

Die Welt mit den Augen der Demenzkranken sehen

Wenn von der Alzheimer Krankheit gesprochen wird, denkt man häufig an den Gedächtnisverlust. Die Zerstörungen, die diese Krankheit im Gehirn verursacht, sind jedoch viel umfassender, sämtliche Verstandestätigkeiten und Fähigkeiten werden Schritt für Schritt abgebaut. Anfangs vor allen Dingen die höheren kognitiven Fähigkeiten. Deshalb ist ein aussagekräftiger Test für das mögliche Vorliegen einer Demenz im Frühstadium der Uhrentest, der die Aufforderung an den Patienten beinhaltet, eine Uhr mit Ziffern und Zeigern aufzumalen, auf die Uhrzeit zehn Uhr zehn.

Zur Diagnose einer Demenz gehören immer außer dem Nachlassen von Gedächtnisfunktionen, das Auftreten einer Agnosie, einer Apraxie und/oder einer Aphasie, auch hierzu ein Beispiel:

Wenn man seinen Schlüssel nicht findet und sich nicht daran erinnern kann, wo man ihn das letzte Mal hingelegt hat, dann ist dies in keinster Weise ein Hinweis auf ein krankhaftes Geschehen, sondern möglicherweise ein Hinweis auf eine Überforderungssituation (man muß an zu viele Dinge gleichzeitig denken). Wenn man jedoch den Schlüssel in der Hand hat und nicht mehr erkennt was dieses merkwürdige silberne Ding für eine Funktion hat und wofür es gut ist, dann (Agnosie), oder man steht vor einer verschlossenen Tür, die man aufschließen müßte, aber weiß nicht mehr, wie dieses zu bewerkstelligen ist (Apraxie), dann sind dies schon deutliche Hinweise auf ein mögliches Krankheitsgeschehen. Ein sehr großes Problem beim Umgang mit Demenzkranken stellt die Tatsache dar, daß der Verstand sich Schritt für Schritt zurückbildet, während gleichzeitig das Sozialverhalten eines Erwachsenen aufrecht erhalten wird. Inwieweit die Demenzkranken noch in der Lage sind, intellektuelle Erklärungen zu verstehen, sollte immer wieder neu erprobt werden, wenn jedoch deutlich ist, daß sie es nicht verstehen können, dann macht es keinen Sinn immer wieder erneut an ihrer Einsicht zu appellieren. Ein Beispiel,

wenn eine pflegende Tochter in Urlaub fahren möchte und Ihrer Mutter erklärt, daß sie in dieser Zeit in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen wird, diese Mutter auch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigt und in keinster Weise mehr in der Lage ist auch nur stundenweise alleine zu Hause zu bleiben, die Mutter jedoch die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege überhaupt nicht einsieht und meint, sie könne sich doch problemlos selber alleine versorgen, dann macht es keinen Sinn, ihr immer wieder nachweisen zu wollen, daß sie sich nicht mehr alleine versorgen kann um endlich aufgrund eines Einsichtsprozesses ihre Zustimmung zu der Urlaubspflege zu erlangen, sondern die Tochter muß dann tatsächlich in die Rolle einer Mutter ihrer Mutter schlüpfen und so entscheiden wie sie vielleicht für ein zweijähriges Kind Entscheidungen treffen würde.

Im weiter fortgeschrittenem Stadium der Demenz gibt es ganz viele Situationen, wo es nicht mehr hilfreich ist, mit den Kranken logisch, vernünftig und zielgerichtet zu argumentieren, z. B. wenn sie sich gegen einen Toilettengang oder gegen Maßnahmen der Körperhygiene wenden. Auch wenn ich noch so plausibel begründen kann, warum es notwendig ist, daß ein Mensch sich täglich wäscht, werde ich keine Einsicht wachrufen können. Ein Erfolg meiner pflegerischen Tätigkeit ist viel leichter zu erreichen, wenn ich die Aufmerksamkeit der Kranken auf eigentlich nebensächliche Dinge lenke, die ich aber nonverbal gut vermitteln kann, z. B. beim Toilettengang, den Kranken aufforderer, einmal ganz fest beide Hände auf die Oberschenkel zu drücken und ihm daß auch vormache. Bei Handlungen der Körperhygiene wäre es z. B. möglich, die ganze Aufmerksamkeit des Kranken darauf zu konzentrieren, daß er sich jetzt einmal ganz ganz festhalten soll, und das mit ihm gemeinsam zu tun, währenddessen bestimmte Pflegehandlungen durchgeführt werden.

Auch in vielen anderen Situationen ist es hilfreich von unserer logischen Argumentation abzuweichen und ggf. die ganz andere Logik der Kranken aufzugreifen, z. B. gab es bei uns im Tageszentrum eine Frau, die immer sehr gern unseren großen Tisch abgewischt hat und hatte sie einmal damit angefangen, nicht wieder aufhören wollte, sodaß es nicht möglich war, den Tisch für das Mittagessen zu decken. Alle vernünftigen Argumente, wie „Das Essen wird kalt“ und „Sie haben doch auch Hunger“ halfen nichts, als jemand jedoch sagte: „Ach du lieber Gott, die Spüle ist ja auch so dreckig, die muß ja auch noch gewischt werden,“ war sie sofort bereit, den Tisch freizugeben. Eine andere Situation: Ein Tagesgast wollte seinen Mantel nicht ausziehen und hergeben. Ihn den ganzen Tag im Mantel in dem sehr gut beheizten Tageszentrum sitzen zu lassen, wäre aus gesundheitlichen Gründen nicht in Ordnung gewesen, der Zivildienstleistende hatte eine gute Idee, er holte einen Zettel und schrieb eine große 12 darauf, und sagte: „Das ist Ihre Garderobenmarke“, daraufhin gab der Tagesgast sofort seinen Mantel her und steckte die Garderobenmarke in seine Jackentasche. Der Zivildienstleistende hat intuitiv erkannt, wo das Problem dieses demenzkranken Mannes lag und ihm dafür eine adäquate Lösung angeboten.

