

## Wer in der Gerontopsychiatrie arbeiten möchte...

Wer in der Gerontopsychiatrie arbeiten möchte, ist zu beglückwünschen und zu ermutigen.

Zu beglückwünschen, weil einem die Beziehungsgestaltung mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen die Möglichkeit eröffnet, Lebens- und Arbeitssinn durch eine zutiefst humanistische Tätigkeit im Geiste des kategorischen Imperativs von Immanuel Kant zu finden, der da lautet:

"Handle nur nach der Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie allgemeines Gesetz werde."

Mit anderen Worten: Kants kategorischer Imperativ beinhaltet, dass man Alles so tun sollte, wie man es jedem Anderen als erlaubtes Handeln zubilligen würde. Dabei zielt der kategorische Imperativ nicht auf Menschen ab, welche nur deshalb sittlich gut handeln, weil sie ansonsten Strafe zu befürchten hätten, sondern auf Menschen, deren Handeln eigener Vernunft und einem eigenen humanistischen Weltbild entspringen.

Und nochmals mit anderen Worten: Der in der Gerontopsychiatrie Tätige ist quasi Verbindungsstück zwischen dem gesellschaftlichen Wertesystem und dem gerontopsychiatrisch Erkrankten. Er muss sich immer wieder neu die Frage stellen, ob er das, was und wie er es macht, auch mit sich selbst geschehen lassen würde.

Wer also in der heutigen Zeit in der Gerontopsychiatrie arbeiten möchte ist deshalb zu beglückwünschen, weil er nicht an Verwahrung oder gar Euthanasie teilnehmen muss, sondern in einem Wertesystem arbeitet, das humanistisch geprägte Arbeit ermöglicht und erwartet.

Wer in der Gerontopsychiatrie arbeiten möchte ist zu ermutigen, weil die Arbeit psychosozial sehr anspruchsvoll ist.

Bereits in der Phase der Entscheidungsfindung ist sie anspruchsvoll, weil man nicht nur mit alten pflegebedürftigen Menschen, sondern in einer "Klapse" mit "verrückten alten Menschen" arbeiten möchte.

Für eine solche Entscheidung wird man in der eigenen Familie sowie im Freundes- und Bekanntenkreis nicht nur Befürworter und Unterstützer finden. Vermutlich wird man mit Aussagen konfrontiert wie:

Warum willst du dir das antun?

Du wirst bestimmt ausgegrenzt, wenn bekannt wird, dass du in einer Klapse arbeitest.

Dort wirst du ja selbst bekloppt werden.

Warum willst du gerade mit Verrückten arbeiten?

Wie willst du das Spannungsfeld zwischen Normalität und Verrücktheit ein Arbeitsleben lang aushalten ohne selbst seelisch kaputt zu gehen?

Während Ausdrücke wie Klapse und Irrenanstalt aufgrund der psychiatrischen Verwehrpraxis in der Vergangenheit leider immer noch im Unbewussten gegenwärtig sind, haben die Ausdrücke Verrückte und Normale durchaus ihre Berechtigung.

Verrückte alte Menschen sind Menschen, die nicht mehr in unserer realen, sprich normalen Welt leben, sondern in ganz eigenen Lebenswelten mit eigenen Gefühlen, Wahrnehmungen und Gedanken. Sie leben von unserer Welt entrückt bzw. ver - rückt.

Auf dieses Spannungsfeld zwischen Normalen und Verrückten ging Manfred Lütz im Abschnitt "Demenzranke und Normale - Eine Annäherung" seines Buches "IRRE! Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen" mit folgenden Worten ein: "Und so verweist ein Alzheimerpatient all die Normalen auf das eigentlich Wichtige ihres Lebens. Während die Normalen mit dichtgedrängtem Terminkalender durch ihr unwiederholbares Leben hetzen und die Gegenwart vergessen, weil sie in dem Wahn leben, das Leben bestehe nur aus einer abgearbeiteten Vergangenheit und einer noch zu bearbeitenden Zukunft, so erinnern demenzranke Patienten, die die Vergangenheit vergessen haben und die nicht in die Zukunft planen, uns alle daran, dass das Leben ausschließlich in der Gegenwart stattfindet.....Wenn sie nicht durch irgendwelche Unübersichtlichkeiten irritiert sind, können Demenzranke viel angenehmere Menschen sein als die Normalen. Sie wollen

einen nie übers Ohr hauen, sie lügen nie, denn wenn sie die Unwahrheit sagen, sagen sie sie nie mit böser Absicht. Sie sind nicht nachtragend. Man fühlt sich nicht gedrängt, sich irgendwie zu produzieren, denn für sie gilt allein die menschliche Gegenwart. Das soll nicht heißen, dass Demenz ein Glücksfall ist, kein Angehöriger, der schwer an der Last der Erkrankung trägt, könnte das so sehen. Aber sie ist eben auch nicht bloß das Ende....." Dem Bild von der Normalität in der gesellschaftlichen Dimension widmete sich ausführlich der Nestor der gesellschaftlichen Psychoanalyse Erich Fromm auf der Basis seines bereits angesprochenen sozialpsychologischen Ansatzes und der darauf beruhenden Weiterentwicklung der psychoanalytischen Methode.

