

KAPITEL 3 - GEWISSHEIT

Als Hertha davon berichtete, dass Edda schon seit Wochen nicht mehr beim Frauenkreis gewesen sei und auch nicht mehr so recht ans Telefon ging, fiel Frau Schubert aus allen Wolken. „Das war im ersten Moment schon sehr seltsam, da wir wussten, wie wichtig ihr das eigentlich war.“ Als Frau Schubert sie dann besuchte, bestritt sie zunächst, dort nicht gewesen zu sein. Hertha müsse sich irren. Später sagte sie, sie wäre zwar dort gewesen, würde aber in Zukunft nicht mehr so häufig gehen, da die Damen sehr alt geworden seien und sie das Treffen langweile. Gerade Hertha, sagte Edda, sei sehr merkwürdig geworden. Familie Schubert wunderte sich zwar, aber sollte man einer gestandenen Frau ernsthaft vorschreiben, mit wem sie sich treffen solle oder nicht?

Frau Schubert wollte aber die Gelegenheit nutzen und die Vorlage von Edda aufgreifen, um ihr Hilfe anzubieten: „Nun ja, also genau genommen sind die Damen genauso alt wie du, Mama. Und du lebst hier ganz alleine.“ „Ja, und das ist auch gut so!“, fuhr ihr Edda in die Parade, während sie über die Spüle wischte. „Ja, und was willst du mir damit sagen? Seit 78 Jahren sorge ich für mich. Dich habe ich auch versorgt, deine Kinder und deine Schwester gleich mit!



verwies jedoch auf einen Medikamentenplan, den sie befolge. Dieser sei bei den Medikamenten zu Hause im gut sortierten Medikamentenschrank.

Das Notfallprotokoll der Sanitäter zeichnete ein anderes Bild. Auf dem Protokoll war vermerkt, dass die Schublade, in der sie die Medikamente aufbewahrte, wohl sehr durcheinander vorgefunden wurde. Nicht nur, dass sie durcheinander war, anscheinend wurden dort wahllos Gegenstände abgelegt: Kochlöffel, Tassen, Fernbedienung und eben auch die Medikamente zwischendrin. Ein Medikamentenplan war in der Wohnung nicht auffindbar. Im Protokoll wurde gemutmaßt, dass aufgrund des gewonnenen Eindrucks eine korrekte Einnahme der Medikamente wohl nicht stattgefunden habe.

Aufgrund der nächtlichen Uhrzeit und des Eindrucks, der im Notfallprotokoll vermerkt war, entschied man sich dazu, Frau Brassert stationär aufzunehmen und den Blutdruck weiter einzustellen.

„Für uns war das natürlich ein Schock“, erzählte mir Frau Schubert. „Wenn man hört Krankenhaus, Schlaganfall, Herzinfarkt, denke ich natürlich sofort an meinen Vater, der vor 12 Jahren genau so verstarb.“ Sie fuhr fort: „Bei ihr war es wohl aber eher ein Fehlalarm und nur der Blutdruck. Im Krankenhaus, würde ich sagen, haben wir zum ersten Mal gemerkt, dass sie anders ist.“

Im Krankenhaus fragte Edda die Pfleger häufig, wann sie nach Hause könne. Sie wirkte ängstlich. „So kannte ich sie nicht. Sie wusste zwar, dass sie im Krankenhaus ist, aber wieso und in welchem Krankenhaus genau mussten wir ihr immer wieder sagen. Als Familie Schubert mit dem Stationsarzt darüber sprach, wie unüblich dieses Verhalten für ihre Mutter war, veranlasste dieser eine neurologische Untersuchung. Die Diagnose: Demenz!

WIE WIRD EINE DEMENZ BEHANDELT?

Wie wir bereits im Verlauf des bisherigen Buches gesehen haben, betrifft die Demenz verschiedene Ebenen eines Menschen. Sowohl Körper, Geist und Psyche sind betroffen. Die meisten Demenzformen sind (zumindest zum aktuellen Zeitpunkt) nicht heilbar. Sollte eine heilbare Ursache der Demenz vorliegen, sollte diese natürlich vorwiegend behandelt werden (z. B. eine Hormonstörung). Bei allen anderen Demenzformen muss sich die Therapie an anderen Größen und Ansprüchen messen lassen, als an einer Heilung.

Eine umfangreiche Demenztherapie orientiert sich an folgender Zielsetzung:

- Verlangsamung des Krankheitsprogresses
- Reduktion der Beschwerden und Krankheitsauswirkungen
- Schutz vor körperlichem oder seelischem Leid
- Steigerung des Selbstwertes
- Management der allgemeinmedizinischen Belange

Um dieses Ziel zu erreichen, bietet die Demenztherapie mittlerweile ein sehr breites Spektrum an Möglichkeiten. Diese reichen von der klassisch-konservativen, medikamentösen Therapie bis hin zu einer großen Vielfalt an nicht medikamentösen Therapieoptionen. Gerade nicht medikamentöse Therapien gewinnen bei einer so vielschichtigen Erkrankung an Wichtigkeit und helfen, die Erkrankung auf jeder Ebene zu versorgen.

In einem therapeutischen Gesamtkonzept der Demenz gilt es nicht, die eine – vermeintlich richtige – Therapieoption zu wählen, sondern vielmehr aus den therapeutischen Möglichkeiten eine **individuell auf den Patienten abgestimmte Therapie** zu entwickeln und zusammenzustellen.

Im Folgenden soll im ersten Abschnitt auf die Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Therapie eingegangen werden, um im zweiten Abschnitt das breite Spektrum der nicht medikamentösen Therapien zu beleuchten. Aus Gründen der Eindeutigkeit werden diese zwar einzeln behandelt, in der Praxis finden diese aber in Kombination Anwendung.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

In der medikamentösen Therapie lassen sich zwei große Medikamentengruppen unterscheiden:

- **Antidementiva**
- **Psychopharmaka**

Im Folgenden werden beide Medikamentengruppen in ihren Grundzügen, den Einsatzgebieten sowie Vor- und Nachteilen vorgestellt. Prinzipiell gilt, dass die Entscheidung über eine medikamentöse Therapie mit einem Arzt stattfinden muss.