Ein weiteres Beispiel:

Ein pensionierter Pfarrer lebt noch in dem Dorf in dem er sein Leben lang Pfarrer gewesen war, war inzwischen 80 Jahr und Alzheimer Krank, er trug alte ausgelatschte Schuhe, mit denen er aussah wie ein Obdachloser, was seiner Familie sehr peinlich war, aber er weigerte sich standhaft, sich neue Schuhe kaufen zu lassen und sagte immer: „Die Schuhe sind noch gut, ich brauche keine neuen Schuhe, das wäre Verschwendung.“ Alles Drohen, Bitteln und Betteln und vernünftiges Argumentieren der Tochter half überhaupt nichts. Eines Tages ging sie in eine benachbartes großes Schuhgeschäft und ließ sich einen Gewinnutschein über den Gewinn von 2 Paar neuen Herrenschuhen ausstellen. diesen Gutschein legte sie ihrem Vater vor, er strahlte und fuhr

sofort mit seiner Tochter, um den Gewinn abzuholen. Seit dem trug er die neuen Schuhe.

Auch hier wieder die Argumente der Tochter trafen überhaupt nicht die Wahrnehmung des Vaters, nämlich, daß neue Schuhe Geldverschwendung seien, egal ob es jetzt sein Geld war, oder das Geld der Tochter, von dem sie hätten gekauft werden sollen. Ein Gewinn hingegen, den kann man ja nicht verfallen lassen, daß wäre ja so, wie dem Wirt etwas zu schenken.

Es gibt noch einen anderen Bereich, wo sich der Zerfall der Fähigkeit zum logischen und vernünftigen Denken zeigt, und zwar auch schon in einem relativ frühem Krankheitsstadium, um sogenannten Wunschdenken, das kennen wir auch von uns, vor allen Dingen auch von unseren Kindern. Die Realität wird einfach im Sinne des eigenen Wunsches umgedeutet, aber nicht in boshafter Absicht, sondern weil tatsächlich die Bedürfnisse und Gefühle das Verhalten stärker steuern, als die Vernunft und dieses ist eben krankheitsbedingt. Auch hierzu ein Beispiel:

Eine 60-jährige Frau wurde, als ihr Ehemann starb und es deutlich wurde, daß sie an einer Demenz litt, von ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter zu ihm und den drei Enkeln geholt. Für sie waren die drei lebhaften Enkelkinder eine große Belastung. Eines Tages sagte Sie zur Schwiegertochter: „Du könntest eure adoptierten Kinder doch wieder zurückgeben.“ Die Schwiegertochter war völlig fassungslos und versuchte ihrer Schwiegermutter klar zu machen, daß es ihre eigenen Kinder sind und keine adoptierten, was ihr allerdings nicht gelang. Die Schwiegermutter beharrte darauf, daß die Kinder adoptiert seien.

Hier handelt es sich nicht um einen böartigen Schachzug der demenzkranken Frau, sondern um den schlichten Tatbestand, daß ihr Verstand nicht mehr in der Lage war, den starken Wunsch, nämlich daß diese lebhaften Enkelkinder nicht mehr da sein mögen und nur noch sie die Fürsorge ihrer Schwiegertochter und ihres Sohnes empfangen würde, durch ihren Verstand zu kontrollieren. Aus dem Beispiel geht hervor, daß sich zwar die Verstandensfähigkeiten Schritt für Schritt zurückentwickeln, nicht jedoch die Gefühlsebene. Dadurch, daß die Gefühle jedoch weniger vom Verstand kontrolliert werden, äußern Sie sich jedoch häufig in einer sehr intensiven und besonders heftigen Form.

Auch hier ein kleinen Beispiel:

Ein Ehepaar hatte die Mutter ins Haus aufgenommen mit einer beginnenden Demenz. Die Versorgung übernahm natürlich nicht der Sohn, sondern seine Frau, also die Schwiegertochter. Die Mutter verhielt sich oft gegenüber dieser Schwiegertochter richtig böartig und gemein, z. B. wischte sie oft das Essen mit einer Handbewegung einfach vom Tisch und sagte: „Diesen Schweinefraß esse ich nicht.“ Sie war früher übrigens eine gebildete Frau gewesen, von der keiner angenommen hätte, daß sie über solches Vokabular überhaupt verfügte.

Die Schwiegertochter war extrem verletzt und gekränkt, zumal sie sich immer sehr große Mühe gab ihre Schwiegermutter wirklich gut zu versorgen. Die Gemeindeschwester sagte ihr, sie solle das nicht so ernst nehmen, weil die Schwiegermutter wisse ja überhaupt nicht, was sie tun und sagen würde, sie sei doch schließlich Alzheimer krank. Dies leuchtete der Schwiegertochter jedoch nicht richtig ein, denn, so ihre Beobachtung, wenn ihr Mann, d. h. der geliebte Sohn seiner Mutter Essen brachte (ein Essen, was natürlich Sie gekocht hatte), dann war sie immer begeistert und prahlte und bedankte sich für das wundervolle Essen bei ihrem Sohn. Also war es doch gezielt verletzend und böse gemeint, ihr Verhalten, oder?

Demenzkranke reagieren auf den Moment, Zukunft und Vergangenheit sind Ihnen nicht verfügbar. Was ist wirklich geschehen? Die Schwiegermutter sitzt in ihrem Zimmer und erwartet, daß ihr Sohn hereinkommt, schließlich hat er sie mit dem Versprechen, daß sie ja dann ständig beieinander sein würden, zu sich ins Haus „gelockt“. Die Türklinke geht runter, die Tür öffnet sich, wer kommt herein – die Schwiegertochter. Diese hat sie zwar nie über alle Maße geliebt, aber doch immer akzeptiert. Nun ist sie angefüllt mit Enttäuschung und da sie aufgrund ihrer Alzheimer Krankheit ihre Gefühle nicht mehr kontrollieren kann, kommt es zu einer extrem starken Gefühlsäußerung. Zusätzlich vergißt sie in dem Moment, daß sie eigentlich ganz gut mit ihrer Schwiegertochter auskommt und sie irgendwo auch ganz gut leiden kann, d. h. die Ambivalenz der Gefühle, wenn wir auf jemand zornig sind, den wir eigentlich lieben, dann wird unser Zorn dadurch abgemildert, funktioniert bei ihr nicht mehr wegen des Gedächtnisverlustes, sondern der Zorn beherrscht sie uneingeschränkt.