Zu empfehlen seien hierzu sein Buch "Die Pathologie der Normalität", das Buch des Nachlassverwalters seiner nunmehr auch digital vorliegenden Gesamtausgabe Rainer Funk "Ich und Wir - Psychoanalyse des postmodernen Menschen" sowie die beiden Bücher "Bluff - Die Fälschung der Welt" von Manfred Lütz und "Die narzisstische Gesellschaft - Ein Psychogramm" von Hans - Joachim Maaz, einem Buch, in dem die psychoanalytische Methode auf das Gier - Syndrom unseres heutigen Finanz- und Gesellschaftssystems angewendet wird.

Die Arbeit in der Gerontopsychiatrie ist anspruchsvoll, weil die Fähigkeit zum Perspektivwechsel vorhanden sein muss. Dabei bezieht sich diese Fähigkeit nicht auf reale und ver - rückte Lebenswelten an sich, sondern auf den Umgang mit den Menschen, die in anderen Welten leben, was an drei Beispielen verdeutlicht werden soll:

Zum ersten: Da psychische Störungen und Erkrankungen immer mit der Einschränkung persönlicher Freiheiten einhergehen, ist es wichtig, die Pflege und Betreuung von Menschen, die an psychischen Symptomen leiden, aus der Perspektive der Freiheit zu organisieren. Manfred Lütz beschreibt dieses Verhältnis von Freiheit und Einschränkung der Freiheit im Abschnitt "Menschenwürde und Wahlfreiheit" seines o. g. Buches mit den Worten: "Diese Perspektive der Freiheit, diese existenzielle Sicht, ist übrigens die wichtigste von allen Perspektive auf das Leben. In ihr trifft man sozusagen den Menschen selbst an und nicht bloß seine Krankheit. Immer ist hinter all den sich in den Vordergrund drängenden psychischen Störungen der einzelne Mensch als freies Wesen da, auch wenn man das mitunter bei sehr ausgeprägten psychischen Erkrankungen nur ahnen kann. Der Respekt vor diesem geheimnisvollen, unverwechselbaren existenziellen Kern des Menschen, auf dem seine Würde beruht, unterscheidet eine menschenfreundliche Psychiatrie von ihrer menschenverachtenden Variante, die den Patienten nur als Ansammlung von Symptomen zu sehen vermag. Daher sind in einer humanen Psychiatrie Räume der Freiheit wichtig. Man darf nicht alles bloß unter therapeutischem Gesichtspunkt sehen. Die Patienten müssen auch mal tun und lassen können, was sie wollen. Sie sollten ohnehin so weit als möglich in die Therapieplanung einbezogen werden. Es gibt nur wenige Studien darüber, auf welche Weise Ergotherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie helfen. Sicher ist aber, dass sie dort wohl kaum eine therapeutische Wirkung entfalten können, wo sie nur als aufgezwungene Behandlung erlebt werden. Wahlfreiheit wird damit zur konkreten Übersetzung der Menschenwürde in die therapeutische Praxis."

Zum zweiten soll die Suchterkrankung betrachtet werden, welche in Form von Medikamenten- und Alkoholsucht leider allzu oft bei Menschen im höheren Lebensalter anzutreffen ist. Aus der Perspektive der Freiheit stellt sich Sucht als Hilflosigkeit vor dem Suchtmittel und insofern als Mangel an Wahlfreiheiten und damit als stark eingeschränkte persönliche Freiheit dar.

Suchterkrankten muss geholfen werden, ihre persönliche Perspektive auf eine Sichtweise zu richten, die es Ihnen ermöglicht, neue Wahlfreiheiten für sich selbst zu erschließen. Gleichzeitig muss ihr verunsichertes ICH gestärkt werden, das geschwächt ist und seiner Rolle als Vermittler zwischen ES, Über - ICH und sozialem Umfeld nicht mehr gerecht wird. Die Perspektive Suchtkranker muss auf eine Sichtweise gerichtet werden, welche es Ihnen ermöglicht, ihre noch vorhandenen Werte, Fähigkeiten und Fertigkeiten wieder zu entdecken und für neue Wahlfreiheiten zu nutzen.

Suchterkrankten muss demzufolge geholfen werden, aus ihrer Rolle als Suchtobjekt heraus und über neue Wahlfreiheiten zurück zu finden zu einem Leben als frei entscheidende und handelnde Subjekte.

