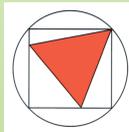


Wahnerkrankungen im Alter

Eine Broschüre für Angehörige, professionelle Helfer
und Interessierte

Ein Projekt von Mitarbeitern folgenden Trägers



Projekte für Jugend-
und Sozialarbeit e.V.

Danksagungen

- für die Anregung dieser Broschüre:
der Münchner Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie (MARGE)
- für das Korrekturlesen:
Frau Rosemarie Oberbauer
- für das Layout:
Herrn Werner Ponikwar
- Für Mithilfe, Anregungen und Verbesserungsvorschläge:
Frau Simone Eiche, Herrn Diego Feßmann, Frau Brigitte Hörmann, Frau Tatjana van Löchtern, Frau Ulrike Bernauer, Frau Petra Wüst

Inhalt

Kapitel	Seite
1 Einführung	4
2 "Das macht mich wahnsinnig!" Beispiele häufiger Äußerungen bei wahnkranken älteren Menschen	7
3 Wahrnehmungen im Alltag - ein Fallbeispiel	8
4 Häufige Wahnthemen im Alter	10
5 Der Wahn aus Sicht der Angehörigen	13
6 Ursachen	15
7 Funktionen des Wahns	23
8 Wie gehe ich mit wahnhaft veränderten Älteren um?	26
9 Therapiemöglichkeiten	32
10 Kontaktadressen	37
11 Literatur	41

1 Einführung

Wahnhaftige Störungen können in jedem Lebensalter auftreten. Mit dem wachsenden Anteil von älteren Menschen in der Bevölkerung nimmt die Bedeutung von Wahnerkrankungen im Alter zu. Sie stellen für das Umfeld des Betroffenen eine besondere Schwierigkeit dar. Informationsdefizite und Vorurteile prägen die Einstellung gegenüber solchen psychischen Krankheiten. Der Zugang zum Erkrankten scheint oft nicht möglich aufgrund "verrückter" Äußerungen und Verhaltensweisen.

Wir möchten zunächst kurz die Problematik beschreiben, bevor Sie in den folgenden Kapiteln weiter gehende Informationen über diese Erkrankung erhalten. Auch möchten wir Ihnen einen Einblick in das Erleben und Fühlen wahnhaft erkrankter Mitmenschen geben (siehe Kapitel 3 und 7), Ihnen praktische Ratschläge für das tägliche Miteinander nennen (siehe Kapitel 8) und auf entsprechende Therapiemöglichkeiten (siehe

Kapitel 9) verweisen. Am Schluss dieser Broschüre finden Sie dann Kontaktadressen für die Region Oberbayern/München, an die Sie sich, wenn Sie mit einem wahnhaft erkrankten älteren Menschen konfrontiert sind, zur Beratung wenden können. Sie können aber auch einen Psychiater, einen Psychologischen Psychotherapeuten oder einen Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie in Ihrer Nähe aufsuchen. Die entsprechenden Adressen finden Sie in Ihrem örtlichen Telefonbuch.

Ein Wahn stellt eine Fehlbeurteilung der Wirklichkeit dar. Die Betroffenen halten in der Regel unkorrigierbar an ihrer Überzeugung fest, der Wahn ist ihnen nicht auszureden. An dieser fehlerhaften Einschätzung halten sie auch dann fest, wenn diese im Widerspruch zur Wirklichkeit, zu eigenen Erfahrungen oder zum Urteil gesunder Mitmenschen steht. Die Betroffenen fühlen sich beispielsweise verfolgt oder haben Angst, vergiftet zu werden.

Andere glauben verarmen zu müssen, verstrahlt zu werden, fühlen sich beobachtet oder sexuell belästigt oder sind überzeugt, unheilbar krank zu sein (siehe Kapitel 2 und 4).

Wahnvorstellungen oder Wahngedanken an sich stellen meist kein eigenständiges Krankheitsbild dar. Sie kommen im Rahmen zahlreicher psychischer Erkrankungen - wie etwa einer Depression, Schizophrenie oder Demenz - vor, können aber auch Ausdruck völliger Vereinsamung sein oder aber auf organische Ursachen wie etwa Schwerhörigkeit zurückzuführen sein (siehe Kapitel 6.1).

Wahnhaftige Störungen können im mittleren oder höheren Lebensalter beginnen. Der Inhalt des Wahns, sein Thema, aber auch der Zeitpunkt seines Auftretens stehen hierbei oft im Zusammenhang mit der Lebenssituation des Betroffenen; beides lässt sich also nur im Zusammenhang mit der persönlichen Lebensgeschichte angemessenen verstehen (siehe Kapitel 6.2).

Abgesehen von diesen seltsam anmutenden Einstellungen und Handlungen den Wahn betreffend, ist das Verhalten in anderen Lebensbereichen oft normal; der Wahnerkrankte kann also durchaus in der Lage sein, sein

Leben zu meistern. Beziehungen zu anderen sind jedoch häufig belastet (siehe Kapitel 5). Hier gilt, je enger der zwischenmenschliche Kontakt, je besser der andere den Kranken kennt, desto eher fallen die Veränderungen auf, desto belasteter und belastender ist der Umgang miteinander. So können etwa ständige Anschuldigungen zu erheblichen Aggressionen und Frustrationen auf Seiten des Beschuldigten führen, oder aber der Wahnkranke wird als "Spinner" abgestempelt, der "sowieso nur dummes Zeug redet". Dies bringt dann wiederum den Wahnkranken auf, der sich völlig unverstanden und im Stich gelassen fühlt. Es kommt zu massiven Beziehungsstörungen, die den Wahn oft noch verschlimmern.

Hört man sich das Problem des Betroffenen an, so wird meist schon beim ersten Zuhören klar, dass "etwas nicht stimmt", "es so nicht sein kann".

Trotzdem ist Zuhören von großer Bedeutung, um dem Wahnkranken zu vermitteln, dass man sein Problem ernst nimmt, dass man ihm helfen will (siehe Kapitel 8). Dieses Einfühlen in die Ängste und das Erleben des Bedrohseins kann es dem Betroffenen ermöglichen, eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Dies ist Voraussetzung für eine mögliche Lösung der Problematik (siehe Kapitel 8). Gerade dieser Beziehungsaufbau ist aber bei Personen, die an einem Wahn leiden, besonders schwierig zu erreichen, da sie oft sehr misstrauisch und kaum davon zu überzeugen sind, dass man ihnen nichts Böses will. Diese Befürchtungen erschweren auch eine psychiatrische Unter-

suchung und eine gegebenenfalls notwendige medikamentöse Behandlung (siehe Kapitel 9).

Es sollte auch bei wahnhaft anmutenden Erlebnissen immer daran gedacht werden, dass diese auch auf einer tatsächlichen Bedrohung beruhen können, was natürlich eine ganz andere Lösung erfordert als ein krankhafter Wahn (siehe Kapitel 8).

2 "Das macht mich wahnsinning"

Beispiele häufiger Äußerungen bei wahnkranken älteren Menschen

- ◆ "Sie verschwören sich gegen mich!"
- ◆ "Sie beobachten mich!"
- ◆ "Meine Kinder wollen mich ins Heim abschieben und haben es auf meine Wohnung abgesehen!"
- ◆ "Der Nachbar von nebenan belästigt mich durch Strahlen, Lärm oder verschiedene Geräte!"
- ◆ "Der Geheimdienst/die Sekte verfolgt mich!"
- ◆ "Sie vergiften mein Essen!"
- ◆ "Meine Haushaltshilfe bestiehlt mich!"
- ◆ "Ich muss ständig auf meinen Partner aufpassen, damit er mich nicht betrügt!"
- ◆ "Der Pfarrer hat mich sexuell belästigt!"
- ◆ "Ich kann die Welt retten!"
- ◆ "Ich muss verarmen und verhungern!"

3 Wahnwahrnehmungen im Alltag - ein Fallbeispiel

Frau W. ist 74 Jahre alt, ihr Mann ist vor 5 Jahren gestorben. Sie lebt alleine in einer 3-Zimmer-Wohnung und versorgt sich selbstständig. In letzter Zeit beschweren sich Nachbarn, dass Frau W. nachts durch die Wohnung geistert, laut ruft und tagsüber im Treppenhaus die Vorbeigehenden beschimpft.

Um das Verhalten von Frau W. besser zu verstehen, können wir versuchen, uns in die Entstehung ihres Wahns einzufühlen. Wir stellen uns vor, alleine in einer Wohnung zu sein, lange nicht mehr mit anderen Menschen gesprochen zu haben und kaum mehr vor die Türe gegangen zu sein. Irgend etwas macht uns misstrauisch. Am Abend ist alles still, plötzlich hören wir Geräusche an der Tür. Wir erschrecken und bekommen Angst, dass jemand einbricht. In diesem Moment glauben wir, dass die Geräusche etwas mit uns selbst zu tun haben. In Wirklichkeit aber hat unser Nachbar nur etwas die Treppe

hinaufgetragen. Solche Situationen können wir uns in der Regel nachträglich als völlig harmlos erklären und wir sind erleichtert. Ein Wahnkranker kann eine solche Einordnung nicht mehr leisten. Er behält sein Misstrauen und es wird durch weitere Geräusche noch verstärkt.

Frau W. hat Schritte über sich gehört und ihnen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Sie hat bald bemerkt, dass sie diese Schritte nicht nur im Wohnzimmer, sondern auch in der Küche und sogar auf der Toilette hört. Der alleinstehende Mann, der über ihr wohnt, grüßte sie im Treppenhaus letzte Woche nicht, was sie als sehr seltsam empfand. Zunächst ist Frau W. ihm gegenüber nur misstrauisch, irgendwann ist sie sich aber sicher, dieser Herr hecke etwas gegen sie aus, spioniere ihr nach, laufe ihr hinterher. Für diese Annahme findet sie auch immer wieder "Beweise": Er ruft immer extra laut im Treppenhaus ("nur um mich einzuschüchtern").

