

# Erkrankungen im Alter

**Gunther Haag und Ute J. Bayen**

## 1 Einleitung

Wir leben in einer zunehmend alternden Gesellschaft. Zu Anfang dieses Jahrhunderts lag der Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung bei nicht mehr als 5 %; im Jahre 2030 wird diese Altersgruppe voraussichtlich ein Drittel der Gesamtbevölkerung ausmachen. Dabei erhöht sich vor allem der Anteil der über 80jährigen, der sogenannten "Hochbetagten", prozentual stark. Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt beständig an. Ein längeres Leben bedeutet nicht unbedingt ein gesünderes Leben. Einige Forscher schätzen, daß für jedes gewonnene gute, gesunde Jahr dem Leben 3,5 Jahre mit körperlichen Beschwerden und Behinderungen hinzugefügt werden (Brody, Brock & Williams, 1987). Die Versorgung, Pflege und Rehabilitation alter Menschen wird längerfristig eines der gravierendsten Probleme unserer Gesellschaft sein.

Es kann nicht deutlich genug auf die Bedeutung der Erarbeitung und Erprobung von Praxiskonzepten hingewiesen werden, die Menschen helfen, die Aufgaben des Alters zu bewältigen, insbesondere solche, die auf körperliche Veränderungen zurückgehen. Schließlich geht es nicht nur darum, dem Leben Jahre hinzuzufügen, sondern die durch eine verbesserte medizinische Versorgung gewonnenen Jahre mit Leben zu füllen.

Die Verhaltensmedizin hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten lerntheoretische, wissenschaftlich fundierte und evaluierte Methoden zur Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation körperlicher Krankheiten entwickelt. Dieser Ansatz ist bisher in der Geriatrie zu wenig genutzt worden: In der Literatur liegen hierzu nur wenige Berichte vor. Dies erscheint deshalb widersinnig, weil ältere Generationen aufgrund ihrer deutlich erhöhten Prävalenzraten für verschiedene Krankheiten die Hauptzielgruppe verhaltensmedizinischer Intervention sein müßten.

Mit dem Alter treten eine Reihe physischer Veränderungen auf, die erhebliche Auswirkungen auf das Verhalten haben können:

- So resultiert aus einer verminderten Stabilität des knöchernen Skeletts ein **vorsichtigeres Verhalten und eine geringere Mobilität;**

- **Orientierungsschwierigkeiten** können auf einen Verlust an Sehkraft zurückzuführen sein,
- **mißtrauisches Verhalten und sozialer Rückzug** auf ein geringeres Hörvermögen.
- Die Minderung des Geschmacks- und Geruchssinnes kann zu einem **abnehmenden Interesse am Essen** und infolgedessen zu einem **Gewichtsverlust** führen.
- Mit der Abnahme der taktilen Sensibilität schwindet die Fähigkeit, auf Umgebungsreize adäquat zu reagieren; das **Verhalten wird "ungeschickt"**.

Die im Alter häufiger auftretenden physischen Behinderungen können eine erhöhte Versagensangst, Vorsichtigkeit, Vermeidungstendenz und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls bedingen. Auch können bei Behinderungen bestimmte Verstärker weitaus schwerer beziehungsweise gar nicht mehr zu erreichen sein (z.B. Lesen) oder sie büßen ihre Verstärkerqualität ein (z.B. schmackhaftes Essen). Letztlich kann ein schlechter körperlicher Gesundheitszustand deutliche Einbußen in kognitiven und sozialen Funktionen bedingen. Häufig werden die Auswirkungen dieser Verluste fälschlicherweise "Charaktereigenschaften" oder kognitiven Einbußen zugeschrieben.

Mit einer altersbedingt erhöhten Vulnerabilität verschiedener Organfunktionen nimmt die Wahrscheinlichkeit für verschiedene Erkrankungen zu (vgl. Tab. 1). Im Alter besteht außerdem ein Trend zur Chronifizierung von Leiden und Gebrechen. Überdies leiden viele ältere Menschen gleichzeitig unter mehreren Krankheiten (Multi- oder Polymorbidität). So fand zum Beispiel Brocklehurst (1980) bei seinen älteren Patienten durchschnittlich 43 gleichzeitig vorliegende Erkrankungen. Erschwerend kommt hinzu, daß die negativen Auswirkungen der Erkrankungen sich eher potenzieren als addieren. Die ältere Generation stellt somit die Altersgruppe dar, die mit Abstand die höchsten Kosten für unser Gesundheitssystem verursacht.

**Tabelle 1:** Erkrankungen, deren Prävalenz im Alter ansteigt.

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen               <ul style="list-style-type: none"> <li>● Allgemeine Arteriosklerose</li> <li>● Koronarsklerose, Herzinfarkt</li> <li>● Herzinsuffizienz</li> <li>● Periphere Durchblutungsstörungen</li> <li>● Bluthochdruck</li> <li>● Hirninfarkt</li> </ul> </li> <li>● Bösartige Neubildung (Krebserkrankung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Erkrankungen der Atmungsorgane</li> <li>● Erkrankungen des Bewegungsapparates</li> <li>● Erkrankungen der Niere und des Urogenitaltraktes</li> <li>● Endokrine Erkrankungen (z.B. Typ II Diabetes)</li> <li>● Neurologische Erkrankungen</li> <li>● Erkrankungen der Sinnesorgane               <ul style="list-style-type: none"> <li>● Grauer Star</li> <li>● Schwerhörigkeit</li> </ul> </li> </ul>
---	---

So erhalten ältere Menschen auch einen relativ hohen Anteil aller verschriebenen Medikamente. Dies ist vor allem deshalb problematisch, weil bei älteren Personen doppelt bis dreimal so häufig wie bei jüngeren Menschen unerwünschte Medikamentenwirkungen auftreten (Nolan & O'Malley, 1988). Die veränderte Reaktion des alternden Körpers auf Medikamente ist eine Folge alterskorrelierter physiologischer Veränderungen, die die **Wirkung der Medikamente** im allgemeinen **intensivieren**. Werden die bei jüngeren Patienten üblichen Verschreibungsregeln auf ältere Menschen angewandt, kann dies zu gefährlicher Übermedikation führen. Zusätzliche Komplikationen können durch Selbstmedikation und Einnahme überalterter Medikamente entstehen. Barbiturate und Tranquilizer (Beruhigungsmittel) sind die von älteren Menschen am häufigsten konsumierten Medikamente. Bei extremem Mißbrauch können sie bis zur Verwirrung und so zur Fehldiagnose einer dementiellen Erkrankung führen. Lethargie und eine scheinbar niedergedruckte Stimmung können auftreten und als Depression fehldiagnostiziert werden. Jedes Medikament hat Auswirkungen auf den alternden Körper, die als motorische, motivationale oder kognitive Veränderungen erscheinen können.