Antidementiva

Zum besseren einfacheren Verständnis der medikamentösen Therapie soll nicht auf pharmakologische Wirkdetails eingegangen werden, sondern eher das Prinzip verstanden werden:

- Antidementiva versuchen, positiv in die Reizweiterleitung der Nervenzellen einzugreifen oder Schaden von diesen abzuwenden.

Antidementiva sollen bewirken, das Fortschreiten der Demenz-Erkrankung zu verzögern und die Auswirkungen nicht kognitiver Begleitsymptome einzuschränken. Studien zeigen, dass ein früher Thera-

piebeginn mit Antidementiva positive Effekte auf den Verlauf der Erkrankung haben kann. Ihre Nebenwirkungen sind vor allem Übelkeit, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe, Unruhe und einige weitere.

Psychopharmaka

Zur Therapie der Verhaltensstörungen und psychischen Symptome kann symptombezogen eine größere Bandbreite an Medikamentengruppen zum Einsatz kommen.

Diese können sein:

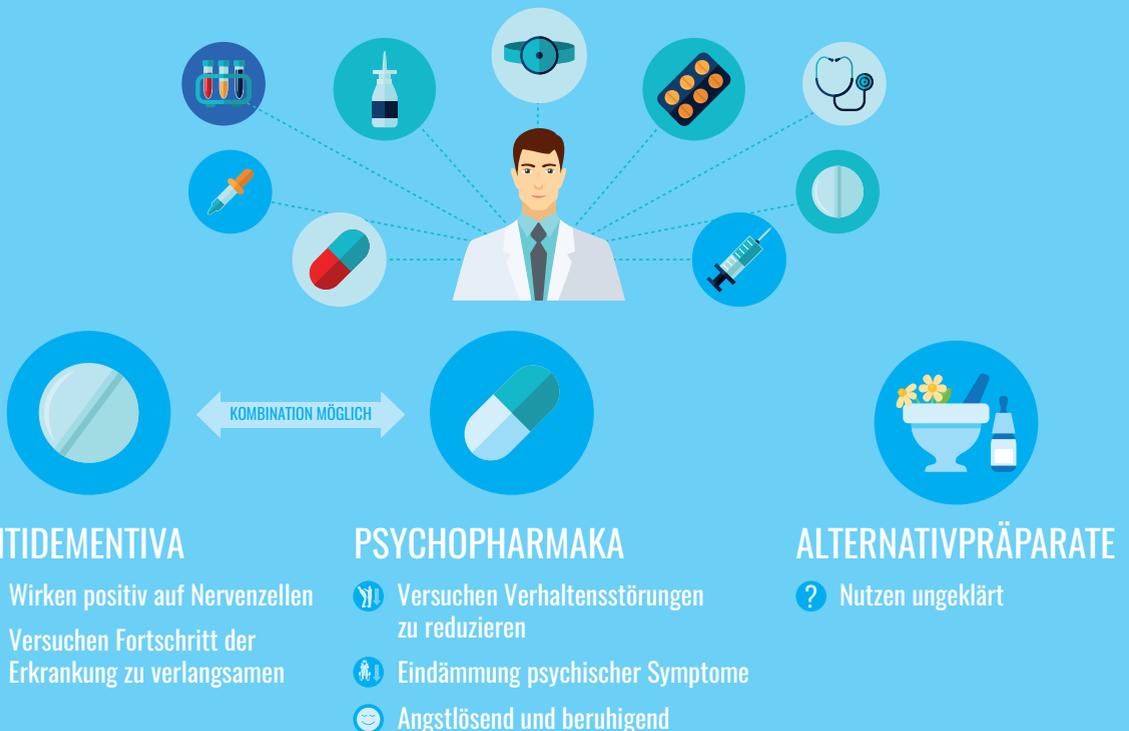
- Antipsychotika
- Antidepressiva
- Anxiolytische (also angstlösende) Medikamente, wie beispielsweise Benzodiazepine

Vereinfacht ausgedrückt verändern diese Medikamente verschiedene botenstoffabhängige Informationsübertragungen und führen damit im Idealfall zur gewünschten Wirkung. Das Nebenwirkungsspektrum dieser Medikamente ist groß und reicht von lebensgefährlichen Elektrolytstörungen (Blutsalzstörungen) bis hin zu Gangstörungen oder einer Verschlechterung derjenigen Symptome, die man ursprünglich behandeln wollte. Zudem besteht bei einigen Substanzen erhöhtes Abhängigkeitspotential.

Alternativpräparate

Des Weiteren gibt es noch andere Wirksubstanzen mit umstrittener klinischer Relevanz. Führend hierbei ist beispielsweise Ginkgo biloba. Da die Studienlage zu diesen Präparaten nicht eindeutig ist, sollen diese zwar der Vollständigkeit halber erwähnt werden, jedoch aufgrund fehlender Evidenzlage nicht weiter diskutiert werden. Im Zweifelsfall sollten Entscheidungen für solche Präparate mit dem Hausarzt oder dem Neurologen diskutiert werden.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE EINER DEMENZ



NICHT MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Der nicht medikamentösen Therapie kommt in der Behandlung der Demenz eine immense Bedeutung zu. Die Forschung und Kreativität vieler Einzelner bringen hier regelmäßig neue Konzepte hervor, sodass es sich lohnt, dem aufmerksam zu folgen. Es werden nun die wichtigsten und bekanntesten nicht medikamentösen Therapien vorgestellt.

Biographiearbeit

Die Biographiearbeit macht sich das Langzeitgedächtnis von Menschen mit Demenz zunutze und versucht, zur Förderung des Wohlbefindens beizutragen. Das sensible und persönliche Thema der eigenen Biographie soll mittels Gesprächen oder Gegenständen wieder ins Gedächtnis gerufen werden. Der Patient soll so animiert werden, über schöne Erinnerungen zu sprechen, um durch die positiven Gedanken eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Die Biographiearbeit setzt einen intensiven und gewissenhaften Umgang mit der Vergangenheit des Betroffenen voraus. Da im Vorhinein nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, wie der Betroffene auf bestimmte Anreize und Erinnerungen reagiert, sollte man sich vorab ein ausführliches Bild über dessen emotionalen Zustand machen. Im Extremfall kann es zu sogenannten Retraumatisierungen kommen oder schlicht zum Gegenteil der Intention, also einer Verschlechterung des Befindens. Im Idealfall kommen Vorschläge vom Patienten selbst, da Erinnerungen oder deren Wichtigkeit für den Erkrankten von Angehörigen möglicherweise falsch eingeschätzt werden. Eine gute Grundlage für die Biographiearbeit sind alte Fotos, Werkzeuge von früher oder andere visuelle und haptische Anknüpfungspunkte, welche den Patienten dazu anregen sollen, in Erinnerungen „zu schwelgen“.