Er unterhält sich leise mit anderen Menschen ("über mich"), empfängt ständig Besuch ("die verschwören sich gegen mich"). Viele alltägliche Wahrnehmungen werden so fehlinterpretiert.

Frau W. leidet unter diesem Zustand immer mehr, bis sie es nicht mehr aushält und in ihrer Wohnung ruft, dass "der da oben" doch aufhören solle. Sie beschwert sich bei Nachbarinnen über ihn, beschimpft ihn auch selbst, wenn sie ihn im Treppen-

haus sieht. Einmal ruft sie sogar die Polizei, als sie glaubt, dass ihr Nachbar ihren Schreibtischschlüssel gestohlen habe. Dieser findet sich glücklicherweise bald wieder unter einem Sessel in ihrer Wohnung.

Frau W. erlebt etwas, was sie sich zunächst nicht erklären kann. Geräusche, die sie hört, machen ihr Angst, sie fühlt sich bedroht. Ihre krankheitsbedingte Reaktion auf diese Gefühle ist, andere zu beschuldigen.

4 Häufige Wahnthemen im Alter

Wahn kann sich in verschiedenen Themen und Inhalten äußern. Die im Folgenden beschriebenen Wahnthemen können sowohl im Rahmen anderer Krankheitsbilder als auch eigenständig vorkommen.

Verfolgungs-, Bedrohungswahn

Ein wichtiges Merkmal eines sogenannten Verfolgungswahns ist das Gefühl des Betroffenen, dass alle Dinge, die um ihn herum passieren, gegen ihn gerichtet sind. Auch ganz alltägliche Begebenheiten, wie in unserem Fallbeispiel die Schritte in der benachbarten Wohnung, oder auch Blicke von anderen Menschen werden uminterpretiert. Das Grundmotiv bei einem solchen Wahn ist häufig Misstrauen. Dabei werden vor allem die Menschen aus der näheren Umgebung verdächtigt (z. B.: "Alle Nachbarn haben sich gegen mich verbündet, um mich rauszuekeln"). In diesem Zusammenhang haben die Betroffenen manchmal Angst, vergiftet zu

werden oder worden zu sein. Einige fühlen sich auch durch unsichtbare Strahlen oder sogar durch Stromschläge gepeinigt. Je nach Ausprägung wird ein ganzes System von Verschwörern vermutet (z. B.: "Das Klinikpersonal gehört einer geheimen Organisation an!"). Meistens fühlen sich die Betroffenen gequält und leiden unter der Situation.

Bestehlungswahn

Ein sehr häufiges Thema bei älteren Menschen ist die Überzeugung, bestohlen worden zu sein. Bestimmte Gegenstände, etwa ein Schlüssel, werden nicht mehr gefunden; die Betroffenen sind sich sicher, dass ihn jemand gestohlen haben muss. Viele entwickeln durch solche Erlebnisse ein übersteigertes Misstrauen und haben Angst, dass Nachbarn, Angehörige, Handwerker und andere etwas stehlen wollen. Der Teufelskreis schließt sich, wenn schließlich aus Furcht vor weiteren Diebstählen Dinge versteckt werden.

Auch diese Dinge werden dann nicht mehr gefunden. Häufig kommt der Bestehlungswahn bei Demenzerkrankungen vor (siehe auch Kapitel 6.1.3).

Eifersuchtswahn

Der Eifersuchtswahn äußert sich meist durch die Überzeugung, dass der (Ehe-)Partner untreu sei. Wie bei den anderen Wahnformen auch braucht es für diese Überzeugung keine Beweise. Eventuell "konstruiert" sich der Betroffene die Indizien, er verdächtigt dann etwa den Partner, beim Einkaufen zu viel Zeit benötigt zu haben, "da er sich mit seiner Geliebten/seinem Geliebten getroffen habe". Diese Wahnform tritt häufig im Zusammenhang mit Alkoholismus auf (siehe auch Kapitel 6.1.3).

Liebeswahn

Beim Liebeswahn glaubt meist die Betroffene, von einer Person geliebt zu werden, die dieses Gefühl nur nicht zugeben könne. Dies kann als Begründung dafür genannt werden, dass die "Beziehung" nach außen nicht sichtbar ist. Der "Geliebte" äußert - nach Auffassung der Kranken - seine Liebe mit Blicken oder Gesten, die nur für die Betroffene sichtbar sind. Meistens ist die Bekanntschaft zwischen beiden höchstens flüchtig, etwa bei der

Idee, der behandelnde Arzt oder der Leiter des Altenheims wären in die Patientin beziehungsweise die Bewohnerin verliebt.

Sexueller Wahn

Die Betroffenen glauben, dass eine bestimmte Person (beispielsweise der Pfarrer) sie sexuell belästigt oder sogar vergewaltigt habe, oder sie befürchten es. Sehr häufig führen traumatische Erfahrungen aus der Vergangenheit, unter Umständen auch eine tatsächliche Vergewaltigung, im Alter zu einer solchen wahnhaften Verarbeitung.

Größenwahn

Im Mittelpunkt steht die Überzeugung, über ein großes - aber unerkanntes - Talent zu verfügen, eine besondere Einsicht in bestimmte Dinge zu haben oder gar eine bedeutsame Erfindung gemacht zu haben. Es kann aber auch die Idee bestehen, in besonderer Beziehung zu einer bekannten oder prominenten Person zu stehen, so ist etwa der Betroffene - in seiner Vorstellung - der Berater des Präsidenten. Oder jemand glaubt, dass durch seine Vermittlung politische Probleme gelöst werden könnten. Dies zeigt deutlich, dass der Betroffene seine eigene Bedeutung in Bezug auf seine Umgebung und seine Möglichkeiten stark überschätzt.

Hat der Größenwahn einen religiösen Einschlag, so meint der Betroffene vielleicht, eine für die Menschheit bedeutende Botschaft von einer Gottheit erhalten zu haben, und versucht im Gefolge alle davon zu überzeugen.

Kleinheitswahn

Die Betroffenen fühlen sich in übersteigertem Maße an vielem schuldig, etwa am Leid in der Welt oder daran, dass es Angehörigen schlecht geht. Manche glauben, dass sie sich versündigt haben und dass sie bestraft werden müssen. Viele sind überzeugt, nichts und niemand könne ihnen mehr helfen. Sie denken, dass sie verhungern müssen oder total verarmen werden, obwohl der Kühlschrank gefüllt ist und die monatliche Rente sie gut absichert. Dieser Wahn tritt vor allem im Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung auf (siehe auch Kapitel 6.1.4).

Körperbezogener Wahn

Das zentrale Wahnthema bezieht sich hierbei auf körperliche Funktionen und Empfindungen. Meist sind die Betroffenen überzeugt, dass sie aus der Haut, dem Mund, der Scheide oder dem After einen üblen Geruch verströmen. Aber auch Vorstellungen, der Körper sei von Parasiten oder Insekten befallen, sind nicht selten. Es kann auch die Annahme bestehen, dass bestimmte Teile oder überhaupt der ganze Körper nicht richtig arbeiten.

Hypochondrischer Wahn

Beim hypochondrischen Wahn glaubt der Betroffene, unter bestimmten Krankheiten zu leiden und lässt sich davon auch durch ärztliche Bestätigung der "Gesundheit" nicht abbringen. Er beschäftigt sich ständig mit seinem Körper; allgemeine Körperwahrnehmungen interpretiert er als abnormal.

5 Der Wahn aus Sicht der Angehörigen

Eine psychische Erkrankung hat immer auch Auswirkungen auf die Menschen, die mit dem Betroffenen zu tun haben, seien es Angehörige, Freunde oder Nachbarn.

An der Wohnungstür von Herrn P. läutet es. Er öffnet, vor ihm stehen zwei Polizeibeamte, die ihn fragen, wo er sich am Vorabend aufgehalten habe. Nach einem kurzen Gespräch stellt sich heraus, dass die 81-jährige Hausbewohnerin aus dem 2. Stock ihn bei der Polizei wegen sexueller Belästigung anzeigen wollte.

Das Umfeld des Wahns

Bei einer Wahnerkrankung wird häufig das nähere Umfeld mit einbezogen, oder es wird im Wahn sogar ein Umfeld "geschaffen". Der Nachbar von Frau W. (siehe Fallbeispiel Kapitel 3) etwa kennt diese eigentlich nicht, ist ihr nur ein paar Mal im Treppenhaus begegnet. Frau W. aber bindet ihn durch ihren Wahn in ihre Umwelt ein, er wird

für sie eine wichtige Person, wenn auch im negativen Sinn.

Die Gefühle der Angehörigen...

Bei den Menschen, die mit einem Wahnkranke zu tun haben, lösen die Umdeutungen und Beschuldigungen häufig Unverständnis, Ärger oder Wut aus, da aus ihrer Sicht die geäußerten Dinge nicht der Wahrheit entsprechen; oft entsteht bei ihnen letztendlich die Überzeugung, dass ihr Gegenüber folglich "spinnt". Nähere Angehörige oder Freunde, die einem alten Menschen beispielsweise durch regelmäßige Einkäufe oder Ähnliches helfen, reagieren oft mit Enttäuschung auf die scheinbare Undankbarkeit. In manchen Fällen kommt es aus solchen Gefühlen heraus gar zu gewalttätigen Übergriffen. Andere Angehörige fühlen sich schuldig oder bekommen ein schlechtes Gewissen. Wieder andere ziehen sich zurück und vermeiden jeglichen Kontakt.