Es wäre gut wenn Pflegende sich ein kleines Lexikon zulegen könnten, in dem z. B. die Äußerung „Pfui, dieser Schweinefraß“ übersetzt heißen würde „Ich bin enttäuscht, daß mein Sohn so selten zu mir kommt. Für viele Angehörigen sind die starken Fähigkeitsschwankungen von Demenzkranken ein großes Problem, sie können heute etwas, was sie morgen nicht mehr können, sie können dann besonders viel, wenn einmal im Jahr der Lieblingssohn zu Besuch kommt, der dann überhaupt nicht verstehen kann, warum es in der Betreuung der Mutter irgendwelche Probleme gibt und wenn der medizinische Dienst der Kranken- und Pflegekassen kommt, auch dann zeigen sie Fähigkeiten, die sie sonst schon lange nicht mehr hatten. Auch dies ist kein gezielt absichtliches Verhalten, sondern ebenfalls Ergebnis der Dominanz der Gefühle im Vergleich zur Verstandesregulation unseres Verhaltens. Auch bei uns ist es so, daß wir besser Leistungen zeigen, wenn es uns gut und wenn wir uns topfit und kompetent und sicher fühlen. Die Schwankungen sind jedoch nicht so stark wie bei Demenzkranken. Diese Schwankungen werden nicht nur durch die emotionale Ebene verursacht, sondern auch durch die körperliche Befindlichkeit, so sind wir z. B. durchaus noch in der Lage vernünftig zu denken und auch zu arbeiten, wenn wir eine starke Erkältung haben. Ein Demenzkranker, dessen Fähigkeitsspektrum schon insgesamt extrem eingengt ist, wird durch eine

starke Erkältung völlig aus dem Gleichgewicht geworfen und zeigt extreme Einbußen in seiner Sprachfähigkeit und auch in seinen praktischen Fähigkeiten. Die Dominanz der Gefühlsebene ist nicht nur ein Problem, sondern auch eine Chance, es bedeutet nämlich, daß wir auf der Ebene der nichtlogischen Verstandesfunktionen nämlich in all den Bereichen, die in der rechten Hemisphäre unseres Gehirns lokalisiert sind, die Kranken sehr gut und noch sehr lange, d. h. in aller Regel bis zum Tode ansprechen können. Der wichtigste Bereich hierzu ist die Musik, aber auch andere Ebenen, wie z. B. Gerüche, die positive Erinnerungen wecken z. B. beim Kochen und Backen und auch durch ein bestimmtes Badeöl können eingesetzt werden, um die Kranken zu aktivieren und Konfliktsituationen abzumildern.

Unsere Kommunikation befindet sich immer auf zwei Ebenen, einmal auf der inhaltlichen Ebene und zum anderen auf der Beziehungsebene. Die Botschaften auf der Beziehungsebene werden über nichtsprachliche Signale vermittelt, z. B. Gestik, Stimmhöhe, Lautstärke der Stimme, Tonfall usw. Da die sprachliche Ebene im Verlauf der Krankheit immer mehr zerstört wird, ist es zunehmend wichtiger die nonverbale Ebene in der Kommunikation mit den Demenzkranken zu benutzen. So erzählte eine von unseren pflegenden Angehörigen, sie hätte sich neue schöne Sachen gekauft und sie ihrem schwerstdemenzkranken Mann zeigen wollen. Ihr war klar, daß er überhaupt nicht mehr verstand, worum es ihr dabei ging, aber sie konnte ihre Begeisterung über die schönen Kleider nonverbal so stark zum Ausdruck bringen, daß er sich mitfreute, in die Hände klatschte und lachte.

Immer wieder machen wir die Erfahrung, daß wir Demenzkranke über die nonverbale Ebene besser erreichen können, als über die sprachliche Ebene, z. B. einer unserer Tagesgäste steht niemals vom Stuhl auf, wenn man ihn dazu auffordert und wenn man an seinem Arm zieht, mag er das gar nicht. Wenn man jedoch im Abstand von ca. zwei Metern ihm lockend zuwinkt, dann steht er immer gleich auf. Selbst bei Tätigkeiten, die nicht primär den Verstand ansprechen, wie z. B. das Singen ist es wichtig noch andere Ebenen der nonverbalen Kommunikation herzustellen, nämlich Menschen zuzunicken, anzusprechen, durch Gesten Kontakt zu ihnen aufzunehmen und sie durch Körperberührung zu motivieren bei den gemeinsamen Dingen mitzumachen, selbst wenn sie den Text oder vielleicht auch die Melodie der Lieder nicht mehr mitsingen können.

Es liegen Welten zwischen einer Gemeindeschwester, die morgens kommt und einfach nur „guten Tag“ sagt, oder die morgens kommt und mit einem strahlenden Lächeln den Demenzkranken begrüßt und ihm damit aufrichtige Freude, Interesse und Anteilnahme deutlich demonstriert.

Im Anton-Piek-Hof in Holland, einer Wohneinrichtung für Demenzkranke, ist das wichtigste Eignungskriterium für die Auswahl beim Betreuungspersonal die Fröhlichkeit.

Auch der Kontakt zum eigenen inneren Kind ist notwendig für eine gute Dementenbetreuung, weil sich häufig Situationen ergeben, die am besten durch ein spielerisches Verhalten aufgegriffen werden können, z. B. hatten wir im Tageszentrum einen Tagesgast, der wenn er so in die Runde blickte, immer das Gefühl hatte er befinde sich in einer Versammlung. Er stand dann auf, hob seine Tasse hoch, prostete allen zu und hielt eine kleine Rede. Das Betreuungsteam erhob dann ebenfalls die Tassen, sagte Prost und verhielt sich so, wie man sich bei einer festlichen Versammlung verhält.