Sehr eindrückliche und faszinierende Erfolge haben beispielsweise die Darbietung geliebter und bekannter Musikstücke. Nicht selten können demenziell Veränderte innerhalb weniger Sekunden in ekstatisches Mitsingen des Lieblingsliedes verfallen und jede Strophe Wort für Wort fehlerfrei wiedergeben.

Psychotherapie

Zu den wichtigsten Grundpfeilern der nicht medikamentösen Therapie zählt die Psychotherapie. Diese kann noch bis ins mittlere Stadium gut durchgeführt werden. Ihre Ziele sind die Stärkung und Wahrung der noch verfügbaren Ressourcen, Förderung des Wohlbefindens, Krankheitsbewältigung, Reduktion von Verhaltensänderungen sowie gegebenenfalls die Förderung der gesamtfamiliären Situation durch Miteinbeziehung der Angehörigen. Der Erkrankte (als auch die Angehörigen) sollen lernen, mit dem Kompetenzverlust und einer fragilen emotionalen Lage umzugehen.

Des Weiteren kann im Rahmen einer psychotherapeutischen Betreuung ein Konzept zur Gedächtnisstütze oder des Gedächtnistrainings erarbeitet werden. Außerdem kann in klassischen therapeutischen Gesprächen die Wertschätzung für das eigene Leben sowie das bisher Erlebte und Erreichte gefördert werden. Der Therapeut passt die Sitzungen an die Bedürfnisse und Anforderungen der Erkrankung an. Er achtet explizit auf einen wertschätzenden Umgang, auch wenn beispielsweise der Inhalt der letzten Sitzung nicht mehr erinnerlich ist oder der Erkrankte den Therapeuten verkennt.

Ergotherapie

Ein wichtiges übergreifendes Ziel der Demenztherapie stellt die möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit des Erkrankten dar. Die Ergotherapie kann hierzu einen Beitrag leisten, indem sie versucht, Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags zu fördern und zu bewahren. Dabei richtet sich die Ergotherapie sowohl an den kognitive-geistigen als auch an den motorisch-funktionellen Alltagsaspekt. Die Ergotherapie kann einen Beitrag leisten, die Kommunikation und Kontaktfähigkeit von an Demenz erkrankten Menschen möglichst lange zu bewahren.

Unterstützung erhält sie dabei von physiotherapeutischen Angeboten. Der Physiotherapie kommt dabei die wichtige Aufgabe zu, den Bewegungsapparat, die Gangstabilität sowie die Koordination so lange wie möglich aktiv zu erhalten. Hierfür gibt es zahllose Techniken und Verfahren, welche sich in aktive und passive Maßnahmen gliedern lassen. Unter *aktive Maßnahmen* fallen Kurse, Übungen und beispielsweise Koordinationsspiele. *Passive Maßnahmen* stellen Massagen, Elektrophysiotherapien oder Lockerungen dar.

Logopädie

Ergotherapie und Physiotherapie werden von der Logopädie unterstützt. Dieser kommt bei der Demenztherapie aufgrund der zunehmenden Schluckbeschwerden im Verlauf der Erkrankung eine besondere Bedeutung zu. Die Logopädie hat das Ziel – neben der Unterstützung und Therapie bei Sprachproblemen – den Schluckakt durch spezielle Übungen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

Filmtherapie

Dazu werden den Demenzerkrankten verschiedenste visuelle Eindrücke mittels eines Bildschirms dargeboten. Dem Umfang der Therapiemöglichkeiten sind dabei kaum Grenzen gesetzt: Beispielsweise können zeitgenössische oder moderne Spielfilme, Impressionen von Tieren in Bewegtbild- und Standbild, Aufzeichnungen alter Spielformate oder Ähnliches verwendet werden.

Wichtig bei der Filmtherapie ist die Berücksichtigung der Fähigkeiten und Wahrnehmung von Demenzerkrankten. Es sollte darauf geachtet werden, dass keine Filme verwendet werden, die einen zu schnellen Schnitt haben, möglicherweise missdeutet werden oder angstausslösend sein könnten. Zu solchen Missdeutungen oder angstausslösenden Eindrücken kann es beispielsweise bei sehr dunklem Bild oder Gewalt- und Horrorsequenzen kommen. Dies wird deshalb extra erwähnt, da auch vordergründig harmlos erscheinende Filme durchaus (wenn auch möglicherweise kurze) Szenen beinhalten können, die von einem Demenzerkrankten als extrem stressig und angsteinflößend erlebt werden (beispielsweise *Die Goonys* als netter Kinderfilm, jedoch mit angsteinflößenden Piratenszenen).

Als weiteres Kriterium der Filmtherapie sollte die verringerte Aufmerksamkeitsspanne von Demenzerkrankten berücksichtigt werden, sodass relativ kurze Filmsequenzen von einer nachfolgenden Pause begleitet werden sollten.

Die große Chance der filmtherapeutischen Intervention ist, dass die Inhalte der Filme, falls sie denn auf den Patienten passen, gleichzeitig weitere Funktionen wie Biographiearbeit oder Musiktherapie erfüllen können. Der richtige Film, der den Patienten in eine bekannte Zeit zurückversetzt mit

Inhalten, die er noch von früher kennt (wie beispielsweise eine Orchesteraufführung oder bekannte Lieder aus alten Filmen), können beeindruckende Ergebnisse hinsichtlich der Stimmung und des Wohlbefindens des Patienten haben. Hierfür gibt es mittlerweile Komplettlösungen, die die oben stehenden Kriterien berücksichtigen.