...und die Reaktion des Wahnkranken

Aus den oben beschriebenen Verhaltensweisen der Bezugspersonen kann sich leicht ein Teufelskreis entwickeln, da jede negative Reaktion wieder als Beweis für die Richtigkeit des Wahns dienen kann. Ein Angehöriger etwa, der sich aus Enttäuschung oder Angst vor weiteren Beschuldigungen zurückzieht, gibt dem an einem Wahn Erkrankten noch mehr Anlass zu Misstrauen und zu

Interpretationen, die den Wahn bestätigen und weiter fördern.

Hilfe für die Angehörigen

Meist steht das erkrankte Familienmitglied im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Aber auch Angehörige sind durch die Auswirkungen der Wahnkrankheit belastet. Sie sollten sich deshalb unbedingt Hilfe und Unterstützung holen. Nähere Informationen gibt es etwa bei den Sozial- oder Gerontopsychiatrischen Diensten (Adressen im Kapitel 10).

6 Ursachen

6.1 Krankheiten, die häufig mit Wahnhaltungen einhergehen

Ältere Menschen können im Rahmen verschiedener Krankheitsbilder oder als selbständige Erkrankung einen Wahn entwickeln:

6.1.1 Wahn als selbständiges Krankheitsbild (Paranoia)

Dies ist gerade bei älteren Menschen eine sehr häufige Form des Wahns. Man spricht hier auch von "wahnhafter Störung". Die Ursache für den Wahn liegt also nicht in einer organischen, schizophrenen oder depressiven Störung. Die Wahnvorstellungen sind nicht bizarr und ungewöhnlich, sondern könnten Wirklichkeit sein (beispielsweise Diebstahl, Verfolgung). Das Wahnerleben ist oft auf ein bestimmtes Thema fixiert. Im Folgenden sollen mit dem Kontaktmangelparanoid und dem induzierten Wahn zwei Beispiele für wahnhaftige Störungen beschrieben werden.

➔ Kontaktmangelparanoid

Für das Kontaktmangelparanoid ist typisch, dass die Betroffenen oft ihr Leben lang unauffällig gelebt haben, im Alter aber durch Verluste und andere äußere Umstände Kontakte verloren gehen und es zu Vereinsamung und Isolation kommt. Dies wird durch das misstrauisch-ängstliche Krankheitserleben oft noch, wie in einem Teufelskreis, verstärkt. In ihrem Wahn ziehen sich die Betroffenen immer mehr zurück und lassen aus der Befürchtung, bestohlen oder beeinflusst zu werden, niemanden mehr in die Wohnung.

Hinzukommen können Halluzinationen, meist in Form von Stimmenhören und/oder Erscheinen von Menschen oder Geistern, die nicht immer bedrohlichen Charakter haben müssen. Teilweise werden diese Erlebnisse in den Alltag integriert. Oft dauert es Jahre, bis die Betroffenen als gefährdet oder unterstützungsbedürftig wahrgenommen werden, selten werden sie in eine Klinik aufgenommen.

Bekommt der Wahn bedrohlichen Charakter, wenden sich die Betroffenen in ihrer Not oft an staatliche Stellen, wie etwa die Polizei.

→ **Induzierter Wahn (Folie à deux)**

Bei dieser Wahnform ist nicht nur eine Person betroffen, sondern der gleiche Wahnhalt wird von zwei oder mehreren Personen geteilt. Betroffen sind vor allem nahe Verwandte, die seit langem in enger und nach außen hin isolierter Gemeinschaft miteinander leben. Bei Paaren entwickelt sich der Wahn in der Regel bei der dominierenden der beiden Personen im Rahmen einer psychischen oder organischen Störung. Der andere, meist abhängige, beeinflussbare oder selber psychisch kranke Partner übernimmt im Laufe der Zeit schließlich die Wahnüberzeugungen.

6.1.2 Wahn bei Schizophrenie

Schizophrenie ist eine Erkrankung, die häufig erstmals zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr auftritt. Sie geht mit Störungen des Denkens, des Antriebs, der Wahrnehmung, der Gefühle, des Ich-Erlebens und des Verhaltens, überhaupt der gesamten Persönlichkeit einher,

ohne dass das Bewusstsein beeinträchtigt wäre. Bei einer bestimmten Form der Schizophrenie, der so genannten paranoiden Schizophrenie, kommen Wahnsymptome, oft auch mit Halluzinationen hinzu.

Die Wahnhalte bei paranoider Schizophrenie sind oftmals bizarr (z.B. Bestrahlung durch Außerirdische), das Wahnsystem ist äußerst vielschichtig und eindrücklich. Es besteht oft lebensbegleitend weiter. Häufig kommen zudem Halluzinationen in Form von Stimmen, die Aufträge erteilen oder das Verhalten kommentieren, oder optische Fehlwahrnehmungen, wie Schatten- oder Personensehen hinzu. Manchmal werden Wahnsymptome und Halluzinationen nur in (Beziehungs-)Krisen auffällig (wenn andere Menschen zu nahe kommen). In dieser Krisenzeit ist eine stationäre Therapie oft nicht zu umgehen.

Die Beeinträchtigungen reichen oft weit in die beruflichen und sozialen Funktionen eines Menschen hinein und erschweren dessen Selbstversorgung. Diese Symptome sind bei älteren Menschen oft leichter ausgeprägt oder entwickeln sich erst langsam, so dass die Unterscheidung zur Paranoia als eigenständigem Krankheitsbild anfangs schwer ist.

6.1.3 Organisch bedingtes Wahnsyndrom (Wahn in Folge körperlicher Erkrankungen)

Diese Wahnstörungen stehen in einem nachweisbaren zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen/veränderten körperlichen Funktionen. Die Blutversorgung des Gehirns ist im Alter an sich schon reduziert, so dass durch kleinste zusätzliche Belastungen die Leistung des Gehirns gestört werden kann. Alle Störungen, die den Wachheitsgrad und die Aufmerksamkeit herabsetzen, begünstigen dann die Entstehung von Halluzinationen und/oder Wahn. Die Beschuldigungen sind dabei oft relativ unstrukturiert und haben in vielen Fällen flüchtigen Charakter. Inhaltlich handelt es sich oft um Verfolgungs- oder Größenwahnideen, doch können auch alle anderen Wahnformen organisch verursacht sein. Zu der Entstehung eines organisch bedingten Wahns können nachfolgend genannte Punkte beitragen:

- ◆ Austrocknung, Hunger, Überhitzung, Unterkühlung
- ◆ Infektionen (z.B. beim Fieberdelir)
- ◆ Störungen des Stoffwechsels (etwa Unterzuckerung bei Diabetes)
- ◆ Störungen des Hormonsystems (z.B. durch Schilddrüsenerkrankungen oder Nebennierenerkrankungen)
- ◆ Krebserkrankungen
- ◆ Blutarmut, Vitaminmangel (B12, Pantothen- und Folsäure)
- ◆ Vergiftungen (mit Schwermetallen, Kohlenmonoxid)

Daneben werden häufig organische Ursachen von Wahnsymptomen beschrieben:

➔ Wahn bei Demenz

Unter einer Demenz versteht man einen fortschreitenden Abbau geistiger Fähigkeiten (am Anfang meist vor allem des Kurzzeitgedächtnisses und der Orientierung). Dieser führt im Verlauf zu beträchtlichen Einschränkungen im täglichen Leben (privat, beruflich und sozial). Die häufigste Demenzform ist die Alzheimerdemenz.

Über die Hälfte der Demenzkranke zeigt wahnhaftige Symptome (meist Bestellungs- oder Verfolgungswahn) und Halluzinationen.

Dies gilt insbesondere, wenn Patienten alleine leben, Seh- oder Hörprobleme hinzukommen oder sich die geistigen Fähigkeiten im Rahmen der Demenz verschlechtern (manchmal sind Wahn und/oder Halluzinationen sogar das erste Symptom einer Demenz).

Die Wahnhalte haben vor allem misstrauischen Charakter (z.B.: "ich werde bestohlen", "andere führen etwas im Schilde", "man will mich ins Heim abschieben", "die wollen nur meine Wohnung"). Auch halluzinatorische Phänomene, wie nächtliche Besucher, Geister im Schlafzimmer finden sich oft. Das wahnhaft Erleben umfasst im Verlauf sämtliche Bereiche, in denen eigene Defizite auftreten. Meist verlegen die Betroffenen selbst Gegenstände oder werfen sie gar weg. Aufgrund ihrer geistigen Defizite vergessen sie dies und beschuldigen andere - oft nahe Angehörige -, ihnen besagte Dinge weggenommen zu haben. Dies dient auch der Aufrechterhaltung des eigenen Selbstwertgefühls, da die Feststellung, nicht mehr alles erinnern zu können bzw. unter Kontrolle zu haben, massiv kränkend für den Betroffenen ist. Bei sehr isolierten Demenzkranken findet eine Umdeutung auf anonyme Personen ("die anderen")

oder Nachbarn statt.

Sehr häufig werden solche Patienten handlungsaktiv und erstatten etwa Anzeige bei der Polizei wegen Diebstahls. Werden die Gegenstände gefunden, wurden sie - aus Sicht des Betroffenen - von den Dieben dorthin zurückgelegt, weil sie Angst bekamen.

➔ **Wahn bei Substanzmissbrauch**

Substanzmissbrauch (etwa Alkoholismus, Überdosierung bestimmter Medikamente) ist dem Bereich der Suchterkrankungen zuzuordnen und geht mit psychischen und Verhaltensstörungen einher.

Bei älteren Menschen rufen der Missbrauch von Alkohol, Schlafmitteln oder Psychopharmaka Halluzinationen und/oder wahnhaft Symptome hervor. Wenn der Betroffene gar eine Abhängigkeit entwickelt hat, empfiehlt sich die Hinzuziehung einer Suchtberatungsstelle.