Die Komplikationen, die der Medikamentengebrauch gerade für ältere Menschen mit sich bringen kann, lassen die Erprobung und Nutzung nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden besonders sinnvoll erscheinen. Einen möglichen Weg weist dabei die Verhaltensmedizin. Die geriatrische Verhaltensmedizin, das heißt die Anwendung der Methoden der Verhaltenstherapie zur Prävention, Therapie und Rehabilitation körperlicher Krankheiten im höheren Erwachsenenalter, ist eine relativ neue Disziplin. Bei der Behandlung medizinischer Probleme im Alter sind behaviorale Techniken zunächst weitgehend ignoriert worden. Die geriatrische Verhaltensmedizin ist ein wichtiger Fortschritt in der Entwicklung der Verhaltensgerontologie, da für eine Reihe körperlicher Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen) ein deutlicher **Zusammenhang mit Verhaltensfaktoren** nachgewiesen ist, (z.B. Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum, Ernährungsgewohnheiten, unangepaßtes Verhalten in Streßsituationen und mangelnde Befolgung ärztlicher Anweisungen).

Die lang geübte Zurückhaltung in der Anwendung bewährter Verhaltensprogramme bei älteren Menschen ist zum Teil auf ein defizitäres Altersbild zurückzuführen, welches das Altern als einen fortschreitenden und unaufhaltsamen Prozeß des Abbaus körperlicher, geistiger und sozialer Fähigkeiten kennzeichnet. Unter diesem Blickwinkel müssen Alter und Intervention geradezu als Widerspruch erscheinen. So sahen denn auch verschiedene psychotherapeutische Schulen ein bestimmtes **Alter als Kontraindikation** für ihre Behandlungsform an. So schrieb Freud im Jahre 1905, daß älteren Menschen "... die Plastizität der seelischen Vorgänge fehle . . ." und ". . . andererseits das Material,

welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert...“ (Freud, 1969). Die therapeutische Zurückhaltung dem älteren Menschen gegenüber läßt sich auch durch die hohen Anforderungen erklären, die diese Arbeit an den Therapeuten stellt:

- Therapeutische Ziele und Methoden müssen der Situation des älteren Menschen angepaßt werden;
- die Generationenkluft erschwert dem jüngeren Therapeuten eine Einfühlung in das Denk- und Wertesystem des Betagten;
- eine eigene problematische Elternbeziehung kann den therapeutischen Prozeß ebenso behindern wie die Angst vor dem eigenen Altem.

Frustrationstoleranz und Geduld sind vor allem bei Bemühungen um dementiell erkrankte ältere Menschen gefragt. Therapeuten empfinden es häufig als Enttäuschung, wenn ein älterer Mensch, mit dem sie gearbeitet haben, nach lange und schwer erkämpften Erfolgen plötzlich verstirbt. Schließlich steht in unserer Gesellschaft ein weitverbreitetes Nützlichkeitsdenken der Verwendung von Ressourcen für gerontologische Intervention im Wege: Die Therapie eines jungen Menschen mit einer Lebenserwartung von weiteren 50 Jahren erscheint, unter reinen Kosten-Nutzen-Überlegungen, lohnender als die Verwendung derselben Mittel für die Rehabilitation eines alten Menschen. Bei diesem sind vielleicht noch fünf weitere Lebensjahre zu erwarten, die für die Gesellschaft ohnedies keinen (ökonomischen) Nutzen erbringen.

## **2 Grundlagen verhaltensmedizinischer Behandlungen in der Gerontologie**

### **2.1 Diagnostik**

Die Entwicklung psychodiagnostischer Verfahren für ältere Menschen wurde vor allem im deutschen Sprachraum lange vernachlässigt, so daß derzeit nur wenige geeignete Verfahren zur Verfügung stehen. Die Mehrzahl sonst gebräuchlicher Testverfahren ist für die Gruppe älterer Menschen nicht anwendbar, da altersentsprechende Normierungen und Validierungen noch ausstehen. Verhaltenspsychologische Diagnoseverfahren, besonders die Methoden der Beobachtung, stellen geeignete Mittel dar, diesem Dilemma Abhilfe zu schaffen. Sie versetzen Praktiker und Forscher in die Lage, zum Beispiel verändertes Sprachverhalten, Stereotypien bei dementiellen Prozessen oder motorische Beeinträchtigungen (z.B. infolge eines Schlaganfalls) genau und zuverlässig zu erfassen.

## 2.2 Behandlungsmethoden

Je nach den Zielen einer verhaltenstherapeutischen Intervention lassen sich ihre Methoden in drei Gruppen einteilen:

- Methoden zur **Erhöhung der Häufigkeit bestimmten Verhaltens**,
- zum **Erlernen neuer Verhaltensfähigkeiten** und schließlich
- zur **Verringerung der Häufigkeit von Verhalten**.

Für alle drei Ziele steht ein breites Methodenrepertoire zur Verfügung. Beispielfhaft werden im Folgenden die verhaltensmedizinischen Ansätze bei Demenz und Harninkontinenz kurz skizziert. Es handelt sich dabei um zwei körperliche Erkrankungen, die zu erheblichen Beeinträchtigungen und Behinderungen führen.

## 3 Das dementielle Syndrom

Bei der Demenz handelt es sich um ein sehr uneinheitliches Störungsbild, dessen Definition auf klinischen Symptomen beruht. Charakteristisch sind die:

- Abnahme der kognitiven Fähigkeiten,
- Desorientierung und
- Persönlichkeitsveränderungen.

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) ist eine Demenz“. . . eine erworbene, globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensornotorischer und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewußtseinstrübung. Meist ist der Prozeß progredient, jedoch nicht notwendigerweise irreversibel”.

Im deutschen Sprachraum wurde dieses Störungsbild früher meist als “organisches Psychosyndrom” bezeichnet. Heute hat sich international der Begriff “Demenz” durchgesetzt. Im Anfangsstadium einer Demenz wird meist über eine zunehmende Vergeßlichkeit geklagt. Oft wird zunächst versucht, die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten zu kompensieren, etwa durch Gedächtnisstützen oder ausholende Umschreibungen bei Wortfindungsstörungen. Im fortgeschrittenen Stadium können Verhaltensprobleme auftreten wie:

- Umherirren,

- verbale und physische Aggressivität,
- unangemessenes sexuelles Verhalten und
- Panikreaktionen.