ABSCHLIESSENDE WORTE ZU THERAPEUTISCHEN KONZEPTEN

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gesamttherapie einer Demenz eine Komposition aus medikamentöser und nicht medikamentöser Therapie ist. Für beide Stränge der Therapiemöglichkeiten muss jederzeit eine **Würdigung des Individuums** stattfinden, da dies nicht nur die Menschenwürde im Alter gebietet, sondern auch maßgeblich der Therapieerfolg davon abhängt.

So kann die falsche Therapie mit einer Übergewichtung von Psychopharmaka oder über Antidementiva bei nur schwach ausgeprägten Symptomen genauso fatale Entwicklungen nehmen, wie die falsche Darbietung visueller Reize bei einem dafür nicht geeigneten Patienten (beispielsweise kann ein und dieselbe Szene den einen Patienten in Entzückung versetzen und einen anderen retraumatisieren, wenn sie ohne Rücksicht auf die persönliche Biographie dargeboten wird).

Andersherum kann eine korrekte und würdevolle Kombination der beiden großen Therapiestränge für einen entspannten und glücklichen Patienten sorgen, der sich in seiner Umgebung und seinem Körper wohlfühlt, auch wenn für Außenstehende der Eindruck erweckt wird, dass der Betroffene unter starken Einschränkungen leidet.

Eine Demenztherapie kann also ohne Berücksichtigung eines ganzen Menschenlebens kaum erfolgreich sein.

NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIE EINER DEMENZ

KÖRPER

SEELE UND PSYCHE



FOKUS SYMPTOME, TEIL III – MITTELSCHWERE DEMENZ

In der ersten Phase einer Demenz (der leichten Demenz) standen die kognitiven Einbußen im Vordergrund. Im weiteren Verlauf der Erkrankung verstärken sich diese Symptome und es treten weitere hinzu. Typisch für die mittelschwere Demenz sind Verhaltensänderungen und psychische Symptome. Körperliche Symptome sind zwar vorhanden, jedoch nur mäßig ausgeprägt.

Wir sehen den weiteren Fortschritt der kognitiven Einbußen bei Edda Brassert daran, dass sie nicht mehr in der Lage zu sein scheint, ihren Haushalt zu bewältigen oder ihre Tabletten einzunehmen. Schon das geordnete Zurücklegen der Tablettenschachteln scheint sie zu überfordern.

Außerdem können wir beobachten, wie sie die Situation im Krankenhaus verkennt und ihre Fähigkeit, sich in fremden Umgebungen zu orientieren, dramatisch abnimmt. Dies sind alles Zeichen eines Übergangs von einer leichten in eine mittelschwere Demenz.

Es ist wichtig zu verstehen, dass die Beschreibung in Stadien nur ein Hilfsmittel ist, um den Verlauf dieser komplexen Erkrankung einordnen und beschreiben zu können. **Eine starre Trennung der Phasen ist nicht möglich.** Die Übergänge sind fließend und sehr individuell. Dennoch gibt es typische Veränderungen, auf die im Folgenden im Detail eingegangen werden soll.

Typisch für die mittelschwere Demenz sind:

- **Abbau praktischer und exekutiver Funktionen**
- **Verhaltensänderungen**
- **Herausforderndes Verhalten**
- **Psychische Symptome**
- **Verkennungen und Fehlwahrnehmungen**

Abbau praktischer und exekutiver Funktionen

Menschen mit Demenz leiden unter einem Abbau der praktischen und exekutiven Funktionen. Während einfache Tätigkeiten zu Beginn, in Einzelfällen bis zu mittleren Stadien, noch möglich sind (beispielsweise Kartoffeln schälen, Wäsche falten, verschiedenfarbige Objekte nach Farben sortieren), gestalten sich komplexere Tätigkeiten zunehmend schwierig. Es kommt darüber hinaus zu einer Unfähigkeit der korrekten Benutzung von Werkzeugen, einer sogenannten **Apraxie**. Das Erkennen und das korrekte Einordnen der Funktion sowie die Verwendung eines Gegenstands sind für Demenzerkrankte schwierig bis unmöglich. Beispielsweise kann die Funktion einer Bürste nicht mehr erkannt werden, geschweige denn ihre Funktion selbstständig ausgeführt werden. Bei Frau Brassert kann dies gut beobachtet werden: als die Pflegekraft sie ins Bad bringt, damit sie sich kämmen kann, ist sie bei der Rückkehr der Pflegekraft weiterhin ungekämmt.

Verhaltensänderungen und herausforderndes Verhalten

Verhaltensänderungen gehören zu den bekanntesten Symptomen einer Demenz. Sie treten im Verlauf der Erkrankung vor allem ab dem Beginn der mittleren Stadien auf.

Häufig festzustellende Verhaltensänderungen sind:

- eine Änderung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Umherlaufen/Umherirren

- Unruhe/Rastlosigkeit
- Rufen und Schreien
- Aggressivität
- Enthemmtes Verhalten (auch sexuell)
- Sammeln von unüblichen Objekten (beispielsweise Zettel, Nahrung oder Zeitungen)

Diese Verhaltensänderungen sind zu unterscheiden von nur vermeintlichen Verhaltensänderungen. Aus Patientenperspektive kann sein Verhalten – aufgrund der kognitiven Abbauprozesse – durch bestimmte Auslöser durchaus Sinn haben. Beispielsweise könnte es zu einem sehr beherzten Eingreifen des demenziell Veränderten kommen, wenn ein Angehöriger versucht, die Geldbörse des Betroffenen zu verstauen, da er dies als Diebstahlversuch missdeutet.

Im Folgenden soll auf die häufigsten Formen von Verhaltensänderungen eingegangen werden. Unruhe (Agitiertheit) spielt im Alltag von Demenzerkrankten, und vor allem im Alltag der Pflegenden, eine zentrale Rolle. Häufig laufen Demenzerkrankte umher und erledigen emsig Aufgaben, wie zum Beispiel Zimmer „aufräumen“, „Hausarbeit“ oder „Gartenarbeit“ (die jedoch für andere mehr Arbeit und ggf. auch Gefahren produzieren, da diese krankheitsbedingt nicht ausreichend ausgeführt werden können). Zusätzlich kann diese Unruhe zu einem ziellosen Umherwandern und Weglaufen führen.