Das ist nicht jedem gegeben, viele Menschen kommen sich dabei kindisch und blöde vor. Wer es kann, hat einen großen Schatz an Möglichkeiten, um zu Demenzkranken einen guten und hilfreichen Kontakt aufzubauen. Hier hinein gehört auch, daß immer wieder Ideen und Phantasien gefragt sind, z. B. wollte eine Frau sich nicht ins Auto setzen und alle liebevollen Aufforderungen dies zu tun haben nichts gefruchtet. Dann setzte die Betreuerin sich selber zuerst ins Auto und lockte sie mit liebevollen Worten zu sich, so daß die Frau dann anstandslos sich in das Auto hineinsetzte. Es war dann überhaupt kein Problem, daß die Betreuerin auf der anderen Seite wieder aus dem Auto ausstieg.

Wir haben bei uns eine Frau im Tageszentrum, die sich nur zu einem Toilettengang verleiten läßt, wenn man aus dem Nachbarzimmer ganz lockend und geheimnisvoll ihren Vornamen ruft, dann steht sie auf und läuft einem entgegen.

Eine unserer Angehörigen hat früher ihren Ehemann, der sich heftig dagegen wehrte, von ihr an- und ausgezogen zu werden, durch geheimnisvolles Flüstern soweit ablenken können, daß sie dann diese notwendigen Maßnahmen durchführen konnte.

Viele Demenzkranke gehen in ihr Altgedächtnis, Beispiel Ehemann, und viele Verhaltensweisen von Demenzkranken bekommen erst dann einen Sinn, wenn ich etwas über ihre Lebensgeschichte weiß. Auch solche Verhaltensweisen, die uns erstmal als sozial völlig unangemessen erscheinen.

Zum Beispiel hat bei uns eine Frau im Tageszentrum eine zeitlang während des Mittagessens immer mit den Händen das Essen von ihrem Teller heruntergenommen und in drei Häufchen vor ihrem Teller aufgeschichtet. Der erste Impuls war natürlich sie davon abzuhalten, bis jemandem einfiel, daß diese Frau drei Kinder hatte, und sie dann sagte: „Oh, daß finde ich ja toll, daß sie beim Essen auch an ihre drei Kinder denken.“ Daraufhin lächelte die schwerstdeemente Frau, offensichtlich war sie richtig verstanden worden.

Ein Grundprinzip bei der Demenz ist die genau Beobachtung der Kranken. Wir können sehr schnell überprüfen, ob unsere Annahmen und Vermutungen richtig oder falsch sind, ob sich uns verstanden haben, ob sie in der Lage sind auf der Ebene, die wir ihnen anbieten zu reagieren. Demenzkranke zeigen sofort was

sie fühlen. Wir müssen nur hinschauen und es ernst nehmen. Das Altgedächtnis ist die Basis der Identität der Demenzkranken, da ihr Kurzzeitgedächtnis verlorengegangen ist. Deswegen sollten wir alles dafür tun, die Informationen, die in diesem Altgedächtnis noch gespeichert und vorhanden sind, solange wie möglich zu erhalten, z. B. indem wir immer wieder gemeinsam mit ihnen frühere Ereignisse erinnern und alte Kompetenzen ansprechen.

In Norwegen wird in einem Alten- und Pflegeheim bei Heimbewohnern, die völlig verzweifelt sind nach einer Heimaufnahme und sich überhaupt nicht mehr in der neuen Umgebung orientieren können, eine besondere Art des Orientierungstrainings durchgeführt. Es wird ihnen nicht einfach gesagt, sie sind jetzt hier im Heim St. Anna, weil diese Information offensichtlich von ihnen überhaupt nicht verarbeitet werden kann, sondern es wird mit Ihnen gemeinsam ihre gesamte Lebensgeschichte von der Geburt bis zum heutigen Tage durchgesprochen, und das so oft die neu aufgenommenen Heimbewohner fragen, wo bin ich denn hier. Wenn man das am Anfang sehr aufwendige Verfahren, was sich allerdings Tag für Tag verkürzen läßt ungefähr 14 Tage bis 3 Wochen lang durchführt und dann in größeren Abständen immer mal wieder, gelingt eine viel bessere Integration in das und Akzeptanz der neuen Umgebung.

In dem Tagebuch einer unserer Angehörigen vom Tageszentrum ist folgendes zu lesen:

Zitate:

Zum Altgedächtnis gehört auch die Versorgung der eigenen Kinder, als sie klein waren. Wir haben bei uns die Erfahrung gemacht, daß viele, vor allem Frauen, ganz erstaunliche Fähigkeiten zeigen, wenn sie Kontakt zu Puppen haben und diese bemuttern, wobei es für die Demenzkranken völlig egal ist, ob es sich um Puppen oder um Kinder handelt. Ähnlich wie bei Kindern. für die sich die Grenze für Puppe und Kind auch verwischt. Aufgrund der hirnpfysiologischen Abbauprozesse bleibt bei der Demenz das Körpergedächtnis länger erhalten, als andere Teile des Gedächtnisses, einschließlich jahrzentelanger eingeschliffener Automatismen auch dieses läßt sich in der Betreuung nutzen. Demenzkranke sitzen oft hilflos vor dem Essen und wissen nicht wie sie essen sollen, oder verstehen gar nicht, daß es etwas zu essen gibt. Wenn man ihnen dann die ersten Bewegungen anbahnt, z. B. den Löffel an den Mund führt, dann essen sie unter Umständen die ganze Mahlzeit ohne fremde Hilfe. Ähnliches gilt für das Zähneputzen.

Eine Angehörige erzählte, daß ihre Tante niemals den Mund aufmachen wollte, wenn sie ihr etwas zu essen geben wollte. Dann sagte sie, so wie der Doktor: „Sag mal A!“ und daraufhin öffnete sie automatisch den Mund. Wenn sie dann den Geschmack des Essens spürte, aß sie mit Vergnügen weiter.

Im Tageszentrum hatten wir einen neuen Tagesgast, zum ersten mal da, diese Frau hatte die Medikamente, die sie nehmen mußte von zu Hause mitgebracht.