Die kognitiven Einbußen schränken, vor allem im fortgeschrittenen Krankheitsstadium, die Funktionsfähigkeit im Alltag erheblich ein. So gehen die Fähigkeiten zur Ausübung auch einfacher Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Ankleiden und persönliches Hygieneverhalten zunehmend verloren.

Die Demenz ist keine notwendige Folge des Alterungsprozesses oder ein "beschleunigtes Altern". Vielmehr unterscheiden sich die mit der Demenz verbundenen kognitiven Veränderungen erheblich von den kognitiven Veränderungen des "normalen" Alterns. Letztere interferieren nicht mit der Ausführung alltäglicher Aktivitäten. Einige Fähigkeiten, die im normalen Alterungsprozeß voll erhalten bleiben (z.B. verbale Fähigkeiten), werden durch eine Demenz sehr wohl beeinträchtigt. Es ist für den Kliniker wichtig, dem älteren Menschen zu erklären, daß alterskorrelierte Einbußen in bestimmten Gedächtnisfähigkeiten normal sind und solche Veränderungen nicht unbedingt auf eine beginnende Demenz hinweisen. Die (oft unbegründete) Angst vor einer Demenz kann selbst zu einem Problem werden.

### 3.1 Epidemiologie

Die Häufigkeit irreversibler dementieller Erkrankungen wird in der Gruppe der 65-69jährigen auf zwei bis drei Prozent geschätzt (Häfner, 1991). Im höheren Alter steigt die Häufigkeit der Demenz an, so daß von etwa 20-30% der 80-90jährigen angenommen wird, daß sie an Demenz leiden. Da das Risiko einer Erkrankung mit dem Alter steigt und der Anteil Hochbetagter an der Gesamtbevölkerung wächst, ist für die kommenden Jahrzehnte mit einem erheblichen Anstieg der absoluten Zahl Demenzkranker zu rechnen. Die Konsequenzen für das Gesundheitswesen (z.B. Pflegeversicherung) beginnen dramatisch zu werden.

Derzeit sind etwa 20% der Erkrankten in Institutionen untergebracht. Die meisten Dementen werden von Angehörigen, vor allem von Frauen, versorgt, für die die Betreuung zumeist eine erhebliche Belastung darstellt. Näheres zu Ätiologie, Diagnostik und medikamentöser Therapie der Demenz findet sich unter anderem bei Gutzmann (1994) und Bauer (1994).

### 3.2 Verhaltenstherapie

Ziele einer verhaltenstherapeutischen Intervention bei Dementen sind die:

- Stärkung (noch) vorhandener Fähigkeiten,
- Steigerung der Aktivität und
- Schaffung und Aufrechterhaltung von Kontakten.

Dem Patienten selbst sowie seinen Bezugspersonen soll der Umgang mit der dementiellen Behinderung und ihre Bewältigung erleichtert werden. Die Verhaltenstherapie kann hier, auch in Kombination mit anderen Methoden, einen wichtigen Beitrag leisten.

Die Möglichkeiten der Verhaltenstherapie für die Behandlung demenzkranker älterer Menschen werden mitunter pessimistisch eingeschätzt, da die Verhaltenssymptomatik als sekundäre Folge einer irreversiblen Störung kognitiver Funktionen und infolgedessen als unveränderbar betrachtet wird. Mittels empirischer Untersuchungen konnte jedoch gezeigt werden, daß durch verhaltenstherapeutische Techniken wie Stimuluskontrolle, Modellernen und operante Techniken sehr wohl Verhaltensänderungen bei Demenzpatienten zu erzielen sind (vgl. Hussian, 1981; Lehr, 1979). Zwar haben dementiell erkrankte ältere Menschen aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung große Schwierigkeiten Dinge zu lernen - unmöglich ist dies aber nicht. Je nach Schweregrad der Störung zielen verhaltenstherapeutische Techniken auf den Erhalt oder Wiedererwerb einfacher Fähigkeiten wie selbständiges Essen, Waschen und Ankleiden hin. Auch der Abbau von Verhaltensstörungen (z.B. Schreien, Spucken, Umherirren, aggressives und selbstverletzendes Verhalten) kann erzielt werden.

Ein Vorteil verhaltenstherapeutischer Techniken besteht darin, daß sie selbst in einem fortgeschrittenen Stadium des Demenzprozesses eingesetzt werden können. Die berichteten Erfolge rechtfertigen den Einsatz verhaltenstherapeutischer Methodik, da sie ausreichen, die Betreuung von Demenzkranken und das Zusammenleben mit ihnen zu erleichtern und ihr Wohlbefinden zu verbessern. Im Vergleich zu Interventionen, die mit Nicht-Dementen vorgenommen werden, sind die Erfolge jedoch bescheiden. Es besteht also kein Zweifel, daß Demenz das Lernen behindert und sich dies auch im Erfolg verhaltenstherapeutischer Interventionen niederschlägt. Verbesserungen sind am wahrscheinlichsten, wenn:

- Praktische Übungen einen großen Teil des verhaltenstherapeutischen Trainings ausmachen,
- ein Feedback über mehrere sensorische Systeme erfolgt und
- ein geringes Maß an kognitiven Fähigkeiten erforderlich ist.

### 3.3 Realitätsorientierungstraining

Das Realitätsorientierungstraining (ROT), entwickelt von den amerikanischen Psychiatern Folsom und Taulbee (1966), vereint Elemente der Verhaltens- und Milieuthherapie. Es hat die **Verbesserung der zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung** des verwirrten älteren Menschen zum Ziel sowie die **Förderung seiner Selbständigkeit und sozialen Kompetenz**. Es ist unabhängig von Entstehungsursache, Chronizität und Schweregrad der Störung anwendbar. In dieses Verfahrens können auch andere psychologische Ansätze integriert werden.

Ein deutschsprachiges Therapiemanual zum Realitätsorientierungstraining wurde von Noll (1990) entwickelt. Es enthält eine detaillierte Beschreibung der Hauptbestandteile, einschließlich konkreter Vorschläge für die Gestaltung von ROT-Gruppen.

Das Realitätsorientierungstraining setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen:

- Training des Personals,
- 24-Stunden-Realitätsorientierungstraining und
- ergänzende Gruppensitzungen (“Classroom“-Realitätsorientierungstraining).

