

Geistige Behinderung und Alter – psychiatrische Betreuung in der Praxis

Fallstricke im Umgang mit älteren geistig Behinderten – vom Umgang mit ärztlicher Intuition und wissenschaftlichen Fakten

Altwerden ist nichts für Feiglinge, d.h. Altwerden ist auch für nicht Behinderte, ohne psychiatrische Symptome und ohne frühe dementielle Entwicklung, nicht einfach. Unsere neuropsychologische Fähigkeiten verändern sich im Alter. Trotzdem müssen wir lernen, um Walter Vogt zu zitieren, so alt zu sein, wie wir sind – nach einer Zeit des sozialen Wachstums sollten wir uns um unsere Individuation und unsere Grenzen kümmern – „Irgendwo in der Mitte des Lebens ist die Geburt des Todes“, hat C.G.Jung einmal formuliert.

Nun leben geistig Behinderte in einem komplexen System zwischen Gesellschaft, Familie, Heim und Werkstatt, resp. Beschäftigung, d.h. sie leben in Abhängigkeiten, die sie nur sehr bedingt frei gewählt haben. Und sie sollten möglichst normal und selbstständig funktionieren. Und sie und alle ihre Bezugspersonen sind stolz auf das, was sie erreicht haben.

Geistig Behinderte sollten auch normal alt werden, aber häufig setzt, vor allem bei Menschen mit Downsyndrom, eine dementielle Entwicklung früh ein – oder dann ist, zumindest bei der erwähnten erhöhten Beanspruchung beim Älterwerden, ihre neurokognitive Reserve kleiner. Daraus resultiert eine erhöhte Störungsanfälligkeit im Alltag, die soziale Kompetenz wird zum ernsthaften Problem. Dies ist aber nicht nur für den Patienten schwierig, sondern auch für seine Familie und seine Betreuer. Diese sind, nach Jahren des Wachstums trotz allem konfrontiert mit einer abnehmenden Leistungsfähigkeit und häufig ist es schwierig zu entscheiden, wie weit es sinnvoll ist, dem Drängen des Patienten nach mehr Rückzug – ich denke, ein normales Phänomen beim Älterwerden – nachzugeben. Wie weit ist der Patient überfordert, resp. wie weit will er einfach den Weg des geringsten Widerstandes gehen. Und es ist für alle schwierig, mit weniger Leistungen der Behinderten klar zu kommen.

Wie für die Eltern schon bei der Geburt ein geistig behindertes Kind eine Kränkung ist, ist auch ein Leistungsabfall im Alter ein emotionales Problem für alle Beteiligten. Dazu kommen bei den jetzt alten Eltern unserer älter werdenden Behinderten oft Schuldgefühle, weil sie selber gebrechlich werden und sich nicht mehr so intensiv um ihre Töchter und Söhne kümmern können, gleichzeitig aber auch jetzt kaum Verantwortung abgeben können. Dass es häufig besser gewesen wäre, Eltern und Behinderte hätten schon in der Adoleszenz einen neuen Umgang gefunden miteinander, ist ein wichtiges Thema, dass wir hier aber nicht auch noch diskutieren können.

Was heisst das nun für den psychiatrischen Alltag?

Wir müssen auch hier bio-psycho-sozial denken und handeln. Eine saubere Diagnostik ist oft schwierig, aber Symptome und Syndrome sind klar und müssen behandelt werden, wenn wir verhindern wollen, dass der Behinderte und sein Betreuungssystem nicht dekomensieren.

Wir müssen medizieren und da stehe ich häufig in einem Dilemma – oft muss für die Betreuer und die Mitbewohner, auch zu deren Sicherheit, rasch etwas passieren – andererseits ist das Behindertengehirn noch mehr eine Blackbox als das eines nicht geistig Behinderten und natürlich gilt „Start low, raise slow, go high“ – nicht vergebens ist also der Gebrauch von Psychopharmaka für geistig Behinderte mit wenigen Ausnahmen eine Off-Line-Indikation. Immer wieder erlebe ich, dass die zu behandelnde Symptomatik rasch wechselt und die Gefahr einer Über- oder Unterdosierung

ist gross. Oft renne ich mit meinen Dosierungen der Symptomatik hinterher. Manchmal sind es retrospektiv Anpassungsstörungen gewesen, manchmal Delirien, aber häufig weiss ich einfach nicht wieso. Hier gibt es m.E. ein Ausbildungsproblem, d.h. je häufiger wir in den Betreuerteams auch psychiatrisch ausgebildete Mitarbeiter haben, desto kompetenter können wir medizieren.

Wir müssen aber auch, zumindest bei leicht bis mittel Behinderten, psychotherapieren – auch geistig Behinderte haben Probleme mit dem Älterwerden und, sobald sie sich verstanden und wertgeschätzt fühlen, sind sie sicher besser in der Lage, mit ihrer Situation klar zu kommen. Dabei haben wir Psychotherapeuten den Vorteil, dass wir ausserhalb des Systems und unter dem Berufsgeheimnis stehen und so noch andere Möglichkeiten haben als Eltern und Sozialpädagogen. Trotzdem müssen aber Dinge, die das System betreffen, wenn möglich kommuniziert werden, wobei ich das Wie aber mit dem Patienten offen bespreche.

Und wir müssen im Kontakt sein mit Angehörigen und Betreuern. Geistig Behinderte haben eine grosse Tendenz zum Splitting, d.h., wenn ich diesen Kontakt nicht habe, erfahre ich entweder nichts von den Problemen im Alltag – oder mein Patient ist immer das Opfer. Nur durch diesen Austausch können immer wieder neu Lösungen gefunden werden, die den realen Fähigkeiten der Behinderten entsprechen.

19.05.14