

Demenzen und Subjektorientierung – Achtsamkeit und Eigensprache zur ethischen und methodischen Orientierung in der Begegnung mit Menschen mit Demenz

E. Krüger

Kernaussagen

- Menschen mit kognitiven Einschränkungen bedürfen eines sensitiven, mitfühlenden Umgangs, der es diesen Menschen erlaubt, Geborgenheit und Bindung zu erleben.
- Ein solcher Umgang bedarf einer Orientierung an der subjektiven Lebenswelt betroffener Menschen. Die Eigensprache eines Menschen im Sinne einer Landkarte zur subjektiven Lebenswelt erlaubt einen solchen Zugang.
- Die Orientierung an der Eigensprache kultiviert eine achtsame und mitfühlende Haltung gegenüber anderen, was gleichzeitig eine gesundheitsfördernde Wirkung für Demenzkranke wie auch für Pflegende hat.

Aus: Grässel, E. Pendergrass, A. (Hrsg). (2017, S. 169-184).
Forschungsplattform Demenz
Ergebnisse eines Expertentreffens zu Präventions-, Therapie-
und Versorgungsstrategien. Essen: KVC

Einleitung

Das Thema Demenz konfrontiert Menschen in vielfacher Weise. Betroffene, sofern sie Veränderungen bewusst wahrnehmen, sind davon zutiefst verunsichert und verängstigt. Gerade in den anfänglichen Stadien fühlt sich der Mensch den Krankheitsprozessen hilflos ausgeliefert, mit dem Gefühl, sich nicht mehr auf die eigenen geistigen Kräfte verlassen zu können. Nicht selten wird versucht, Krankheitszeichen zu vertuschen, zu leugnen und kognitive Veränderungen hinter einer Fassade vermeintlicher Intaktheit zu verstecken. Angehörige sind ebenfalls schwer verunsichert und versuchen, mahnend oder korrigierend, auf die erkrankte Person einzuwirken. Nicht selten wird auch auf Seiten des sozialen Umfeldes der Veränderungsprozess lange durch Erklärungen und Rechtfertigungen geleugnet.

Betroffene Menschen wie Angehörige sind einem Prozess ausgeliefert, für den die Medizin keine Strategien bereithält, im Sinne des gängigen „Reparaturparadigmas“, nach dem sich das Problem einfach beseitigen ließe. Es gibt keine Pille gegen Demenzen. Letztlich führt der Prozess früher oder später zu einer massiven Entfremdung von sich selbst wie auch von seiner sozialen Umgebung. Alles, was bislang vertraut war, taucht in der subjektiven Wahrnehmung nun in kolossale Fremdheit.

Ein Demenzsyndrom macht tiefgreifende Anpassungen in der Lebensführung notwendig, die zu einem Verlust von Selbständigkeit und Selbstbestimmung führen. Vielfach spüren die Betroffenen selbst auch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung noch, dass sie für ihre Angehörigen eine schwere Last darstellen. Letztere sind häufig mit der Pflege überfordert, können die Veränderungen nicht einschätzen oder einordnen und sehnen sich nach früherer Normalität, die nicht mehr herstellbar ist.

In Kliniken wiederum sind die Mitarbeiter zumeist nicht auf den Umgang mit kognitiv veränderten Menschen eingestellt. Die Umgebung ist für Erkrankte fremd, unheimlich, oft schmerzvoll und in ihrer Ausrichtung auf Funktionalität kein bisschen demenzsensitiv.

Das Leben eines Menschen mit Demenzsyndrom ist ständig von Eskalationsszenarien bedroht, während sich der betroffene Mensch durch den Verlust seiner gewohnten kognitiven Funktionen in einer fremd gewordenen Welt nicht mehr orientieren oder beruhigen kann. Vielfach geht die Möglichkeit, in sich selbst Geborgenheit zu finden, verloren.

Die Identität eines Menschen ist eng mit den Geschichten des eigenen Lebens verbunden. Die Narrative wird in dem Maße brüchig, wie Erinnerungen an diese kürzer oder länger zurückliegenden Geschichten verloren gehen. Damit schwinden Teile seiner vormaligen wie auch aktuellen Identität. An die Stellen einer ausgegrauten Narrative tritt Abhängigkeit von anderen, die dem Betroffenen häufig nicht nur unnötig erscheint, sondern geradezu unwillkommen ist. Es kommt zu fortwährenden Aktivierungen von Stressreaktionen, die körperlich u. a. durch eine Aktivierung der hormonellen Achse zwischen Gehirn, Hypophyse und Nebennierenrinde gekennzeichnet ist. Diese bleiben auch bei tiefstem Demenzsyndrom noch aktiv und überschwemmen den Körper und das Gehirn regelmäßig mit entsprechenden Substanzen wie z.B. Kortisol oder Adrenalin. Ihren biologischen Bestimmungen folgend, verschlechtern diese zusätzlich die Gedächtnisfunktionen, so dass selbst die noch verbliebenen Funktionen sukzessive unter den physiologischen Prozessen verschüttet werden.

