

Die Versorgung der «versteckten Opfer» der Demenz

Betreuungsbelastung ist ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Prozesse

Beat D. Gloor

In der Schweiz leben rund 89 000 Demenzerkrankte, 53 400 (60%) davon zu Hause. 62 000 Betroffene brauchen täglich Hilfe im Alltag (Selbstpflege, Wahl der Kleidung, Mahlzeitenzubereitung), 26 000 sogar Unterstützung rund um die Uhr. Von den Demenzerkrankten, welche rund um die Uhr betreut werden, leben immer noch 5300 (20%) zu Hause. Die Alzheimervereinigung Schweiz rechnet mit drei direkt betroffenen Angehörigen pro Erkrankten, sodass in der Schweiz von zirka 270 000 direkt betroffenen Angehörigen ausgegangen werden muss.

Betreuungsarbeit ist belastendes Lebensereignis

Zahlreiche Studien zeigen, dass Angehörige von Demenzerkrankten selbst ein erhöhtes Risiko haben, an psychischen und physischen Störungen zu erkranken. Gemäss Schweizer Untersuchungen leiden 44 Prozent der pflegenden Angehörigen an Angstzuständen, 20 Prozent an Depressionen und etwa 70 Prozent an erheblichen körperlichen Gesundheitsproblemen. Als Ursache sieht man die finanziellen, körperlichen und alltagspraktischen Erfordernisse der Pflege sowie die damit verbundenen psychischen Belastungen.

Da die Demenzerkrankung nicht heilbar ist und die Betreuenden den zunehmenden Abbau intellektueller und

kognitiver Fähigkeiten mit Persönlichkeitsveränderungen, Desorientierung, Inkontinenz, motorischem und emotionalem Kontrollverlust und so weiter miterleben, wird das Gefühl der Hilflosigkeit zum ständigen Begleiter, entstehen oft Versagensgefühle, Ungewissheit und Zukunftsängste. Demenz ist auch immer ein «Abschied in Raten» vom intimen Partner, verbunden mit der Abnahme von intimen Austauschmöglichkeiten, und somit auch immer mit Trauer verknüpft. Als äusserst belastend erlebt wird das Gefühl des «ständigen Angebundenseins», des «Gefangenseins in den eigenen vier Wänden», wenn der Erkrankte nicht mehr alleine gelassen werden kann, weil er immer wieder weglaufen will oder aus Unsicherheit und Angst ständig dem Pfl-

genden nachläuft (*shadowing*). Rundumbetreuung löst Aggressionen und Wut darüber aus, dass eigene Bedürfnisse ständig zurückgestellt werden müssen. Ärger entsteht zudem bei Fehlhandlungen, bei perseverierenden Tätigkeiten und Äusserungen, bei emotionalen Ausfälligkeiten der Erkrankten. Erschwerend ist, dass vom Erkrankten selten «ein Dank» erwartet werden kann. Im Allgemeinen kommt auch seitens der Umgebung wenig Anerkennung für die Pflegeleistungen. Aufgrund ihrer Beanspruchung und Erschöpfung, fehlender Entlastungsmöglichkeiten, sowie von Schamgefühlen wegen des Erkrankten in der Öffentlichkeit schaffen es pflegende Angehörige oft nicht mehr, ihre eigenen Kontakte zu pflegen. Leider erleben sie zudem häufig, wie sich Freunde, Bekannte und Verwandte immer mehr zurückziehen, da sie unsicher sind oder mit der Krankheit nicht umgehen können. Angehörige geraten zunehmend in die Isolation.

Die Bedeutung der Betreuungsbelastung für den Demenzerkrankten

Die Betreuungsbelastung und Betreuermorbidity sind wichtige Determinanten einer Heimplatzierung. Sie sind mindestens so bestimmend wie die Krankheitssymptome des Erkrankten selbst (Yaffe, 2002). Die Risikofaktoren für bewusstes schädigendes Verhalten gegenüber gepflegten Demenzerkrankten (Anschreien, Beschimpfen, mit Heimeinweisung drohen, Nahrungsmittel oder Medikamente vor-enthalten, Medikamente bewusst falsch dosieren, Schlagen, Wegschliessen) sind identisch mit den Risikofaktoren für Dysstress in der Betreuungsaufgabe.