Bei der Behandlung unerwünschter Folgen einer Medikamentenüberdosierung ist meist ein Arzt gefragt. Er muss - etwa bei einer Medikamentenumstellung - berücksichtigen, dass ältere Menschen meist geringere Dosen an Medikamenten benötigen.

Auch können, da viele Menschen im Alter mehrere Medikamente einnehmen, leicht unerwünschte Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamentenwirkstoffen auftreten. An das Vorliegen einer solchen Ursache sollte immer beim plötzlichen Auftreten unerklärlicher wahnhafter Symptome bei einem Krankenhausaufenthalt eines alten Menschen gedacht werden. Medikamentengruppen, die dies betreffen kann und die gehäuft älteren Menschen verabreicht werden, sind Antiparkinsonmedikamente, Anticholinergika wie trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika oder Atropinabkömmlinge, einige Antihistaminika und Antiepileptika, sowie Digitalispräparate, β -Blocker und auch Cortison.

Beeindruckend ist auch die deutlich wahnhafte Situations- und Umgebungsverkennung infolge der Wirkung eines Narkosemittels bei einem operativen Eingriff. Hier werden Angehörige verkannt, ebenso wenig wie der Betroffene noch verstehen kann, dass er sich eben nach einer Operation (etwa infolge eines Oberschenkelhalsbruchs) in einem Krankenhaus befindet. Statt dessen besteht beispielsweise die Überzeugung in einem Lager interniert zu sein. Von Seiten des Personals notwendige Handreichungen, wie das Verabreichen einer Spritze

oder das Durchführen eines Verbandswechsels werden als Gefahr für Leib und Leben wahrgenommen. Entsprechend können die Betroffenen verängstigt oder auch aggressiv reagieren.

→ Störung der Sinnesorgane

Auch durch verminderte sinnliche Eindrücke kann es zu Wahnerkrankungen kommen. Nach meist jahrelang bestehender **Schwerhörigkeit** kommt es wegen des Erlebens der Funktionsschwäche, der Verständigungsstörungen und aufgrund der sozialen Isolation zu Misstrauen, illusionären Verkennungen und Fehlinterpretationen (beispielsweise "andere reden über mich"), die schleichend in einen Wahn übergehen können. Ein vermindertes Hörvermögen kann zu ganz unterschiedlichen halluzinatorischen Erlebnissen führen. Manchmal sind es ausgeformte Stimmen mit Rede und Gegenrede. Manchmal treten Melodien oder klagende Kinderstimmen auf.

Sehbehinderungen können als erschwerender Faktor hinzutreten und zu Fehlwahrnehmungen führen (Nebelsehen beim grauen Star, Gesichtsfeldeinschränkungen und/oder Trugwahrnehmungen in der Dunkelheit bei grünem Star oder Schlaganfall).

Eine eigenständige Rolle solcher Faktoren für die Wahnentstehung ist jedoch bislang nicht gesichert.

6.1.4 Wahn bei Depression

Unter einer Depression versteht man eine Erkrankung, bei der ein Gefühl der inneren Leere mit Interessenverlust, Freudlosigkeit und Gleichgültigkeit besteht. Vor allem im Alter stehen oft körperliche Beschwerden im Vordergrund (wie etwa Rückenschmerzen, Herzrasen, Schwindel oder Kurzatmigkeit) sowie subjektiv empfundene Erinnerungs- und/oder Konzentrationsschwierigkeiten. Auch Grübelneigung und Selbstvorwürfe sowie verschiedene psychovegetative Symptome wie Appetitverlust, Schlafstörungen, innere Unruhe und/oder Kopfschmerzen und Ähnliches sind bei einer Depression nicht selten. Bei schweren Depressionen kommen nicht selten Selbsttötungsabsichten hinzu.

Die Wahnideen stehen hier mit der depressiven Stimmungslage in Zusammenhang, wobei die Depression immer klar im Vordergrund bleibt. Einige typische Wahnformen sind: Schuld-wahn (z.B. Schuld an einer Katastrophe), Versündigungswahn (etwa an Gott), Bestra-

fungswahn ("ich muss bestraft werden"), hypochondrischer Wahn ("ich bin unheilbar krank"), Verarmungswahn (obwohl genug Geld vorhanden ist) und nihilistischer Wahn (beispielsweise Zweifel an der eigenen Existenz).

Die Depression ist die häufigste Form der sogenannten affektiven Erkrankungen, daneben gibt es auch manisch-depressive Störungen mit Wechseln zwischen depressiven und manischen Phasen, und - vor allem im Alter sehr selten - rein manische Störungen. Charakteristisch für Manien oder manische Phasen sind grundlose Heiterkeit und gehobene Stimmung, Überaktivität mit Erregung und Enthemmung oder Distanzlosigkeit, krankhafter Rededrang, erhöhte Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit bis zur Verworrenheit, vermindertes Schlafbedürfnis und Selbstvernachlässigung. Das Allmachtsgefühl und die Selbstüberschätzung können hierbei bis zum Größenwahn gehen.

6.1.5 Wahn bei Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen beginnen meist bereits in der Kindheit oder Jugend und setzen sich während des größten Teils des Erwachsenenlebens fort.

Das Verhalten der Betroffenen weicht insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten "Normen" ab und ist in vielen (persönlichen und sozialen) Situationen unflexibel, unpassend oder irgendwie unzweckmäßig. Die Störung ist nicht auf Episoden begrenzt, sondern dauerhaft und tiefgreifend. Diese Eigenschaft der Erkrankung ist es, die meist zu deutlichen Einschränkungen der privaten, beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit beziehungsweise Lebensqualität führt. Dies führt schließlich auch zu subjektivem Leidensdruck (manches Mal jedoch erst im späteren Verlauf). Von den Betroffenen wird die Persönlichkeitsstörung dabei in der Regel als solche nicht wahrgenommen, denn "ich war ja schon immer so". Sie scheinen sich der Wirkung ihres Verhaltens auf andere oft nicht bewusst zu sein und sehen eher Fehlverhalten anderer. Sie versuchen stattdessen, die Umgebung an sich anzupassen. Fachliche Hilfen werden daher selten wegen der Persönlichkeitsprobleme aufgesucht, sondern wegen begleitenden Störungen, wie beispielsweise Angst oder Depression, undeutlichen Beschwerden, wiederkehrenden Fehlschlägen oder beruflichen und/oder privaten Anpassungsschwierigkeiten.

Die paranoide Persönlichkeitsstörung ist eine spezielle Form der Persönlichkeitsstörung. Die Betroffenen zeichnen sich vor allem durch folgende Merkmale aus: krankhaft gesteigerte Empfindlichkeit, misstrauische und/oder unbelehrbar rechthaberische Haltung, Unduldsamkeit, Eifersucht oder Feindseligkeit, Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl und ständige Selbstbezogenheit. Sie neigen dazu, das Verhalten anderer als bewusste Demütigung oder Bedrohung zu interpretieren und leben in der ständigen Erwartung, ausgebeutet oder benachteiligt zu werden. Der Loyalität und Verlässlichkeit von Freunden und Bekannten begegnen diese Menschen immer mit großen Zweifeln.

6.2 Das Zusammenwirken verschiedener Ursachen

Eine paranoide Störung hat meist multifaktorielle, unterschiedlich zusammenspielende Ursachen.

Bei Personen, die durch ihre Persönlichkeitsstruktur, erbliche Veranlagung, ihren Lebenslauf oder durch körperliche Faktoren eine Anfälligkeit besitzen, kann eine paranoide Störung bei zu großer Belastung entstehen. Im Alter können sich Belastungsfaktoren (Stressoren) häufen.

Vor allem schwere Verluste (insbesondere der Tod oder Verlust des Partners/Bekannteten, Verlust sozialer/beruflicher Kontakte, Krankheit, Behinderung, Verschlechterung kognitiver Fähigkeiten), aber auch Abhängigkeit von meist unbekannteten Personen (z.B. von Pflegediensten) sind die Hauptstressoren im Alter. Durch Vereinsamung wird das Leben immer unfreundlicher, die Betroffenen empfangen

immer weniger Zuneigung und Aufmerksamkeit.

Ist eine paranoide Störung erst einmal entstanden, kann sich daraus leicht ein Teufelskreis entwickeln: Durch den Wahn verstärkt sich die soziale Isolation sowie die feindselige Beziehung zur Umgebung (vergleiche Kapitel 5). Angst und Gefühle der Bedrohung nehmen zu, wodurch sich wiederum die wahnhaften Symptome steigern.

Anfälligkeit

***(Veranlagung, Persönlichkeit,
Umweltbedingungen, körperliche
Verfassung)***

+

Stressoren

(akute Krisen oder Auslöser)



***Misstrauen und/oder paranoide
Störung***

7 Funktionen des Wahns

Im vorherigen Abschnitt wurden verschiedene mögliche Ursachen einer Wahnerkrankung beschrieben. In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche Funktionen ein Wahn für den Betroffenen haben kann. Wichtig ist dabei, weiterhin im Blick zu behalten, dass es sich bei einem Wahn um eine Erkrankung handelt und nicht um einen mutwilligen oder böswilligen Einfall des Erkrankten, um bestimmte Dinge zu erreichen. Die im Folgenden beschriebenen unbewussten Funktionen eines Wahns sind vielmehr psychologische Erklärungsversuche für Überlebensmechanismen, mit denen der Betroffene auf seine persönliche Not reagiert. Der Wahn kann psychologisch als unbewusster psychischer Schutzmechanismus verstanden werden, um noch größere Ängste und Gefahren für die eigene Identität abzuwehren. Die innere Notlage des Kranken zeigt sich darin, dass es ihm nur noch um den Preis eines Ausstiegs aus der sozialen Realität möglich ist,

gleichzeitig seine eigene Identität zu schützen und einen Bezug zur Außenwelt herzustellen. Der Wahn ermöglicht dem Kranken dann einen veränderten Kontakt zur Außenwelt, der seinen unbewussten Wünschen und Ängsten entspricht, und schafft möglicherweise auch neue Kontakte, wenn der Wahnkranke beispielsweise die Polizei zu Hilfe ruft.