Mit oder ohne Demenzsyndrom erfährt das menschliche Dasein einen entscheidenden Teil seiner Komplikationen durch den Konflikt, der sich aus der mangelhaften Integration von Neu-Hirn und Alt-Hirn ergibt. Unsere höheren kognitiven Funktionen verdanken wir dem jungen Neokortex, während die Verarbeitung von Emotionen überwiegend in Arealen älterer Hirnteile, im Mittelhirn, Zwischenhirn und im limbischen System angesiedelt ist. In den Demenzen gehen währenddessen verschiedenste Funktionen des Neu-Hirns verloren. Auch solche, die – top-down – moderierend auf unsere Affektregulierung einwirken. Auch ohne Demenzsyndrom stellt die Integration von Kognition und Emotion, von Alt- und Neu-Hirn alltägliche Herausforderungen an das Mensch-Sein: Herzrasen vor Präsentationen, Schamesröte und Stottern beim ersten Date, Durchfall vor der Prüfung usw. Nach

Jonas [1] entstehen hierdurch eine Vielzahl psychosomatischer Symptomkomplexe.

Für den professionellen Umgang mit Menschen allgemein – auch solchen, die unter Demenzen leiden – ist die Kenntnis gerade dieser evolutionsbiologischen Systeme vielleicht ebenso bedeutend wie jedes pathophysiologische Krankheitsverständnis, das sich auf einzelne Krankheiten, wie das der Demenzen bezieht. Gilbert [2] schlägt ein Modell vor, das er im Zusammenhang mit Behandlungsansätzen für Menschen mit chronischer Suizidalität entwickelte und das im Kontext der Demenzen aber nicht weniger plausibel ist (Abb. 1).

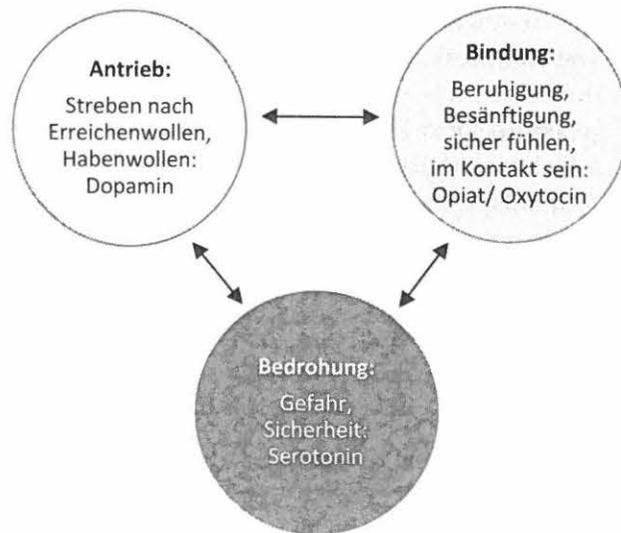


Abb. 1: Modell der Emotionsregulation, modifiziert nach Gilbert [2]

Das Bedrohungssystem stellt in diesem Modell die älteste neurobiologische Struktur dar, jenes mit der niedrigsten Aktivierungsschwelle. Zugehörig sind Mandelkern, Thalamus, Hypothalamus sowie die angeschlossene Hormonachse mit Hypophyse und Nebennierenrinde (HPA-A). Die niedrige Aktivierungsschwelle zeigt uns seine überlebenswichtige

Funktion: Je leichter es sich aktivieren lässt, umso rascher strebt das betroffene Individuum nach Sicherheit – Flucht oder Angriff, in manchen Fällen auch Tot-Stellen. In der Aktivierung sehen wir Emotionen wie Wut, Angst oder Ekel. Es arbeitet als Umgebungsradar auch im Schlaf und scannt die Umgebung nach Abweichungen vom erwarteten Erleben. Eine Aktivierung führt zudem zu einer Überschwemmung von Gehirn und Körper mit Cortisol, Adrenalin, Noradrenalin usw. Das hat vegetative Folgen einerseits und führt andererseits zu einer massiven Einschränkung im Zugriff auf das Gedächtnis in den Strukturen des Hippocampus. Für Menschen mit Demenzen bedeutet dies eine zusätzliche Erschwernis für die Orientierung in Raum und Zeit. Herausforderndes Verhalten ist nicht selten die Folge.

