

Bakkalaureatsstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Medizinische Universität Graz

Bakkalaureatsarbeit

Therapie- und Förderungsmöglichkeiten bei Demenzerkrankungen

Begutachterin

Ao. Univ.-Prof. Dr. phil. Anna Gries

Institut für Physiologie

Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Lehrveranstaltung

Physiologie

Eingereicht von

Melanie Motschnig

Matrikelnummer: 0611414

Graz, Jänner 2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiteres erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Melanie Motschnig

Graz, am 17.01.2011

Melanie Motschnig

Kurzzusammenfassung

In dieser Arbeit wird das Thema „Therapie- und Förderungsmöglichkeiten bei Demenzerkrankungen“ behandelt. Am Anfang werden die Begriffe des Alterns, der Gesundheit sowie der Demenz näher beschrieben. Des Weiteren werden die Demenzformen, der Krankheitsverlauf und die Diagnosestellung erklärt. Als Ziel dieser Arbeit werden die Therapie- und Förderungsmöglichkeiten bezüglich der Demenz erläutert. Anfangs werden die medikamentösen Therapien und nicht-medikamentösen Therapien, wie zum Beispiel die Förderpflege mit allen Sinnen oder die Psychotherapie dargestellt. Abschließend wird näher auf die Validation nach Nomi Feil, die biographiezentrierte Pflege und Musiktherapie bei Demenzerkrankungen eingegangen.

Abstract

The topic of this paper is about the possibilities of therapies for dementia. Initially, the concepts of aging, health and dementia will be described. Furthermore, the types of dementia, the course of disease and the diagnosis will be explained. The aim of this paper is the therapy and support possibilities for dementia. Initially, the medication therapies and the non-medication therapies, such as the care of the five senses and the psychotherapies will be represented. Finally, the concept of validation from Naomi Feil, the biography-centered care and the music therapy will be described.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Das Altern in unserer Gesellschaft	8
2.1	Gesundheit und Alter	9
3	Demenzerkrankungen	9
3.1	Definition „Demenz“	10
3.1.1	Diagnostische Kriterien der Demenz nach DSM IV	11
3.1.2	Diagnostische Kriterien der Demenz nach ICD-10	12
3.2	„Geistiger Abbau“ oder Demenz?	12
3.3	Wodurch entsteht eine Demenz?	14
3.3.1	Demenzformen – Welche Erkrankungen führen zu einer Demenz?	14
3.4	Krankheitsverlauf einer Demenz	17
3.5	Diagnosestellung einer Demenz	19
3.5.1	Testverfahren der Demenz	21
4	Therapie- und Förderungsmöglichkeiten	23
4.1	Medikamentöse Therapie	25
4.2	Nicht-medikamentöse Therapien	27
4.2.1	Förderpflege mit allen Sinnen	29
4.2.2	Psychotherapie	31
4.2.3	Weitere Therapie- und Förderungsansätze	33
5	Validation nach Naomi Feil	34
5.1	Ziele der Validation	35
5.2	Anwendungsmöglichkeiten der Validation	36
6	Biographiezentrierte Pflege und Betreuung	38
6.1	Einsatz von biographischem Wissen	39
6.2	Situationen, in der biographisches Wissen nicht angewendet werden soll ..	41
6.3	Beispiel - Die biographiebezogene Einrichtung eines Zimmers	41

7	Musiktherapie	42
7.1	Musiktherapie im Zusammenhang mit Demenz	43
8	Diskussion	45
9	Literaturverzeichnis	47
10	Abbildungsverzeichnis	50
11	Tabellenverzeichnis	51

**„Wo ich gestern war,
weiß ich nicht mehr,
ich muß nachsehen.“**

Zitat von Ernst Albrecht, Ministerpräsident von 1976-1990



Abb. 1: Demenz

1 Einleitung

Die Gesellschaft von heute und vor allem der Zukunft ist gekennzeichnet durch die immer älter werdende Sozialstruktur. Bis zum Jahr 2050 wird sich die Anzahl der älteren Bevölkerung mehr als verdreifachen. Dieses „Geschenk“ der Lebensverlängerung führt jedoch zu Veränderungen des Gesundheitszustandes. Die Multimorbidität, vor allem bei älteren Personen, nimmt zu.

Eine der häufigsten psychischen Erkrankung im Alter ist Demenz. Auch in Österreich steigen die Zahlen an Demenzerkrankungen und dies wird sich in den nächsten Jahren auch nicht ändern.

Demenz ist eine Erkrankung, bei der die Betroffenen wie auch die Angehörigen sich ihrem Leben „neu“ anpassen müssen. Durch den langsamen Abbau der kognitiven Fähigkeiten müssen Maßnahmen ergriffen werden, die sich positiv auf die Betroffenen sowie die Angehörigen, oder aber die pflegerische Seite auswirken. Hierbei spielen die Therapie- und Förderungsmöglichkeiten eine wesentliche Rolle. Durch verschiedene Therapien kann die Lebensqualität für einen bestimmten Zeitraum verbessert werden.