Die Ursachen für diese Unruhe können vielgestaltig sein. Neben der unmittelbaren Umgebung, persönlichen Bedürfnissen und körperlichen Symptomen (oder gar Schmerzen) können zum Beispiel Streitigkeiten oder eine situative Desorientiertheit ursächlich sein. Zusätzlich kann es krankheitsbedingt auch zu nicht realen Vorstellungen bis hin zu Wahnideen kommen. (Beispielsweise: Man wird verfolgt; die Kinder müssen von der Schule abgeholt werden; man ist zu spät zur Arbeit und muss doch heute unbedingt etwas abgeben und vieles mehr.)

Neben Unruhezuständen kann es bei den Patienten zu aggressivem Verhalten kommen. Dies geschieht in den meisten Fällen nicht zielgerichtet oder absichtlich, sondern zumeist als Reaktion auf eine Handlung, die mit dem Patienten geschieht oder geschehen soll. Gerade hierbei sind geschultes Personal und eine professionelle Herangehensweise dem Patienten gegenüber von großer Bedeutung. Beispielsweise kann ein älterer demenzerkrankter Herr plötzlich aggressiv reagieren, weil er den Waschvorgang als anzüglichen Versuch einer jungen Pflegerin verkennt. Dennoch gilt, dass auch aggressives Verhalten wichtige biographische Indizien liefern kann, um therapeutisch zukünftig ähnliche Situationen zu vermeiden. Bei ernsthafter Fremdgefährdung oder Eskalation der Situation muss – bei Ausschöpfung aller anderen therapeutischen Optionen – über eine medikamentöse Therapie nachgedacht werden.

Häufig kommt es im Verlauf der Erkrankung zur Tendenz, Gegenstände zu horten. Diese Gegenstände können Zettel, Zeitungen, Nahrung, Verpackungen, Stifte und so weiter sein. Da dieses Verhalten einem sehr starken inneren Trieb nachgeht, sind Diskussionen mit dem Betroffenen über die Sinnhaftigkeit des Gesammelten nicht zielführend. Die Gegenstände können aber Hinweisgeber für eine bedürfnisbezogene und/oder biographiebezogene Therapie sein und so wichtige Hinweise liefern.

Auch die Sexualität der Betroffenen unterliegt Verhaltensänderungen. Wie bei den zuvor beschriebenen Verhaltensänderungen ist es wichtig, zunächst eine Ursache aufgrund von einer kognitiven Fehlleistung durch Verkennung auszuschließen. Die Bandbreite möglicher Auswirkungen einer Demenzerkrankung auf die Sexualität ist groß: von öffentlichem Masturbieren, sexuellen Übergriffen bis hin zu komplettem Libidoverlust und Erektionsstörungen gibt es vielgestaltige Auswirkungen, welche jedoch nicht alle vollständig eintreten müssen. Eine Ausnahme bilden hier die Erektionsstörungen, die im Verlauf der Erkrankung dem allgemeinen Verlust körperlicher Funktionen folgen.

Im Tagesverlauf kommt es immer öfter und verstärkt zu Verhaltensänderungen. Die Gründe für dieses sogenannte „Sundowning“ (oder Sonnenuntergangsphänomen) sind bis zum heutigen Tag nicht abschließend geklärt. Man geht jedoch davon aus, dass dafür hormonelle tagesabhängige Rhythmen und Ermüdungserscheinungen des Patienten ursächlich sind.

Herausforderndes Verhalten

Eine Sonderstellung hat das sogenannte **herausfordernde Verhalten**. Herausforderndes Verhalten stellt die Menschen in der Umgebung – im wahrsten Sinne des Wortes – häufig vor große Herausforderungen, da der Umgang mit dem Erkrankten zu dieser Zeit nahezu einem vollständigen Kontrollverlust gleicht. Hier können Schulungen und Therapietechniken helfen, die Situation wieder kontrollieren zu lernen.

Das Ausmaß des herausfordernden Verhaltens ist mit Zunahme des Schweregrads der Demenzerkrankung ansteigend. Je fortgeschrittener eine demenzielle Erkrankung ist, desto eher ist mit ausgeprägtem herausfordernden Verhalten zu rechnen, auch wenn dies aufgrund des teilweise sehr individuellen Krankheitsverlaufs natürlich nicht für jeden Betroffenen zutrifft.

Mit herausforderndem Verhalten sind wiederkehrende Verhaltensweisen gemeint, welche vom sozialen Kontext scheinbar entkoppelt sind und kein situationsgerechtes Verhalten darstellen. Diese Verhaltensweisen gehören zu den belastendsten Faktoren nicht nur für den Patienten selbst, sondern auch für die Pflegenden. Herausforderndes Verhalten kann sich in starker Reizbarkeit bis hin zu Tobsuchtsanfällen und ausgeprägter Aggression steigern. Hierbei können an Demenz erkrankte Menschen offen drohen, mit Gegenständen fuchteln oder herumwerfen und können so zur Gefahr für sich selbst oder andere Menschen werden. Andere typische Beispiele sind Enthemmung, unsachgemäßes Verhalten oder die Tendenz wegzulaufen (auch „Hinlauftendenz“ genannt). Des Weiteren kann es zu lautem, anhaltendem Rufen und Schreien kommen, ohne für Außenstehende ersichtlichen Grund. Die Auslöser für herausforderndes Verhalten sind bis zum heutigen Zeitpunkt nicht abschließend geklärt. Man geht jedoch von vielfältigen Gründen aus, die beeinflusst werden durch

- die jeweils betroffene Hirnregion (besser: die eher mehr betroffene Hirnregion)
- einen Wechsel im Tag-Nacht-Rhythmus
- durch einen plötzlichen Ort- beziehungsweise Umgebungswechsel (Krankenhauslieferung, Besuch bei Verwandten u. a.)

Der Umgang mit herausforderndem Verhalten wird in einem gesonderten Teil dieses Buches behandelt.