Neben dem Bedrohungssystem wird ein Antriebssystem beschrieben. Hier spielen motivationale Strukturen wie auch handlungsinduzierende Regionen des Gehirns eine wichtige Rolle. Eine Aktivierung dieser Strukturen führt dazu, dass wir unseren Willen bekunden und initiativ werden. Das Antriebssystem lässt uns morgens aufstehen, Brötchen kaufen und Emails versenden. Der typische Überträgerstoff hier ist Dopamin. Der Dopaminmangel geht beispielsweise bei der Parkinsonerkrankung mit dem Verlust einer differenzierten Mimik, gelegentlicher Verlangsamung geistiger Funktionen bis hin zur Demenz, Artikulationsstörungen mit undeutlicher Sprache und einer charakteristischen, körperlichen Bewegungshemmung einher. Alles das erschwert die willentliche Teilhabe am Leben. Dopamin scheint ein entscheidender Überträgerstoff, wenn es darum geht, den Willen mimisch oder durch Bewegung zu manifestieren. Andersherum kennt man etwa auch den exzessiv gesteigerten Antrieb im Kokain-Rausch: Kokain zählt zu den stärksten natürlich vorkommenden dopaminartigen Substanzen. Eine akute Aktivierung des Bedrohungssystems führt gleichermaßen zu einer Aktivierung des Antriebssystems. Bleibt das Bedrohungssystem über lange Phasen aktiviert und der Handlungsimpuls vom Antriebssystem unbeantwortet, kann letzteres dauerhaft gedrosselt werden. Das damit verbundene Bild ähnelt den charakteristischen Antriebsstörungen während einer Depression.

Menschen mit Demenzsyndromen zeigen häufig durch eine eingeschränkte Fähigkeit zur rationalen Kontextualisierung von Situationen eine massive Aktivierung des Bedrohungssystems. Eine zeitgleiche Aktivierung des Antriebssystems zeigt sich in herausforderndem Verhalten, z. B. im Sinne von Weglaufen oder auch Aggressivität.

Medikamente (z. B. Sedativa, Neuroleptika) können das Bewusstsein und dessen Sinnesempfindungen dämpfen und auf diese Weise eventuell eine weitere Aktivierung des Bedrohungssystems verhindern. Allerdings kann kein Medikament das Bedrohungssystem direkt herunterregulieren. Die einzige und damit effektivste Möglichkeit, das Bedrohungssystem zu beruhigen, ist eine Aktivierung des Bindungssystems, das im Falle einer Bedrohung ebenfalls inaktiviert wird. Bindung bedarf einer gefühlten Sicherheit.

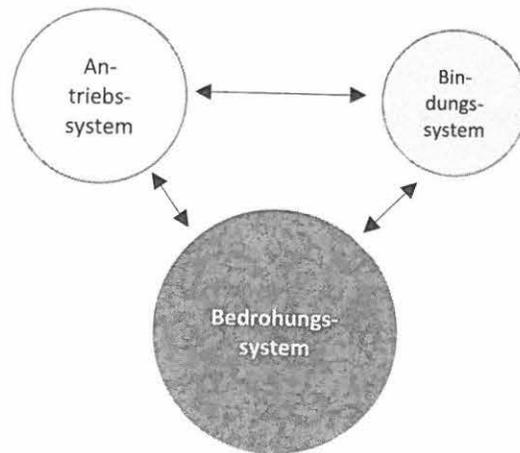


Abb. 2: Modell der Emotionsregulation, modifiziert nach Gilbert [2].

