- Tagesbetreuung
- Fitnessangebote
- Präsenz einer Heimhelferin im Foyer
- Mittags-/Spätdienst im Foyer
- Gesellige Runde am Abend

Als Hilfsmittel sind im Einsatz:

- Alarmsystem an der Ausgangstüre
- Alarmmatte (vor dem Bett, vor der Zimmertüre ...)
- Alarmbalken am Bett
- Rollator/Hilfsmittel mit Adressschild versehen
- Sessel im Lift (Bewohnerinnen und Bewohner bleiben dort sitzen)
- GPS-System\*
- Fahrradrollstuhl für größere Ausflüge



- Alarmsystem im Schuh
- Tür-/Brandschutzalarm
- Stationstür mit Vorhang getarnt
- Liftknopf abgedeckt
- Haustüre nur mit Türöffner zu öffnen
- ‚Prewatsch-Uhren‘ \*\*(gute Akzeptanz – optisch wie echte Uhr)
- Bewegungsmelder mit Gong

\* Satelliten gestütztes System, Alarm wird ausgelöst, wenn ein definierter Bereich verlassen wird; Koordinaten werden entweder an die Einrichtung oder an die Polizei gesendet;

\*\* Beim Verlassen des Heimareals oder des Gebäudes (je nach Definition) wird das Personal verständigt;

### Bauliche Maßnahmen – Vorteile durch die Architektur

- Bewegungsmöglichkeit im Garten
- Lange Gänge im Haus
- Große Veranda mit Ausblick
- Rundgang auf der Station führt am Stützpunkt vorbei
- Öffentliche Veranstaltungen im Haus bringen Bekannte ins Pflegeheim
- Rückzugsmöglichkeiten
- Lenkung in gewünschte Richtung (Rundgänge)
- Ausgang/Stiegenhaus ‚tarnen‘ (Blumen, Möbel, wenig Beleuchtung ...)
- Das ‚persönliche‘ Sofa im Wohnbereich
- ‚Insel‘ zum Ausruhen gestalten
- Gestaltung einer persönlichen Ecke im allgemeinen Bereich

### Maßnahmen die im Anlassfall getätigt werden:

- Bewohnerinnen und Bewohner beim Hinausgehen beobachten
- Nachgehen und kurze Zeit begleiten
- Gehen lassen
- Nachbarinnen und Nachbarn informieren
- Aktuelles Foto von Bewohnerinnen und Bewohner mit hoher Gefährdung bereit halten
- Auf Kleidung von Bewohnerinnen und Bewohner achten (genaue Personenbeschreibung)
- Mit PKW nachfahren
- Taxi- und Busfahrer informieren

- Bei hoher Gefährdung spontane Begleitung
- Klares Informationsmanagement: Wer macht was wann!

## 5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Auch wenn die in dieser Arbeit zitierten Forscher (Bowlby/Ainsworth, Winnicott und Piaget) sich mit der Entwicklung von Bindung – Bindungsverhalten, dem Intermediären Raum und der kognitiven Entwicklung von Säuglingen und Kindern beschäftigten, haben ihre Ergebnisse gravierende Bedeutung für das Alter und im Besonderen für Menschen mit Demenz. Keinesfalls darf damit aber eine Infantilisierung von Menschen die alt und oder an einer Demenz erkrankt sind geschehen.

### 5.1 Ergebnis und Interpretation aus der Literaturrecherche

Die Ursachen von Demenzen sind noch nicht restlos geklärt, immer öfters werden entwicklungspsychologische und biografische Einflüsse diskutiert. Obwohl die Zahl der an Demenz erkrankten Personen in Zukunft stark steigen wird, darf nicht übersehen werden, dass auch in Zukunft der größere Teil der älteren Bevölkerung nicht an einer Demenz erkranken wird. Die Einschränkungen die Menschen mit Demenz und auch ihre Angehörigen erleben sind vielfältig und betreffen viele Bereiche. Um eine Stigmatisierung von Menschen mit Demenz zu vermeiden, sprechen viele Gerontologinnen/Gerontologen von den ‚Vulnerablen‘. Diese Verletzlichkeit hat viele Seiten, sie wird erhöht durch Bedingungen die im Außen liegen wie durch nicht entsprechende Umgebungsbedingungen, unangepasste Kommunikation, mangelnde Unterstützung der/des Einzelnen und des Systems in welchem die Menschen leben und zum anderen durch eine erhöhte Anfälligkeit für zusätzliche Beschwerden und Krankheiten. Besonders erwähnt sei an dieser Stelle nochmals die Depression. Sie scheint bei der Entstehung einer Demenz eine Rolle zu spielen. Sie wird häufig auch kurz vor einer dementiellen Erkrankung diagnostiziert, darüber hinaus entsteht sie auch oft zu Beginn einer dementiellen Erkrankung. Depressionen sind eine ernst zunehmende Erkrankung und in jedem