Zum dritten: Zu den grundlegenden Bedingungen menschlicher Existenz gehört das psychische Bedürfnis, dass jeder Mensch auf andere Menschen bezogen sein muss, nur als soziales Wesen leben kann. Außerhalb der Gesellschaft und damit ohne soziale Bindungen kann sich ein Mensch nicht entwickeln und entfalten, kann nicht zum Subjekt werden und Subjekt sein.

Ist er keine vergesellschaftete Persönlichkeit, sind die Beziehungen zwischen ICH, ES, Über-ICH und sozialem Umfeld gestört, ist er also nicht auf andere bezogen, dann ist er verrückt. In "Peer Gynt" beschreibt Henrik Ibsen den Verrückten als einen Menschen, der nur er selbst ist und in einer eigenen Welt lebt.

Zu den grundlegenden Bedingungen menschlicher Existenz gehört gleichfalls das menschliche Bedürfnis nach Identität. Der Mensch muss ein ICH in Form einer ganz persönlichen Identität haben, was bedeutet, dass er sich als Subjekt seiner eigenen unverwechselbaren Entscheidungen und Handlungen erfahren und sich als Subjekt in sein soziales Umfeld einbringen können muss.

Hat ein Mensch kein ICH und kann demzufolge nicht als Subjekt interagieren, dann ist er identitätslos und verrückt.

Wenn Interaktionen mit demenziell erkrankten Menschen aus der Perspektive "Objekt von Fürsorge auf der Basis von Subjekt - Objekt - Beziehungen zu sein" erfolgen, dann werden diese Menschen als Verrückte behandelt, was bedeutet: Erst durch Subjekt - Objekt - Beziehungen werden aus Demenzerkrankten und Menschen mit anderen psychischen Störungen Verrückte. Das muss allen bewusst sein, die in der Gerontopsychiatrie arbeiten möchten.

Erfolgen die Interaktionen aus der Perspektive Subjekt eigener freier Entscheidungen und Handlungen auf der Basis von Subjekt - Subjekt - Beziehungen, dann werden diese Menschen als Menschen behandelt, auch wenn sie nicht aus der Perspektive der "Normalen" Subjekt sein können.

Die Arbeit ist anspruchsvoll, weil sie sich im Spannungsfeld zwischen zwingend notwendiger seelischer Gesundheit der Mitarbeiterschaft und seelischer Krankheit der zu versorgenden gerontopsychiatrisch veränderten Menschen vollzieht.

Dieses Spannungsfeld ist deshalb von Bedeutung, weil alle, die in der Gerontopsychiatrie arbeiten, tagtäglich ganz persönliche Subjekt - Subjekt - Beziehungen eingehen sollen. Dabei besteht die Gefahr, dass sich in der Selbstwahrnehmung seelische Gesundheit und seelische Krankheit miteinander vermengen, man also letztlich nicht mehr weiß, ob man selbst seelisch gesund oder krank ist und sich nicht mehr gefühlsmäßig in die Beziehungsarbeit einbringen kann, die Arbeit nur noch nervt und das Potenzial besitzt, negative Gefühle wie Verachtung und sogar Hass auf bestimmte Bewohner/-Innen und letztlich kriminelle Phantasien zu gebären.

Insofern an dieser Stelle und anknüpfend an die Ausführungen zum mäuseutischen Pflegekonzept von Cora van der Kooij einige ergänzende Bemerkungen zur seelischen Gesundheit.

Was ist seelische Gesundheit?

Laut WHO ist Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen. Damit wird Gesundheit als mehrdimensionaler Sachverhalt definiert, der seelische Gesundheit einschließt.

Um seelisch gesund zu bleiben, sind mehrere allgemeine Bedingungen zu beachten, so beispielsweise:

- Um seelisch gesund zu bleiben, muss sich der Mensch in einer Art und Weise zu sich selbst und zu anderen in Beziehung setzen können, dass es ihm seelisch gut tut. Auf die Arbeit in der Gerontopsychiatrie bezogen bedeutet dies, gefühlsmäßig wirklich eins zu sein mit den aus unserer Sicht ver - rückten Lebenswelten gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.

- Um seelisch gesund zu bleiben, braucht der Mensch einen ethischen Bezugs- und Orientierungsrahmen, der religiös, philanthropisch sein oder auch nur die Aussage beinhalten kann, dass das eigene Schaffen einem selbst gut tun muss ohne anderen Schaden zuzufügen.