Die neurobiologische Grundlage für das Bindungssystem existiert in jedem Wirbeltierorganismus im Bereich des limbischen Systems. Verschiedene Spezies verfügen über verschieden starke Bindungssysteme. Das hängt wesentlich vom Grad der Unreife der Neugeborenen ab und deren Bedarf an Brutpflege bis hin zur Selbständigkeit. Keine andere Spezies gebärt derart unreife und dauerhaft auf Pflege angewiesene

Neugeborene wie der Mensch. Menschliche Bindungssysteme gehören zu den stärksten, die die Evolution hervorgebracht hat. Eine Aktivierung führt zu Zuständen wie Zufriedenheit, Nichts-Wollen, Bindungsbereitschaft, explorativem Verhalten und zur Stimulation des Regenerationsnervs (Parasympathikus) des vegetativen Nervensystems. Jede Form nachhaltiger Lernprozesse bedarf einer Aktivierung des Bindungssystems, weil dies eine Voraussetzung für Neugier und Annäherungsverhalten auch an unvertraute Situationen darstellt. Charakteristische Transmitter sind Endorphine und Oxytocin. Beispielhaft sei an das Bild eines gestillten Säuglings erinnert.

Das Bindungssystem wird allerdings inaktiv bleiben, solange das Bedrohungssystem aktiv ist. Bindung bedeutet Risiko, welches wir nur eingehen können, wenn wir uns nicht bedroht fühlen. Gelingt es jedoch, das eigene Bindungssystem zu aktivieren, um mit einer beruhigenden Stimme, behutsamen Bewegungen, sanftem Körperkontakt das Bindungssystem des Gegenübers zu erreichen, wird das Bedrohungssystem des anderen rasch zur Ruhe kommen. Jeder Mensch strebt danach, sich sicher zu fühlen, nach Bindung und Ruhe. Körperkontakt, menschliche Stimmen, Vertrauen, Empathie führen zu einer raschen und messbaren Ausschüttung von Oxytocin [3, 4, 5]. All das hat weitreichende Implikationen für

- die Gestaltung der Begegnung mit demenziell veränderten Menschen,
- die Behandlung demenziell veränderter Menschen,
- die pflegenden Angehörigen und hauptamtlich Pflegenden von demenziell veränderten Menschen,
- gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Zusammengefasst ergibt sich die Forderung, dass jede Maßnahme im Zusammenhang mit demenziell veränderten Menschen bezüglich ihres bindungsaktivierenden Potentials zu prüfen ist. Jede Aktivierung des Bedrohungssystems, die aus medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen erwächst, ist mit einer potentiell tiefgreifenden Einschränkung oder Verschlechterung der verbliebenen kognitiven Kapazität und damit der Gesamtbefindlichkeit des Betroffenen verbunden. Im klinischen

Alltag findet sich immer wieder die Schwierigkeit, für diese Menschen einen ausreichenden Schutzraum zu bieten, was von belasteten und unzureichend befähigten Mitarbeitern häufig durch eine ungünstige Wahl und falsche Dosierung von Psychopharmaka und/ oder körperlichen Fixierungen beantwortet wird. Regelmäßig ergeben sich daraus zusätzlich komplizierende delirante Zustände. Die besondere Verletzlichkeit von Demenzpatienten besteht darin, intrapersonelle Regulationsmöglichkeiten für ein evolutionsbiologisch äußerst niederschwelliges System verloren zu haben, was Eskalationsszenarien begünstigt.

Für demenziell veränderte Menschen wird eine erweiterte Art der Indikationsstellung relevant. Es reicht nicht mehr zu fragen, ob eine medizinische oder pflegerische Maßnahme bezüglich der eigentlichen Indikation verzichtbar oder unverzichtbar erscheint. In einer weiter gefassten Indikationsstellung ist zu fragen, ob die Maßnahme bedrohungs- oder bindungsaffin ist. Sollte eine Maßnahme grundsätzlich unabwendbar sein, ist zu prüfen, wie diese in einer möglichst bindungsaffinen und wenig bedrohlichen Weise durchgeführt werden kann. Jeder verzichtbare Eingriff in das Leben oder die Integrität einer demenziell veränderten Person, welcher zugleich mit größerer Wahrscheinlichkeit das Bedrohungssystem als das Bindungssystem aktiviert, muss mit äußerster Skepsis betrachtet werden.

Derartige Indikationsstellungen betreffen einerseits natürlich die offensichtlichen medizinischen Prozeduren wie z. B. eine Magenspiegelung, Herzkatheter, Anlage einer Ernährungs- oder eines Blasenkateters. Sie betreffen allerdings auch pflegerische und soziale Maßnahmen wie Veränderung der Ernährung, der Wohnumgebung und andere Anpassungen innerhalb der Lebenswelt des Patienten.

Diese Art einer demenzsensitiven Indikationsstellung und Umgangweise ist nur möglich durch eine maximal empathische Hinwendung zum betroffenen Individuum. Hierfür braucht es Möglichkeiten einer eindeutigen methodischen Orientierung für die konkrete Gestaltung der Begegnung einerseits und für die Entwicklung einer grundlegenden Haltung andererseits, die einen entsprechenden Umgang befördert.