Im Folgenden werden einige Beispiele für wichtige Funktionen, die ein Wahn haben kann, genauer dargestellt. Ein Wahn kann aber auch mehrere solcher unbewussten Funktionen erfüllen.

Verluste wichtiger Bezugspersonen oder körperlicher Fähigkeiten sind im Alter oft besonders schmerzhaft, da der Verlust oft unwiederbringlich ist und häufig Ersatz auch nicht zur Verfügung steht. Diese Verluste reißen dann, bildlich gesprochen, Wunden oder Lücken, die der Betreffende mit Wahnbildung zu schließen versucht.

Darüber hinaus fühlen sich die Betroffenen im Wahn nicht mehr bedeutungslos und vergessen, sondern bekommen wieder eine Wichtigkeit. Wahnbildung und/oder Halluzinationen können somit einen tröstlichen Aspekt haben. Beim Stimmenhören beispielsweise wird offensichtlich das jahrelang vermisste oder nicht mehr wahrgenommene Hören von Stimmen ersetzt, ähnlich verhält es sich beim Erscheinen von Menschen. Besonders am Anfang steht die Reduzierung der Vereinsamung im Vordergrund, im weiteren Verlauf dann wird die Symptomatik oft zunehmend als quälend empfunden. Ein therapeutischer Versuch, beispielsweise durch Medikamente die Wahnsymptome einfach zu reduzieren, führt dann oft dazu, dass Vereinsamung und Bedeutungslosigkeit wieder wahrgenommen werden, was schließlich depressive Reaktionen auslösen kann. Dieser Mechanismus macht das Festhalten auch an quälenden Wahnsymptomen verständlicher. Solche Wahnreaktionen sind beim Vorliegen einer Demenz häufig. Von ähnlichen, wenn auch komplexeren Reaktionsweisen ist beim Kontaktmangelparanoid auszugehen.

Neben oben angesprochenen Verlusten ist vor allem die Er-

kenntnis, dass die eigenen geistigen Fähigkeiten nachlassen, besonders schmerzhaft und kränkend. Statt der extrem ängstigenden Erklärung, bei der **Demenz** zunehmend abzubauen, bietet der Wahn die Möglichkeit, die Verluste der Umgebung zuzuschreiben (z.B. "man hat mich bestohlen"). Dadurch kann das eigene Selbstwertgefühl aufrechterhalten und gesichert werden, allerdings auf Kosten der zwischenmenschlichen Beziehungen. Der Diebstahlsvorwurf ist für die Betreuenden deshalb so verletzend, weil er damit gerade diejenigen trifft, die sich besonders bemüht haben. Der Verlauf ist hier oft chronisch. Kommt dieser Mechanismus nicht zum Zuge, oder wird er durch medikamentöse Therapie reduziert, so kommt es nicht selten zur Entwicklung einer reaktiven Depression mit ungünstiger Prognose. Bei weit fortgeschrittener Demenz kann es zu Wahnformen kommen, die mit der Verkennung von Personen einhergehen, wunscherfüllende Tagträume werden nicht mehr von der äußeren Realität unterschieden.

Auch vor der Erkenntnis, dass es keine Möglichkeit gibt, ein **ungelebtes Leben** nachzuholen, kann man in einen Wahn fliehen.

Dabei werden Trost und Befriedigung durch den Rückzug in die Phantasiewelt erlebt.

Wünsche nach Sexualität und Zärtlichkeit sind im Alter genauso vorhanden wie in anderen Lebensphasen. Die Möglichkeiten, diese Wünsche zu befriedigen, sind aber aufgrund von Isolation und Vereinsamung oder auch aufgrund einschränkender Moralvorstellungen ("Im Alter macht man das nicht mehr!") und daraus sich ergebender Verbote und Ängste oft sehr begrenzt. So kann es auch hier zu einer **wunscherfüllenden Wahnbildung** kommen. Ein Beispiel wäre die demenzkranke Dame, die eine Mitbewohnerin in "ihr Geheimnis" einweicht, dass sie vom jungen Altenheimleiter schwanger sei.

Neben unerfüllten Wünschen spielen beim sexuellen Wahn häufiger als angenommen nicht verarbeitete **sexuelle Gewalterfahrungen** eine Rolle. Gerade Frauen, die über solche Erlebnisse (beispielsweise Vergewaltigung während Krieg und Vertreibung) nie sprechen konnten, sind hier betroffen. Manche berichten oder klagen etwa,

dass sie nachts sexuell belästigt werden.

Mit dem Wahn lassen sich außerdem **Schuldgefühle** und **Gewissensbisse** abwehren, wie beim Liebeswahn oder Eifersuchtswahn: Nicht erlaubte oder unangenehme Gefühle (etwa "ich hasse ihn" oder "ich liebe einen verheirateten Mann") werden auf die Umgebung projiziert ("er hasst mich", "er liebt mich" oder "mein Mann liebt eine andere"). Aber auch Abwehr von **Scham** und **Versagenserlebnissen** aufgrund von altersbedingter Veränderung der sexuellen Funktion ist eine Erklärung für das Auftreten von Eifersuchtswahn im höheren Lebensalter.

Im Grunde sind viele **Ängste** denkbar, die durch einen Wahn abwehrbar sind: Ängste vor zwischenmenschlichen Enttäuschungen oder Trennungen und damit vor Einsamkeit; Ängste, zu versagen, abgelehnt zu werden, aggressive oder sexuelle Impulse nicht beherrschen zu können; Angst, krank, verrückt abhängig oder pflegebedürftig zu werden und ausgeliefert zu sein; Angst vor dem Sterben, leiden zu müssen und anderes.

8 Wie gehe ich mit wahnhaft veränderten Älteren um?

Die im untenstehenden Kasten zusammengefassten Grundregeln werden anschließend genauer erläutert.

Grundregeln zum Umgang mit wahnhaft veränderten Älteren:

1. Zuerst die geschilderten Probleme ernst nehmen und auf ihren Wahrheitsgehalt untersuchen
2. Nicht versuchen, dem Kranken den Wahn auszureden
3. Mitgefühl für Ängste und Bedrohungsgefühle des Kranken zeigen
4. Gegenüber den Wahnvorstellungen eine neutrale Position einnehmen und herausfinden, wieviel Wahrheitsgehalt der Kranke gerade noch verkraften kann
5. Das Wahnthema nicht ansprechen, wenn der Kranke selbst es nicht tut
6. Selbstvertrauen ausstrahlen und vermitteln, dass man selbst durch die geschilderten Probleme nicht beunruhigt ist
7. Was Häufigkeit und Intensität der Kontakte betrifft, ein mittleres Verhältnis zwischen Nähe und Distanz finden
8. Hilfe bei Alltagsproblemen, bei der Suche nach einer sinnvollen Gestaltung des Tagesablaufs und beim Aufbau von Kontakten
9. Für einen angemessenen Umgang spielt auch die Krankheitsursache eine Rolle
10. Die Annahme (fach-)ärztlicher Hilfe anstreben, aber nicht erzwingen

Grundregel 1: Zuerst die geschilderten Probleme ernst nehmen und auf ihren Wahrheitsgehalt untersuchen

Auch wenn die Äußerungen von Wahnkranken oft so bizarr sind, dass sie schnell als unrealistisch erkannt werden, ist es wichtig, sich die Probleme erst einmal schildern zu lassen und sie dann, soweit möglich, auf ihren Wahrheitsgehalt zu untersuchen. Denn manchmal vermischen sich wahnhaftes und reale Probleme oder der Kranke deutet reale Probleme in wahnhafter Weise um.

Beispiel: Frau A. (78 Jahre) klagt, dass ihre Nachbarn einer Sekte angehören und ihr das Essen vergiften. Außerdem hätten sie in ihrem Keller Mäuse ausgesetzt. Bei der Besichtigung des Kellers finden sich dann tatsächlich Spuren von Mäusen. Der Helfer stellt eine Falle auf und es können schließlich mehrere Mäuse gefangen werden. Frau A. ist darüber recht froh, bleibt aber weiter bei ihrer Meinung, dass die Nachbarn bei einer Sekte sind und ihr schaden wollen.

Grundregel 2: Nicht versuchen, dem Kranken den Wahn auszureden

Es ist absolut sinnlos, dem Kranken seinen Wahn auszureden zu wollen. Der Kranke wird

immer einen Grund finden, warum es doch so ist, wie er behauptet: Die "Stromstöße" oder die "Klopfgeräusche" treten gerade dann nicht auf, wenn der Helfer anwesend ist. Dies erklärt der Kranke möglicherweise damit, dass die anderen wissen, "dass Sie jetzt da sind." Auch Experimente oder Tests, mit denen der Kranke überzeugt werden soll, schlagen fehl: Der nicht gerissene Bindfaden vor der Tür, mit dem bewiesen werden sollte, dass nachts kein Fremder in die Wohnung eingedrungen ist, wurde eben, wie der Kranke nun erklärt, von dem Eindringling beim Weggehen wieder befestigt. Versuche, den Kranken von seiner unrealistischen Wahrnehmung abzubringen, können sogar dazu führen, dass auch der Helfer beschuldigt und in den Wahn eingebaut wird: "Wenn Sie mir nicht glauben, gehören Sie wahrscheinlich auch zu diesen Verbrechern!"

Grundregel 3: Mitgefühl für Ängste und Bedrohungsgefühle des Kranken zeigen

Im Unterschied zu den irrationalen Inhalten des Wahns sind Ängste und auch andere Gefühle, die den Wahn begleiten, sehr real. Sie bieten sich deshalb gut als Anknüpfungspunkte für Gespräche und andere Hilfen an.