Wir hatten also ihre Medikamente noch nicht vorrätig. Da wir sie noch nicht kannten gaben wir ihr mittags die Medikamente in die Hand damit sie sie nehmen sollte. Daraufhin verschloß sie die Hand ganz fest und war nicht zu motivieren, die Hand zu öffnen um die Medikamente wieder herauszugeben. Eine Kollegin kam dann auf sie zu und sagte mit lauter fröhlicher Stimme: „Oh, guten Tag Frau C.“, und streckte ihr die Hand zum Gruß entgegen daraufhin öffnete Frau C. automatisch die Hand und die Tabletten fielen heraus. Es gibt Automatismen bei den Kranken, die die Nerven der Betreuenden sehr strapazieren, z. B. hatten wir eine Frau, die den ganzen Tag hintereinander immer wieder sagte, lieber Gott, hilf mir ich habe Angst. Beruhigende Worte und Gesten hatten keinen Einfluß auf ihr Verhalten, die Angst schien auch nicht sehr tief zu sitzen, weil sie ließ sich auch durch Winzigkeiten ganz schnell davon ablenken. Aber in dem Moment wo man sich ihr nicht zuwandte, kam wieder dieser Satz „Lieber Gott hilf mir ich habe Angst“. Es war ein Automatismus und wir haben ihn dadurch abgemildert, daß wir ihr einen Walkman beschafft haben und keine Kassette mit ihren Lieblingsliedern, die sie dann hörte und so lief sie fröhlich durch das Tageszentrum und sang gelegentlich ein paar Takte des Liedes, welches sie gerade auf ihrem Walkman hörte, mit.

Eines Tages nützte der Walkman jedoch offensichtlich gar nichts, sie sagte in gesteigerter Lautstärke und Erregung trotzdem den ganzen Tag: „Lieber Gott hilf mir ich habe Angst.“ Es war in einer Zeit, als ihre Tochter plante, sie aus dem Tageszentrum rauszunehmen und in ein Pflegeheim zu geben, weil ihr die Pflege zu Hause völlig über den Kopf wuchs und wir deuten das Verhalten von Frau K. dahingehend, daß sie diese Veränderung irgendwo spürt und tatsächlich mit vermehrter Angst darauf reagierte. Es stellte sich dann aber heraus, daß der Anlaß ein ganz anderer, sehr banaler war, und das passiert sehr häufig bei Demenzkranken, die selber keine Mitteilungen über ihre Empfindungen machen können. Sie hatte nämlich neue Schuhe bekommen und am Abend dieses Tages stellten wir rote Druckstellen an den Füßen fest. Am nächsten Tag trug sie wieder die alten Schuhe und sagte den Satz mit der Angst nicht mehr, zumindest nicht solange die Musik aus ihrem Walkman hörte. Oft sind es also kleine körperliche Mißempfindungen, die z. B. auch bei Verstopfung oder eben bei nicht erkannten Schmerzen aller Art, die oft nicht von uns erkannt werden.

Die Reaktion der Kranken auf den Verlust des Verstandes

Die Hauptreaktion der Kranken auf den Verlust des Verstandes ist Angst, und zwar panische Angst. Diese Angst äußert sich jedoch nicht direkt, vielleicht deswegen, weil sie so überwältigend groß ist. Sie äußert sich in aller Regel in

Verdrennung, Verleugnung, Depressionen, Aggressionen und einer starken motorischen Unruhe. Es ist dann recht schwierig, bei einem aggressiven Demenzkranken zu erkennen, daß hinter seiner Aggression tatsächlich sehr häufig eine sehr große Angst steckt. Angst ist für unsere Seele bedrohlich und wenn sie zu stark wird, droht unsere Seele daran zu zerbrechen und zu dekompensieren, deswegen hat unsere Seele Mechanismen, diese Angst zu bewältigen, nämlich die Abwehrmechanismen. Hierbei handelt es sich um Selbstheilungsversuche und es ist gut, diese als solche zu erkennen. Abwehrmechanismen sind verdrängen, verleugnen, rationalisieren, ins Gegenteil verkehren usw.

Ein Beispiel:

Eine Frau hatte in die Hose gemacht, zum ersten Mal in ihrem Leben, und so, daß es alle sehen konnten im Tageszentrum. Ihre Unterhosen wurden gewechselt, alles ganz liebevoll und freundlich. Sie sah die nasse Hose über der Heizung hängen und sagte, und es hat auch so doll geregnet, daß sogar meine Unterhose naß geworden ist.

Das ist eine Form der Abwehr, die uns erstmal dazu verleiten könnte, Ihr zu zagen, nein nein, daß war nicht der Regen, sie haben in die Hosen gemacht usw. usw. Aber wenn wir uns bewußt machen, daß es sich hier um einen Selbstheilungsversuch handelt, dann können wir eigentlich froh darüber sein, welch wundervolles Argument dieser Frau eingefallen ist, um sich vor der unerträglichen Beschämung als erwachsene Frau in die Hose zu machen retten zu können.

Noch ein Beispiel:

Ein Krankenpfleger erzählt, er sei zu einer demenzkranken alten Dame gekommen, die als er in ihr Zimmer trat gerade ein Glas Milch trinken wollte. Sie verschüttete die Milch auf ihrer Schulter, sah den Pfleger und fing an wütend ihn anzuschimpfen, welche Frechheit es sei, daß er einfach in ihr Zimmer kommen würde und er würde hier alles durcheinander bringen und nur Unheil anrichten. Der Pfleger erfaßte sofort intuitiv die Situation, nahm die Schuld auf sich, entschuldigte sich sehr, sagte es täte ihm ungeheuer leid, er hätte es nicht absichtlich getan und er wollte alles in Ordnung bringen, es würde die Kleider in die Reinigung tun und auch selber bezahlen. Damit gab die Frau sich dann zufrieden. Der Pfleger ging dann zur Tochter dieser alten Dame, um mit ihr noch ein paar Dinge zu besprechen. Kurz darauf kam die alte Dame auch zu den beiden dazu. Der Pfleger schaute auf die Schulter, wo sie die Milch verschüttet hatte und die alte Dame sagte: "Und das kleine Baby hat so aufgestoßen, daß die ganze Milch herausgekommen ist." Ein freundlich akzeptierendes zustimmendes Lächeln von Pfleger und Tochter beendeten dann die Situation. Natürlich war der Pfleger nicht schuld im eigentlichen Sinne daran, daß die Frau die Milch verschüttet hat, sondern Schuld war ihre Alzheimer Krankheit, die ihre Koordinationsfähigkeiten enorm eingeschränkt