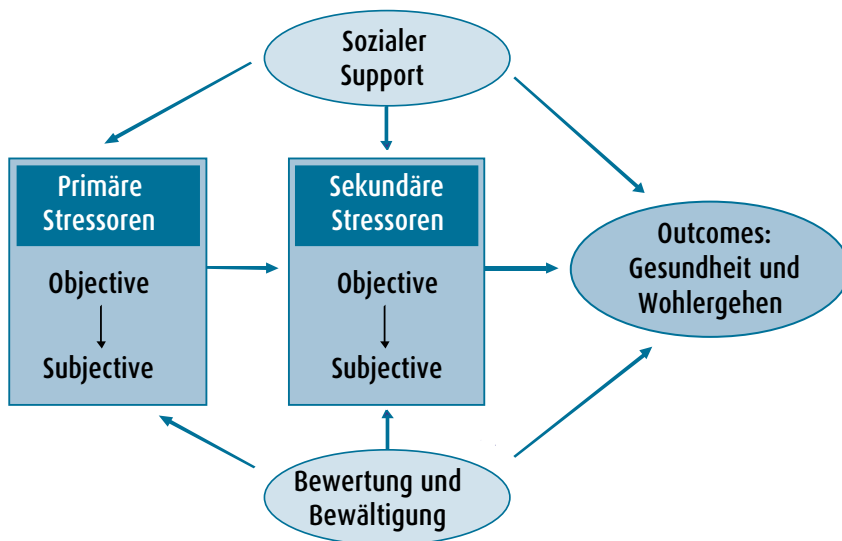


Abbildung: Stressmodell der Betreuungsbelastung (nach Pearlin und Zarit)

Die Erfassung von Betreuererschöpfung und -überforderung bildet daher einen Grundpfeiler in der Prophylaxe von Betagtenmissbrauch (Beach et al. 2005). Schliesslich sind Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankten teilweise direkt abhängig vom Betreuerverhalten.

Wie wird Betreuungsstress erklärt?

Es gibt keinen Schlüsselstressfaktor (wie beispielsweise die Ausprägung der Verhaltensstörungen des Erkrankten), welcher das Ausmass der Betreuungsbelastung bestimmt. Betreuungsbelastung ist charakterisiert durch multiple Faktoren und durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Prozesse. Familien unterscheiden sich in vielen Punkten klar voneinander: welche Stressfaktoren vorliegen, wie sich diese im Verlauf der Zeit verändern, welche als Eu- oder Dysstress erlebt werden und welche zu Überbelastung und Krankheit führen. Um die Erfassung der jeweiligen Betreuungsbelastung zu verstehen, schlägt die Literatur das in der *Abbildung* gezeigte Stressmodell vor.

Als *primäre Stressfaktoren* werden Faktoren beschrieben, welche direkt mit der Behinderung und den Krankheitssymptomen des Demenzerkrank-

Tabelle 1:

Beispiele primärer objektiver Stressfaktoren

- Ausmass der Behinderung in den Alltagsaktivitäten
- Ausmass der psychologischen Symptome und Verhaltensstörungen
- Ausmass zusätzlicher Begleiterkrankungen und -behandlungen
- Unwissenheit über Auswirkungen der Demenz (dass z.B. bestimmte Symptome nicht als Teil der Krankheit verstanden werden können)
- Unkenntnis über Umgangsmöglichkeiten mit dem Erkrankten oder über Entlastungshilfen
- Fehlende Dankbarkeit seitens des Erkrankten
- Abnehmende gemeinsame Aktivitäten und intime Austauschmöglichkeiten mit dem Erkrankten

ten verbunden sind. Man unterscheidet dabei objektive und subjektive primäre Stressfaktoren (*Tabelle 1* und *2*). Als *sekundäre Stressfaktoren* werden Faktoren angesprochen, welche mit den anderen Lebensbereichen des Betreuers interferieren (wie Finanzen,

Tabelle 2:

Beispiele primärer subjektiver Stressfaktoren

- Gefühle der Hilflosigkeit, Unsicherheit, Ungewissheit
- Zukunftsangst betreffend des Krankheitsverlaufs
- Gefühle der ständigen Überforderung
- Gefühle der Insuffizienz
- Gefühle des ständigen Angebundenseins
- Gefühle der unzulänglichen Kommunikation und Reflexion mit dem Erkrankten
- Entfremdungsgefühle gegenüber dem erkrankten Partner, Trauer darüber
- Schuldgefühle (z.B. bei Wut und Aggressionsgefühlen gegenüber dem Partner)

Tabelle 3:

Beispiele sekundärer objektiver Stressfaktoren

- Gesundheitliche Probleme der Betreuenden
- Familienkonflikte (z.B. Meinungsverschiedenheiten betreffend der Betreuung des Erkrankten)
- Neue innerfamiliäre Beziehungskonstellationen und Rollen durch die Erkrankung
- Neue Abhängigkeiten (z.B. von Hilfspersonen, -angeboten)
- Berufsaufgabe, Einschränkung der Freizeitaktivitäten
- Finanzielle Folgen (z.B. Auszug und Hausverkauf zur Pflegefinanzierung)
- Einschränkung der Privatsphäre (z.B. fremde Pflegepersonen in die Wohnung)
- Distanzierung von Freunden und Bekannten
- Ermöglichte Persönlichkeitsentwicklung durch die Betreuungsaufgabe

Familienleben, Sozialkontakte, Beruf, Freizeitaktivitäten). Auch hier werden objektive und subjektive Faktoren unterschieden (*Tabellen 3* und *4*).

Tabelle 4:

Beispiele sekundärer subjektiver Stressfaktoren

- Gefühle des Autonomieverlustes, Kontrollverlust
- Gefühle der Selbstaufgabe
- Schamgefühl wegen des oder für den Erkrankten
- Gefühle des Gewinnes (z.B. an Kompetenz, Erfahrung)
- Sinngabe durch die Betreuungsaufgabe

Tabelle 5:

Aspekte der Wissens- und Informationsvermittlung

- Informationen über die Erkrankung und deren Bewältigung
- Orientierung in der Vielfalt der Entlastungsangebote
- Beratung in finanziellen und sozialversicherungstechnischen Fragen
- Informationen zu rechtlichen Fragen (z.B. Patientenverfügung, um bei der Geschäftsunfähigkeit des Erkrankten handlungsfähig zu bleiben)
- Hauspflegeberatung und Hilfsmittelanleitung
- Erlernen neuer Umgangs- und Kommunikationsformen (validierende und milieutherapeutische Ansätze)

Die eigentlichen Stressfaktoren werden aber wesentlich beeinflusst durch die Art, wie der Betreuende diese bewertet und bewältigt (Betreuungsaufgabe auch als Möglichkeit der Kompetenzerwerb sowie der Persönlichkeitsentwicklung). Die Auswirkung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betreuenden wird im Wesentlichen durch erhaltene und beanspruchte Unterstützung vor allem sozialer Art nochmals bedeutend moduliert.

Grundzüge der Angehörigenunterstützung

Die Angehörigenunterstützung beginnt regelhaft mit der zeitlichen und alltagspraktischen Entlastung, das heisst,



Zahlreichen Studien zeigen, dass Angehörige von Demenzerkrankten selbst ein erhöhtes Risiko haben, an psychischen und physischen Störungen zu erkranken.

Übernahme des Patienten zur Betreuung zu Hause oder in einem anderen Rahmen. Sie bildet dabei nicht selten die Voraussetzung, psychische Unterstützung anzunehmen und der sozialen Isolation entgegenzuwirken. Einen zweiten Grundpfeiler der Angehörigenunterstützung bildet die *Informations- und Wissensvermittlung* (Tabelle 5). Wissen bildet die Grundvoraussetzung für einen angemessenen Umgang mit dem Erkrankten, für die gezielte und rechtzeitige Inanspruchnahme von Entlastungsmöglichkeiten, für eine realistische Pflegeplanung und somit für die Überwindung der Hilflosigkeit.

Wesentlich ist weiter die Aufhebung der sozialen Isolation. Einen besonderen Stellenwert haben hierbei sicher die Angehörigengruppen, wo der Erfahrungsaustausch ein Relativieren des eigenen Schicksals sowie ein Lernen voneinander ermöglicht. Es können Gemeinsamkeiten, Akzeptanz, Solidarität, Anerkennung und emotionale Unterstützung entstehen. Schliesslich benötigen Angehörige psychosoziale und psychische Unterstützung (Tabelle 6).