Psychische Symptome

Psychische Symptome zeigen sich zwar häufig bei Menschen mit Demenz, sie zeigen sich jedoch nicht im Verlauf der Erkrankung zunehmend, wie beispielsweise das herausfordernde Verhalten, sondern können stabil über einen längeren Zeitpunkt existieren, verschwinden, zunehmen oder abnehmen. Verläufe, bei denen ein Demenzkranker beispielsweise für wenige Monate an einer psychischen Symptomatik leidet, diese jedoch dann ankündigungslos verschwindet, sind nicht ungewöhnlich. Das Spektrum psychischer Symptome ist groß und unterscheidet sich in der Bandbreite kaum von der Normalbevölkerung. Die häufigsten und für die Angehörigen am eindrucklichsten sind:

- Depressivität
- Verkennungen/Halluzinationen
- Angst

Das Aufkommen einer depressiven Stimmungslage (Interessensverlust, Freudlosigkeit, fehlende affektive Resonanz, Antriebshemmung u. a.) ist häufig mit einer Alzheimererkrankung assoziiert. Diese sollte bei Demenzkranken nicht leichtfertig ausschließlich auf die Demenz geschoben werden. Zuvor sollten andere Ursachen wie beispielsweise eine organische Ursache oder eine Anpassungsstörung auf die eigene Situation ausgeschlossen werden. Gerade Zweites stellt für Betroffene, vor allem in der Anfangsphase, eine natürliche Reaktion auf die eigenen versiegenden Fähigkeiten und Möglichkeiten dar. Je nach Ursache der depressiven Symptomatik muss die Therapie angepasst werden.

Als weiteres wichtiges Symptom aus dem psychischen Formenkreis spielt die Angst eine große Rolle. Dabei steht vor allem eine unspezifische, generalisierte Angst im Vordergrund. Weitere spezifische häufige Ängste sind die Angst vor dem Alleinsein oder Angst vor großen Räumen. Auch hierbei ist es von immenser therapeutischer Bedeutung, das Symptom im Kontext des Individuums zu sehen und mögliche Ursachen der Ängste in der aktuellen Situation und in ausführlicher Biographiarbeit auszumachen. Gerade bei Phobien sollte kein direkter Bezug zur Demenzerkrankung hergestellt werden, sondern in der Vorgeschichte des Patienten nach Ursachen gesucht werden, um auf diesem Wege mögliche Therapieversuche anzupassen.

Verkennungen und Fehlwahrnehmungen

Bei dem Symptomkomplex der Fehlwahrnehmung von visuellen Reizen kommt es bei Menschen mit Demenz vor allem zu Verkennungen, also objektbezogenen illusionären Fehldeutungen und seltener zu Halluzinationen. Verkennungen können beispielsweise eine als Schlange missdeutete Gurke sein, oder die eigene Spiegelung im Fenster wird als anderer Mensch draußen wahrgenommen. Wie bereits im ersten Teil dieses Buches beschrieben, sind Halluzinationen ohne realen Objektbezug vor allem typisch für die Diagnose einer Lewy-Körperchen-Demenz.

Eine Zunahme dieser Symptomatik lässt sich bei allen Bedingungen beobachten, welche auch Gesunde in der Wahrnehmung beeinträchtigen. Beispiele hierfür sind die Nacht, dunkle Beleuchtung, Beeinträchtigung der Sehkraft sonstiger Art. Hinzu kommt, dass an Demenz Erkrankte, die visuell beeinträchtigt sind, eine zunehmende Wahrnehmungsschwelle für nicht stark kontrastiertes haben. (Ein grauer Bürgersteig kann von einer grauen Straße kommend zu einem grauen Haus gehend nicht erkannt werden.) Im Verlauf der Demenzerkrankung ist eher mit einer Zunahme der Verkennungen zu rechnen.



FOKUS SYMPTOME: MITTLERE DEMENZ



ABBAU PRAKTISCHER UND EXEKUTIVER FUNKTIONEN

Einfache Tätigkeiten noch möglich
Komplexe Abläufe nicht mehr möglich
Unfähigkeit, Werkzeuge korrekt zu benutzen



VERHALTENSVERÄNDERUNGEN UND HERAUSFORDERNDES VERHALTEN

Veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus
Umherlaufen/Umherirren/Unruhe/Rastlosigkeit
Rufen/Schreien/Aggressivität/Enthemmtes Verhalten



PSYCHISCHE SYMPTOME

Depressivität
Wahnideen
Angst



VERKENNUNGEN/HALLUZINATIONEN

Halluzinationen v. a. bei Lewy-Körperchen-Demenz
Zunahme der Verkennungen bei Dunkelheit und
beeinträchtigter Sicht

WAS BEDEUTET DAS FÜR MICH?

Frau Brassert lehnt jegliche Hilfe ab, empfindet das Hilfsangebot der Tochter sogar als Beleidigung. Ein Streit entbrennt. Sie ist der festen Überzeugung, sehr wohl alleine zurechtzukommen. Dennoch kommt es zur Eskalation, die schließlich im Krankenhaus endet. Hier wird dann quasi „nebenbei“ eine Demenz diagnostiziert.

Dieser Ablauf ist, so seltsam er erscheinen mag, typisch und exemplarisch für viele Geschichten, die sich tagtäglich innerhalb und außerhalb unserer Krankenhäuser abspielen. Typisch ist auch, dass die Diagnose nur „indirekt“ gestellt werden kann, da der eigentliche Aufenthalt im Krankenhaus aufgrund von Kopf- und Brustschmerzen eingeleitet wurde. Bei genauer Betrachtung war dafür jedoch auch die Demenz verantwortlich.

Dadurch, dass Frau Brassert nicht mehr in der Lage war, ihren Alltag zu regeln, und ihre Medikamente verordnungsgemäß zu nehmen, kam es zu einer Entgleisung des Blutdrucks mit den typischen Symptomen des Kopf- und Brustschmerzes. Erst durch die offensichtlichen Auffälligkeiten (Orientierungslosigkeit, ausgeprägte Vergesslichkeit) konnte im Krankenhaus die Diagnose erfolgen.

Wie bei vielen Angehörigen kam die Diagnose, trotz dessen, dass man „etwas gemerkt“ habe, auch für die Tochter von Frau Brassert überraschend. Was nun, wenn die Diagnose auf dem Tisch liegt?

Umgang mit der Erstdiagnose Demenz

Die Erstdiagnose einer Demenz ist für viele ein Schock. Sowohl für den Betroffenen als auch für sein Umfeld. Dennoch gilt es, nicht den Kopf in den Sand zu stecken, denn auch die Diagnose einer Demenz bedeutet nicht das Ende der Welt. **Auch mit einer Demenz kann man als Betroffener und Angehöriger ein gutes Leben führen.** Die Diagnose Demenz bedeutet nicht ein lebenslanges Martyrium voller Trübsinn, Einsamkeit und bitterer Kompromisse. Dies gilt allerdings vor allem dann, wenn Sie bereit sind, die Dinge proaktiv in die Hand zu nehmen, um das Beste daraus zu machen.