alter behandlungsbedürftig und behandlungswürdig. Keinesfalls sind sie eine zum Alter gehörende Begleiterscheinung.

Menschen mit Demenz zeigen oft Verhaltensweisen die schwer verständlich sind und eine Herausforderung für die Betreuenden und das Umfeld darstellen. Motorisch abweichendes Verhalten – stundenlanges Gehen – zählt auch zu diesen Verhaltensweisen. Die Motive für dieses Verhalten sind vielfältig, allen gemeinsam ist, dass ein Bedürfnis hinter dem Verhalten steht. Diese Bedürfnisse reichen von leicht verständlichen Wünschen nach Nahrung, Flüssigkeit, Ruhe – bis zum Fortführen früherer Tätigkeiten, oder Suche nach vertrauten Personen und sind nicht selten Ausdruck tiefer seelischer Not. Menschen mit Demenz verlieren die innere Sicherheit, auf der Suche nach Geborgenheit und Nähe begeben sie sich auf die Suche nach einem Ort an dem sie sich zu Hause fühlen.

Diese Unfähigkeit sich zu Hause zu fühlen hat auch etwas mit frühen Bindungserfahrungen und den dadurch erworbenen Bindungsmustern zu tun. Durch den Kontakt/die Interaktion mit der primären Bezugsperson (meist durch die Mutter oder Eltern) mit dem Säugling/Kleinkind entwickelt sich das Bindungsmuster. Das Bindungsmuster von dem man annimmt es ist für eine gesunde seelische Entwicklung notwendig, ist jenes der sicheren Bindung. Eine verlässliche Bezugsperson dient als sichere Basis für die Erkundung der Umwelt. Hat das Baby oder der Säugling das Bedürfnis nach Nähe zeigt es Bindungsverhalten. Diese Verhaltensweisen – weinen, rufen, nachlaufen, anklammern... – veranlassen die Bindungsperson Nähe zu gewähren. Sind die Entwicklungsbedingung für die Säuglinge/Kinder nicht so ideal entwickeln sich unsicher Bindungsmuster. Diese entstehen auch durch Trennung von den Bezugspersonen oder durch spätere Traumatisierungen. Obwohl in den obigen Ausführungen nur am Rande erwähnt sind diese Faktoren nicht zu unterschätzen. Bindungsmuster können aber auch durch Interventionen wie Psychotherapie beeinflusst werden. Der Zugang zu Therapeutinnen und Therapeuten für ältere Menschen im Allgemeinen und für Menschen mit Demenz im Besonderen ist sehr schwer.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten Menschen mit Demenz die Bindungsverhalten zeigen zu unterstützen. Wichtig ist das zur Verfügung stellen einer sicheren Basis,

dies kann in Form ein sicheren, Geborgenheit vermittelnden Umgebungsgestaltung geschehen wie auch durch die Anwesenheit von Beziehungspersonen. Dabei gilt es zu beachten, dass Menschen mit einer schweren Demenz nicht mehr in der Lage sind sich Beziehungspersonen vorzustellen. Das heißt wenn sie sie nicht mehr wahrnehmen können existieren diese für sie nicht mehr. Die Objektpermanenz geht verloren. Es findet eine Rückentwicklung, analog zu den Entwicklungsstufen die von Piaget (2000) definiert wurden statt, aber in die andere Richtung. Matteson und Lichtenstein bezeichnen dies, wie bereits weiter oben erwähnt, als ‚Muster des Vergessens‘.