Wirksamkeit der Intervention bei Angehörigen

Verschiedene Metaanalysen (Brodaty 2005, Sörensen 2002) betreffend Interventionen bei Angehörigen bestätigen trotz methodologischen Schwierigkeiten deren Wirksamkeit. Wie aus dem Stressmodell zu erwarten ist, zeigen Interventionen bei Angehörigen Demenzerkrankter keinen globalen Effekt, sondern spezifische Effekte.

Zum Beispiel bewirkt eine alltagspraktische Entlastung zwar eine Abnahme der Belastung, kann aber auch zusätzlichen Stress verursachen (z.B. durch finanzielle Aufwendungen, Einschränkung der Privatsphäre durch das Betreten der Wohnung durch eine fremde Person, neue Abhängigkeiten von Diensten etc.) und damit dazu führen, dass das Wohlbefinden keine

Tabelle 6:

Aspekte der psychosozialen und psychischen Beratung

- Umgang mit belastenden Gefühlen (Wut, Trauer, Aggression)
- Verminderung von Schuld- und Versagensgefühlen
- Einschätzung eigener Fähigkeiten und Erwartungen
- Strategien zur Abgrenzung und Wahrnehmung eigener Bedürfnisse
- Identifikation emotionaler Hindernisse zur Annahme von Unterstützungsangeboten (Hilfe zur Hilfeannahme)
- Bearbeitung emotionaler Konflikte (z.B. vorausgehende konfliktreiche Beziehungen)
- Reflexion der sich verändernden Beziehung zum Partner
- Begleitung in der Situation des uneindeutigen Verlustes (Trauerprozess zu Lebzeiten)
- Begleitung in der «Sinnsuche» (kognitive Um- und Neuwertung der Pflegesituation)
- Akzeptanz des Krankheitsprozesses
- Depression- und Angstbehandlung

wesentliche Besserung erfährt. Der jeweilige Beratungsansatz muss sich deshalb am Moment und Einzelfall orientieren, sich nach den gegenwärtigen spezifischen Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen der Angehörigen richten. Voraussetzung ist dabei eine differenzierte Analyse der jeweiligen Problemsituation (*Assessment*), die alle Dimensionen der Belastung erfasst und damit gezielte Interventionen planbar macht. In diesem Zusammenhang ist es verständlich, dass ein isoliertes Angebot (z.B. die Heimplatzierung, Schulz 2004) zur Entlastung nicht ausreicht. Vielmehr kommt es auf ein ganzheitliches und vielseitiges Unterstützungsangebot an, mit guter Vernetzung der verschiedenen Elemente.

Da sich die Belastung gewöhnlich über mehrere Jahre hinzieht und sich im Laufe der Zeit verändert, sollten die Analyse und daraus resultierende Interventionen kontinuierlich reevaluiert werden, und alle Massnahmen sollten auf lange Sicht angelegt sein. Welche Strukturen unsere Klinik aufgebaut hat, um diese Interventionen zu ermöglichen, wird im Beitrag nebenan von Frau Schänzle-Geiger beschrieben. ■



*Dr. med. Beat D. Gloor
Psychiatrische Dienste Thurgau, Spital
Thurgau AG
Oberarzt Memory-Klinik
Postfach 154
8596 Münsterlingen*

Interessenkonflikte: keine

*Das Literaturverzeichnis kann beim Verlag
angefordert werden, auch per E-Mail:
info@rosenfluh.ch*

Was brauchen Angehörige demenzkranker

Erfahrungen aus der Memory-Klinik
der Psychiatrischen Dienste Münsterlingen

Heidi Schänzle-Geiger

Es gibt vielfältige Möglichkeiten der Angehörigenunterstützung.