So wie die Erkrankung ist auch der Umgang damit kein eindimensionales Geschehen, sondern etwas, was den Betroffenen und die Angehörigen auf vielerlei Ebenen bewegt. Daraus ergeben sich viele Fragen, die sich für gewöhnlich bei der Erstdiagnose einer Demenz stellen.

Das Wichtigste ist, neben der proaktiven Herangehensweise, dass Sie sich Unterstützung holen. Bleiben Sie nicht alleine mit der Last. Suchen Sie sich Verbündete im Umfeld und versuchen sie erst gar nicht, alles alleine regeln zu wollen. Hilfreich hierbei sind der Partner, erwachsene Kinder, Bekannte oder professionelle Helfer (Pflegedienst, Kirche, Stiftungen etc.). Gemeinsam kann man besser Gedanken entwickeln und sich eine Strategie überlegen, um die Lasten zu teilen. Außerdem profitiert man von der Expertise der einzelnen Personen, die sicherlich im Verlauf hilfreich sein wird.

Sie sollten die generelle proaktive Herangehensweise auch dazu nutzen, zum Experten zu werden. Es ist sicher nicht nötig Arzt, Physiotherapeut oder Pflegewissenschaftler zu werden, aber Sie sollten einen Überblick haben, welche Möglichkeiten es gibt, um mit der jeweiligen Situation gut umgehen zu können. Lesen Sie Bücher (so wie dieses hier), besuchen Sie Schulungen oder schauen Sie Youtube-Videos. Gehen Sie mit der Einstellung durch die Welt, einfach verfügbares Wissen bei Gelegenheit aufzuschlagen. Sie sind dann sozusagen Experte für Ihre eigene Situation. Diese Aussage mag im ersten Moment trivial erscheinen, für die eigene Psychohygiene ist jedoch „Wissen“ über die Möglichkeiten agieren zu können, von großer Bedeutung. Dies hilft Ihnen, leichter Auswege zu erkennen und sich nicht als Opfer der Umstände zu begreifen.

Bereiten Sie sich auf die Reise vor und lernen Sie hinzuschauen. Andersherum formuliert: Laufen Sie der Erkrankung nicht hinterher. Da Sie alleine schon mit diesem Buch eine Idee vom Verlauf der Erkrankung erhalten, ist es ratsam, eine sich verändernde Situation (zum Beispiel eine Verschlechterung der Gangfähigkeit) frühzeitig zu erkennen, sodass Sie nicht reagieren müssen, sondern bereits im Vorfeld agieren können. Wie man gut an der Erzählung von Frau Brassert sehen kann, wäre der Aufwand deutlich geringer gewesen, wenn sie die Hilfe früher akzeptiert hätte. Gleichzeitig sehen wir auch, dass es natürlich nicht so einfach ist, wie es klingt, alles vorherzusehen, geschweige denn, den demenziell Veränderten zu überzeugen. Vor allem in der praktischen Umsetzung ist es schwierig, als Berufstätiger alles im Voraus zu erahnen. Daher gilt es, eher die eigene Einstellung im Sinne einer erhöhten Achtsamkeit zu verändern. Gleichzeitig liegt es in der Natur der Erkrankung, dass man nicht genau weiß, was als Nächstes passieren wird. Man sollte also auch vermeiden, sich Vorwürfe zu machen, wenn man etwas nicht oder zu spät bemerkt hat. Es gibt, wie immer im Leben, kein Patentrezept, aber zusammenfassend lassen sich folgende Leitsätze als Empfehlung geben:

- seien Sie proaktiv und nehmen die Dinge in die Hand
- bleiben Sie nicht allein und suchen sich Unterstützung
- werden Sie Experte für Ihre eigene Situation
- seien Sie achtsam
- seien Sie nicht zu streng zu sich selbst

Lernen Sie zu verstehen und zu kommunizieren – Teil I

Insgesamt ist es ratsam, sich ein dickes Fell zuzulegen und zu versuchen, so gut es geht, entspannt zu bleiben. Dies gelingt nicht nur durch die Berücksichtigung der oben genannten Punkte, sondern auch durch die richtige Interpretation der Situationen und der richtigen Kommunikation.

Wichtig für den grundsätzlichen Umgang mit demenziell Veränderten ist es, zu verstehen, dass außergewöhnliches Verhalten, Beschimpfungen, Beschuldigungen etc. nicht persönlich gemeint, sondern ein Ausdruck der Erkrankung sind. Dies ist oft leichter gesagt als getan, wenn geliebte Angehörige aufgrund ihrer Demenz mit wilden Anschuldigungen und Beleidigungen um sich schmeißen. Ihre Aufgabe ist es dann, an diese Zeilen zu denken: **Es ist Ausdruck der Erkrankung und nicht persönlich gemeint.**

Im Laufe der Erkrankung kann der Eindruck aufkommen, man verliere den Kontakt oder den Zugang zu dem Betroffenen. Hierbei kann eine gute Kommunikation Türen öffnen.

Eine gute Kommunikation mit demenziell Veränderten ist – wenig überraschend – kaum anders, als eine gute Kommunikation mit Gesunden sein sollte. Die Konsequenzen aus einer Nichtbeachtung sind jedoch deutlich gravierender bei Menschen mit Demenz als bei Gesunden. Dies hat mehrere Gründe.

Wenn Sie gängige Kommunikationsmodelle betrachten, ist zumeist von einem Sender (dem Sprecher) und einem Empfänger (dem Zuhörer) die Rede. Der Sender sendet eine Botschaft auf vielen Ebenen (Inhalt, Form, Beziehung usw.). Der Empfänger verarbeitet und interpretiert sie und erhält am Ende eine ähnliche Botschaft wie die, die vermutlich gesendet werden sollte. Beide (Sender und Empfänger) haben also sowohl die Fähigkeiten als auch die Verantwortung, Botschaften in einen Kontext zu setzen. Wie Sie sicherlich wissen, kann man ganze TV-Serien produzieren, deren gesamter Inhalt sich um missverstandene Kommunikation zwischen Gesunden dreht. Die Kommunikation zwischen zwei funktionstüchtigen Sender-Empfänger-Systemen scheint also schon stör anfällig genug zu sein.