Die Belastungen, die der Kranke empfindet, sollten mitfühlend wahrgenommen werden, ohne ihn direkt in seinem Wahn zu bestärken. Beispiel: "Das muss ja schlimm für Sie sein, wenn Sie immer alle diese Vorsichtsregeln beachten müssen." Oder: "Ich kann verstehen, dass Sie wütend sind, wenn Sie sich ständig belästigt fühlen." Der wahnhaft Ältere fühlt sich durch solche Äußerungen in seinen Gefühlen ernst genommen und bleibt mit seinen Ängsten oder seinem Ärger nicht allein. Diese wiederholte Erfahrung des Mitgefühls kann es ihm ermöglichen, sich vorsichtig zu öffnen.

Grundregel 4: Gegenüber den Wahnvorstellungen eine neutrale Position einnehmen und herausfinden, wie viel Wahrheitsgehalt der Kranke gerade noch verkraften kann

Das richtige Verhältnis gegenüber den Wahninhalten des Kranken zu finden, gleicht oft einer Gratwanderung. Einerseits ist es sinnlos, dem Kranken den Wahn ausreden zu wollen, und er ist dankbar für Mitgefühl, andererseits sollte er möglichst wenig in seinem Wahn bestärkt werden. Es erfordert ein gewisses Fingerspitzengefühl, um herauszufinden, wie viel Wahrheits-

gehalt der Kranke gerade noch verkraften kann. Anstatt dem Kranken direkt zu widersprechen, ist es besser, wenn der Helfer seine eigene Meinung gleichwertig der wahnhaft veränderten Ansicht des Kranken gegenüberstellt. Formulierungen in der Ich-Form können vom Kranken eher verkraftet werden.: "Sie sehen das so ..., ich kann das (noch) nicht beurteilen/ich sehe das (aber) so und so ...". Günstig sind auch offenere Formulierungen: "möglicherweise", "es könnte sein, dass", "vielleicht ist es auch so ...". Beispiel: "Sie denken, dass die Nachbarn Ihr Telefon abhören und während des Gespräches die Verbindung unterbrechen - mir ist aufgefallen, dass das Gespräch unterbrochen wird, wenn das Telefongerät bewegt wird, und ich denke deshalb, dass Ihr Telefon auch einen Wackelkontakt haben könnte." Wenn der Kranke auf diese vorsichtige Weise mit einer anderen Sichtweise in Kontakt gebracht wird, muss er sich dagegen nicht so vehement wehren. In einem eher therapeutischen Kontakt können darüber hinaus die Gefühle und Bedürfnisse, die der Kranke in seinem Wahn auf indirektem Weg ausdrückt (wie beispielsweise Wut, Angst, Liebe, Sexualität), zum Thema werden.

Grundregel 5: Das Wahnthema nicht ansprechen, wenn der Kranke selbst es nicht tut

Wenn der Kontakt zwischen Helfer und Krankem sich gefestigt hat, kann der Wahn als Gesprächsthema in den Hintergrund treten. Es ist dann sinnvoll, wenn auch der Helfer das Wahnthema von sich aus nicht mehr anspricht, um so damit beizutragen, dass es an Wichtigkeit verlieren kann. Auch wenn der Wahn dadurch nicht geheilt wird, kann der Kranke so doch erleben, dass normale Gespräche für ihn möglich und befriedigend sind.

Grundregel 6: Selbstvertrauen ausstrahlen und vermitteln, dass man selbst durch die geschilderten Probleme nicht beunruhigt ist

Diese neutrale Position des Helfers gegenüber den Wahninhalten - nicht den Wahn ausreden wollen, Mitgefühl zeigen, eine andere mögliche Sichtweise anbieten - kann vom Kranken als Entlastung erlebt werden. Wenn der Helfer Selbstvertrauen ausstrahlt und zeigt, dass er durch die geschilderten Probleme nicht beunruhigt ist, kann das bei dem Kranken eine gewisse Beruhigung bewirken.

Grundregel 7: Was Häufigkeit und Intensität der Kontakte betrifft, ein mittleres Verhältnis zwischen Nähe und Distanz finden

Für wahnkranke Ältere kann, gerade wenn sie isoliert leben, Kontakt angenehm sein. Es ist aber wichtig, hierbei ein für den Kranken passendes Maß an Nähe zu finden. Denn die Wahnvorstellungen können sowohl den Wunsch nach Nähe als auch Angst vor Nähe ausdrücken und enthalten meistens beides. So kann auch ein zu häufiger oder zu intensiver Kontakt für den Wahnkranken unangenehm sein, obwohl er dies möglicherweise gar nicht direkt mitteilen, sondern nur durch eine Steigerung seines Wahns ausdrücken kann. Sowohl die Häufigkeit als auch die gefühlsmäßige Intensität des Kontakts können ihn überfordern.

Grundregel 8: Hilfe bei Alltagsproblemen, bei der Suche nach einer sinnvollen Gestaltung des Tagesablaufs und beim Aufbau von Kontakten

Wahnhaftes Ältere kommen mit der Organisation ihres Alltags meistens viel besser zurecht, als Außenstehende, die nur die wahnhaftes Seite des Betroffenen erleben, vermuten würden.

Trotzdem kann es sein, dass sie für Hilfe bei bestimmten Alltagsproblemen, die nicht im Zentrum des Wahns stehen, dankbar sind. Dies kann etwa die Hilfe bei einem größeren Einkauf oder beim Ausfüllen eines Antrags oder auch das Fangen einer Maus im Keller sein (wie im Beispiel oben).

Auch die gemeinsame Suche nach einer sinnvollen Gestaltung des Tagesablaufs und die vorsichtige Hilfe beim Aufbau von Kontakten kann im Einzelfall sinnvoll sein, vorausgesetzt die Wünsche und Grenzen des Wahnkranken werden respektiert.

Grundregel 9: Für einen angemessenen Umgang spielt auch die Krankheitsursache eine Rolle

Einsamkeit stellt bei Kontaktmangelparanoia meist den Hauptstressor dar. Die Maßnahme der Wahl ist hier eine Verbesserung der sozialen Situation durch Anregung zu mehr Kontakten und Aktivitäten. Da die Betroffenen meist ihre sozialen Fähigkeiten eingebüßt haben, ist es sinnvoll, ein Wochenprogramm zu erarbeiten und sie vor allem anfangs zu Kontakten zu begleiten.

Beim Wiederauftreten von Wahnsymptomen im Rahmen einer Schizophrenie ist es notwendig, nicht nur zu prüfen, ob die medi-

kamentöse Therapie verändert wurde (oder Medikamente weggelassen wurden), sondern auch auf bestehende Beziehungen zu schauen. Im Gegensatz zur Kontaktmangelparanoia steht bei Schizophrenen nicht so sehr die Vereinsamung im Vordergrund. Vor allem zu viel oder zu intensive Nähe kann hier zu paranoid-halluzinatorischen Symptomen führen. Deshalb ist ein entsprechend behutsames Vorgehen notwendig.

Wahnvorstellungen im Rahmen einer Demenz können manchmal flüchtigen Charakter haben. Hier kann es hilfreich sein, den Erkrankten durch einen Themenwechsel oder eine gemeinsame Aktivität abzulenken. Wenn der Wahn mit Anschuldigungen einhergeht, ist dies vor allem für die Pflegenden oft sehr kränkend und erschwert den positiven Umgang mit dem Erkrankten. Hier hilft manchmal das Wissen, dass die Erkrankten sehr auf Bestätigung angewiesen sind und die Vorwürfe nicht "ernst" oder persönlich genommen werden sollten.

Wenn der Wahn in ursächlichem Zusammenhang mit anderen Erkrankungen steht, sollten Sie sich über diese Krankheitsbilder (Depression, Demenz...) und den angemessenen Umgang mit diesen informieren.

Grundregel 10: Die Annahme (fach-)ärztlicher Hilfe anstreben, aber nicht erzwingen

Genauerer darüber, wann eine professionelle Hilfe notwendig ist und welche Möglichkeiten es dafür gibt, finden Sie im nächsten Kapitel. Da Wahnkranke keine Krankheitseinsicht haben, kann der Versuch, sie von der Notwendigkeit (fach-)ärztlicher Hilfe zu überzeugen, zum Kontaktabbruch führen. Besprechen Sie sich deshalb im Zweifelsfall

mit einem Fachdienst, ob und wie im jeweiligen Fall das Hinzuziehen professioneller Hilfe am besten in die Wege geleitet werden kann. Entsprechende Adressen finden Sie im Anhang. Wichtig für Angehörige im Kontakt mit wahnhaft erkrankten Menschen ist es auch, die eigenen Grenzen zu erkennen, sie dem Erkrankten mitzuteilen und gegebenenfalls auch durchzusetzen. Hierbei ist oft Beratung und manchmal therapeutische Unterstützung sinnvoll.

9 Therapiemöglichkeiten

In manchen Fällen genügen die bisher erwähnten Ratschläge zum Umgang mit wahnhaft erkrankten Menschen, in anderen Fällen ist darüber hinaus Hilfe von Fachleuten erforderlich. Vor allem, wenn sich der Betroffene bedroht oder verfolgt fühlt, in ständiger Angst lebt, für sich selbst oder andere eine Gefahr darstellt (beispielsweise bei Nahrungsverweigerung oder Handgreiflichkeiten) oder der Wahn sein Leben so stark bestimmt, dass die Alltagsbewältigung bedrohlich darunter leidet (Verwahrlosung, Austrocknung, Ärger mit Behörden und Ähnliches), ist eine Behandlung nötig. Das heißt, dass der subjektive Leidensdruck und eine mögliche Gefährdung maßgeblich für eine solche Entscheidung sind. Außerdem sollte beim Auftreten von Symptomen anderer behandlungsbedürftiger Erkrankungen (wie Demenz, Depression oder auch körperlichen Störungen) immer eine medizinische Abklärung erfolgen. In jedem Fall ist eine Beratung hilfreich.