Wir sehen es als unsere Pflicht an, die Angehörigen frühzeitig in die Behandlung einzubeziehen. Wir vermeiden auf diese Weise Überlastungen und eine damit verbundene Erkrankung des pflegenden Angehörigen. Die Bedürfnisse der Angehörigen sind individuell und müssen von Situation zu Situation neu erfasst, die Angebote müssen adaptiert werden. Zusammen mit einer angepassten Behandlung des demenzkranken Menschen kann so der Verlauf der individuell erlebten Krankheitsgeschichte für alle Beteiligten erträglich werden.

Demenz ist eine Erkrankung, die das Erleben und Verhalten des Betroffenen nachhaltig verändert. Die Art zu kommunizieren, zu denken, zu handeln, in Beziehung zu anderen zu treten, wird durch die fortschreitende Hirnleistungsstörung beeinflusst und betrifft demzufolge auch die Menschen, mit denen der Demenzkranke in Kontakt tritt. Aus diesem Grund muss der Einbezug der nächsten Bezugspersonen (meist nahe stehende Angehörige) bei der Behandlung demenzkranker Menschen selbstverständlich sein.

Die Belastung pflegender Angehöriger sowie die Auswirkung dieser Belastung auf deren Gesundheit ist vielfach untersucht worden. Auch gibt es verschiedene Arbeiten, die

versuchen, die Wirksamkeit von Unterstützungsangeboten für Angehörige nachzuweisen. Meist ein schwieriges Unterfangen. Die Heterogenität der Angebote, mangelnde Instrumente zur Erfassung von Belastung oder Lebensqualität oder auch die mangelnde Vergleichbarkeit der individuellen Situationen der Angehörigen machen es nicht leicht, überhaupt Effekte nachzuweisen.

Bei der praktischen Arbeit mit demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen in unserer Memory-Klinik in Münsterlingen erleben wir dennoch spürbare, beobachtbare und messbare Effekte, welche das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen angenehmer machen und den Verlauf der Erkrankung im

Menschen?

Erleben dieses Systems deutlich verbessern.

Was brauchen Angehörige wirklich?

In unserer Memory-Klinik, einem Angebot des Bereichs für Alterspsychiatrie und -psychotherapie der Psychiatrischen Dienste Münsterlingen, bieten wir Diagnostik, Beratung und Therapie für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und ihre Angehörigen an. Wir arbeiten ambulant, teilstationär und stationär. Die jeweiligen Angebote sind untereinander vernetzt, sodass je nach Problemstellung eine individuelle Behandlung möglich ist.

Um herauszufinden, was Angehörige demenzkranker Menschen brauchen, ist ihr kontinuierlicher Miteinbezug essenziell. Im Idealfall werden die Angehörigen von Anfang an – also schon zum Zeitpunkt der (Früh-)Diagnostik – eingeladen, den Prozess der Abklärung und Therapie zu begleiten. Auch wenn bei einer Demenzabklärung das Augenmerk auf dem Betroffenen liegt, berücksichtigt eine gute Diagnostik auch die Erfassung der individuellen Belastungsmomente des Angehörigen (z.B. zeitlich, finanziell, emotional), die bisherigen Bewältigungsversuche und den Unterstützungsbedarf. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung kann es sein, dass das Hauptbedürfnis des Angehörigen die Klärung der Diagnose und Einleitung einer Therapie für den Betroffenen ist. Andere Angehörige haben vielleicht schon seit längerer Zeit unter den Symptomen und deren Auswirkung auf den Alltag gelitten, vielleicht ist die Beziehung

schon deutlich belastet. Diese benötigen möglicherweise eine individuelle Beratung oder psychotherapeutische Begleitung. Die Palette der Bedürfnisse und Möglichkeiten ist zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung gross. Die Heterogenität der Angehörigen und deren individuelle Art, mit der Diagnose umzugehen, ebenfalls. Eine individuelle Herangehensweise mit der Erfassung der derzeitigen Bedürfnisse des Angehörigen ist aus diesem Grund von Anfang an ein Schlüssel zu einer tragfähigen Beziehung zur Begleitung über viele Jahre und hilft zu erkennen, was der Angehörige wirklich braucht.