Dem Einsatz des Realitätsorientierungstraining hat ein sorgfältiges **Training des Personals** vorauszugehen. Da das Realitätsorientierungstraining eine Neugestaltung des Institutionsalltags bedeutet, erfordert es eine besonders hohe Kooperationsbereitschaft seitens des Personals. Praktische Übungen können in Form von Rollenspielen durchgeführt werden.<sup>1</sup>

Das **24-Stunden-Realitätsorientierungstraining** zielt darauf ab, den Alltag demenzkranker Patienten “rund um die Uhr” auf eine Weise zu gestalten, die ihre Orientierungsfähigkeit unterstützt. Sehr wichtig ist es, den gesamten Institutions- und Stationsalltag unter dem Gesichtspunkt der Reorientierung zu gestalten, sowohl in Bezug auf interpersonell-interaktive Komponenten als auch auf umgebungsbezogene Komponenten. Bei jeder Begegnung zwischen Patienten und Personal werden verbale Informationen gegeben. Hierzu werden auch kurze Kontakte etwa beim Wecken oder Mahlzeitenbringen genutzt. Durch:

- Aufmerksamkeitslenkung auf Jahreszeit, Wochentag, Uhrzeit und Wetter,
- namentliche Anrede und

---

<sup>1</sup> Folgendes Videoband ist in deutscher Sprache erhältlich: Therapie mit Verwirrten 1-3, Hannover: Vincentz-Verlag 1990.

- sinngemäße Wiederholungen

wird das Realitätsbewußtsein des Demenzkranken unterstützt. Wichtig ist, dem Patienten im Gespräch **Erfolgserlebnisse zu vermitteln**. Fragen sind möglichst so zu stellen, daß der Patient antworten kann. Eine Unterhaltung, der er nicht folgen kann, wurde ihm sein Unvermögen vor Augen führen und Angst auslösen. Orientierte Äußerungen und Verhaltensweisen werden durch Aufmerksamkeit verstärkt. Desorientierte Äußerungen werden vorsichtig korrigiert, wenn es um weniger sensible Bereiche geht (z.B. Datum oder Uhrzeit). Werden empfindliche Bereiche berührt (z.B. der Verlust nahestehender Personen), so kann eine direkte Konfrontation mit der Realität große Unsicherheit, Angst oder Trauer auslösen. Besser ist es, die desorientierte Person abzulenken oder **auf das Gefühl einzugehen**, das hinter der desorientierten Äußerung steht (z.B. das Vermissen einer verstorbenen Person) und dieses anzuerkennen.

Die **Gestaltung der dinglichen Umwelt** ist neben der interpersonell-interaktiven Komponente ein weiterer wesentlicher Baustein des 24-Stunden-Realitätsorientierungstrainings. Die Umgebung sollte so überschaubar, angenehm und anregend wie nur möglich gestaltet sein. Räume sind durch Schilder, Zeichen, Farben und anderes mehr deutlich zu kennzeichnen. Uhren und Kalender unterstützen die selbständige zeitliche Orientierung. Die Patienten müssen systematisch auf diese Orientierungshilfen hingewiesen und in ihrem Gebrauch trainiert werden.

**Strukturierte Gruppensitzungen** ("Classroom-Realitätsorientierungstraining") stellen eine Ergänzung zum 24-Stunden-Realitätsorientierungstraining dar. Sitzungen von einer halben bis zu einer Stunde Dauer werden täglich in kleinen Gruppen von drei bis sechs Personen durchgeführt, die von ein oder zwei Leitern betreut werden. Während dieser Gruppensitzungen findet eine intensive Realitätsorientierung statt. Ziele sind:

- Förderung des Bezugs zur Wirklichkeit sowie
- des Interesses und der Anteilnahme an der Umgebung,
- Verhinderung eines sozialen Rückzugs durch die Unterstützung von Kommunikation und schließlich
- die Vermittlung von Erfolgserlebnissen und damit
- ein größeres Selbstvertrauen.

Die Sitzungen erfordern vor allem Kreativität und Flexibilität der Gruppenleiter entsprechend den Fähigkeiten und Interessen der Teilnehmer. Wichtig ist eine möglichst homogene Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit der Teilnehmer. Holden und Woods (1988) schlagen drei Schwierigkeitsstufen vor:

- **Basisgruppen** setzen sich aus Patienten zusammen, bei denen ein deutlicher intellektueller Abbau zu verzeichnen ist. In diesen Gruppen liegt der Schwerpunkt auf der Präsentation und Wiederholung aktueller Informationen und Materialien zur Orientierung (z.B. Namen, Jahr, Monat, Tag, Wetter). Der Therapeut hat eine sehr aktive Rolle. Ein nützliches Hilfsmittel ist eine Wandtafel, auf der wichtige Informationen visuell dargeboten werden.
- **In Standardgruppen** für mäßig desorientierte Patienten braucht weniger Aufmerksamkeit auf die Vermittlung grundlegender orientierender Informationen gelegt zu werden, so daß das Aktivitäts- und Gesprächsspektrum breiter ist. Eine Reihe von Hilfsmitteln kann eingesetzt werden, beispielsweise Bilder, Alltagsgegenstände und Erinnerungsstücke.
- Die **dritte Stufe** richtet sich an Personen, die erste Anzeichen von Beeinträchtigung oder Verwirrung zeigen. Die Ziele sind die Erhaltung der vorhandenen kognitiven Leistungsfähigkeit sowie größtmögliche Unabhängigkeit und Selbstbestimmung. Der Therapeut tritt als Gruppenleiter zurück und hat eine eher beratende und assistierende Funktion. Aktivitäten wie Kochen, Musik hören, Einkaufen und Ausflüge können unternommen werden.

Die Gruppensitzungen sollten immer genau geplant werden, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Es empfiehlt sich die Zusammenstellung von Karteikarten, auf denen Aktivitäten und Gesprächsthemen für die ROT-Sitzungen sowie die nötigen Materialien vermerkt sind. Es liegen Materialsammlungen vor, die in ROT-Gruppen oder Gruppen, die der Stimulation, "Resensibilisierung" und "Remotivation" (vgl. Lehr, 1979) kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen dienen, eingesetzt werden können. Hier ist als Beispiel die "Kartei praktischer Vorschläge zur psychosozialen Therapie mit verwirrten alten Menschen" von Weitzel-Polzer, Rasehorn, Rasehorn und Brühl (1988) zu nennen. Die Karteikarten sind nach Schwierigkeitsstufen und Funktionsbereichen geordnet:

- Gedächtnis und geistige Fähigkeiten,
- personelle, räumliche, zeitliche und situative Orientierung,
- Wahrnehmung sowie
- soziale Kompetenz.