In der Kommunikation mit Demenzkranken haben Sie die Verantwortung, die Botschaft so eindeutig wie möglich zu gestalten, damit sie, so einfach wie möglich, vom Empfänger verarbeitet werden kann.

Um dies zu gewährleisten, soll Ihnen eine kleine Kommunikations-Merkhilfe vorgestellt werden:

KOWELANO.

KOWELANO ist der erste Teil der Kommunikations-Merkhilfe. Der zweite Teil folgt zu einem späteren Zeitpunkt in diesem Buch.

Das **KOWELANO-Prinzip** setzt sich zusammen aus:

Kooperation

Wertschätzung und Würde

Langsames Tempo

Nonverbaler Kommunikation

Im Grunde können Sie dieses Prinzip bei jeder Art von Kommunikation mit einem Menschen mit Demenz anwenden. Im Folgenden wird auf die einzelnen Punkte vertieft eingegangen.

Kooperation

In der Kommunikation mit demenziell Veränderten sollte auf eine kooperative Herangehensweise geachtet werden, im Gegensatz zu einer konfrontativen Herangehensweise. Konkret sollen Dinge, die gemacht werden sollten, aus dem Gemeinschaftsgedanken formuliert werden.

Beispielsweise sollte anstatt eines Befehls

„Räum jetzt deine Socken vom Sofa und schmeiß sie in den Wäschekorb!“,

besser so formuliert werden:

„Komm, wir räumen mal deine Socken vom Sofa in den Wäschekorb, ich zeige dir, wo er steht!“.

Bevor Sie etwas sagen, sollten sie sich bewusst machen, dass sie ein Team sind, das ein gemeinsames Ziel hat. Möglicherweise brauchen Sie an vielerlei Stellen etwas Fantasie, aber mit der Zeit wird es sich natürlich anfühlen.

Wertschätzung und Würde

Gerade in Alter und Krankheit ist man auf die Hilfe anderer angewiesen, um ein würdevolles Leben führen zu können. Achten Sie darauf, dass trotz der widersprüchlichen Situation und ihrem subjektivem Gefühl, es manchmal mit einem bockigen Kind zu tun zu haben, dies nicht der Fall ist. Ganz im Gegenteil interagieren Sie mit einem ganzen Leben voller Erlebnisse, Enttäuschungen, Freude und Taten. Diese für uns alle so selbstverständliche Tatsache wird hier nur deshalb aufgeführt, weil es manchmal im Affekt mit demenziell Veränderten sehr schwerfallen kann, eine würdevolle Kommunikation beizubehalten. Menschen mit Demenz sind keine Kinder, sondern Erwachsene, die zunehmend Hilfe brauchen. Achten Sie bei aller Versuchung darauf, den Betroffenen nicht zu infantilisieren.

Normale menschliche Gefühle wie Scham, Trauer, Freude und Wertschätzung werden selbstverständlicherweise auch von Menschen mit Demenz empfunden. Die Gefühle können nicht mehr so ausgedrückt und verbalisiert werden, wie das ein Gesunder kann, doch sie sind genauso echt und real vorhanden. Achten Sie also auch darauf, den Betroffenen nicht bloßzustellen, sondern eben wertschätzend zu behandeln. Auch wenn es für so manchen Haudegen Überwindung kostet, sollte auch für vermeintliche Kleinigkeiten gelobt und betont werden, wie wichtig und gut bestimmte Dinge waren (beispielsweise das Schneiden einer Gurke oder das Falten der Handtücher).

Langsames Tempo

Durch die vielfältigen Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten ist die Verarbeitungsgeschwindigkeit eines Demenzerkrankten reduziert. Dies gilt auch für die Verarbeitung von Sprache und Absichten. Geben Sie dem Betroffenen Zeit, zu verstehen, was Sie gesagt haben und was Sie meinen könnten. Dies geht am besten durch ein langsames Sprachtempo. Damit ist nicht gemeint, in Zeitlupe zu sprechen. Es sollte vielmehr darauf geachtet werden, den schnellen Sprachduktus, den man oft mit Freunden und Kollegen pflegt, im Umgang mit einem Demenzerkrankten einzuschränken. Wenden Sie sich dem demenziell Veränderten zu, sodass er auch ihr Gesicht sehen kann und sieht, was sie sagen.

Nonverbale Kommunikation

Trotz des kognitiven Abbaus und der abnehmenden Fähigkeit, Situationen richtig einschätzen zu können, sind Menschen mit Demenz sehr aufmerksame Beobachter. Da sie sich in ihrer Umgebung oft unsicher fühlen, sind sie auf eine detektivische Beobachtung ihrer Umgebung angewiesen, in der Hoffnung, Hinweise zu erhalten, was aktuell um sie herum geschieht und wer wie zu ihnen steht. Es ist also alles andere als unwichtig, wie Sie sich dem Demenzkranken zuwenden. Achten Sie auf ihre nonverbale Kommunikation. Stehen Sie zugewandt, respektieren Sie den Abstand den Sie auch zu Gesunden pflegen. Üben und praktizieren Sie Gesten, welche Ungefährlichkeit anzeigen. Aus der Perspektive eines demenziell Veränderten kann das Zu-nahe-Herantreten an das Bett auf Kopfhöhe und das unmittelbare Anfassen als bedrohlich empfunden werden.



Wertschätzende und
respektvolle Botschaften



Vermeidung von Bloßstellung



Keine Infantilisierung



Aufmerksamkeit von
Gestik & Mimik



Vermeidung von
Distanzlosigkeit



Signalisieren von
Freundschaft und Geborgenheit

KO

KOOPERATION



In Gemeinschaftsgedanken
formulieren



Konfrontation vermeiden



Keine Befehle erteilen

WE

WERTSCHÄTZUNG
UND WÜRDE

LA

LANGSAMES
TEMPO



Langsames Sprechen



Deutliche Aussprache



Dem Betroffenen
zuwenden

NO

NONVERBALE
KOMMUNIKATION