Aus diesem Grund widmen wir dem Angehörigengespräch im ambulanten Abklärungssetting viel Zeit, in dem Fachpersonen aus Medizin und Pflege den Angehörigen insbesondere über die Auswirkung der Symptome des Betroffenen auf den Alltag, die Beziehung, die Kommunikation, das Zusammenleben befragen. Wir fragen sehr offen und erreichen dadurch meistens recht schnell eine Intimität, in der es den Angehörigen möglich wird, auch über Gefühle wie Trauer, Scham, Wut oder Schuldgefühle zu reden. Wir erhalten somit nicht nur ein umfassendes Bild über die Art der Demenz, sondern auch ein Porträt des Angehörigen mit seinen derzeitigen Sorgen und Bedürfnissen. Im anschliessenden Abschlussgespräch, welches zunächst der Erläuterung der Diagnose und den Möglichkeiten der Therapie dient, wird auch den Angehörigen und unserer Einschätzung ihrer Bedürfnisse Raum gegeben.

Ein Bedürfnis der meisten Angehörigen ist die Aufklärung über das Krankheitsbild und dessen Auswirkungen auf den Betroffenen. Wie intensiv diese Aufklärung geschieht, hängt vom individuellen Wissensbedarf der Angehörigen ab. Dies kann im Rahmen des Diagnosegesprächs stattfinden, in Form von Broschüren oder Literatur erfolgen, oder aber Gegenstand von individuellen Beratungsgesprächen

sein. Der Aspekt der Aufklärung ist immer auch Bestandteil einer Angehörigenschulung, wie sie weiter unten beschrieben wird.

Angehörige wollen sich austauschen

Die Möglichkeit, über die Auswirkung der Erkrankung auf das eigene Leben zu sprechen, über die Schwierigkeiten im täglichen Umgang, über die Veränderung der Beziehung, über aufkeimende Wut oder Aggressivität sich austauschen zu können und verstanden zu werden, ist ein weiteres sehr häufiges Bedürfnis der Angehörigen. Hier bieten die zahlreichen Angehörigengruppen (z.B. Alzheimervereinigung) eine gute Möglichkeit. Es gibt aber auch Angehörige, die den Austausch in der Gruppe scheuen und sich eher einer Fachperson öffnen können. Dies kann auch in informeller Art geschehen, zum Beispiel beim Bringen oder Abholen des Demenzkranken in der Tagesklinik. Oft genügt ein kurzer Kontakt, das Austauschen der Befindlichkeit, um beim Angehörigen das Gefühl des Verstandenseins zu erzeugen. Gibt es Bedarf für ein längeres Gespräch, kann individuell ein Austausch vereinbart werden. In unserer Institution ist dies oft ein Gespräch mit der Bezugsperson aus dem Pflgeteam, je nach Thema kann aber die Psychologin oder ein Arzt hinzugezogen werden. Der Vorteil dieses «unbürokratischen» Vorgehens ist eine relativ konstante Beziehung zum Angehörigen und die Möglichkeit, bei auftauchenden Problemen rasch reagieren zu können. Im individuellen Fall kann es notwendig sein, dem Angehörigen regelmässig stattfindende, psychotherapeutisch orientierte Gespräche anzubieten. Von Vorteil ist es dann, dass die Therapeuten die Situation der Familie, das Krankheitsbild des Betroffenen und sein gegenwärtiges Zustandsbild aus der Arbeit in der Tagesklinik gut kennen. Es entsteht so rasch eine tragfähige Beziehung zur Bearbeitung der anstehenden Probleme.

In regelmässigen Abständen finden für unsere Patienten der Tagesklinik und ihre Angehörigen Familiengespräche zur Standortbestimmung und Therapieevaluation statt. Gegenstand dieser Gespräche ist einerseits die Frage nach der subjektiven Einschätzung des Verlaufs, andererseits ist hier wiederum die Situation des betreuenden Angehörigen zentraler Punkt des Gesprächs. Die Einschätzung, inwiefern die häusliche Betreuung weiter aufrechterhalten werden kann, muss in jedem Gespräch thematisiert werden. So gelingt es uns auch, die Grenzen der häuslichen Betreuung frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig das Thema der Institutionalisierung gemeinsam mit den Betroffenen und den Angehörigen anzusprechen und zu planen. Auch wenn neuere Studien zeigen, dass die Interventionen für die Demenzkranken und ihre Angehörigen den Zeitpunkt der Institutionalisierung kaum oder gar nicht verzögern können, ist es dennoch so, dass eine frühzeitige Planung und Begleitung der Familie bei diesem wichtigen und schmerzhaften Thema die Art und Weise, wie dieser Schritt vollzogen wird, positiv beeinflusst und Schuldgefühle vermindern kann. Letztlich dient dies der Prävention von (z.B. depressiven) Erkrankungen der Angehörigen.