Die Forschungsfrage lautet daher: Welche Therapie- und Förderungsmöglichkeiten gibt es bezüglich der Erkrankung Demenz und wie wirken sich diese aus?

Als Einstieg in das Thema werden das Alter, die Gesundheit, die längere Lebenserwartung sowie der Begriff der Demenz näher erläutert. Des Weiteren wird zwischen Demenz und geistigem Abbau unterschieden und die Demenzformen, der Krankheitsverlauf und die Diagnosestellung werden beschrieben.

Im Hauptteil der Arbeit werden verschiedene Therapie- und Förderungsmaßnahmen aufgelistet. Zuerst werden die medikamentösen und die nicht-medikamentösen Therapien, wie etwa die Förderung der fünf Sinne sowie die Psychotherapie vorgestellt.

Zum Abschluss werden die Themenbereiche der Validation nach Naomi Feil, die biographiezentrierte Pflege und die Musiktherapie näher erklärt und deren positiven Auswirkung auf Demenzerkrankungen mit einbezogen.

2 Das Altern in unserer Gesellschaft

Sobald wir an das Alter denken, fallen uns Begriffe wie etwa Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, Wohnen in einem Pflegeheim, Vereinsamung oder Abhängigkeit ein. Jedoch sollte in diesem Zusammenhang auch das Positive gesehen werden, denn Altern kann auch schön sein.

Das Alter ist geprägt durch historische Veränderungen, denn vor allem die Lebenserwartung und die Lebensverhältnisse wurden verbessert. Die Entfaltung des Alters führte „von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit“ (IMHOF 1988, zit. in Reinmann & Reinmann 1994, S. 31).

Die materiellen Absicherungen sowie die Sozial- und Rentenversicherungen spielen heutzutage im Alter eine wesentliche Rolle. Vor dieser Zeit waren jedoch familiäre Verhältnisse, wie etwa Generationenbeziehungen oder Großfamilien eine wichtige Basis, um im Alter „überleben“ zu können.

Die Zahl der Alten erhöht sich immer mehr, aber unsere Gesellschaft altert nicht nur, weil es immer mehr alte Menschen gibt, sondern auch durch die Abnahme der Geburten. Die Bevölkerungspyramide entwickelt sich zu einem „Alterspilz“ und somit gibt es heute ein „junges“ und ein „altes Alter“, obwohl es schwierig ist, zu bestimmen, wann das eine endet und das andere anfängt (Reinmann & Reinmann 1994, S. 30ff).

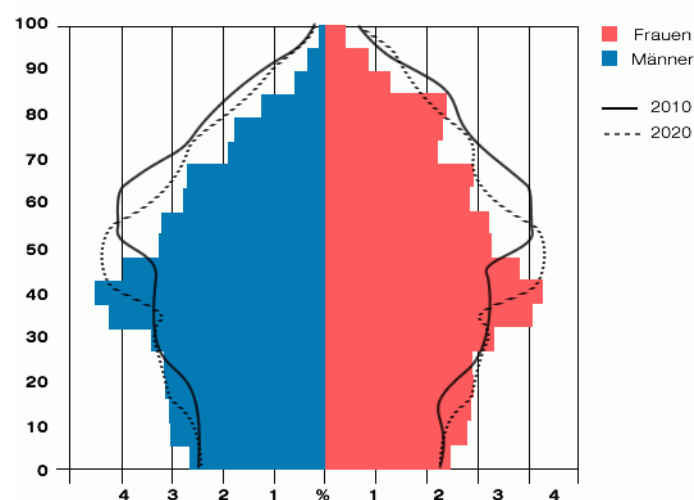


Abb. 2: Alterspyramide Österreich

Diese Alterspyramide der österreichischen Gesellschaft zeigt den geringen Anteil der jüngeren Generationen. Die Prognose für 2010 und 2020 zeigt, dass dieser Trend anhalten wird (<http://www.sdi-research.at>).

Heutzutage leben in Österreich ca. 140.000 Personen im Alter von 85 und mehr Jahren. Diese Zahl wird sich im Jahr 2050 jedoch auf 500.000 Personen erhöhen (Ebda S. 30ff, zit. in Kollmann & Wiener 2003, S. 10).

2.1 Gesundheit und Alter

Die „Lebensverlängerung“ führt auch zu Veränderungen des Gesundheitszustandes. Es gibt vor allem eine Tendenz zur Multimorbidität (Kollmann & Wiener 2003, S. 11). Mit dem Alter ist auch die Abnahme der Anpassungsfähigkeit des Organismus verbunden. Diese Verminderung der Anpassungsfähigkeit wird verursacht durch den Wandel aller Gewebe, Organe und Organsysteme.

Im Alter unterscheiden wir zwischen „alternden Krankheiten“, diese haben einen chronischen Verlauf, d.h. sie haben den Menschen aus früheren Lebensabschnitten bis ins hohe Alter kontinuierlich begleitet und „primären Alterskrankheiten“, diese treten im Alter erstmals auf (Reinmann & Reinmann 1994, S. 283ff).