Jede Form eines empathischen Eingehens auf ein Gegenüber bedarf einer gewissen Haltung und befördert eine entsprechende Haltung zugleich. Die grundsätzlich zu fordernde Orientierung für eine entsprechende Begegnung ist die Ausrichtung an der subjektiven Lebenswelt des betroffenen Individuums. Subjektorientierung stellt in einem zeitgenössischen Medizinbetrieb, der seinem Wesen nach konsequent versucht, Krankheitszeichen und Krankheitsbehandlung zu objektivieren, eine erhebliche Herausforderung dar, die einem Paradigmenwechsel gleichkommt.

Auch unabhängig von demenziellen Erkrankungen wird im Zusammenhang mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, deren Verursachung und Voranschreiten durch lebensstilrelevante Faktoren bedingt ist, allorts eine Subjektorientierung im medizinischen Alltag notwendig. Behandlungskonzepte müssen konsequent an der Anschlussfähigkeit einer Behandlung mit der Lebenswelt des Individuums ausgerichtet sein, sofern Therapieadhärenz von Bedeutung ist. Weitere Bereiche, die einer methodischen Subjektorientierung bedürfen, weil die Anschlussfähigkeit von Diagnostik und Behandlung an der subjektiven Lebenswelt zentral sind, sind die hausärztliche Medizin sowie die Palliativmedizin. Letztlich finden sich jedoch in nahezu allen Bereichen medizinischer Versorgung erhebliche Defizite in der Umsetzung von Subjektorientierung, was sich unter anderem in der Notwendigkeit von Patientenverfügungen ausdrückt. Es ist segensreich, dass Patienten zunehmend Patientenverfügungen vorweisen können, weil dies in den meisten Fällen eine hilfreiche Orientierungsmöglichkeit für die klinische Medizin bietet. Nichtsdestotrotz drückt die Notwendigkeit solcher Dokumente auch aus, dass subjektive Behandlungswünsche und Lebenswerte nicht die selbstverständliche Grundlage einer jeden Behandlung darstellen, sondern auf dem Wege der rechtlichen Verfügung in den Behandlungskontext eingebracht werden müssen. Der Umgang mit demenziell veränderten Menschen bedarf hier vermutlich in der extremen Form eine Hinwendung zur Subjektivität des Betroffenen, sofern in irgendeiner Weise eine sinnvolle und menschenwürdige Begegnung zwischen Behandelnden oder Pflegenden und Patienten zustande kommen soll.

Eigensprache und Subjektorientierung

Die Gestaltung einer Begegnung erfolgt teilweise verbal und zu großen Anteilen nonverbal. Üblicherweise liegt der Fokus während eines Gespräches auf dem Informationsgehalt oder auf der Sachebene. Dabei wird regelmäßig übersehen, dass jede Botschaft in einer Verpackung überreicht wird, welche auf dem nuancierenden Wege nonverbalen Verhaltens ausgeliefert wird. Die Botschaft selber ist in Begriffe verpackt, die aus dem Sprachraum eines Individuums stammen, der ebenso einzigartig und individuell ist wie sein Fingerabdruck. Der Sprachraum bezeichnet hier neben sämtlichen persönlichen, bewussten und vorbewussten Sprachgewohnheiten, wie Wortwahl, Sprachmelodie, Gestik und Mimik, gleichfalls alle Mehrdeutigkeiten von Begriffen, die durch individuelle kognitiv-affektive Schemata hinterlegt sind.

Aufgrund der Unverwechselbarkeit individueller Sprachverwendungsgewohnheiten können wir diesen Raum auch als Eigensprachraum, bzw. die daraus resultierende Sprache als Eigensprache bezeichnen. Die Eigensprache – der Idiolekt – kennzeichnet eben diese höchst einzigartige Art und Weise eines Menschen, sich mitteilend in Erscheinung zu treten. Im Falle eines fortgeschrittenen Demenzsyndroms mit massivem Sprachverlust, wie auch während der vorsprachlichen Entwicklung von Kindern, lassen sich dennoch unverwechselbare, individualtypische Merkmale in der Kommunikation einer Person ausmachen. Damit beschränkt sich Eigensprache nicht allein auf den verbalen Anteil der Kommunikation, sondern erstreckt sich explizit auch auf sämtliche nonverbalen Anteile [6]. In Abgrenzung zum Idiolekt zeigen sich im Dialekt bspw. regionaltypische Sprachgewohnheiten und im Soziolekt sozialgruppenspezifische Sprachmerkmale.