Unterstützung bei sozialen und pflegerischen Fragen

Ein weiterer wichtiger Baustein der Angehörigenversorgung ist die Unterstützung bei sozialen und pflegerischen Fragen. Auch hier gibt es die Möglichkeit der individuellen Beratung durch einen Sozialarbeiter oder eine Pflegefachfrau. Entscheidend ist es, nicht nur die Information über Möglichkeiten (z.B. der finanziellen Unterstützung) oder Anregungen zum Umgang mit dem Demenzkranken zu geben, sondern auch hier die individuellen Problemstellungen gemeinsam mit den Angehörigen anzuschauen. In der Angehörigenschulung hat es

sich bewährt, dass von den Teilnehmern Situationen mit schwierigen Verhaltensweisen des Betroffenen geschildert werden. Gemeinsam mit den anderen Teilnehmern und den Gruppenleiterinnen werden die Situationen analysiert und gemeinsam nach Lösungen gesucht. Die Gruppe erarbeitet Strategien zur Lösung ähnlicher Probleme, um im Alltag für solche Situationen gerüstet zu sein.

Neben diesen Angeboten, welche direkt in unserer Institution von den Angehörigen in Anspruch genommen werden können, ist die Unterstützung bei der Vermittlung von Entlastungsmöglichkeiten und externen Hilfen ein ganz zentraler Punkt. Oft müssen die Angehörigen zunächst dahingehend unterstützt werden, dass sie überhaupt fremde Hilfe annehmen. Den Abbau von Schwellen zur Inanspruchnahme von Hilfe sehen wir als unsere Aufgabe an. Wir laden beispielsweise zu unseren Angehörigen-schulungen Vertreter aus Sozialarbeit, Spitex, Alzheimervereinigung und so weiter ein. Der direkte Kontakt ermöglicht es den Angehörigen, Hemmungen abzubauen, die eigene Lage zu schildern und oftmals an Ort und Stelle einen Beratungstermin zu vereinbaren. Sind die Schwellen zur Nutzung von Hilfen einmal abgebaut, ist es wichtig, die Hilfen für den individuellen Patienten und seinen Angehörigen zu vernetzen und zu koordinieren. Hier sind zum Beispiel der Hausarzt, Spitexdienste, Alzheimervereinigung, Pro Senectute, Behörden oder freiwillige Helfer unsere wichtigsten Ansprechpartner.

Psychosoziale Angebote nicht vergessen

Die bisher geschilderten Angebote für Angehörige demenzkranker Menschen sind allesamt problemorientiert. Einen etwas anderen Zugang bieten so genannte psychosoziale Angebote. In unserer Institution hat sich seit einigen Jahren eine viermal jährlich stattfindende Veranstaltung etabliert, un-

ser «Alzheimer Tanzcafé». An einem Sonntagnachmittag laden wir demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen zu einem gemütlichen, geselligen Nachmittag bei Kaffee und Kuchen ein. Dazu gibt es Livemusik, es wird gesungen und getanzt. Es ist berührend zu sehen, wie Demenzkranke, selbst in einem fortgeschrittenen Stadium, aufblühen, sich zur Musik bewegen oder ganze Liedertexte auswendig singen. Die Angehörigen erleben ihren kranken Partner oder Elternteil von einer ganz anderen Seite: gesellig, fröhlich, nicht zu unterscheiden von den anderen Gästen. Diese Erfahrung ist wohltuend und normalisierend. Der Wert solcher Angebote ist nicht zu unterschätzen und sollte noch vermehrt genutzt werden. Auch die Alzheimervereinigung bietet immer wieder solche Veranstaltungen an. ■



*Heidi Schänzle-Geiger
Dipl. Psychologin
Therapeutische Leiterin
Memory-Klinik U1
Psychiatrische Dienste Thurgau
8596 Münsterlingen*

Interessenkonflikte: keine