Menschen mit Demenz verlieren ihre innere Sicherheit – das Gefühl in sich zu Hause zu sein – dies hat auch etwas mit den Veränderungen der Wahrnehmung zu tun. Bei einer demenziellen Entwicklung gehen nicht nur die kognitiven Fähigkeiten verloren, sondern auch die Wahrnehmung ist betroffen. So können sie nicht mehr einordnen wo sie sich im Raum befinden, schätzen den Abstand zu Gegenständen falsch ein, rempeln deshalb Mitbewohnerinnen und Mitbewohner an. Das Körperschema geht verloren was in Kombination mit der mangelnden Raum-Lage-Orientierung zu einer Körperhaltung die ‚aus der Mitte ist‘ führt. Basale Stimulation ist hierbei ein hilfreicher Ansatz. Zum einen als Förderung der Wahrnehmung, die Erfahrung ‚ganz zu sein‘ wird ermöglicht, zum anderen führen diese Basalen Interventionen zu einem Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit ähnlich dem als Säugling/Kleinkind erfahrenen und kommt somit dem Bedürfnis nach Bindung entgegen.

### **5.2 Interpretation der Erfahrungen aus der Praxis**

Viele der genannten Maßnahmen, haben das Ziel zu verhindern, dass Bewohnerinnen und Bewohner das Pflegeheim unbemerkt verlassen. Es entsteht der Eindruck, dass Pflegepersonal steht unter dem Druck, die Bewohnerinnen und Bewohner gut zu beaufsichtigen und das Verlassen der Einrichtung zu Verhindern. Eine Aufteilung der Verantwortung auf die Umgebung/Gesellschaft ist nicht erkennbar. Nur in einzelnen Fällen werden Nachbarinnen und Nachbarn der Einrichtung und ehemalige Nachbarinnen und Nachbarn der Bewohnerinnen und Be-

wohner mit in die Verantwortung genommen. Ruheloses Umhergehen in der Einrichtung ist für das Betreuungspersonal leichter zu tolerieren. Dies wird zum Problem wenn Bewohnerinnen und Bewohner bis zur Erschöpfung gehen, oder wenn Mitbewohnerinnen und Mitbewohner dadurch gestört werden, zum Beispiel wenn Menschen mit Demenz in andere Zimmer gehen.

Zur rechtlichen Situation lässt sich sagen, dass der Aufenthalt in einem Pflegeheim grundsätzlich freiwillig ist. Ein ‚Anhalten‘ ist nur in der Psychiatrie auf Basis des Unterbringungsgesetzes (UbG) möglich. Den Schutz der persönlichen Freiheit von Heimbewohnerinnen und Bewohnern regelt in Österreich seit 2005 das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) – Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Als Beispiel zum Verständnis werden zwei Entscheidungen des Bezirksgerichtes Feldkirch angeführt:

- Das Absperren der Haustüre wurde vom Erstgericht für unzulässig erklärt. Das Zurückholen der 84-jährigen, an einer Demenz erkrankten, Bewohnerin wurde mit der Auflage für zulässig erklärt, dass binnen 6 Wochen ein GPS-System angeschafft und zusätzliches Pflege- oder Begleitpersonal zwischen 17.00 und 21.30 Uhr beigestellt wird. Das zurückholen der Bewohnerin musste durch personelle und technische Hilfsmittel unterstützt werden, weil die Bewohnerin sonst unbemerkt das Pflegeheim verlassen und sich durch Verlaufen in erheblicher Gefahr befunden hätte. (8 HA 4/13-k)
- Das Bezirksgericht erklärte das Zurückhalten einer 83-jährigen Bewohnerin der ‚Dementenstation‘ im Pflegeheim bei starker Angetriebenheit wegen Gefährdung im Straßenverkehr für zulässig. Begleitend trug es der Einrichtung zwei Auflagen auf: die Anschaffung eines GPS-Ortungssystems und eine 1:1 Betreuung zwischen 17.00 und 21.00 Uhr. (27HA 11/12m-9 und 7 Ob 88/13m)

Es gibt viele Möglichkeiten die Bewegungsfreiheit von Bewohnerinnen und Bewohnern einzuschränken, die Verabreichung von sedierenden Medikamenten zum Zweck der Bewegungsdämpfung zählt auch dazu und unterliegt dem HeimAufG. Die obigen Entscheidungen verdeutlichen, wie hoch das Rechtsgut der persönlichen Bewegungsfreiheit einzustufen ist.