Zum Realitätsorientierungstraining wurden eine Reihe empirischer Untersuchungen durchgeführt (vgl. Lehr, 1979; Noll, 1990). Nach der Mehrzahl dieser Studien bewirkt das Realitätsorientierungstraining insbesondere im Bereich der **verbalen Orientierung** Veränderungen. Umstritten ist die Frage der Generalisierung dieser Effekte auf andere Funktionsbereiche. Um Verhaltensänderungen zu erzielen, ist ein systematisches Training zur Benutzung von

Orientierungshilfen (z.B. Hinweisschilder) wesentlich. Katamnestiche Untersuchungen ergaben eine geringe Dauerhaftigkeit der Effekte. Zur Erhaltung der Orientierungsverbesserung ist eine kontinuierliche Durchführung der Therapie notwendig. Die Erfolge sind sehr unterschiedlich, in der Literatur werden jedoch keine eindeutigen Hinweise für eine Differentialindikation gegeben.

Von Kritikern sind die Zielsetzung und das Vorgehen des Realitätsorientierungstraining in Frage gestellt worden. So fuhren Baines, Saxby und Ehlert (1987) ein von ihnen festgestelltes Absinken der Lebenszufriedenheit nach den Sitzungen darauf zurück, daß die Patienten mittels der Realitätsorientierung zu einer realistischeren Einschätzung ihrer eingeschränkten Möglichkeiten gelangen. Konfrontation mit der Realität kann angstausslösend wirken, wenn - wie einige Kliniker meinen - desorientiertes Verhalten (z.B. Konfabulation, d.h. Gesprächsbeiträge ohne Bezug zur Situation um Gedächtnislücken zu überspielen) den Bewältigungsversuch einer kognitiv behinderten Person darstellt, weil die Realität für sie unverständlich und beängstigend ist. Weiter wird kritisiert, daß die dem Patienten vermittelten Informationen für das Alltagsleben des Patienten irrelevant seien, da zum Beispiel Datum und Uhrzeit wenig praktische Bedeutung für den institutionalisierten älteren Menschen haben. Wesentlich sei es daher, das Realitätsorientierungstraining nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten auszurichten und seine (auch emotionalen) Reaktionen genau im Auge zu behalten.

#### 4 Harninkontinenz

Harninkontinenz, das heißt unkontrolliertes und unfreiwilliges Urinieren, ist unter älteren Menschen eine weitverbreitete Störung mit nicht nur medizinischen, sondern auch schwerwiegenden psychologischen und sozialen Folgeproblemen (siehe auch Klinkenberg und Ehlert in diesem Buch). Etwa fünf bis zehn Prozent der nicht-institutionalisierten Personen über 70 Jahre sind davon betroffen. Bei den in Institutionen lebenden sind es schätzungsweise 50% (Williams & Pannil, 1982), wobei die Prävalenzrate bei Frauen höher liegt. Inkontinenz kann in jedem Lebensalter auftreten. Betagte Menschen sind jedoch am häufigsten betroffen. Daher wird Inkontinenz oft fälschlicherweise als unvermeidliche und unbehandelbare Folge des Alterns angesehen.

Der Kontrollverlust über eine so wichtige Körperfunktion hat gravierende psychische und soziale Folgen. Die Betroffenen erleben diesen Defekt als:

- Selbstentwertung,
- persönliches Versagen und Ungenügen sowie

- erdrückende Demütigung.

Der Verlust der Körperkontrolle erfüllt sie mit Angst, von der Umwelt nicht mehr akzeptiert zu werden und somit zunehmend einsam und isoliert zu sein. Sie selbst empfinden sich als abstoßend; das Gefühl der Scham kann so stark sein, daß sie es nicht mehr wagen, sich anderen Menschen zuzumuten. Die Folgen sind Selbstisolation und das Gefühl des Ausgestoßenseins. Scham-, Angst- und Schuldgefühle sind häufig der Grund dafür, daß die Störung von den Betroffenen verschwiegen und keine ärztliche Hilfe aufgesucht wird, obwohl vielen von ihnen durch geeignete Maßnahmen geholfen werden könnte. Auch für pflegende Angehörige stellt die Inkontinenz eine beträchtliche zusätzliche Belastung dar, die sie zu einem der häufigsten Gründe für eine Heimeinweisung werden läßt.

#### 4.1 Verhaltensmedizinische Diagnostik

Das mittels der medizinischen Untersuchung gewonnene Wissen um eine der Inkontinenz eventuell zugrundeliegende Erkrankung, ist für den Verhaltenstherapeuten unverzichtbar; es reicht jedoch für eine verhaltensmedizinische Behandlung nicht aus. Wichtig ist es, ätiologische Faktoren zu erkennen, die einer Veränderung durch verhaltenstherapeutische Interventionen nicht zugänglich sind. Andererseits ist die Inkontinenz älterer Menschen immer multifaktoriell bedingt, das heißt auch bei medizinischem Befund gibt es in den meisten Fällen Verhaltensfaktoren, die Einfluß auf das Auftreten der Inkontinenz nehmen. Diese Faktoren sind häufig einer Verhaltensmodifikation zugänglich. Das **Ziel** der verhaltensmedizinischen Diagnostik der Inkontinenz ist eine möglichst genaue Beschreibung der Störung, des damit in Zusammenhang stehenden Verhaltens sowie dessen Antezedenzen und Konsequenzen. Zu Beginn der Diagnostik steht das verhaltensanalytische Interview mit dem Betroffenen oder, falls dieser beispielsweise aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen dazu nicht in der Lage ist, mit seinen Pflegepersonen. Typische Ereignisse von Inkontinenz sollten möglichst genau erfragt werden, ebenso die ihnen vorausgehenden Stimulusbedingungen (vgl. Kasten 1).

Zu den Reizen, die durch klassische Konditionierung an die Blasenentleerung gekoppelt sind und so zum Auslöser eines Ereignisses von **Dranginkontinenz** werden, gehört der Anblick oder die imaginative Vorstellung einer Toilette. Mitunter genügt aufgrund des gleichen Konditionierungsmechanismus schon das Betreten der Wohnung zur Auslösung einer Kontraktion des Detrusormuskels (Muskulatur, die die Entleerung der Blase bewirkt). Bei der **Streibkontinenz** sind es häufig bestimmte körperliche Anstrengungen, die dem Einnässen

vorangehen. Mitunter ist sich der Patient ihrer nicht bewußt, so daß hier genau nachgefragt werden muß.

Kasten 1: Frageformulierungen zur Erfassung von Inkontinenz.