„Von psychischen Beeinträchtigungen, die als behandlungsbedürftig angesehen werden, ist etwa ein Viertel aller über 65-jährigen betroffen“ (Kollmann & Wiener 2003, S. 11). Hierbei geht es um Störungen wie Neurosen, endogene Psychosen sowie auch um hirnorganische Syndrome, vor allem um Abbauprozesse, wie etwa Demenz (Kollmann & Wiener 2003, S. 11).

In dieser Arbeit wird die Krankheit „Demenz“ näher betrachtet, da immer mehr Personen in unserer Gesellschaft daran leiden. Des Weiteren ist Demenz ein Thema, das nicht tabuisiert werden soll.

3 Demenzerkrankungen

„Die steigende Flut von Demenzerkrankungen beschreibt Kitwood als still, leise vorankriechend aber nichtsdestoweniger mächtig und nachhaltig“ (zit. in Kollmann & Wiener 2003, S. 17). Demenz ist charakteristisch für die industrialisierte Gesellschaft, die in den vergangenen Jahren starken Veränderungen unterworfen war, geprägt.

Vor allem geht es hier um den Alterungsprozess, durch den die Bevölkerung noch immer weiter zunimmt (Kollmann & Wiener 2003, S. 17).

Demenz ist eine der meist verbreiteten psychischen Erkrankungen im Alter. Bei den 95- bis 99-jährigen leiden bereits bis zu 45 Prozent daran. Der bedeutendste Risikofaktor einer Demenzerkrankung ist das Alter und der Pflegeaufwand steigt mit zunehmendem Schweregrad stark an (<http://doktormohr.at>).

In Österreich litten 2000 ca. 90.000 Personen an Demenz. Die Gesellschaft geht davon aus, dass im Jahr 2050 ca. 230.000 Personen an Demenz leiden werden. Des Weiteren leidet jeder vierte über 80-jährige an Demenz und die Zahlen steigen weiter (www.caritas.at).

„Unter Umständen erweist sich die Demenz als das bedeutsamste epidemiologische Merkmal des beginnenden 21. Jahrhunderts. Ihre Präsenz wird tiefgreifende und anhaltende Auswirkungen auf das gesamte Gefüge unseres politischen, ökonomischen und sozialen Lebens haben – zum Guten oder zum Schlechten“ (Kitwood 1997, S. 17f, zit. in Kollmann & Wiener 2003, S. 17).

3.1 Definition „Demenz“

Das Wort Demenz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet soviel wie „weg vom Geist“ oder „ohne Geist“ (Schäfer & Rütger 2004, S. 12).

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) definiert Demenz folgendermaßen:

„Demenz ist eine erworbene, globale (umfassende) Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion, einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörungen. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend) und nicht notwendigerweise irreversibel (nicht umkehrbar)“ (Hametner 2007, S. 13).

Demenz bedeutet:

- Abnahme des Gedächtnisses
- Abnahme kognitiver Fähigkeiten, z.B. der Urteilsfähigkeit
- Der Verwirrtheitszustand nimmt zu
- Es kommt zur Störung der Gefühlskontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens

- Die Beschwerden bestehen mindestens sechs Monate
(Schäfer & Rütger 2004, S. 12)

Nach Yazdani (2001, S. 44f, zit. in Eichberger, S. 9) kommt es bei Demenzerkrankungen zu einer verstärkten Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten. Von dieser Erkrankung sind vor allem Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, die Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitung sowie Sprache und Kommunikation, Kritikfähigkeit und Urteilsvermögen betroffen. Des Weiteren kommt es zu einer Behinderung der persönlichen Aktivitäten im täglichen Leben wie etwa Waschen, Ankleiden, Essen und hygienischen Maßnahmen.

Furtmayr-Schuh (2000, S. 25, zit. in Eichberger, S. 9) erläutert anhand eines Beispiels, wann eine Demenz gegeben ist und wann keine Demenz vorliegt:

„Wenn jemand seine Schlüssel verlegt und nicht mehr wieder findet, so ist das keine Demenz. Demenz aber liegt vor, wenn jemand nicht mehr weiß, wozu die Schlüssel dienen. Demenz bedeutet, dass eine geistige Leistung, die einmal vorhanden war, zunehmend verschwindet.“

3.1.1 Diagnostische Kriterien der Demenz nach DSM IV

Diagnostisch-Statistisches Manual psychischer Störungen

<p>Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sich in einer Gedächtnisbeeinträchtigung zeigen. Mindestens eine der folgenden kognitiven Störungen:</p> <p>Aphasie: Störung der Sprache</p> <p>Apraxie: Beeinträchtigung in der Ausführung motorischer Aktivitäten (trotz intakter Motorik)</p> <p>Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände wieder zu erkennen trotz intakter sensorischer Funktionen</p> <p>Störung der Ausführungsfunktionen, d.h. des Planens, Organisierens, Einhaltens einer Reihenfolge und des Abstrahierens.</p>
--

Abb. 3: Diagnostische Kriterien nach DSM IV

3.1.2 Diagnostische Kriterien der Demenz nach ICD-10

Internationale Klassifikation der Krankheiten

- Psychische Verhaltensstörungen (F00-F99)
 - Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

„Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen“ (www.psychotherapiepraxis.at).