Im Anhang finden sich Kontaktadressen, an die Sie sich zur Beratung und/oder Einschätzung wenden können.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist die gründliche diagnostische Abklärung der Störung und ihrer Ursachen. Aufgrund der oben dargestellten Faktoren, die bei der Entstehung von Wahn und Halluzination eine Rolle spielen können, muss die Therapie an die wahrscheinlichen Ursachen angepasst werden. Das Spektrum der Behandlung reicht von einer ambulanten Unterstützung und Entlastung durch einen Fachdienst über eine Behandlung durch niedergelassene Psychiater und Nervenärzte oder Psychotherapeuten bis zur stationären Behandlung in einer Fachklinik. Eine ausschließliche Behandlung der Symptome mit Psychopharmaka kann für manche Erkrankte fatale Folgen haben, in vielen Fällen ist sie als Begleitbehandlung jedoch zumindest vorübergehend notwendig.

Die besten Erfolge bei der Behandlung von Wahnerkrankungen zeigt eine Kombination von psychosozialen Hilfen und medikamentöser Behandlung. Beide Ansätze sollen im Folgenden beschrieben und im Anschluss für die jeweiligen Krankheitsursachen besprochen werden.

9.1 Psychosoziale Hilfen

Im vorherigen Kapitel wurden Ratschläge für den Umgang mit Wahnkranken für Angehörige gegeben. Im Folgenden soll beschrieben werden, auf welche Art Fachpersonal (Sozialpädagogen, Psychologen, Pflegepersonal und andere) ambulant oder stationär psychosoziale Hilfestellungen geben kann.

Vor allem, wenn keine Gefahr im Verzug ist und der Wahn nicht schnell behandelt werden muss, bietet sich der behutsame Aufbau einer tragfähigen Beziehung einer Fachkraft zum Betroffenen und eine stabilisierende Begleitung zusammen mit Verwandten, Bekannten, ehrenamtlichen Helfern oder Nachbarschaftshilfen sowie Gruppen mit Aktivitätsangeboten an.

Generell treten bei Menschen mit paranoiden Erkrankungen vor allem soziale Probleme und

Probleme mit der Selbständigkeit auf. Oft haben die Erkrankten Schwierigkeiten beim Aufrechterhalten bestehender Beziehungen und beim Anknüpfen neuer Kontakte. Je nach Schweregrad und Ursache des Wahns kann der Versuch unternommen werden, die sozialen Kompetenzen mit Hilfe bestimmter Übungen zu verbessern und selbstsicheres Verhalten in bestimmten Situationen zu erlernen. Zu überprüfen wäre, ob hierbei auch Gruppenangebote für die Betroffenen sinnvoll sind.

Zur Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit ist es zudem wichtig, praktische Kompetenzen zu trainieren. Vor allem dem Tages- und Wochenablauf sollte eine orientierungsfördernde Struktur gegeben werden.

Für manche Betroffene kommen auch psychotherapeutische Interventionen in Frage, bei denen beispielsweise die zugrunde liegenden Probleme besprochen werden (etwa die erlebte Einsamkeit), elementare Bedürfnisse nach Zuwendung durch Einfühlungsvermögen, Akzeptanz und Wertschätzung befriedigt werden, das Akzeptieren von unumkehrbaren Einschränkungen erlernt wird oder der Umgang mit Mitmenschen realistischer interpretiert und gestaltet wird.

9.2 Medikamentöse Behandlung/Psychopharmaka

In Anbetracht der möglichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka (und der Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten) sind im Einzelfall Nutzen und Risiken einer Behandlung mit Psychopharmaka gegeneinander abzuwägen. Eine unüberlegte Verschreibung ist dabei genauso abzulehnen wie ein völliger Verzicht.

Die Medikamente der Wahl bei Wahnerkrankungen sind **Neuroleptika**. Sie vermindern das Denken, insbesondere das "verwirrte" Denken. Die Erregung, die Unruhe und das fortwährende Denken an die vermeintliche Bedrohung werden unterdrückt. Damit sind sie besonders bei akuten Phasen einer Schizophrenie und bei Selbst- oder Fremdgefährdung unverzichtbar. Aufgrund der Veränderung des Stoffwechsels im Alter müssen bei älteren Menschen Medikamente grundsätzlich vorsichtig und anfangs in niedrigeren Dosierungen verabreicht werden als bei jungen Erwachsenen (oft 1/3 bis 1/2 der Dosis). Bei zu hohen Konzentrationen nehmen die unerwünschten Nebenwirkungen rapide zu, ohne dass es zu einer besseren Wirkung

käme; es können im Gegenteil sogar paradoxe Effekte beobachtet werden. Nach einer vorsichtigen, niedrigen Anfangsdosierung kann dann unter regelmäßiger Nachkontrolle durch den Facharzt die Dosierung gesteigert und der jeweiligen Symptomatik angepasst werden.

Viele Neuroleptika liegen nicht nur in schnell wirkenden Tabletten vor, sondern auch in länger wirkenden Injektionen, die alle 2-4 Wochen verabreicht werden. Diese "Depot"-Form wird besonders bei Patienten verwendet, die ihre tägliche Medikation nicht einnehmen (können) und eine ambulante Behandlung damit gefährden würden.

Für die Behandlung von Angst- und Unruhezuständen und gelegentlich bei Schlafstörungen werden **Benzodiazepine** (so genannte "Benzos") eingesetzt. Dabei handelt es sich um Beruhigungsmittel, die zur Gruppe der Tranquilizer gehören. Sie wirken je nach Medikament eher angstlösend, beruhigend, dämpfend, einschläfernd, entspannend oder krampflösend.

Auch hier muss die Dosis im Alter entsprechend reduziert werden und es sollten nur Substanzen eingesetzt werden, die höchstens 4-24 Stunden wirken.

Benzodiazepine sollen nicht länger als 2-4 Wochen verordnet werden, um die rasche Entwicklung einer Abhängigkeit zu vermeiden.

Beim Entzug dieser Medikamente kann es zu unangenehmen körperlichen (Kopfschmerz, Erbrechen, Krampfanfälle) und psychischen Entzugserscheinungen (Angstzustände) kommen, die manchmal erst Tage oder Wochen nach dem Absetzen ihren Höhepunkt erreichen und zu der ursprünglichen Problematik, die man mit Benzodiazepinen eigentlich "behandeln" wollte, hinzukommen. Da jedoch gerade übertriebene Angstgefühle meist durch eine psychotherapeutische Behandlung ohne Benzodiazepine langfristig zu überwinden sind, ist die Psychotherapie einer medikamentösen Behandlung mit diesen Medikamenten vorzuziehen. Angezeigt ist die Gabe von Benzodiazepinen zur Krisenintervention, bei einer Verabreichung über einen kurzen Zeitraum und einer Behandlung mit sehr niedrigen Dosierungen.

Die medizinische Behandlung mit Psychopharmaka sollte stets durch einen Arzt Ihres Vertrauens oder einen Facharzt erfolgen, mit ihm besprochen und im Verlauf immer wieder überprüft werden.

9.3 Psychotherapie

Eine psychotherapeutische Behandlung wahnhaft erkrankter Klienten ist sicherlich - aufgrund des oft ausgeprägten Misstrauens - besonders schwierig. Häufig mangelt es den Betroffenen auch an Krankheitseinsicht: "Nicht ich, sondern meine Tochter/mein Mann/ meine Schwester ... muss in Behandlung".

Das leider auch heute noch immer weit verbreitete Vorurteil, dass für ältere Menschen eine Psychotherapie nicht mehr sinnvoll sei, entspricht allerdings nicht mehr dem heutigen Kenntnisstand. Inzwischen weiß man, dass ältere Menschen sehr wohl noch zu positiven Veränderungen und Entwicklungen fähig sind.

Am Anfang jeder Psychotherapie steht immer ein vorsichtiges Kennenlernen, ein behutsamer Beziehungsaufbau. Dies ermöglicht erst das Arbeiten an den Problemen und der Biographie des Betroffenen und eröffnet im Verlauf meist ein tieferes Verständnis; das wahnhaft ängstliche Befinden wird dann nicht selten zur nachvollziehbaren, spezifischen biographischen Entwicklung, in der oft schwere und nicht wirklich verarbeitete Lebenskrisen deutliche Spuren hinterlassen haben.

Es ist eine wesentliche Aufgabe des therapeutischen Gesprächs die verschiedenen psychologischen und körperlichen Faktoren sichtbar und einschätzbar zu machen. Ein wichtiges Ziel ist es, den Klienten zur Behandlung behebbarer Einschränkungen zu motivieren, und mit ihm unbewältigte Ereignisse aus seinem Leben behutsam - und soweit von ihm gewünscht und für ihn noch möglich - aufzuarbeiten.

Weiterhin werden in einer Psychotherapie auch bei wahnhaft Erkrankten die vorhandenen Fähigkeiten und Stärken genutzt. Aufbauend auf diesen Ressourcen wird in vielen Fällen neues, situationsangemessenes Verhalten geübt und mit Hilfe sogenannter psychoedukativer Verfahren versucht, beim Klienten langsam eine Akzeptanz für die Erkrankung und für weitere notwendige therapeutische Maßnahmen zu schaffen. Auch eine sinnvolle Strukturierung des Tages, die an den Bedürfnissen des Klienten orientiert ist, kann dem Betroffenen guten Halt und Sicherheit bieten.