- Um seelisch gesund zu bleiben, braucht der Mensch ein Objekt der Hingabe, das es ihm ermöglicht, in Übereinstimmung mit sich selbst zu leben und von der Sinnhaftigkeit eigenen Schaffens überzeugt zu sein. Wenn eine Arbeit in der Gerontopsychiatrie dieses Objekt der Hingabe darzustellen in der Lage ist, dann ist die Gefahr gering, seelisch auszubrennen, sich zu panzern, die Betreuten nur als Objekte eigener Fürsorge zu betrachten, selbst depressiv oder neurotisch zu erkranken.

In Ergänzung zu den Ausführungen zum mäeutischen Pflegekonzept einige Bemerkungen zum Arbeitsteam.

Jede gesellschaftliche Einheit vom Arbeits- und Vereinsteam bis hin zur Nation kann nur funktionieren, wenn die Mitglieder der entsprechenden Einheit deren Werte, Normen, Rituale und Spielregeln einhalten und leben.

Daraus entstehen Fragen wie

- Ist man seelisch gesund, wenn man sich anpasst?

- Kann man seelisch gesund bleiben, wenn man sich an eine "kranke" gesellschaftliche Einheit anpasst?

- Wird man seelisch krank, wenn man sich nicht anpasst, aber Mitglied bleibt?

Derartigen Fragen kann man sich nicht entziehen, weil Gesellschaftsleben und Seelenleben zusammen gehören, miteinander verwoben sind. Sie verhalten sich wie das eine als das andere von beiden.

Umfänglicher ausgedrückt:

Das Seelenleben in Form psychischer Prozesse wird geprägt durch das Gesellschaftsleben, indem die Menschen ihr ICH, ihr Selbstbildnis und Selbstbewusstsein nur in sozialen Prozessen entfalten und spiegeln können.

Das Gesellschaftsleben in Form sozialer Prozesse wird geprägt durch das Seelenleben seiner Mitglieder. Nur im Gesellschaftsleben findet das Seelenleben seine Gestaltungsmöglichkeit und Sinnfindung, damit das Medium für ein gelingendes Leben. Hierzu seien drei Bücher zu empfehlen: "Ich und Wir Psychoanalyse des postmodernen Menschen" von Rainer Funk sowie "Haben und Sein" und "Authentisch leben" von Erich Fromm.

Die Arbeit ist anspruchsvoll, weil man sowohl den existenziellen als auch den interpersonalen Wirkfaktor für seelische Leidenszustände älterer Menschen nicht nur verstehen, sondern verinnerlichen muss.

Der existenzielle Wirkfaktor beinhaltet, dass ältere Menschen am Leben verzweifeln können, wenn sie von existenziellen Sachverhalten quasi beherrscht werden, wie sie beispielhaft im Themenbeitrag "Eine Lanze brechen für Psychotherapie im höheren Lebensalter" angesprochen sind.

Der interpersonale Wirkfaktor beinhaltet, dass ältere Menschen am Leben verzweifeln können, wenn sie sich nach dem Verlust langjähriger sozialer Vernetzungen als unfähig erweisen, sich auf neue zwischenmenschliche Beziehungen einzulassen und sich in neue gesellschaftliche Einheiten mit ungewohnten Ritualen und Spielregeln einzufügen.

Die Menschen, die so ihre Neugier auf das Leben, ihre Lebensfreude und damit ihre psychosoziale Lebensqualität verloren, die am für sie nun sinnentleerten Leben verzweifelten und letztlich gerontopsychiatrische Symptome entwickelten, waren nicht in der Lage, aus eigener Kraft dem Rat des im Themenbeitrag zu den Konzepten erwähnten Sokrates zu folgen, dass man sich selbst hinterfragen muss, um sein Leben lebenswert gestalten zu können.

Diesen Rat des Sokrates müssen aber diejenigen befolgen, die in der Gerontopsychiatrie arbeiten möchten, weil sie Empathie und Respekt entwickeln müssen.

Empathisch und respektvoll mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Menschen umgehen kann nämlich nur, wer sich selbst wahrnimmt und versteht, wer sich selbst respektiert, wer seine Werte, Fähigkeiten und Fertigkeiten kennt und wer in diesen Prozess der

Selbsterkenntnis das Arbeitsteam und die psychische Dynamik einbezieht, welche den genannten beiden Wirkfaktoren inne wohnt.

Die Arbeit in der Gerontopsychiatrie selbst ist auf der psychosozialen Ebene sehr anspruchsvoll, weil es personenzentrierte Beziehungen zu gestalten gilt, in denen sich die Bewohnerinnen und Bewohner trotz ihrer Defizite als selbstbestimmte Personen erfahren können. Dafür muss die Mitarbeiterschaft, unabhängig von ihrer konkreten Arbeitstätigkeit, mit ihnen ganz persönliche zwischenmenschliche Wechselbeziehungen eingehen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sollten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vornehmlich in interkollegialen berufsübergreifenden Gruppensupervisionen mit Fragen auseinandersetzen wie:

Besitze ich (noch) die zwingend notwendige Empathie, mich in die aus meiner Perspektive verrückten Lebenswelten des Klientels hineinzusetzen und sie wertschätzen zu können? Bin ich (noch) in der Lage, diese Menschen stets dort abzuholen, wo sie sich gerade mit ihren Gefühlen, Gedanken und Handlungen befinden?