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (www.psychotherapiepraxis.at).

3.2 „Geistiger Abbau“ oder Demenz?

Je älter man wird, desto vergesslicher wird man. Die normale Vergesslichkeit oder auch Altersvergesslichkeit sollte von der Demenz stark abgegrenzt sein. Es ist zu erwarten, dass im Alter die Informationsgeschwindigkeit abnimmt, denn viele vergessen ab und zu einen Namen oder eine Telefonnummer. Im Gegensatz dazu vergessen Patienten mit Demenz häufiger eine Nummer oder den Namen und können sich später auf ihr Vergessen auch nicht mehr erinnern.

Zu Beginn einer Demenz gibt es Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses, der Erinnerung und der Merkfähigkeit. Mit zunehmender Erkrankung kommt es zum Verlust von Inhalten aus dem Langzeitgedächtnis. Vor allem das Abspeichern neuer

Informationen ist gestört und die Bewältigung leichterer Probleme ist nicht mehr möglich (Schäfer & Rüter 2004, S. 13).

Als typische Symptome des „geistigen Abbaus“ gelten (Füsgen 1995, S. 17):

- Im intellektuellen oder kognitiven Bereich: Zerstreutheit, Störung der Merkfähigkeit; in fortgeschrittenen Fällen auch räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen sowie Probleme im sprachlichen Ausdruck
- In Stimmung und Befindlichkeit: Interesselosigkeit, affektiver Rückzug, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität, Neigung zu Verstimmtheit
- Im Verhalten: Apathie, Reizbarkeit und Aggressivität

Einige dieser Symptome treten bei jedem älteren Menschen auf. Jedoch ein gesunder Mensch im Alter ist fest in der Realität verankert und kann sich zeitlich, örtlich und bezüglich der eigenen Person orientieren und ist in der Lage, ein aktives Leben zu führen und für sich selbst zu sorgen.

Wenn von einer Demenz gesprochen wird, müssen die Symptome mehr als 6 Monate deutlich vorhanden sein (Füsgen 1995, S. 17f).

Die 5 wichtigsten Merkmale der Demenz nach Füsgen (1995, S. 18):

1. Verlust intellektueller Fähigkeiten in einem Ausmaß, dass die sozialen und beruflichen Leistungen kaum mehr bewältigt werden können
2. Objektiv nachweisbares Nachlassen des Gedächtnisses, das die Bewältigung von Alltagsaktivitäten beeinträchtigt
3. Störungen in mindestens einem der folgenden Bereiche: abstraktes Denken, Urteilsvermögen, andere höhere kortikale Funktionen (z.B. Aphasie, Apraxie, Agnosie), Persönlichkeit
4. Fehlen der Bewusstseinstrübung
5. Hinweise auf einen ursächlichen organischen Faktor

Schäfer und Rüter (2004, S. 15) teilen das Demenzsyndrom in kognitive und psychische Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten.

Demenzsyndrom		
<i>Kognitive Störungen</i>	<i>Psychische Störungen</i>	<i>Verhaltensauffälligkeiten</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen - Merkfähigkeitsstörungen - Orientierungsstörungen - Sprachstörungen - Beeinträchtigungen von planvollem Handeln 	<ul style="list-style-type: none"> - Wahn - Sinnestäuschung - Depressionen - Antriebsstörungen - Angst 	<ul style="list-style-type: none"> - Aggression - Ruhelosigkeit - Jammern, Weinen - stereotypes Fragen - Treten, Beißen, Kratzen - Schreien
→ verminderte Alltagsbewältigung		

Abb. 4: Demenzsyndrom

3.3 Wodurch entsteht eine Demenz?

Demenz ist eine schwere Erkrankung, für die niemand etwas kann, das heißt, es geht um kein selbstverschuldetes Versagen (Schäfer & Eckhart 2004, S. 12). Hierbei geht es um keine einzelne ursächliche Erkrankung, sondern um ein klinisches Syndrom (Symptomkomplex), das bei Erkrankungen, die das Gehirn primär oder sekundär schädigen, eintreten kann (Hametner 2007, S. 13).

In diesem Zusammenhang ist zu erkennen, dass bei Demenz in mehreren Bereichen Störungen auftreten können, sowie diese über einen Zeitraum von 6 Monaten anhalten müssen, um überhaupt von der Erkrankung Demenz sprechen zu können.