- In welchen Situationen tritt die Inkontinenz auf?
- Zu einer bestimmten Tageszeit?
- An einem bestimmten Ort?
- In Anwesenheit bestimmter Personen?
- Auf dem Weg zur Toilette?
- Welche Konsequenzen folgen auf das inkontinente Verhalten:
  - Wie reagieren die Betreuer und andere Bezugspersonen?
  - Nimmt der Betroffene die Säuberung der Wäsche selbständig vor?

Bei der Gesprächsführung ist zu beachten, daß nur ein sehr behutsames und einführendes Erfragen zielführend sein wird: Nur wenn der Patient beziehungsweise sein Angehöriger genügend Vertrauen gewinnt, um offen und klar über das Problem zu sprechen, können die Informationen gewonnen werden, die für die Planung einer effektiven Behandlung unverzichtbar sind.

## 4.2 Diagnose der kognitiven Fähigkeiten

Es sollte abgeklärt werden, ob im Rahmen eines dementiellen Prozesses als Grunderkrankung Gedächtnisstörungen und Desorientierung vorliegen, die kontinentes Verhalten behindern.

### 4.2.1 Verhaltensbeobachtung

Auch die **direkte Verhaltensbeobachtung** kann Aufschlüsse darüber geben, ob kognitive Defizite der Ausführung der zum kontinenten Verhalten notwendigen Schritte im Wege stehen:

- Ist die Person in der Lage, die Toilette selbständig zu finden und diesbezüglichen Instruktionen zu folgen?
- Weiß sie, wie man sie richtig benutzt?

Die Verhaltensbeobachtung kann auch bei Einschränkungen der Mobilität wertvolle Hinweise geben:

- Wieviel Zeit benötigt der Patient zum Erreichen der Toilette und dazu sich freizumachen?

- Mit welcher Kleidung beziehungsweise welchen Verschlüssen kommt er am besten zurecht?

Die Verhaltensbeobachtung kann wichtige Ergänzungen zu den im verhaltensanalytischen Interview gewonnenen Informationen erbringen; sie ist selbstverständlich nur dort einzusetzen, wo sie die Schamgefühle des Betroffenen nicht verletzt. Ansonsten sind Methoden der Selbstbeobachtung vorzuziehen.

### 4.2.2 Symptomtagebuch

Ein bei entsprechender Motivation des Betroffenen verlässliches Instrument der **Selbstbeobachtung** ist das Symptomtagebuch, in das alle **willentlichen Entleerungen** der Blase und jedes **Einnässen** eingetragen werden. Es vermittelt Informationen über die Häufigkeit und zeitlichen Muster der Ereignisse sowie über die sie begleitenden Bedingungen. Es können auch detailliertere Angaben erfragt werden, wie die genaue Menge des Harns oder die Stärke des Harndrangs (anzugeben auf einer Rating-Skala).

Die Verwendung eines Symptomtagebuchs ist unbedingt anzuraten, da sich oft erstaunliche Diskrepanzen zwischen dem aus dem Gedächtnis Berichteten und den Angaben im Tagebuch zeigen. Um genügend Informationen zu gewinnen, sollte das Tagebuch zwei bis drei Wochen lang geführt werden, bevor es ausgewertet, ein Behandlungsplan erarbeitet und durchgeführt wird. Das Führen des Symptomtagebuchs wird während der verhaltensmedizinischen Intervention fortgesetzt und dient dann der Evaluation der Behandlung; Fortschritte können vom Patienten unmittelbar festgestellt werden und verstärkend wirken.

Ist der Patient hierzu aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht in der Lage, kann das Symptomtagebuch von den betreuenden Angehörigen oder dem Personal einer Institution geführt werden.

## 4.3 Verhaltensmedizinische Intervention

Die Indikation für eine Verhaltenstherapie hängt davon ab, ob mittels der Verhaltensanalyse Stimulusbedingungen oder Verhaltensfaktoren gefunden wurden, die einer Modifikation durch die zur Verfügung stehenden Methoden zugänglich sind. Bei älteren Patienten ist zusätzlich zu bedenken, daß eine Operation häufig aufgrund des allgemeinen Gesundheitszustandes zu riskant erscheint und eine medikamentöse Behandlung (besonders in Wechselwirkung mit anderen Präparaten) möglicherweise unerwünschte Nebenwirkungen hervorruft. Bei der verhaltensmedizinischen Intervention zur Behebung der Inkontinenz sind grundsätzlich zwei Formen zu unterscheiden:

- Selbstmanagement und
- Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken durch das pflegende Personal oder Angehörige.

### 4.3.1 Adäquate Gestaltung von Umweltbedingungen

Ob das Problem nun mittels Selbstmanagement oder durch Intervention der Bezugspersonen angegangen werden soll - die günstige Gestaltung der äußeren Bedingungen stellt eine Voraussetzung für die Effektivität eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms dar. Häufig sind es bauliche und Ausstattungsmängel, die kontinentes Verhalten erschweren. Die Umgebungsbedingungen sollten so gestaltet oder verändert werden, daß sie das rechtzeitige Erreichen der Toilette auch einem körperlich oder kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen ermöglichen.

Tabelle 2: Richtlinien der Umgebungsgestaltung.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sitzgelegenheiten sollten nicht zu tief sein, da das Aufstehen Körperbehinderten sonst besonders schwer fällt.</li> <li>● Betten dürfen nicht zu hoch sein, da der ältere Mensch sonst Angst haben könnte zu fallen.</li> <li>● Neben dem Bett sollte Platz für einen Nachtstuhl vorhanden sein.</li> <li>● Toiletten müssen in ausreichender Anzahl vorhanden sein, um Warten zu vermeiden.</li> <li>● Der Weg zur Toilette darf nicht zu weit sein, muß durch Haltegriffe gesichert sein und darf nicht durch "Barrieren" (z.B. schwer zu öffnende Türen, Möbel, parkende Rollstühle) verstellt sein; er muß außerdem nachts gut erleuchtet und die Lichtschalter leicht zu finden sein.</li> <li>● Für Personen mit Orientierungsstörungen ist der Weg zur Toilette deutlich durch Symbole (z.B. Pfeile) zu kennzeichnen und der richtige Eingang eindeutig zu markieren. Die Bedeutung der Symbole muß selbstverständlich sorgfältig erlernt werden (s. Realitätsorientierungstraining).</li> <li>● Auch bei Sehbehinderungen sind ausreichend große Hinweisschilder hilfreich.</li> <li>● Die Toilette sollte ein angenehmer Ort sein, nicht zu eng, beheizt, belüftet und ebenfalls durch Haltegriffe gesichert.</li> <li>● Der Sitz darf nicht zu tief sein.</li> <li>● Eine Rufanlage sollte für Notfälle und zur Vermittlung von Sicherheit vorhanden sein.</li> <li>● Morgenmantel und Pantoffeln müssen neben dem Bett erreichbar sein.</li> <li>● Komplizierte Kleidungsverschlüsse sind zu vermeiden, so empfehlen sich beispielsweise Druckknöpfe.</li> </ul> |
|--|

Ist die Kleidung günstig gewählt und die räumliche Ausstattung adäquat, so ist das Problem der Inkontinenz häufig schon deutlich entschärft. Günstige Umweltbedingungen stellen eine wesentliche Rahmenbedingung für die Effektivität weiterer verhaltenstherapeutischer Maßnahmen dar.