In der Eigensprache tritt die Individualität eines Menschen deutlich wahrnehmbar in Erscheinung. Sie ist darüber hinaus die Schnittstelle zwischen zwei sich begegnenden Individuen, an der einerseits wesentliche Dinge ausgehandelt und vereinbart werden können. Andererseits stellt gerade diese Schnittstelle einen gesellschaftlich vereinbarten Ort für Beziehungsgestaltung und Bindungsaktivierung dar. Bedauerlicherweise ist die sprachliche Begegnung, gerade wenn der Respekt für die

Individualität versagt bleibt, auch der Ort für nachhaltige Aktivierung (gegenseitiger) Bedrohungssysteme. In Abhängigkeit von der Gestaltung eben jener Schnittstelle kann das Bedrohungssystem aktiviert oder beruhigt werden, sowie im Umkehrschluss das Bindungssystem aktiviert oder deaktiviert werden. Durch das Aufgreifen der Eigensprache kann es gelingen, unterhalb des „Fremdheitsradars“ zu bleiben und so die Aktivierung des Bindungssystems zu erleichtern.

Das Aufgreifen eigensprachlicher Mitteilungen erfolgt z. B. bei jungen Eltern gegenüber ihren Neugeborenen und Babys in intuitiver Weise. Viele Angehörige und Pflegende wie auch einige Ärzte verstehen es, mit ungeheurem Einfühlungsvermögen gleichfalls intuitiv auf die Eigensprache der umsorgten Personen einzugehen. Im Kontext bedrohlicher Krankheitszeichen, gelegentlich auch herausfordernden Verhaltens, aber auch im Kontext einer konsequent verdinglichenden Medizin braucht es entsprechende Anleitungen und Ermutigungen zur Subjektorientierung, für die eine Orientierung an der Eigensprache eines Individuums eine erlernbare, effektive und effiziente kommunikative Vorgehensweise darstellt und darüber hinaus eine professionelle Orientierung für ethisches Handeln bieten kann.

Eine umfassende Erläuterung der praktischen Vorgehensweise verfehlt das Ziel dieser Veröffentlichung und bedarf vor allem der praktischen Anwendung und eines spezifischen Erfahrungslernens. Gleichwohl erfolgt der kommunikative Umgang mit der Eigensprache vor allem durch ein sorgfältiges Hören auf Inhalt und Form der Mitteilung nach wesentlichen eigensprachlichen Äußerungen, die sich in der Regel in der Gestalt von Schlüsselworten oder Metaphern zeigen. Betrachtet man die Eigensprache als eine Landkarte zur subjektiven Lebenswirklichkeit einer Person, findet man besonders betonte oder eigentümliche Begriffe häufig als Schlüsselworte, die dem Pflegenden oder dem Arzt einen Zutritt zur subjektiven Lebenswirklichkeit des Gegenübers erlauben.

Vielleicht noch entscheidender als spezifische kommunikative Techniken aber ist die innere Haltung, die durch diese Art des Zuhörens hervorgerufen wird. In der gleichen Weise, wie sich Einstellungen und Werte im Handeln ausdrücken, formt unser Handeln in einer normati-

ven Weise unsere Erfahrungen und bildet so Einstellungen und Haltungen heraus. Um an der subjektiven Lebenswelt Anschluss nehmen zu können, muss diese zunächst einmal relevant erscheinen. Es bedarf einer interessierten Hinwendung, die getragen ist von Respekt gegenüber der Verschiedenartigkeit von Menschen. Es braucht ein Lauschen auf das, was sich zeigt, im Sinne einer phänomenologischen Arbeit mit der Eigensprache, welche bereit ist, die subjektive Lebenswelt unbewertet auf dem Wege der eigensprachlichen Landkarte zu erschließen. Es bedarf einer Offenheit, die willens ist, das zu empfangen, was sich zeigen möchte bzw. was ein Mensch mitzuteilen bereit ist, *bevor* Krankheitseinstellungen nach vermeintlich objektiven Merkmalen erfolgen. Hilfreich ist ein Grundverständnis der Vorläufigkeit und Korrekturbedürftigkeit des eigenen Verstehens, damit die Eigenheit des Anderen gewürdigt werden kann und die Andersartigkeit Gültigkeit behält gegenüber den Bemühungen eines objektivierenden, kategorisierenden medizinischen Systems. In eigen Begriffen kann die Haltung umrissen werden mit: *respektvoll, würdigend, bedingungslos anerkennend, mitfühlend, achtsam.*