Betrachtet man die genannten Interventionen aus der Praxis unter dem Aspekt der Bindung so haben unter anderem folgende Interventionen Einfluss auf das Bindungsverhalten. Alle Maßnahmen, welche direkt als ‚Zuwendung‘ beschrieben werden können, wie beispielsweise Geborgenheit vermitteln – Bedürfnisse erfragen, das Gefühl vermitteln zu Hause zu sein, validierendes Gespräch, Zuwendung durch Handmassage oder Fußbäder, aber auch validierendes Gespräch oder Aktivitäten, welche sich an der Biografie orientieren.

Werden bei einzelnen Interventionen die Anzahl der Nennungen mitberücksichtigt, so ist auffallend, dass von 52 Einrichtungen die Intervention ‚Fallbesprechung‘ nur in einem Pflegeheim genannt wurde, ebenso nur einmal genannt wurde ‚genaue Dokumentation‘. Basale Stimulation wurde ebenfalls nur einmal genannt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das motorisch abweichendes Verhalten zur besonderen Belastung für das Betreuungspersonal wird, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner versuchen die Einrichtung zu verlassen oder wenn durch das Verhalten Mitbewohnerinnen und Mitbewohner beeinträchtigt werden. Motorisch abweichendes Verhalten wird in den meisten Pflegeheimen toleriert, außer die Bewohnerinnen und Bewohner begeben sich in Gefahr. Die Frage nach dem Bedürfnis hinter dem Verhalten wird jedoch selten gestellt.

Mehr wie für jeden anderen Menschen, gilt für den Menschen mit Demenz der Satz von Martin Buber (1878 – 1965):

„Der Mensch wird am Du zum Ich.“

## Literaturverzeichnis

Ainsworth Mary 1964: Muster von Bindungsverhalten, die vom Kind in der Interaktion mit seiner Mutter gezeigt werden. In: Grossmann Klaus E., Grossman Karin (Hrsg.) 2011: Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta

Ainsworth Mary, Bell Silvia 1970: Bindung, Exploration und Trennung am Beispiel der Verhaltens einjährige Kinder in einer ‚Fremden Situation.‘ In: Grossmann Klaus E., Grossman Karin (Hrsg.) 2011: Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta

Ainsworth Mary, Bell Silvia, Stayton Donelda 1971: Individuelle Unterschiede im Verhalten in der ‚Fremden Situation‘ bei ein Jahr alten Kindern. In: Grossmann Klaus E., Grossman Karin (Hrsg.) 2011: Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta

Ainsworth Mary, Bell Sivia, Stayton Donelda 1974: Bindung zwischen Mutter und Kind und soziale Entwicklung: ‚Sozialisation‘ als Ergebnis gegenseitigen Beantwortens von Signalen. In: Grossmann Klaus E., Grossman Karin (Hrsg.) 2011: Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta

Bartholomeyczik Sabine, Halek Margareta, Riesner Christine et al. 2006: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe.

Bauer Joachim 2002: Psychobiologie der Alzheimer-Krankheit: Wirklichkeitskonstruktion und Beziehungsgestaltung. In: Uexküll Thure von, Geigges Werner, Plassmann Reinhard (Hrsg.): Integrierte Medizin. Stuttgart. Schattauer

Bauer Joachim 2006: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München. Heyne

Bauer Joachim 2009: Die Sinn-Mangelerkrankung. Die Welt. Berlin. Springer  
18.12.2009 S 31

Behringer Johanna, Reiner Iris, Spangler Gottfried 2012: Mütterliche Bindungs-  
präsentation, Paarbindung und Elternverhalten. In: Glogger-Tippelt Gabriele  
(Hrsg.): Bindung im Erwachsenenalter. Bern. Huber

Bowlby John 1987: Bindung. In: Grossmann Klaus E., Grossman Karin (Hrsg.)  
2011: Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta

Bowlby Johan 1991: Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme. In:  
Grossmann Klaus E., Grossman Karin (Hrsg.) 2011: Bindung und menschliche  
Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta

Bowlby John 2011: Das Glück und die Trauer, Herstellung und Lösung affektiver  
Bindungen. Stuttgart. Klett-Cotta