hat und durch die kleinste Irritation und Störung es dann zu einem solchen Versagen gekommen ist. Daß er trotzdem die Schuld auf sich genommen hat, hat es ihm ermöglicht, die Situation so zu händeln, daß zu keinem größerem Konflikt und zu keiner Steigerung eines Konfliktes gekommen ist. Manchmal fragen Pflegende mich, was soll ich denn noch alles aushalten, ich bin hier der totale Idiot und ich muß mir doch wirklich nicht alles gefallen lassen, alle unberechtigten Vorwürfe.

Dieser Pfleger war ein junger, sich seiner Kompetenz sehr wohl bewußter, selbstsicherer Mann und er war zu Recht außerordentlich stolz darüber, wie geschickt und gut er diese schwierige Situation gehandelt hat. Man ist also als Pflegeperson nicht der letzte Dreck, wenn man z. B. die Schuld auf sich nimmt, sondern man erkennt inwiefern das vorwurfsvolle Verhalten der Demenzkranken krankheitsbedingt ist und auch, daß es die Funktion hat für die Kranken eine Situation die geprägt ist durch ständiges Scheitern und Mißerfolge aushaltbar zu machen, dies alles nicht bewußt, sondern unbewußt.

Eine weitere Reaktion der Kranken auf den Verlust des Verstandes ist die starke motorische Unruhe, die es sinnvoll erscheinen läßt, den Kranken ausreichend Bewegungsmöglichkeiten zu geben, entweder durch lange Spaziergänge oder in teilstationären und stationären Einrichtungen durch entsprechende Endloswegemöglichkeiten im Innen- und im Außenbereich.

Zwei Angehörige von uns haben für Ihre Kranken ein Heimtrainer angeschafft, der von diesen mit großer Freude benutzt wird. Allerdings nur, wenn eine entsprechend anfeuernde Marschmusik dazu gespielt wird und die Heimtrainer auch leicht zu treten sind, also ohne Widerstand. Beide berichten, daß sie dadurch die Verdauung ihrer demenzkranken Männer seitdem sehr gut im Griff haben. Die motorische Unruhe zeigt sich auch in einem verstärkten Drang aktiv zu sein. Bei vielen Demenzkranken, vor allen Dingen räumen sie gerne Dinge hin und her, sortieren, stapeln, glätten, falten usw. Auch das, denke ich sind Überlebensstrategien, nämlich bei dem inneren Chaos zumindest äußerlich Ordnung schaffen zu wollen.

Beispiel: Birnen und Bananen,

Beispiel: Handfeger

Auch der Wunsch noch sinnvoll tätig zu sein, ist auch schon bei mittel- bis schwerdemenzkranken immer noch stark vorhanden, und wir sollten alle Restfähigkeiten über die sie verfügen, glücklich sein und sie nutzen, auch wenn sie in unseren nicht sinnvoll sind, z. B. berichtete mit ein Mann ganz empört, daß seine Frau immer nur Kartoffeln schälen wollte, wenn er sie lassen würde, würde sie jeden Tag 4 bis 5 Kilo Kartoffeln schälen, und daß sei ja unmöglich. Aber es war ganz schwer ihm klarzumachen, wie gut es ist, daß seine Frau noch eine für sich selber sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeit realisieren kann und

mit ihm gemeinsam zu überlegen, ob außer des Kompost im Garten es noch andere Verwendungsmöglichkeiten für die geschälten Kartoffeln geben könnte.

Demenzkranke verteidigen, und zwar unter Umständen bis zu einem sehr weit fortgeschrittenem Stadium ihrer Krankheit, ihre eigene Autonomie. Wir haben im Tageszentrum eine demenzkranke Frau, die sofort wenn man sie in eine bestimmte Richtung führen will, auf Widerstand schaltet, d. h. man muß ganz vorsichtig leise mit ihr sprechen, dann ganz zart berühren und ganz langsam und sorgfältig die Leitung im gemeinsamen Laufen übernehmen.

Ein weiterer Punkt, wo sich die Verteidigung der eigenen Autonomie auch im weit fortgeschrittenen Stadium immer wieder zeigt, ist in der Weigerung der Kranken, Dinge herzugeben. Sie haben irgendetwas in der Hand und keine logisch vernünftige Begründung kann sie motivieren, diesen Gegenstand wieder herzugeben. Sie erleben es eben einfach so, daß man ihnen etwas wegnehmen will. Eine Möglichkeit ist, sie darum zu bitten, einem den Gegenstand zu schenken, eine Möglichkeit ist, die Sache einfach auf sich beruhen zu lassen, oft löst sich das Problem nach ein paar Minuten von alleine, weil sie sich dann wieder etwas anderem zuwenden.

Viele Demenzkranke im Anfangsstadium oder sogar die allermeisten sehen nicht, daß sie zunehmend hilfsbedürftig werden, sie wehren es ab und verleugnen es. In diesem Stadium ist es sinnvoll, ihnen möglichst unbemerkt zu helfen z. B. nachts ihre Unterwäsche auszutauschen, wenn sie dies nicht mehr von alleine tun, oder beim Toilettengang so zu tun, als wäre gar nichts und die Hilfe praktisch nebenher zu geben.