Mitgefühl meint hier das Anerkennen des Leidens des Anderen, begleitet von Wohlwollen, einem Bewusstsein von Verbundenheit und dem Wunsch, dieses Leiden zu lindern. Mitgefühl schützt (im Gegensatz zu Mitleid) davor, sich im Leiden des Anderen zu verlieren. Es ist der ursprünglich, *natürliche* Impuls eines Menschen in Gegenwart von Leiden, sich mitfühlend zu verhalten – möglicherweise nicht der *normale* Impuls, bedenkt man Sozialisierungs- und Konditionierungsergebnisse innerhalb unserer Gesellschaft. Mitgefühl grenzt nicht aus und schließt die Verletzlichkeit sowie das Leiden der mitfühlenden Person selbst ein. Es erstreckt sich somit nach außen und innen gleichermaßen [7].

Achtsamkeit meint eine offene, wohlwollende, nicht-urteilende Form der Aufmerksamkeit gegenüber den Geschehnissen eines jeweiligen, gegenwärtigen Augenblicks [8]. In der Konzentration engen wir den Wahrnehmungsfokus ein; in der achtsamen Wahrnehmung hingegen sammeln wir den Fokus immer wieder ein, um ihn dann zugunsten aller Wahrnehmungsqualitäten weit werden zu lassen. Es handelt sich um eine Spielart unserer Aufmerksamkeitsfähigkeit, die wir willentlich kultivieren können.

In den vergangenen 30 Jahren ist ein ungeheurer Fundus an Forschungsarbeiten zu den neurophysiologischen und klinischen Auswirkungen von Achtsamkeit und Mitgefühl entstanden. Dieses Forschungsinteresse wurde vor allem durch die Entwicklung von entsprechenden Schulungsmaßnahmen möglich, die diese Aspekte in die verschiedensten klinischen Settings hineintragen: Schmerztherapie, Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen usw.

Achtsamkeit als Meditationsform führt zu messbaren Veränderungen kortikaler Strukturen [9], senkt Kortisolspiegel [10], führt zu einer vagotonen Regulation des Vegetativums [11], senkt den Blutdruck [12], bessert Depressionen und Angstzustände [13], um nur einige zu nennen. Diese Effekte sind bereits nach ca. vier bis acht Wochen täglicher zehnminütiger Achtsamkeitsübung erkennbar. Es braucht wirklich nicht viel. Achtsamkeitsbasierte Interventionen verbessern die Immunfunktion, steigern die Gedächtnisleistung, senken subjektiv empfundene Stressbelastung, stärken die Selbstwirksamkeit und die emotionale Regulationsfähigkeit.

Mitgefühl schützt nachweislich vor Rezidiven bei chronischer Depression [14]. Vermutlich ist eine Zunahme von Mitgefühl sogar der „Agent-of-Change“ in der klinischen Besserung bei Patienten, die unter wiederkehrenden Depressionen, Ängsten und anderen psychiatrischen Syndromen leiden. Darüber hinaus wurden die Wirkungen auf zahlreiche weitere psychologische und neurophysiologische Parameter gezeigt.

Es liegen bereits einzelne Studien vor, die zeigen, dass Achtsamkeitsbasierte Interventionen eine Möglichkeit zur Regulierung von Belastungen pflegender Angehöriger Demenzkranker sein können [15, 16].

Die stärksten Stimulatoren für unser Bindungssystem sind: *Mitgefühl und Achtsamkeit*. Unser Bindungssystem scheint die Qualitäten eines Antidots für unser Bedrohungssystem zu besitzen. Das Bedrohungssystem ist vor allem durch seine niederschwellige Ansprechbarkeit gekennzeichnet. Für Menschen mit Demenzsyndromen geht mit fortschreitender Erkrankung darüber hinaus die Fähigkeit der top-down Regulierung verloren. Das macht sie noch verwundbarer. Psychische Belastungen wie räumliche Veränderungen, Schmerzen, medizinische

Eingriffe usw. verschlechtern den aktuellen Krankheitszustand, teilweise in einer nicht rückbildungsfähigen Weise.