### 4.3.2 Zeitpläne

Zeitpläne sind die in Altenheimen am häufigsten eingesetzte verhaltensorientierte Methode zur Minderung der Inkontinenz. Es gibt verschiedene Arten von Plänen, die sich in folgenden Punkten unterscheiden:

- Bleiben die Intervalle zwischen den Blasenentleerungen gleich oder werden sie ausgedehnt?
- Ist das Aufsuchen der Toilette selbstinitiiert oder wird von den betreuenden Personen daran erinnert?

Bei schweren kognitiven Defiziten wird der Patient in regelmäßigen Zeitabständen (z.B. alle ein bis zwei Stunden) gefragt, ob er die Toilette aufsuchen möchte. Ist die Antwort positiv, wird ihm nötigenfalls bei der Ausführung geholfen. Der Zeitplan kann zunehmend auf die individuellen Miktionsbedürfnisse abgestimmt werden, wobei folgendermaßen vorgegangen wird:

- Zunächst wird alle zwei Stunden nachgesehen, ob der Patient trocken ist, und er wird aufgefordert, die Toilette aufzusuchen.
- Über alle dabei erfolgten Blasenentleerungen und jedes Einnässen wird Buch geführt.
- Gelingt es, nach einigen Tagen Beobachtung ein zeitliches Miktionsmuster zu identifizieren, ist das Ziel, die Zeitintervalle zwischen den Toilettenbesuchen so zu ändern, daß sowohl dem Einnässen zuvorgekommen wird als auch das unnötige Aufsuchen der Toilette vermieden wird.

Bei kognitiv nicht beeinträchtigten Personen mit Dranginkontinenz kann eine solche systematische Änderung der Miktionsgewohnheiten selbständig durchgeführt werden: Die Intervalle zwischen den Blasenentleerungen werden langsam bis auf drei oder vier Stunden ausgedehnt. Damit wird der Inkontinenz fördernden Gewohnheit einer zu häufigen Blasenentleerung entgegengewirkt; die Hebung der Schwelle für die Kontraktion des Detrusormuskels und eine vergrößerte Blasenkapazität werden angestrebt. Ziel ist eine normale Blasenfunktion. Forschungsarbeiten haben die Effektivität der Veränderung der Miktionsgewohnheiten nachgewiesen (z.B. Jarvis, 1981).

Der Wirkmechanismus läßt sich in den Termini der Lerntheorie so beschreiben, daß ehemals konditionierte Reflexe wieder etabliert werden: Ein häufiges Urinieren unter "falschen" internen und externen Stimulusbedingungen (z.B. kein Blasendruck, im Bett) hat die "normale" Stimulus-Response-Verbindungen (z.B. Blasendruck - Bettpfanne oder Toilette - Wasserlassen) zerstört. Durch systematische Annäherung an normale Miktionsgewohnheiten wird die normale konditionierte Reaktion wieder errichtet.

### 4.3.3 Das ‘Klingelkissen’

Auf eine normale Blasenkontrolle zielt auch das “Klingelkissen”, das ursprünglich zur Behandlung des nächtlichen Einnässens bei Kindern entwickelt wurde. Sobald eine unter dem Bettlaken befindliche urinsensitive Unterlage naß wird, ertönt eine Klingel. Jedesmal wenn die Person einnäßt, wird sie auf diese Weise geweckt. Nach einiger Zeit wird durch Konditionierung die Wahrnehmung eines bestimmten Blasendrucks mit dem Klingeln assoziiert und der Betroffene sollte allein durch den Blasendruck aufwachen.

### 4.3.4. Operante Methoden

Das beschriebene Blasentraining und die Änderung der Miktionsgewohnheiten werden in einem institutionellen Setting oder bei der häuslichen Pflege durch gezielt eingesetzte Verstärker wesentlich unterstützt: Positive Verstärker (z.B. Lob, Gespräch, Tokens) werden auf erwünschtes, also kontinentes oder auf Kontinenz hinzielendes Verhalten (z.B. Benutzung der Toilette, Ausdehnung des Zeitintervalls zwischen zwei Blasenentleerungen) hin erteilt. Dabei sollte der Grund für die Zuwendung erklärt werden. Für ein Verstärkerprogramm bieten sich verschiedene Paradigmen der Verhaltensmodifikation an:

- **Lernen am Modell** ist möglich, wenn der inkontinente Altenheimbewohner neben Mitbewohner plaziert wird, die kontinentes Verhalten zeigen und für dieses vom Personal verstärkt werden.
- Bei der **Verhaltensformung** (“Shaping”) werden Verhaltensweisen belohnt, die eine Annäherung an das Zielverhalten “selbständiger Toilettenbesuch” darstellen. Die Teilschritte könnten folgendermaßen aussehen:
  - Die Toilette wird mit Hilfe des Personals besucht.
  - Die Hilfe des Personals wird langsam ausgeblendet.
  - Der Aufforderung zum Toilettenbesuch wird Folge geleistet.
  - Der Besuch der Toilette wird selbständig initiiert und ausgeführt.
- Bei der **Verhaltensverkettung** (“Chaining”) wird zunächst nur der letzte Teil der Verhaltenskette ausgeführt und belohnt, dann wird die Verhaltenssequenz durch “Ankettung” der vorangehenden Glieder sukzessive verlängert. Im Falle des **Kontinenztrainings** könnte zunächst nur das Ankleiden nach der Benutzung der Toilette geübt und verstärkt werden, im nächsten Schritt das Wasserlassen in die Toilette mit anschließendem Ankleiden bis hin zur gesamten Verhaltenssequenz, angefangen bei der selbständigen Entscheidung zum Besuch der Toilette.