Bei der Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten ist dar-

auf zu achten, dass der-, bzw. diejenige Erfahrung in der Behandlung von wahnkranken Menschen hat. Eine Psychotherapie, deren Kosten von den Krankenkassen übernommen wird, können nur Psychologische Psychotherapeuten oder (Fach-) Ärzte für Psychotherapie durchführen. Zwei Therapierichtungen sind durch die gesetzlichen Krankenkassen anerkannt: Die psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren und die Verhaltenstherapie.

Weitere Informationen zur Psychotherapie bekommen Sie bei den im Anhang genannten Beratungsstellen oder in dem Ratgeber "Chance Psychotherapie" der Verbraucherzentrale.

Darüber hinaus gilt es immer, den Wert des Wahns für den Betroffenen zu erkennen, denn das Leben in einer "verrückten" Welt kann für den Betroffenen auch angenehm sein. Dann kann der Wahn durchaus auch als eine lebenserleichternde Maßnahme verstanden werden, die hilft, soziale Isolation und zahlreiche Verluste besser "ertragen" zu können.

10 Kontaktadressen in Oberbayern

10.1 Adressen außerhalb Münchens (Raum Oberbayern)

Sozialpsychiatrischer Dienst
Altötting
Neuöttinger Str. 62a
84503 Altötting
T: 08671/ 12630

Sozialpsychiatrischer Dienst Bad
Reichenhall
Anton Winkler Str. 3a
83435 Bad Reichenhall
T: 08651/ 65633

Sozialpsychiatrischer Dienst
Bad Tölz - Wolfratshausen
Salzstr. 12
83646 Bad Tölz
T: 08041/ 6015

Sozialpsychiatrischer Dienst
Bogenhausen
(für nord-östl. Landkreis München)
Denninger Str.225
81927 München
T: 089/932003

Sozialpsychiatrische Dienste
Dachau
Beratungsstelle für psychische
Gesundheit
Landsbergerstr. 11
85221 Dachau
T: 08131/ 298140 bzw. 298187

Sozialpsychiatrischer Dienst
Ebersberg
Heinrich-Vogel-Str. 2a
85560 Ebersberg
T: 08092/ 22550

Sozialpsychiatrischer Dienst
Eichstätt
Caritas-Kreisstelle
Weißenburgerstr. 17
85072 Eichstätt
T: 08421/976634

Sozialpsychiatrischer Dienst Erding
Münchener Str. 44
85435 Erding
T: 08122/3048

Sozialpsychiatrischer Dienst
Freising
General-v.-Nagel-Str. 4
85354 Freising
T: 08161/ 12096 bzw. 145723

Sozialpsychiatrischer Dienst
Fürstenfeldbruck
Hauptstr. 11/ II
82256 Fürstenfeldbruck
T: 08141/ 320727

Sozialpsychiatrischer Dienst
Garmisch-Partenkirchen
Am Kurpark 3
82467 Garmisch-Partenkirchen
T: 08821/76514

Sozialpsychiatrischer Dienst
Landsberg
Malteserstr. 447
86899 Landsberg
T: 08191/ 21699

Sozialpsychiatrischer Dienst
Miesbach
Franz-und-Johann-Wallach-Str. 12
83714 Miesbach
T: 08025/280630

Sozialpsychiatrischer Dienst
München Land - Süd
Ludwig-Thoma Str. 46
85521 Ottobrunn
T: 089/ 605054

Sozialpsychiatrischer Dienst
Planegg
Bahnhofstr. 7
82152 Planegg
T: 089/ 89979080

Sozialpsychiatrischer Dienst
Starnberg
Kaiser-Wilhelm-Str. 18
82319 Starnberg
T: 08151/78771

Sozialpsychiatrischer Dienst
Im Klosterfeld 14b
85716 Unterschleißheim
T: 089/ 3218320

Sozialpsychiatrischer Dienst
Ingolstadt
Jesuitenstr. 4
85049 Ingolstadt
T: 0841/309-100

Sozialpsychiatrischer Dienst
Landshut
Gabelsbergerstr. 46
84034 Landshut
T: 0871/ 609325

Sozialpsychiatrischer Dienst
Neuburg
Spitalplatz C 193
86633 Neuburg
T: 08431/ 6488-540

Sozialpsychiatrischer Dienst
Pfaffenhofen
Spitalstr. 7
85276 Pfaffenhofen an der Ilm
T: 08441/ 808341

Sozialpsychiatrischer Dienst
Herbststr. 14
83022 Rosenheim
T: 08031/ 20380

Sozialpsychiatrischer Dienst
Traunstein
Caritas Zentrum
Herzog-Wilhelm-Str. 20
83278 Traunstein
T: 0861/ 9887751

Sozialpsychiatrischer Dienst
Weilheim
Karl-Böhaimb-Str. 14
82362 Weilheim
T: 0881/3663 und 4591

Gerontopsychiatrischer Dienst
für den Landkreis Mühldorf
Riesengebirgsstr. 3
84478 Waldkraiburg
T: 08638/ 1540

Bezirkskrankenhaus Haar
Vockestr. 72
85540 Haar
T: 089/ 45623351

Bezirkskrankenhaus Gabersee
Postfach 20
83513 Reitmehring
T: 08071/710

Aktionsgemeinschaft der
Angehörigen
psychisch Kranker Starnberg
Bahnhofsplatz 14
82319 Starnberg
Tel: 08151/ 4949

Verein der Angehörigen und
Freunde
psychisch Kranker in der Region 10
Tagesstätte des Vereins INSEL e.V.
Münzbergstr. 6
85049 Ingolstadt
T: 0841/ 910278

10.2 Adressen innerhalb Münchens

Gerontopsychiatrischer Dienst
München Süd
Ortler Str. 2
81373 München
T: 089/ 7260950

Gerontopsychiatrischer Dienst
München West
Gubestr. 5
80992 München
T: 089/ 14002833

Gerontopsychiatrischer Dienst
München Ost
Schwanseestr. 16
81539 München
T: 089/ 6914802

Gerontopsychiatrischer Dienst
München Nord
Stanigplatz 11a
80933 München
T: 089/ 31400110

Selbsthilfezentrum München
Bayerstr. 77a/ Rgb.
80335 München
T: 089/ 53295660

AWO Beratungsstelle
für pflegende Angehörige
Gravelottestr. 8
81667 München
T: 089/ 45832148

Aktionsgemeinschaft der
Angehörigen
psychisch Kranker, ihrer Freunde
und
Förderer München e.V.
Landsbergerstr. 135
80339 München
T: 089/ 5024673

Innere Mission München
Diakonie in München u.
Oberbayern e.V.
Beratungsstelle für alte Menschen
und ihre Angehörigen
Magdalenenstr. 7
80637 München
T: 089/ 15913520

11 Literatur

BLONSKI, H. (Hrsg.). Wahn und wahnhafte Störungen im Alter. Ursachen, Behandlung, praktische Hilfen. Ernst Reinhardt Verlag. München, Basel, 1996

DERKSEN, J.J.L. Persönlichkeitsstörungen. In: Buijssen, H.P.J. & Hirsch R.D. (Hrsg.), Probleme im Alter, Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention. Beltz PVU. 1997

HUBER, G. Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Schattauer. Stuttgart, 1999

JUNKERS, G. Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns. Schattauer. Stuttgart, 1995

KIPP, J./JÜNGLING (Hrsg.). Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie. Ernst Reinhardt Verlag. München, 2000

PAYK, Th.R. Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York, 1998

TÖLLE, R. Psychiatrie. Springer Verlag. Berlin, 1991

VERKAAIK, A.J.B. Paranoide Störungen. In: Buijssen, H.P.J. & Hirsch, R.D. (Hrsg.), Probleme im Alter, Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention. Beltz PVU 1997

ZAPOTOCZKY, H. und FISCHHOF, P. Handbuch der Gerontopsychiatrie. Springer-Verlag. Berlin, 1996

URBAN, M. (Hrsg.). Psychotherapie der Psychosen. Pabst Science Publishers. Lengerich 2000

Impressum

Herausgeber: Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V. München
V.i.S.d.P.: Horst Reiter

Redaktion: Katharina Kircher
C/o Gerontopsychiatrischer Dienst
für den Landkreis Mühldorf
Riesengebirgsstr. 3
84478 Waldkraiburg

Telefon: 08638/1540
Telefax: 08638/1592
E-Mail: gpdi.waldkraiburg@projekteverein.de

Text: Thomas Mohr, Thomas Nolde, Achim Saar,
Katharina Kircher

Layout: Werner Ponikwar

Druck: PROJEKT PRINT Satz & Druck

1. Auflage: Oktober 2004

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck oder Verbreitung - auch auszugsweise - ist nur mit Genehmigung des Herausgebers gestattet

Die Autoren

Katharina Kircher, Krankenschwester (mit über zehnjähriger Berufserfahrung), Heilpraktikerin und Dipl. Psychologin; seit 2000 Mitarbeiterin im Gerontopsychiatrischen Dienst Waldkraiburg (Träger: Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V.)

Thomas Mohr, Dr. phil., Dipl. Psychologe, Studium bei Thea Bauriedl, Heiner Keupp u. a., seit 1999 Mitarbeiter im Gerontopsychiatrischen Dienst München-West (Träger: Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V.)

Thomas Nolde, Dipl. Psychologe; Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapie (Erwachsene), Ausbildung am Ausbildungsinstitut München im Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie; von 1999-2003 Mitarbeiter im Gerontopsychiatrischen Dienst München-Süd (Träger: Caritasverband München Freising e. V.); freier wissenschaftlicher Mitarbeiter der Gerontopsychiatrischen Forschungsabteilung der psychiatrischen Universitätsklinik München; seit 2003 niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut

Achim Saar, Dipl. Sozialpädagoge (FH), seit 1999 Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst Planegg, Bereich Gerontopsychiatrie (Träger: Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V.)

Wir danken folgenden Sponsoren



Sparda-Bank



IGW Waldkraiburg