Sind mir diese Lebenswelten fremd geworden bzw. fremd geblieben, nerven sie mich gar oder liebe ich sie immer noch bzw. werde sie lieben lernen?

Werde ich mich (auch weiterhin) mit meinen Gefühlen auf diese Menschen einlassen können, oder verschließe ich mich, wehre zwischenmenschliche Beziehungen mit ihnen ab und betrachte sie nur als Objekte meiner Fürsorge?

Die zwingende Notwendigkeit, zwischenmenschlicher Begegnungen mit demenziell Erkrankten auf Augenhöhe stattfinden zu lassen, fußt auf dem personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood, der bereits in den beiden Themenbeiträgen "Konzepte zum Umgang mit verwirrten alten Menschen" und "Fragen zur Kultur in der Pflege und Betreuung desorientierter alter Menschen" angesprochen und als philosophische und konkrete Grundlage für alle gerontopsychiatrischen Konzepte dargestellt wurde.

Ihn leitete Kitwood aus der Gesprächstherapie und ihrem personenzentrierten Ansatz ab, welche der US-amerikanische Psychotherapeut Carl R. Rogers in den 40er Jahren begründete.

Kitwood wandte dessen Ansatz auf seinen neuen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen an und leitete damit einen kulturellen Paradigmenwechsel weg von der Betrachtung des demenziell Erkrankten als Objekt pflegerischer Fürsorge ein. Aber auch Carl R. Rogers hatte mit seinem personenzentrierten Ansatz ca. 30 Jahre früher bereits einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie ausgelöst.

Hinter diesem Ansatz stand seine Überzeugung von der Einzigartigkeit des Menschen. Rogers ging davon aus, dass jeder Mensch ein ihm innewohnendes Potenzial zur konstruktiven Gestaltung seines Lebens verfügt, welches in positiven zwischenmenschlichen Begegnungen seine Verwirklichung finden muss. Das heißt, dass diese objektive Beziehungsangewiesenheit des Menschen nur dann zu einer guten Persönlichkeitsentwicklung beizutragen in der Lage ist, wenn die Begegnungen von emotionaler Wärme, Einfühlungsvermögen, Echtheit und Wertschätzung getragen sind. In konsequenter Anwendung dieser Überzeugung traten in seinem Therapieverfahren psychisch leidende und hilfebedürftige Menschen nicht mehr als Objekte psychotherapeutischer Behandlung, sondern als gleichberechtigte Partner in Erscheinung. Für die damit verbundenen neuen Anforderungen an die Gesprächsführung formulierte Rogers drei Grundhaltungen an die Therapeutinnen und Therapeuten, als da wären:

- Empathie gleich emotionale Wärme, einführendes Verstehen und damit die Fähigkeit, sich in die Gedanken-, Gefühls- und Handlungswelt der Klienten hineinversetzen zu können.
- Kongruenz, hier eigene Authentizität und Echtheit ohne jeglichen Hintergedanken und ohne Fassadenhaftigkeit, beispielsweise bei der Anwendung der psychodynamischen Therapietechnik Übertragung und Gegenübertragung.
- Akzeptanz als positive Zuwendung und bedingungsfreie Wertschätzung des Leidenszustandes des Klienten.

Mit diesen drei Grundhaltungen trug Rogers der Einzigartigkeit eines jeden Klienten Rechnung; nämlich sowohl der Einzigartigkeit seiner individuellen psychobiografisches

Anamnese als auch der Einzigartigkeit seiner ressourcenmäßigen Möglichkeiten und Grenzen.

Mit diesen drei Grundhaltungen trug Rogers gleichfalls der Aussage des Hippokrates Rechnung, die da lautet: "Es ist besser, den Patienten zu kennen, der die Krankheit hat, als die Krankheit, die der Patient hat." Mit anderen Worten: Nicht die Krankheit darf im therapeutischen Mittelpunkt stehen, sondern die Krankheitsverarbeitung, also der Umgang mit ihr durch den Klienten.

Mit diesen drei Grundhaltungen trug Rogers last but not least der Menschenwürde Rechnung, dass der Klient trotz oder gerade wegen seiner Defizite und Leiden eine Person von eigenem Wert ist.