3.3.1 Demenzformen – Welche Erkrankungen führen zu einer Demenz?

Bei den Demenzformen unterscheiden wir zwischen der primären und sekundären Demenz. Die häufigste Ursache einer Demenz, bei zwei Drittel aller dementen Patienten, ist die Alzheimererkrankung. Die zweithäufigste Ursache sind Durchblutungsstörungen des Gehirns, die vaskuläre Demenz, mit einem Anteil von ca. 10 bis 15%. Des Weiteren kann das gleichzeitige Auftreten einer vaskulären und Alzheimer-Demenz vorkommen. Hierbei wird von einer gemischten Demenz gesprochen. Diese Formen werden der primären Demenz zugeordnet (Schäfer & Rütther 2004, S. 20f).

Typisch für die primär degenerative Demenz ist ein langsam progredienter Krankheitsverlauf. Die ersten 2 bis 3 Jahre sind durch Gedächtnis- und Orientierungsstörungen gekennzeichnet. Später folgen Sprach- und Erkennungsstörungen sowie Störungen der zweckbezogenen Motorik (Füsgen 1995, S. 19).

Bei der vaskulären Demenz kommt es neben den kognitiven Störungen zum unerwarteten Auftreten neurologischer Beschwerden wie etwa Taubheitsgefühl und/oder Lähmungen (Schäfer & Rüter 2004, S. 20). Klinische Charakteristika der vaskulären Demenz sind:

- Stufenweise, abrupte Verschlechterungen im Zustand des Patienten
- Gehäuft Hinweise auf leichtere oder schwerere Apoplexien
- Leichte Lähmungen oder Sprachstörungen, die sich vollständig oder teilweise zurückbilden können

(Füsgen 1995, S. 19)

Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Diabetes, das Rauchen und Fettstoffwechselstörungen sind die Risikofaktoren für Gefäßerkrankungen und somit die Hauptursache einer vaskulären Demenz (Schäfer & Rüter 2004, S. 20).

Bei der sekundären bzw. nicht-hirnorganischen Demenz können folgende Erkrankungen zu einer Demenz führen:

- Normaldruckhydrozephalus (Beschwerden sind: Demenz, Blasenstörung und eine Gangstörung)
- Stoffwechselerkrankungen, z.B. Schilddrüsenunterfunktion
- Vergiftung und Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen
- Entzündungen (Infektionen), z.B. HIV, Lues (Geschlechtskrankheit)
- Vitaminmangelerkrankungen, z.B. B1-, B6- und B12-Mangel, Folsäuremangel
- Hirntumore, Krampfanfälle (Epilepsien)
- Blutergüsse im Gehirn
- Schädel-Hirn-Trauma
- Gehirnentzündungen

- Prion-Erkrankungen (Infektiöse Eiweißpartikel verursachen Hirnveränderungen mit Nervenzelluntergängen, die zu einer rasch fortschreitenden Demenz führen)
(Schäfer & Rütger 2004, S. 21f)

Der wichtigste Risikofaktor von Demenzerkrankungen ist das Alter. Andere Faktoren sind genetische, familiäre Belastungen, weibliches Geschlecht, Depressionen, erhöhte Blutfettwerte, geringe Schulbildung und Bluthochdruck (Schäfer & Rütger 2004, S. 28).

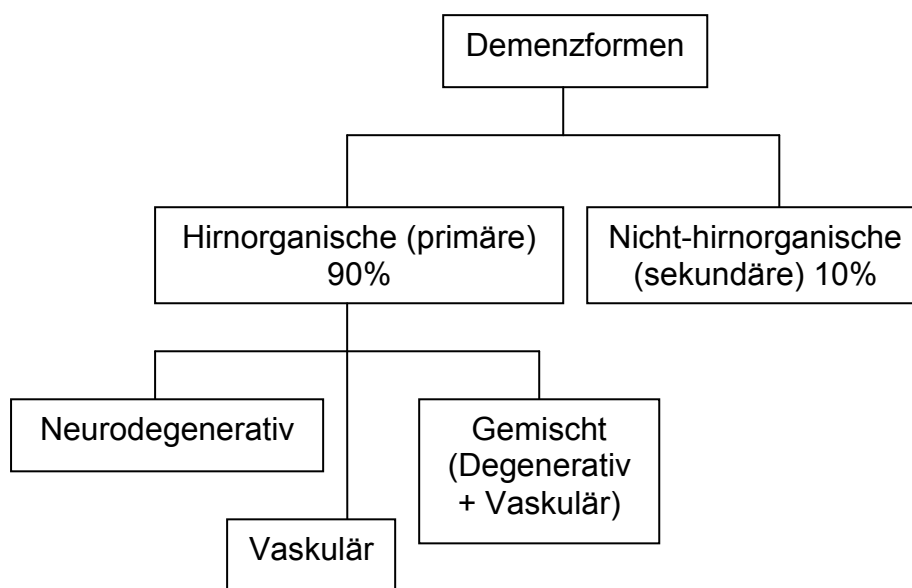


Abb. 5: Demenzformen

Neben der primär degenerativen Erkrankung der Alzheimer-Demenz, gibt es noch weitere degenerative Demenzformen, wie z.B.:

- Demenz bei Morbus Parkinson – im Vordergrund stehen Bewegungsstörungen, Bewegungsarmut, erhöhter Muskeltonus und Zittern
- Demenz mit Lewy-Körperchen – Sinnestäuschungen, Bewegungsstörungen und Verwirrheitszustände treten auf
- Demenz mit Morbus Pick – Verhaltensänderung, Impulsivität, soziales Fehlverhalten, vermehrtes Essen und Gefühlsverarmung stehen hier im Vordergrund
- Demenz mit Morbus Huntington – hierbei kommt es zu Hyperkinesen, Persönlichkeits- und kognitiven Störungen
(Schäfer & Rütger 2004, S. 22)

3.4 Krankheitsverlauf einer Demenz

Die Erkrankung an Demenz beginnt überwiegend im Alter von ca. 65 Jahren. Demenz beginnt schleichend und entwickelt sich langsam. Der Krankheitsverlauf ist von Patient zu Patient unterschiedlich.

Mehrere Phasen werden beim Verlauf unterschieden:

- das Vorstadium,
 - das Anfangsstadium (erste Phase)
 - das leichte Demenzstadium (mittlere Demenz)
 - das mittelschwere Demenzstadium
 - das schwere Demenzstadium (dritte Phase)
- (Schäfer & Rüter 2004, S. 24)

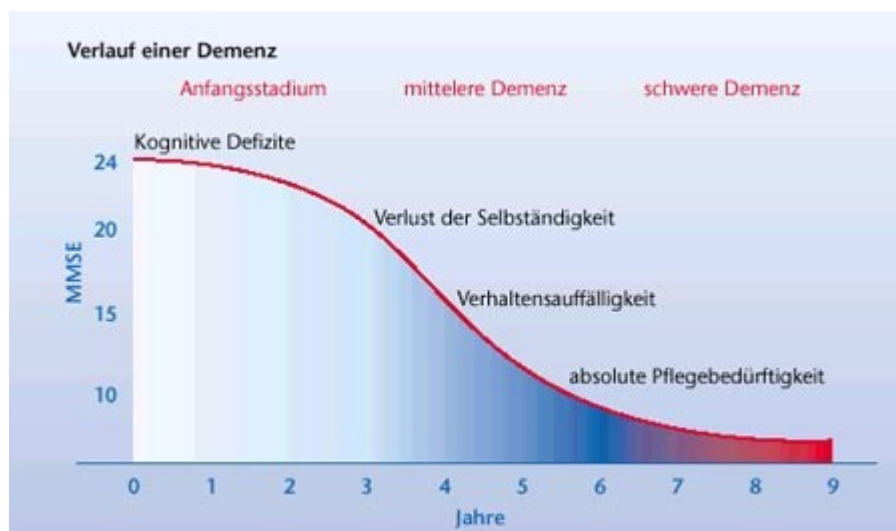


Abb. 6: Verlauf einer Demenz

- Das Vorstadium

In diesem Stadium kann es bereits zu Gedächtnisstörungen kommen, so wird etwa das Speichern neuer Informationen erschwert. Patienten helfen sich hierbei mit Gedächtnisstützen und Strategien zum Ausgleich dieser Barrieren. Des Weiteren können Orientierungsprobleme und Wortfindungsstörungen in neuen Situationen auftreten. Wiederholt treten Stimmungsschwankungen bei Patienten auf.

- Das Anfangsstadium

In dieser Phase kommt es zu kleineren Gedächtnislücken, Wortfindungsstörungen, Problemen bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie bekannte Personen werden verwechselt. Im weiteren Verlauf werden Hobbys aufgegeben und Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen treten auf. Diese Veränderungen werden von den Patienten wahrgenommen und somit reagieren sie mit Schamgefühl, Ängsten, Wut oder Niedergeschlagenheit.

- Die mittlere Demenz

Die selbstständige Alltagsbewältigung wird hierbei eingegrenzt und man ist auf fremde Hilfe angewiesen. Die Krankheit wird in dieser Phase sichtbar. Die Namen von vertrauten Personen werden vergessen. Weiters kommt es zu Problemen beim Anziehen, der Körperpflege sowie beim Essen. Den Weg nach Hause finden diese Patienten nicht mehr. Die Personen können zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart nicht mehr unterscheiden. Auch Sinnestäuschungen treten hierbei auf (z.B. nicht vorhandene Personen werden gesehen). Die Gefühle der Patienten bleiben in dieser Phase noch erhalten, das heißt, dass Patienten auf Verständnis und liebevolle Zuwendung mit Freunden und auf unangenehme Gefühle wie etwa Wut und Angst reagieren können.

- Die mittelschwere und schwere Demenz

In diesem Stadium sind alle kognitiven Funktionen stark eingeschränkt. Patienten können nur mehr mit wenigen Wörtern kommunizieren, Wünsche und Bedürfnisse können nicht mehr mitgeteilt werden. Bekannte Personen werden kaum noch erkannt. Weiters kommt es zu körperlichen Beschwerden, wie etwa beim Essen, beim Gehen und einem vollständigen Verlust der Kontrolle über Blase und Darm. Das Endstadium von Demenz ist gekennzeichnet durch einen Verfall der körperlichen Kräfte, Patienten werden bettlägerig und die Gefahr von Infektionen steigt an.