Auch hier ist immer wieder wichtig, noch vorhandene Fähigkeiten nicht einfach zu übersehen, z. B. hatten wir neulich wieder die Situation, daß ein demenzkranker Mann ins Auto einsteigen sollte und die Angehörigen versuchten ihn hineinzudrücken, aber er machte seine Knie steif, und war nicht auf den Sitz zu kriegen. Die Leiterin unseres Tageszentrums drehte ihn dann nochmal so, daß er den Sitz sehen konnte, zeigte ihm genau den Autositz und bedeutete ihm hauptsächlich mit Gesten aber auch mit Worten, daß er sich jetzt dort hinsetzen könnte und dann ginge es fast ganz problemlos. Alle waren überrascht, weil keiner hatte vermutet, daß er diese Information noch verarbeiten könnte.

Viele Demenzkranke nehmen keine Hilfen an, dann ist es wichtig Helfer quasi heimlich einzuschleusen und zwar nicht mit dem Argument dem Demenzkranken zu sagen, wir würden Hilfe benötigen, sondern z. B. zu sagen, da gäbe es eine nette Frau, die sei so alleine und suche Kontakt und würde gerne ab und zu mal mit ihnen Kaffeetrinken.

Therapeutische Ansätze

Wir haben das Realitätsorientierungstraining, das Gehirnjogging, die Validation, die Selbsterhaltungstherapie und die Reminenzstanztherapie und in letzter Zeit Ansätze von Snuzeln und Sinnesaktivierung. Zwei Fragen stehen im Moment zur Depatte.

1.

Wollen und können Demenzkranke Menschen sich an unserer Realität orientieren, oder müssen wir gesunden den Kranken in ihrer Welt begegnen, um sie wirklich erreichen zu können?

2.

Soll und kann das Gedächtnis an sich trainiert werden, oder geht es darum die Teile des Wissens anzusprechen, die unmittelbar auf das Selbst der Kranken bezogen sind.

Zum Realitätsorientierungstraining:

Hier kommt es leicht zu erniedrigenden Situationen.

Ein Beispiel:

Ich zeige einer Gruppe von Heimbewohnern einen Kamm und frage sie was ist das und was macht man damit. Diejenigen, die das noch wissen sind empört darüber, wie man ihnen eine so dämliche Frage stellen kann, diejenigen die das nicht mehr wissen, spüren ganz genau, daß sie es noch wissen müßten, und daß es eine sehr einfache Frage ist und für sie ist es äußerst unangenehm festzustellen, daß sie die Frage nicht beantworten können. Oft reagieren sie dann ärgerlich und sagen z. B. was geht sie denn das an.

Ein weiteres Beispiel:

Eine Gemeindegeschwester erzählt, sie betreute eine demenzkranke Frau, die eines Tages voller Schrecken mitteilte, in ihrem Bett liege ein fremder Mann. Alle Versuche, sie davon zu überzeugen, daß es ihr eigener Ehemann sei, fruchteten überhaupt nicht. Am nächsten Tag erzählte sie dann glücklich und strahlend ihr Bruder sei zu Besuch gekommen und er schlage auch in ihrem Ehebett. Die Gemeindegeschwester versuchte dann wieder ihr zu sagen, es sei doch nicht ihr Bruder, sondern der Ehemann, worauf sie wieder völlig in Panik geriet und aufgeregt wurde. Hier hat die demenzkranke Frau sich in einer fast genialen Art und Weise eine Erklärung geschaffen, um diese bedrohliche Situation für sie aufzulösen, der einzige fremde Mann der im Bett einer Ehefrau

liegen darf, ist in der Tat ein ganz naher Angehöriger, nämlich der eigene Bruder, niemals wären wir so schlau gewesen und ein so wundervolles Argument einfallen zu lassen.

Oft helfen Demenzkranke sich selber und wir müssen es einfach nur bestätigen, aber leider zerstören wir oft diese Selbsthilfeversuche der Kranken.

Realitätsorientierungstraining ist nur dann sinnvoll, wenn es von den Kranken mit Akzeptanz und Freude aufgenommen wird, ob dies der Fall ist, kann sogar ein kleines Kind schon feststellen, man muß nur hinschauen und die Kranken beobachten, das wird leider häufig nicht getan.

Die Validation, wenn man mal beobachtet, wie häufig einem Demenzkranken widersprochen wird, kommt man zu unglaublichen Zahlen.

Ein kleines Beispiel:

Eine demenzkranke Frau sagte jeden Morgen, das Wasser ist kalt, dabei war das Wasser natürlich nicht kalt, sondern schön warm. Ihre Schwiegertochter versuchte auch immer wieder ihr dies zu beweisen, letztendlich mit einem Thermometer, was sie kaufte. Eine Information, die die demenzkranke Frau gar nicht intellektuell verarbeiten konnte. Als sie von der Validation hörte, probierte sie es aus, sagte zu ihrer Schwiegermutter, gell das ist unangenehm, das Wasser auf der Haut und dann ist es so kalt und naß usw. und daraufhin ließ die Schwiegermutter sich ganz friedlich waschen und war zufrieden.

Schwieriger wird die Validation, wenn man selber angegriffen wird, Beispiel Frau E.

Validation ist mit das hilfreichste Instrument im Umgang mit Demenzkranken, aber es sollte nicht stur und dogmatisch eingesetzt werden, sondern flexibel nach Bedarf. Es gibt immer wieder Situationen, wo es wichtig ist, zu erkennen ob die Aussagen der Demenzkranken auch eine in unseren Augen reale Ursache haben. Ich erinnere an das Beispiel von der Frau mit den drückenden Schuhen. Es wäre nicht o. k. gewesen, ihre Gefühle zu validieren, sondern es war wichtig, die Ursache herauszufinden.

Ein anderes Beispiel:

Eine Kollegin erzählte, daß eine Heimbewohnerin sich ständig darüber beschweren würde, daß das Essen zu bitter sei, auch hier sollte man nicht nur validieren, sondern versuchen herauszufinden, woran es liegen könnte, daß diese Frau ständig einen bitteren Geschmack im Mund hat, z. B. als Nebenwirkung von Medikamenten oder als Zeichen einer Erkrankung oder oder.