Die Anforderungen eines Kontinenztrainings an die Kooperationsbereitschaft des Personals sind groß. Das Programm steht und fällt mit der konsistenten Behandlung des Patienten durch alle Bezugspersonen. Die Initiierung eines

verhaltenstherapeutischen Programms wird häufig an einer zu geringen Personalkapazität scheitern. Zu Beginn ist dieser Ansatz tatsächlich zeitintensiver als die herkömmliche Form der Pflege. Wenn die Implementierung gelingt, sind jedoch gute Ergebnisse zu erwarten (vgl. Burgio & Burgio, 1991), so daß längerfristig viel Zeit, die ohne ein solches Programm für die Beseitigung der Folgen von Inkontinenz nötig wäre, anderweitig eingesetzt werden kann.

Wichtig für die Aufrechterhaltung der durch ein Verstärkerprogramm oder Kontingenzmanagement erworbenen kontinenten Verhaltensmuster ist bei einem Wechsel der Umgebung (z.B. Rückkehr vom Krankenhaus nach Hause) das **“Fading”**, das heißt der langsame Übergang von einer Situation in eine andere. Die Situation, in der das neu erlernte (bzw. wiedererlernte) Verhalten gezeigt werden soll, muß der Situation, in der es erlernt wurde, möglichst ähnlich sein; vor allem die Kontingenzen müssen beibehalten werden. Die Angehörigen sollten wissen, auf welche Weise in der Institution mit dem Problem umgegangen wurde und zu einer Etablierung des Verhaltensmanagements zu Hause angeleitet werden.

#### 4.3.5 Biofeedback

Ziel des EMG-Biofeedback ist eine verbesserte Kontrolle des Blasenmuskels und der Schließmuskeln. Der zugrundeliegende Mechanismus ist eine **operante Konditionierung**: Normalerweise nicht wahrnehmbare physiologische Reaktionen werden mittels des Biofeedback-Geräts gemessen und dem Patienten optisch oder akustisch rückgemeldet. Erwünschte Reaktionen werden so verstärkt. Auf diese Weise können die Patienten die Kontrolle über ihre Reaktionen verbessern.

Es handelt sich um eine **Methode des Selbstmanagements**, die vom Betroffenen eine gute Einsicht in die Zusammenhänge und ein sehr diszipliniertes Üben erfordert. Es ist daher bei kognitiv beeinträchtigten Patienten kontraindiziert.

Die Effektivität verhaltensmedizinischer Methoden zur Behandlung der Inkontinenz ist genügend nachgewiesen, um ihre Anwendung in der klinischen Praxis zu empfehlen. Der Forschungsstand zur differentiellen Indikation ist jedoch eher unzureichend. Einige Lücken könnten durch eine systematische Evaluation durchgeführter Behandlungen geschlossen werden. Eine enge Kooperation von Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen wie Verhaltenstherapeuten, Urologen, Gynäkologen, Krankenschwestern, Gerontologen und Evaluationsforschern wäre in diesem Bereich besonders wichtig und könnte wesentliche Erkenntnisse über die differentielle Effektivität der vorgestellten Verfahren erbringen.

## 5 **Schlußfolgerungen**

Anhand der Krankheitsbilder Demenz und Inkontinenz sollten die Grenzen und Möglichkeiten des verhaltensmedizinischen Ansatzes aufgezeigt werden, der bisher in der deutschen Geriatrie zu wenig beachtet wird. Ein ausführlicher Überblick findet sich bei Bayen und Haag (im Druck). Es ist zu wünschen, daß in den kommenden Jahren diese Ansätze sowohl in der Forschung als auch klinischen Praxis häufiger angewandt werden, um so ihre Effektivität nachweisen beziehungsweise überprüfen zu können.

## **Literatur**

- Baines, S., Saxby, P. & Ehlert, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy: A controlled cross-over study of elderly confused people. *British Journal of Psychiatry*, 151, 222-231.
- Bauer, J. (1994). *Die Alzheimer-Krankheit*. Stuttgart: Schattauer.
- Brocklehurst, J.C. (1980). *Geriatrische Rehabilitation*. Schwerpunkte der Geriatrie 6. München: Banaschewski.
- Brody, J., Brock, D.B. & Williams, T.F. (1987). Trends in the health of the elderly population. In L. Breslow, J.E. Fielding & L.B. Lave (Eds.), *Annual Review of Public Health*, No. 8 (211-234). Palo Alto: Annual Reviews.
- Burgio, K.L. & Burgio, L.D. (1991). The problem of urinary incontinence. In P.A. Wisokki (Ed.), *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client* (317-336). New York: Plenum.
- Folsom, J.C. & Taulbee, L.R. (1966). Reality orientation for geriatric patients. *Journal of Hospital and Community Psychiatry*, 17, 133-135.
- Freud, S. (1969). *Darstellungen der Psychoanalyse*. Frankfurt: Fischer.
- Gutzmann, H. (Hrsg.) (1994). *Der dementielle Patient*. Bern: Huber.
- Häfner, H. (1991). Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In G. Haag & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Alte Menschen - Ansätze psychosozialer Hilfen* (27-63). München: Röttger.
- Holden, U.P. & Woods, R.T. (1988). Reality orientation. Psychological approaches to the "confused" elderly. New York: Churchill/Livingstone.
- Hussain, R. (1981). *Geriatric psychology: A behavioral perspective*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Jarvis, G.J. (1981). A controlled trial of bladder drill and drug therapy in the management of detrusor instability. *Journal of Urology*, 53, 565-566.
- Lehr, U. (1979). Gero-Intervention - das Insgesamt der Bemühungen, bei psycho-physischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In U. Lehr (Hrsg.), *Interventionsgerontologie* (1-49). Darmstadt: Steinkopff.
- Nolan, L. & O'Malley, K. (1988). Prescribing for the elderly. Part II. Prescribing patterns: Differences due to age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 245-254.
- Noll, P. (1990). *Therapiemanual zur Behandlung verwirrter alter Menschen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Freiburg: Psychologisches Institut der Universität.

- Weitzel-Poker, E., Rasehorn, H., Rasehorn, E. & Brühl, C. (1988). Therapie. Kartei praktischer Vorschläge zur psychosozialen Therapie mit verwirrten alten Menschen. Hannover: Vincentz.
- Weltgesundheitsorganisation (1986). Dementia in later life: Research and action. Technical Report Series 730. Genf: WHO.
- Williams, M.E. & Pannil, F.C. (1982). Urinary incontinence in the elderly, physiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Annals of Internal Medicine*, 97, 895-907.