Wenn wir das ernst nehmen, müssten sich alle Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Demenzen wie auch zur Unterstützung von Pflegenden und pflegenden Angehörigen daran messen lassen, ob sie in der Lage sind, bindungsaktivierend wirksam zu werden. Gesundheitsdienstleistende wie auch pflegende Angehörige bräuchten dringend Schulungsmaßnahmen zur Kultivierung von Mitgefühl und Achtsamkeit wie auch zu einem bindungsaktivierenden sprachlichen Umgang mit demenziell veränderten Menschen. In einer reziproken Weise scheinen gerade diese Aspekte zentral für die Selbstfürsorge, welcher sorgetragenden Menschen zum Erhalt ihrer eigenen Gesundheit dringend bedürfen.

Daneben brauchen wir weitere Forschung, um die heilsamen Wirkungen von Achtsamkeits- und Mitgefühlspraxis im Zusammenhang mit diesem Krankheitsbild und unserem Bindungssystem besser zu verstehen. Wir müssen prüfen, ob nicht andere – verwandte – Zustände, wie Dankbarkeit, Vergebung usw. in ähnlicher Weise bindungsaktivierend wirksam sein können. Wir müssen darüber hinaus unsere Gesprächskultur sehr genau prüfen. Sprache ist komplex und ungeheuer präzise zugleich. Wenn es möglich sein sollte, durch eine feinfühlig und präzise Fokussierung der Eigensprache in beiläufiger Weise Bindung zu ermöglichen, wären eigensprachliche Dialoge quasi Achtsamkeitsübungen im Gespräch und gleichzeitig ein Antidot für aktivierte Bedrohungssysteme. Hier bedarf es entsprechender Forschung.

Sollten sich die hier angestellten Überlegungen als stichhaltig erweisen, dann wäre der Umgang mit demenziell veränderten Menschen eine Möglichkeit, sowohl die eigene Bindungsfähigkeit zu kultivieren, als auch die Wirksamkeit des sorgetragenden Menschen im Behandlungskontext besser zu verstehen und aufzuwerten. Menschen mit Demenzen könnten wir so als Friedensträger unserer Zeit betrachten. Ihr geistiger Zustand verlangt uns gewissermaßen ab, das eigene Bindungssystem zu aktivieren, um einen sinnvollen Umgang zu ermöglichen und um für uns selbst gut zu sorgen, wenn wir das Leben mit Demenzkranken zu teilen haben.

Literatur

1. Jonas DF, Jonas DA: Signale der Urzeit. Archaische Mechanismen in Medizin und Psychologie. 3. Auflage. Würzburg: Huttenschner; 2008: 507.
2. Gilbert P: The Compassionate Mind. London: Constable & Robinson Ltd.; 2009: 22.
3. Morhenn VB et al.: Monetary sacrifice among strangers is mediated by endogenous oxytocin release after physical contact. *Evolution and Human Behavior*. 2008; 29: 375–383.
4. Barraza JA, Zak PJ: Empathy toward strangers triggers oxytocin release and subsequent generosity. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009; 1167: 182–189.
5. Seltzer LJ, Ziegler TE, Pollak SD: Social vocalizations can release oxytocin in humans. *Proceedings of the Royal Society*. 2010; B 277: 2661–2666.
6. Bindernagel D, Krüger E, Rentel T, Winkler P: Schlüsselworte – Idiolektische Gesprächsführung in Therapie, Beratung, Coaching. Heidelberg: Carl Auer Verlag; 2010.
7. Neff KD: The Science of Self-Compassion. In: *Wisdom and Compassion in Psychotherapy*, Hrsg.: Christopher Germer, Ronald Siegel. New York: The Guilford Press; 2012: 79–92.
8. Kabat-Zinn J: Full Catastrophe Living. 15th Edition. London: Piatkus Books Ltd.; 2004.
9. Lazar L et al.: Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 2005; 16 (17): 1893–1897.
10. Carlson LE, Speca M, Kamala DP, Goodey E: Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*. 2004; 29 (4): 448–474.
11. Greeson JM: Mindfulness Research Update: 2008. *Complementary Health Practice Review*. 2009; 14: 10–18.

12. Palta P et al.: Evaluation of Mindfulness-Based Intervention Program to decrease blood pressure in low-income African-American Older Adults. *Journal of Urban Health*. 2012; 89 (2): 308–316.
13. Hofman SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D: The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010; 78 (2): 169–183.
14. Kuyken W et al.: How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48 (11): 1105–1112.
15. Barry SO et al.: Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers. *The Journal of Complementary and Alternative Medicine*. 2010; 16 (10): 1031–1038.
16. Whitebird RR et al.: Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*. 2012; 53 (4): 676–686.