Die Lebenserwartung der Patienten mit Demenzerkrankungen ist verkürzt. Mit Beginn der Erkrankung ist mit weiteren 5-8 Jahren Lebenszeit zu rechnen. Zwei der häufigsten Todesursachen sind Lungenentzündungen und Herzinfarkt (Schäfer & Rüther 2004, S. 24ff).

3.5 Diagnosestellung einer Demenz

Um eine Diagnose der Erkrankung Demenz zu bekräftigen, sind eine Reihe medizinischer und neuropsychologischer Untersuchungen notwendig.

Eine neuropsychologische Untersuchung sollte in einer vertrauensvollen Umgebung durchgeführt werden, in der sich der Patient gut fühlt. Durch diese sichere Umgebung ist eine genaue Diagnosestellung möglich (Berghoff 1999, S. 25).

Einen exakten Erkrankungsbeginn zu bestimmen, ist kaum realisierbar, da der Beginn dieser Erkrankung schleichend verläuft und weder Patienten noch die Angehörigen die Anfangsphase der Demenz bemerken (Füsgen 1995, S. 24).

Auch Schäfer & Rüter (2004, S. 35) beschreiben, dass bei Demenz die Diagnosestellung sehr schwierig sein kann, da altersentsprechende normale Verläufe sowie beginnende krankhafte Veränderungen sehr knapp beieinander liegen können. Hierbei steigt die Gefahr, dass die frühen Krankheitsbeschwerden übersehen und als normale Alterungsfolgen gesehen werden.

Nach Berghoff (1999, S. 25f) werden folgende Bereiche einer Untersuchung geprüft und beurteilt:

- Verhalten während der Untersuchung
- Grad der subjektiven Beschwerden
- Intelligenz
- Lernfähigkeit sowie verbales und nichtverbales Gedächtnis
- Aufmerksamkeit
- Bewältigung von räumlich-konstruktiven Problemen
- Konzentrationsfähigkeit unter kurzfristiger Belastung
- Wortfindung und sprachliches Denken

Zur Diagnostik dementieller Erkrankungen hat sich ein handfestes Diagnose-Schema etabliert. Der Mittelpunkt dieses Schemas liegt in der ausführlichen Anamnese sowie Fremdanamnese. Weiters werden der klinische, psychiatrische und neurologische

Status wie auch die Labordiagnostik, die Beurteilung mentaler Funktionen und apparative Untersuchungen begutachtet (Füsgen 1995, S. 27f).

Diagnose-Schema nach Füsgen (1995, S. 28):

- Anamnese
 - Schulbildung, Ausbildung, berufliche Aktivität
 - Familiäre und persönliche psychiatrische und neurologische Vorgeschichte
 - Beginn und Verlauf der aktuellen Beschwerden
- Ergänzung durch Fremdanamnese
- Klinischer Status
 - Herz-Kreislauf-System (EKG, Blutdruck)
 - Lungenstatus (Lungenfunktion, Röntgen-Thorax)
 - Risikofaktorenprofil: Hypertonie, Diabetes mellitus, Rauchen, Alkohol, Adipositas
- Labordiagnostik
 - Blutsenkung, kleines Blutbild, Blutzucker
 - Cholesterin, Leberfunktion, Elektrolyte
 - Harnstoff, Kreatinin, Urinstatus
 - Folsäure und Vitamin-B12, allerdings nur bei indirekten Hinweisen auf Vitaminmangel
 - Schilddrüsenfunktion
- Psychischer Status
 - Ausschluss von Depression bzw. Einschätzung begleitender depressiver Verstimmungen
- Neurologischer Status
 - Beurteilung von Hirnnerven, Reflexen, Motorik etc.
- Beurteilung mentaler Funktionen
- Apparative Untersuchungen
 - EEG, Computertomographie (CT)
 - Selten: Kernspin-Resonanz-Tomographie (NMR), Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie (SPECT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

3.5.1 Testverfahren der Demenz

- Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Der MMST ist eine Methode zur diagnostischen Differenzierung kognitiver Störungen bei älteren Menschen. Hierbei handelt es sich um „ein Interview mit Handlungsaufgaben, das vor allem praxisnahe Fragen beinhaltet, die von kognitiv nicht beeinträchtigten Personen im Regelfall problemlos beantwortbar sind, von Personen mit Demenzverdacht dagegen nur zum Teil bewältigt werden“ (Berghoff 1999, S. 29). In diesem Test werden kognitive, nicht jedoch emotionale Aspekte berücksichtigt (Berghoff 1999, S. 29). Der Vorteil dieser Untersuchung liegt darin, dass kein speziell geschultes Personal erforderlich ist. Die erzielten Punktwerte, die beim MMST heraus kommen, erfolgen an festgelegten Normen. Die maximale Punktezahl, die erreicht werden kann, sind 30 Punkte. Eine erlangte Punkteanzahl unter 23 deutet auf eine Hirnleistungsstörung hin (Füsgen 1995, S. 46ff).