Einer unserer Tagesgäste, der sich sprachlich noch relativ gut verständigen konnte, war eines Morgens sehr ärgerlich und zornig auf unsere Einrichtung, meinte das sei ein sehr schlechtes Hotel hier mit einer miserablen Bedienung usw. und keiner wußte warum. Beim Mittagessen saß er einer Kollegin gegenüber usw.

Immer wieder kommt es auch vor, daß der Handlungsdruck, unter dem die Demenzkranken stehen, dermaßen stark ist, daß Validation nicht ausreicht um sie zu beruhigen, z. B. berichtet eine unserer Angehörigen, und daß erleben wir sehr häufig, daß ihr Ehemann abends immer unbedingt zu seiner Mutter nach Hause wollte und daß sie ihn praktisch nicht davon abbringen könnte, sie hätte dann einmal die Tür zugeschlossen, da hätte er gegen die Tür getrommelt und sie fast eingeschlagen. Geholfen hat dann nur, daß sie nach unserer Aufforderung einfach die Wirklichkeit ihres Mannes so akzeptiert hat, wie sie war, dort hineingegangen ist und auf dieser Basis dann das Problem versucht hat zu lösen, sie sagte, nämlich, ich habe bei deiner Mutter angerufen, du kannst heute bei mir bleiben. Daraufhin war er völlig erleichtert und freute sich, nicht zu seiner Mutter gehen zu müssen.

In andere Wirklichkeiten hineingehen sollten wir nur, soweit es wirklich erforderlich ist, keinen Schritt weiter, weil es natürlich immer ein ethisches Problem ist, jemanden anzulügen und wir sollten es auch nur dann tun, wenn wir es nicht als Lüge empfinden, sondern als einen tatsächlich letzten Versuch, dem Kranken in seiner Welt zu begegnen und ihm auf der Grundlage von seiner persönlichen Wahrnehmung eine Hilfe zu geben, um ihn aus einer extremen bedrohlichen und schlimmen Druck- und Paniksituation herauszuhelfen.

Voraussetzung ist immer, daß wir die subjektive Wahrnehmung der Situation des Kranken vollkommen ernst nehmen und nicht dadurch relativieren, daß es ja eigentlich in Wirklichkeit gar nicht so ist.

Ein Problem bei diesem Hineingehen in andere Welten und andere Wirklichkeiten ist, daß es immer verbunden ist mit der vielleicht unbewußten Angst irgendwann selbst verrückt zu werden, wenn man das zu oft macht und es ist sehr wichtig, daß man darüber mit anderen sprechen kann, intim oder in der Familie.

Die Basis für den Erfolg aller therapeutischen Interventionen ist ein gutes milieutherapeutisches dementengerechtes Setting. Nur wenn die Umgebungsbedingungen für Demenzkranke geeignet sind, können einzelne therapeutische Interventionen sei es medikamentöser Art oder anderer Art wirklich fruchtbar werden. Mir erzählte eine Tochter, ihre Mutter sei im Anfangsstadium dement und zu Hause immer mehr verwahrlost. Sie sei dann in die Gedächtnisklinik in Norddrach gegangen, hätte sich dort unglaublich stabilisiert, hätte sich wieder orientieren können, ihre Sprache hätte sich wieder normalisiert und sie sei auch stimmungsmäßig in einer sehr guten Verfassung

gewesen, sie hätte sie mehrfach dort unten besucht und sei ganz begeistert gewesen von den Erfolgen dieser Klinik.

Die Mutter wurde nach einigen Wochen entlassen mit der Verordnung von fünf mal in der Woche Ergotherapie, welche in Frankfurt dann auch umgesetzt wurde. Der Erfolg war dramatisch negativ, die Mutter wieder alleine in ihrer Wohnung dekompenzierte extrem, trotz dieser täglichen ergotherapeutischen Behandlung, sodaß in einigen Wochen ihr Zustand schlechter war, als je zuvor.

Eine wichtige therapeutische Intervention ist die Musik, zwar nicht irgendeine Musik, sondern abgesehen vom gemeinsamen Singen die genaue Kenntnis der musikalischen Biographie der Kranken um sehr gezielt in bestimmten Situationen Musik einsetzen zu können.

Eine weitere Interventionsebene, die Teil des therapeutischen Milieus ist, ist die der Tagesstrukturierung. Die hauptsächlich Alltagstätigkeiten berücksichtigt, immer wieder fällt es auf, daß Demenzkranke aufblühen im Kontakt zu Kontakt zu Tieren und zu kleinen Kindern.

Die Angehörigen

Die Angehörigen sind genauso wichtig, wie die Demenzkranken. Gerade in der häuslichen Pflegesituation stellen sie die Hauptbezugsperson für die Kranken dar und man könnte fast sagen, daß sie wirken wie ein Medikament, d. h. bei einer guten ausgeglichenen Betreuung geht es den Kranken gut. Wenn die Angehörigen selber hektisch nervös und überfordert sind, wirkt sich das sofort negativ auf die Kranken aus.

Nach unserer Erfahrung lassen sich Demenzkranken mit blindem Vertrauen in die sie betreuende Person gut helfen. Wenn dieses blinde Vertrauen jedoch nicht gegeben ist, kommt es immer zu vielen Problemen. Ursachen für mangelndes Vertrauen können zum Einen sein, daß die Beziehung in sich konfliktreich ist und zum Anderen, daß der Kranke lebenslang nur auf sich selbst vertraut hat. Je dominanter und dynamischer ein Mensch war um so schwieriger ist er im Falle der Demenz zu betreuen. Auch Angehörige brauchen unsere Unterstützung und unsere Hilfe. Auch Angehörige sollten wir validieren und nicht belehren, d. h. mit ihnen genauso umgehen wie wir möchten, daß sie mit ihren Kranken umgehen. Zudem benötigen sie Informationen über die psychischen Mechanismen der Krankheit und immer wieder das Verständnis dafür, wie außerordentlich schmerzvoll es ist, ständig neu mit den

Abbauerscheinungen der Kranken konfrontiert zu werden und die alte Ebene der Beziehung nicht mehr herstellen zu können.

Begutachtung durch den MDK

Gesetzliche Betreuung

artikel/Pflege ambulant