Buchheim Anna, Strauß Bernhard 2005: Interviewmethoden der klinischen Bin-  
dungsforschung. In: Strauß Bernhard, Buchheim Anna, Kächle Horst (Hrsg.) Klini-  
sche Bindungsforschung. Stuttgart. Schattauer

Geiger Arno 2011: Der alte König in seinem Exil. München. Hanser

Dilling Horst (Hrsg.), Mombour Werner, Schmidt Martin H. 2014: Internationale  
Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische  
Leitlinien. Bern. Huber

Gleichweit Sonja, Rossa Martina 2009: Erster österreichischer Demenzbericht.  
Wiener Gebietskrankenkasse. Wien

Glogger-Tippelt Gabriele (Hrsg.) 2012: Bindung im Erwachsenenalter. Bern. Hu-  
ber



Grossmann Karin, Grossmann Klaus E. 2006: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart. Klett-Cotta

Grossmann Klaus E., Grossman Karin (Hrsg.) 2011: Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart. Klett-Cotta

Förstl Hans (Hrsg) 2009: Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin. Springer

Halek Margarta, Bartholomeyczik Sabine 2006: Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Wittener Schriften. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft

Hartmann Hans-Peter (Hrsg.), Urban Martin, 2005: Bindungstheorie in der Psychiatrie. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht

Heuft Gereon, Kruse Andreas, Radebold Hartmut, 2006: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München. Reinhardt

Hirsch Rolf D. 2009: Psychotherapie bei Menschen mit Demenz. Psychotherapie Band 14 (Heft 2) 317-331

Hopf Christel 2012: Muster der Repräsentation von Bindungserfahrungen und rechtsextreme Orientierungen. In: Glogger-Tippelt Gabriele (Hrsg.): Bindung im Erwachsenenalter. Bern. Huber

Jopp Daniela S, Rott Christoph, Kruse Andreas et al. 2013: Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Robert Koch Stiftung (Hrsg.)

Kolanowski Ann M. 1999: An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. Journal of Gerontological Nursing. 25 (9) 7-9

Lai Claudia K.Y., Arthur David G, 2003: Journal of Advanced Nursing. 44 (2) 173-182

Martin Mike, Kliegel Matthias 2010: Psychologische Grundlagen der Gerontologie, Grundriss Gerontologie Band 3. Stuttgart. Kohlhammer Urban

Matteson MA, Linton AD, Barnes SJ, Lichtenstein MJ. et al. The relationship between Piaget and cognitive levels in persons with Alzheimer's disease and related disorders. Aging Clin Exp Res 1996; 8:61-69

Piaget Jean 2000: Psychologie der Intelligenz. Stuttgart. Klett-Cotta (Original 1947 ‚La Psychologie de l'Intelligence‘)

Rath Michael, 2007: Das Drama der verwirrten Bühnen. Störungsspezifische Modifikation der Psychodramatherapie mit Morbus Alzheimer-Patienten. Abschlussarbeit. Wien. ÖAGG

Romero Barbara 2009: Rehabilitationsprogramme und psychoedukative Ansätze für Demenzkranke und betreuende Angehörige. In: Förstl Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin. Springer

Sacks Oliver 2009: Der einarmige Pianist. Über Musik und das Gehirn. Hamburg. rororo

Schaade Gudrun 2009: Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung. Berlin. Springer

Schauenburg Henning, Hofmann Birgit (Hrsg.) 2007: Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend. Stuttgart. Thieme

Schäufele Martina, Lode Sandra, Weyerer Siegfried et al. 2008: Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Stuttgart. Kohlhammer

Schmieder Michael 2014: Die sind nicht bescheuert. Hamburg. Der Spiegel (Nr. 11) 2-3

Stokes Graham 2011: Wir gehen, sie wandern. In: Marhall Mary, Kate Allan: Ich muss nach Hause. Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen. Bern. Huber

Stoppe Gabriela, Mann Eva (Hrsg.), 2009: Geriatrie für Hausärzte. Bern. Huber

Stuhlmann Wilhelm 2011: Demenz braucht Bindung. München. E. Reinhardt

Volicer Ladislav, Frijters Dinnus H. M., Van der Stenn Jenny T. 2012: Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home resident with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27, 749-754

Wancata Johannes 2002: Die Epidemiologie der Demenzen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. Band 152, 52-56