In diesem Therapieverfahren wurde die Gesprächsführung selbst zum therapeutischen Wirkfaktor, zum Therapeutikum bzw. Heilmittel. Deshalb wird es Gesprächstherapie genannt. Die therapeutische Gesprächsführung beinhaltet, dass im dialektischen Bezugsrahmen zwischen ihren autonomen Individualitäten und ihrer gegenseitigen Beziehungsangewiesenheit Therapeut und Klient Gespräche führen. Dialektisch will dabei heißen, dass sich diese beiden Pole Individualität und Beziehungsangewiesenheit gegenseitig bedingen als gleichzeitig auch ausschließen und auf diese Weise einen Bezugsrahmen bilden.

In beiderseitiger Empathie, Kongruenz und Akzeptanz fokussieren sie gemeinsam auf den Leidensdruck des Klienten, der nur aus seinem eigenen psychobiografischen und ressourcenmäßigen Bezugsrahmen heraus zu verstehen ist und über den nachzudenken der Klient angeregt wird. Das Ziel ist, sein inkongruentes Selbstkonzept zu erforschen, Selbstheilungskräfte ressourcenorientiert zu aktivieren, neue Wahlfreiheiten aufzudecken, damit die Inkongruenzen aufzuheben und ein neues kongruentes Selbstkonzept zu erstellen. Die Begrifflichkeiten Selbstkonzept im Kontext mit Kongruenz und Inkongruenz führte Carl R. Rogers ein. Danach ist eine Person dann als kongruent zu bezeichnen, wenn ihr aktuelles Verhalten und ihr gefühltes Erleben mit ihrem Selbstkonzept übereinstimmen. Von Inkongruenz spricht man, wenn keine Übereinstimmung besteht.

Die Beseitigung der Inkongruenz kann nie zwangsweise erfolgen, sondern nur durch die Einsicht in den eigenen Leidenszustand, durch den Willen, den Leidensdruck aufzuheben und durch die Schaffung positiver und alternativer Wahlfreiheiten.

Die Arbeit ist anspruchsvoll, weil man sich auf der Basis eines eigenen humanistischen Menschenbildes mit der Anwendung von Zwang auseinandersetzen muss.

Es wäre verlogen zu behaupten, dass in der gerontopsychiatrischen Versorgung nicht auch gedroht, gedrängt, gezwungen und manipuliert würde.

Der Anspruch besteht hierbei darin, sich mit unserem gesellschaftlichen Wertesystem versus Anwendung von Zwang auseinanderzusetzen, beispielsweise anhand folgender drei Sachverhalte:

- Wohlbefinden und Hygiene verlangen nach regelmäßigem Waschen, Duschen und Baden. Aber nicht jeder demenziell Erkrankte ist zu jeder Zeit dazu bereit. In seiner psychobiografischen Lebenswelt spielt vielleicht das freitägliche Baden in Familie und in der Zinkbadewanne noch die zentrale Rolle. Eine Dusche gab es nicht. Was ist aber nun, wenn er stark inkontinent ist und eigentlich jeden Tag aus wirtschaftlichen Gründen einer Dusche bedarf?

- Wie bringt man eine Bewohnerin zurück ins Heim, die Halluzinationen hat und statt Vogelgezwitscher die Stimme ihres sie rufenden Sohnes hörte, den sie unter allen Umständen ins Haus holen will, weil es draußen regnet oder kalt ist?

- Wie gestaltet man die personenzentrierte Beziehungsarbeit mit einem demenziell erkrankten Bewohner, der früher im Keller seinen Hobby- und Bastelraum hatte und unbedingt in den Keller will, obgleich das Heim gar keinen Keller hat?

Die Arbeit ist anspruchsvoll, weil sie niemals durch Mitleid geprägt sein darf, sondern durch Respekt vor der Lebensleistung des alten Menschen.

Dabei besteht ein wesentliches Problem darin, dass die in der Gerontopsychiatrie Beschäftigten ihre Klienten erst mit ihren Defiziten kennenlernen. Oftmals fällt es schwer, sich dahinter die Lebensleistung vorzustellen. Anders verhält es sich mit den Angehörigen. Sie kennen die Lebensleistung und ertragen deshalb oft die Defizite nicht. Diese "konträren" Sichtweisen können zu großen Kommunikationsproblemen führen.

Die Arbeit ist anspruchsvoll, weil personenzentrierte Beziehungsarbeit nur erfolgreich sein kann, wenn die in der Gerontopsychiatrie Tätigen ihre Gefühle einbringen.

Dabei können vornehmlich Ängste entstehen.

Angst ist ein lebenswichtiges Grundgefühl eines jeden Menschen. Seelisch gesunder Umgang mit Angst bedeutet, sie anzuerkennen, sie zuzulassen und als Hilfe zu verstehen, sich selbst besser wahrzunehmen, sich selbst besser zu verstehen. Eigener Angst muss man zuhören und nicht gegen sie, sondern mit ihrer Hilfe etwas für das eigene Leben machen.

Wer versucht, gegen seine Ängste etwas zu machen, indem er sie verleugnet, verdrängt oder unbewusst verschiebt, der läuft Gefahr, psychische Störungen zu bekommen.

Hierbei besteht der Anspruch darin, sich mit Fragen auseinanderzusetzen wie:

Wie wirkt sich die Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen auf meine seelische Gesundheit und Lebenszufriedenheit aus?

Welche Gefühle werden in mir ausgelöst?

Wie soll ich mit diesen Gefühlen in meiner Selbstwahrnehmung umgehen?

Werde ich Ängste haben; so Angst vor zu großer emotionaler Nähe nach den ersten erlebten Sterbefällen von Bewohnern, die ich emotional sehr weit an mich heranließ, so Angst vor körperlicher Berührung nach der ungewollten Verursachung der ersten Hämatome?

Wie werde und wie soll ich damit umgehen?

Wie gehe ich mit den Bewohnern um, denen ich mehr oder denen ich gefühlsmäßig weniger zugetan bin als den anderen?

Werden meine Gefühle durch die Arbeit tiefer und reifer oder stumpfe ich gefühlsmäßig ab, verbrenne seelisch und betrachte die Bewohner nur als Objekte meiner pflegerischen oder betreuenden Fürsorge?

Weil die Arbeit in der Gerontopsychiatrie psychisch und physisch anspruchsvoll ist, sollte man unbedingt Entspannungstechniken erlernen und regelmäßig anwenden.

Techniken wie Progressive Muskelentspannung, auch Relaxation genannt, Autogenes Training sowie Meditation bilden die entspannenden Techniken, mit deren Hilfe die Verfahren und Methoden der Psychotherapie angewendet werden.

Auf der motorischen Ebene bewirken sie muskuläre Tonusverminderungen.

Physiologisch - vegetativ verlangsamen und regulieren sie Atmung und Herzschlag und erzeugen Wärmegefühle. Sie setzen körperlich und seelisch positiv wirkende Neurotransmitter frei.

Auf der psychischen Ebene bewirken sie Gefühle von Gelöstheit und Gelassenheit gegenüber Außen- und Innenreizen.

Damit führen sie zu einem gesenkten Energieumsatz und zu angenehm empfundenen Gefühlen.

Einsetzbar sind Entspannungstechniken vor, während und nach Belastungssituationen, bei muskulären Verspannungen, bei Spannungskopfschmerz, bei Bluthochdruck, Schlaf- und Essstörungen als beispielsweise auch bei Angstzuständen, allerdings nicht bei Panik- und Migräneattacken, bei niedrigem Blutdruck, Asthma und Herzrhythmusstörungen.

Um auf die einzelnen Techniken zu sprechen zu kommen:

Die Entspannungstechnik Progressive Muskelrelaxation basiert auf einem Bottom-up-Ansatz, der besagt, dass ein entspannter Körper zu einem entspannten Geist führt. In anfänglich 16 Muskelgruppenübungen, die letztlich auf 4 Komplexübungen reduzierbar sind, wird die Muskulatur der Hände, der Arme, des Gesichtes, von Nacken und Schultern, von Bauch, Po und Beinen angespannt und entspannt. Anspannung und Entspannung müssen dabei in ihrer Unterschiedlichkeit bewusst wahrgenommen werden.

Während man also bei der körperlich dominierten Progressive Muskelentspannung nach dem Bottom-up-Ansatz wirklich etwas macht und dem Gefühl der wechselseitigen Anspannung und Entspannung nachgehen, es richtig spüren kann, folgt das Autogene Training dem geistig dominierten Top-down-Ansatz, in dessen Mittelpunkt die mentale Selbstkontrolle über den Körper steht.

Diese beiden allgemeingültigen Ansätze bilden ein dialektisches Paar. Sie bedingen sich gegenseitig und schließen sich gleichzeitig aus.

Ausführlicher gesagt: Beide Ansätze sind auf den gleichen Sachverhalt, wie in unserem Fall auf körperliche und geistige Entspannung, anwendbar und bedingen sich insofern gegenseitig. Gleichzeitig besitzen sie entgegengesetzte Wirkrichtungen. Während nämlich der deduktive Top-down-Ansatz von oben nach unten bzw. vom Abstrakten und Übergeordneten zum Konkreten verläuft, wirkt der induktive Bottom-up-Ansatz von unten nach oben bzw. vom Konkreten zum Allgemeinen und Übergeordneten. Auf die Entspannungstechniken angewendet verläuft der Top-down-Ansatz des Autogenen Trainings vom Geist zum Körper, während umgekehrt der Bottom-up-Ansatz der Progressive Relaxation vom Körper zum Geist.