Winnicott W. Donald, 1998: Die Menschliche Natur. Stuttgart. Klett-Cotta

Wojnar Jan (2009) In: Schaade Gudrun: Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung. Berlin. Springer

Zank Susanne, Peters Meinolf, Wilz Gabriele 2010: Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters. *Grundriss Gerontologie* Band 19. Stuttgart Kohlhammer Urban

Zimmermann Peter 2002: Von Bindungserfahrungen zu individuellen Emotionsregulation: das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In: Strauß Bernhard, Buchheim Anna, Kächle Horst (Hrsg.): *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart. Schattauer

Zimmermann Peter, Becker-Stoll Fabienne, Mohr Cornelia 2012: Bindungsrepräsentation im Jugendalter. In: Glogger-Tippelt Gabriele (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern. Huber

## **Internetquellen:**

Bauer Joachim

[www.psychotherapie-prof.bauer.de](http://www.psychotherapie-prof.bauer.de) (Zugriff vom 26.02.2014)

Blaumeiser Heinz: Biografiearbeit - ein Überblick (2004)

[www.kvw.org/smarteredit/documents/download/fachartikelvonheinzblaumeiser.pdf](http://www.kvw.org/smarteredit/documents/download/fachartikelvonheinzblaumeiser.pdf)

(Zugriff vom 01.05.2014)

Diniz Breno, Butters Meryl, Albert Steven et al. 2013: Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohorts studies. The British Journal of Psychiatry 2013. 202; 329-335;

<http://bjp.rcpsych.org/content/202/5/329.full.pdf+html> (Zugriff vom 13.05.2014)

Haneke Michael 2012: Spiegel Online. Hamburg

[www.spiegel.de](http://www.spiegel.de) (Zugriff vom 10.05.2014)

Hochreiter Karoline: Psychodrama 2009. [www.donau-uni.ac.at](http://www.donau-uni.ac.at) (Zugriff vom 14.05.2014)

Klie Thomas 2011: Pflegeoase. Leuchtturmprojekt Demenz. Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit. [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (Zugriff vom 14.05.2014)

Lind Sven 2000: Umgang mit Demenz; [www.alzheimerinfo.de](http://www.alzheimerinfo.de)

(Zugriff vom 21.06.2012)

Lorenzl Stefan, Fusgen Ingo, Noachtar Soheyl 2012: Verwirrheitszustände im Alter: Diagnostik und Therapie. [www.aezteblatt.de](http://www.aezteblatt.de) (Zugriff vom 07.05.2014)

Rannegger Johann

[www.basale.at](http://www.basale.at) (Zugriff vom 02.05.2014)

SAWIA Stiftung Alterswohenn in Albisrieden

[www.sawia.ch](http://www.sawia.ch) (Zugriff vom 13.05.2014)

S3-Leitlinie ‚Demenzen‘ 2009

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie

[www.demenz-leitlinie.de](http://www.demenz-leitlinie.de) (Zugriff vom 26.02.2014)

[www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Epidemiologie.html](http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Epidemiologie.html) (Zugriff vom 12.03.2014)

Wolfersdorfer Manfred, Purucker Michael, Schmelter Thomas 2008: Psychotherapie und Psychoedukation in der klinischen Psychiatrie. Psychotherapie 13 Jahrg. 2008. Band 13. Heft 1 46-48. [www.cip-medien.com](http://www.cip-medien.com) (Zugriff vom 13.05.2014)

Wojnar Jan, Perrar Klaus Maria 2011: Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Barmer GeK (HrsG)  
[www.barmer.gek.de](http://www.barmer.gek.de) (Zugriff vom 08.05.2014)

#### **Sonstige Quellen:**

Bauer Joachim 2014: e-mail (bei der Verfasserin)

Beer Thomas 2013: 1. St. Galler Demenz-Kongress – Vortrag 27.11.2013  
FHS St. Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften, CH St. Gallen

Halek Margareta 2013: 1. St. Galler Demenz-Kongress – Vortrag 27.11.2013  
FHS St. Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften, CH St. Gallen

Groenemeyer Reimer: 26.11.2013 Symposium: Freiheit versus Sicherheit.  
Koblach. Veranstalter: aktion demenz und Connexia.

Klie Thomas: 26.11.2013 Symposium: Freiheit versus Sicherheit. Koblach  
Veranstalter: aktion demenz und Connexia.