Das Autogene Training beruht auf Selbsthypnose und konzentrativer Selbstentspannung. Es ist deshalb schwerer erlernbar als die Progressive Muskelentspannung. In der Grundstufe beinhaltet es 6 Übungen und in der Oberstufe sogar Fragen an das eigene Unbewusste. Meditation als eine weitere Entspannungstechnik ist auf die Kontrolle von Körpervorgängen sowie die Entspannung und Senkung autonomer Körperfunktionen durch selektive und konzentrierte Aufmerksamkeit gerichtet.

Entspannungstechniken sollte man in Gemeinschaft ausüben, weil sie dann mehr Spaß machen und motivierender wirken.

Wer also in der Gerontopsychiatrie arbeiten möchte, muss teamfähig und offen für Fallbesprechungen und Supervisionen sein.

Nur als Teammitglied, durch Wissens-, Gefühls- und Erfahrungsaustausch kann der Einzelne seine eigene seelische Gesundheit bewahren und stärken.

Mit Hilfe der Gespräche und Reflexionen im Team muss man immer auf's Neue für sich klären, was für einen selbst die Arbeit in der Gerontopsychiatrie bedeutet, ob man offen ist oder sich panzert; ob man Freude am Helfen hat oder beginnt, seelisch zu verbrennen; ob man emotional ausgeglichen ist oder sich emotional nicht immer unter Kontrolle hat; ob man die Balance zwischen Nähe und Distanz findet, nach dem Dienst abschalten und nachts ruhig schlafen kann; ob die Familie Ruhepol und Unterstützer oder Stressfaktor ist.

Immer im Blickfeld haben muss man das Ziel der Arbeit, nämlich alten Menschen, welche an gerontopsychiatrischen Symptomen leiden, zu helfen, psychosoziale Lebensqualität zu erfahren und sich wohl zu fühlen.

Dabei gilt: "ambulant vor teilstationär" und "teilstationär vor vollstationär."

Wenn sich eine vollstationäre Versorgung als erforderlich erweist, dann besteht für die entsprechende Einrichtung das Ziel darin, einrichtungsinterne und zugleich Quartier offene Milieus vorzuhalten, die gerontopsychiatrische Symptomatik angemessen berücksichtigen und Lebensqualität gewährleisten.

Entsprechende Einrichtungen hieß in Sachsen:

- zwei Spezialeinrichtungen für Gerontopsychiatrie,
- Altenpflegeheime, die nach dem Integrationskonzept arbeiten,
- Altenpflegeheime mit einem segregativen Ansatz bzw. Segregationskonzept.

Wie bereits im Themenbeitrag "Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen: Von der Anstaltsverwahrung zur Inklusion im vertrauten Quartier" angesprochen, halte ich den integrativen Ansatz, also einrichtungsinterne Inklusion, für nicht geeignet, o. g. Ziel nachhaltig zu erreichen.

Wie sieht es nun mit dem segregativen Ansatz aus?

Bei der segregativen Dementenbetreuung in Pflegeheimen werden sogenannte homogene Gruppen gebildet, will heißen: Kognitiv nicht beeinträchtigte und gerontopsychiatrisch

beeinträchtigte Bewohner bzw. Klienten werden räumlich voneinander getrennt und mit speziellen Angeboten betreut.

Hierbei besteht meines Erachtens die Gefahr, dass diese einrichtungsinterne Segregation gleich Trennung einfach wegen räumlich begrenzter Möglichkeiten namentlich dem Symptom der motorischen Unruhe und des Laufzwanges nicht in ausreichendem Maß gerecht wird.

Um auch diesem Symptom der Demenz zu entsprechen, konnte sich im AWO Gerontopsychiatrischen Pflegeheim "Marie Juchacz" die Bewohnerschaft frei im gesamten mehrgliedrigen Gebäudekomplex bewegen - örtlich "geführt" durch unterschiedliche Farb- und situative Bildgestaltungen sowie Wege hin zu den acht sich öffnenden Wintergärten mit vielen Sitzgelegenheiten. Endlosgänge erfüllen natürlich auch diese Entsprechung, benötigen allerdings gleichfalls räumliche Fläche, die nicht immer vorhanden ist bzw. den kognitiv nicht beeinträchtigten Mitbewohnern verloren geht.

Mit der einrichtungsinternen Segregation macht man sich aus meiner Sicht zwar auf den richtigen Weg, bleibt aber auf halber Strecke zwischen einrichtungsinterner Inklusion und Spezialeinrichtung stehen.

**Autor:**

Doz. Dr. Johannes Richter

Geibelstraße 56

04129 Leipzig

[Dr.JRichter@t-online.de](mailto:Dr.JRichter@t-online.de)