Mini Mental Status nach Folstein et al. (zit. in: Füsgen 1995, S. 47)

Name:	Geb.:	Geschl.: m/w	Datum:	Datum:	Datum:
-----	-----	-----	-----	-----	-----
			Punkte		
1. Orientierung					
Welches Datum, Jahr, Jahreszeit, Tag, Monat haben wir heute? (5 Punkte max.)					
			_____	_____	_____
Wo sind wir? (Ortschaft, Land, Bundesland, Praxis, Stockwerk) (5 Punkte max.)					
			_____	_____	_____
2. Aufnahmefähigkeit					
Nachsprechen: Zitrone, Schlüssel, Ball (im Rhythmus 1 Wort pro Sekunde, max. 3 Punkte, bis 5x vorsagen)					
			_____	_____	_____
3. Aufmerksamkeit und Rechnen					
Von 100 jeweils 7 subtrahieren (Jede richtige Subtraktion 1 Punk, max. 5 Punkte)					
			_____	_____	_____
4. Gedächtnis					
Frage nach den oben nachgesprochenen Wörtern (pro Wort ein Punkt, max. 3 Punkte)					
			_____	_____	_____
5. Sprache					
Benennen:					
Was ist das? (Bleistift)					
Was ist das? (Uhr)					
Nachsprechen: „Keine wenn und aber“ (3 Punkte, wenn alles befolgt)					
			_____	_____	_____

6. Ausführen eines dreiteiligen Befehls Nehmen Sie ein Blatt Papier, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden (max. 3 Punkte)	_____	_____	_____
7. Lesen (auf separatem Blatt) und Ausführen „Schließen Sie beide Augen“ (1 Punkt für beides)	_____	_____	_____
8. Schreiben Einen Satz schreiben lassen (1 Punkt)	_____	_____	_____
9. Konstruktive Praxis (kopieren) Sich überschneidende fünfeckige Figur nachzeichnen Lassen (1 Punkt)	_____	_____	_____
Gesamtpunkte	_____	_____	_____

Tabelle 1: Mini Mental Status Test

- Uhrentest

Bei neurologischen Untersuchungen wird üblicherweise auch der Uhrentest durchgeführt. Dabei müssen die Patienten die fehlenden Ziffern hinein schreiben und z.B. die Uhrzeit 10 Uhr und 15 Minuten dazu zeichnen. Die meisten Menschen, die an Demenz leiden, werden eine Uhr, wie in Abb. 7 zu erkennen ist, illustrieren (Schäfer & Rüter 2004, S. 36f).



Abb. 7: Uhrentest

Der Mini-Mental-Status-Test sowie der Uhrentest sind zwei der häufigsten Verfahren um eine Demenzerkrankung einzuschätzen. Weiters können noch andere Tests, wie etwa ein Zahlen-Verbindungs-Test, ein Screening-Kurztest für zerebrale Insuffizienz oder aber ein Syndrom-Kurztest nach Erzigkeit durchgeführt werden (Füsgen 1995, S. 49ff).

4 Therapie- und Förderungsmöglichkeiten

Die Krankheit Demenz ist verbunden mit dem Trieb umherzulaufen, Unruhe und Rückzugstendenzen zu haben, Orientierungs- und Gedächtnisschwächen bis hin zu völliger Desorientierung. Daher sind besondere Betreuungskonzeptionen im häuslichen wie auch im stationären Bereich notwendig, um eine gute Betreuung auf der Betroffenen sowie Angehörigen - Seite zu gewährleisten.

Therapien mit dem Ziel der Heilung sind für die Mehrheit der Demenzkranken nicht erreichbar (Reggetin & Dettbarn-Reggetin 2006, S. 27).

„Der Kerngedanke einer Therapie muss daher lauten: Demenzen sind behandelbar, aber nicht heilbar. Die Behandlung richtet sich daher auf die Verbesserung der Lebenssituation der Kranken wie auch auf deren Angehörige.“ (Reggetin & Dettbarn-Reggetin 2006, S. 27f).

Der *Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands* (BDA) nennt als Therapieziele:

- Progressionsverzögerung
 - Beschwerdenreduktion
 - Minderung der Krankheitsauswirkung und
 - Prävention/Therapie vor/von Zusatzerkrankungen
- (Reggetin & Dettbarn-Reggetin 2006, S. 28)

Auch Schäfer & Rüther (2004, S. 39) erwähnen, dass es eine Behandlung, die die Erkrankung Demenz heilt, heutzutage noch nicht gibt. Des Weiteren ist ein Impfstoff, der der Krankheit vorbeugen könnte, noch nicht im Handel. Das Hauptziel der Demenztherapien liegt darin, dass die Lebensqualität der Betroffenen und der Angehörigen verbessert wird.

Im Gegensatz zu der medikamentösen Behandlung kommen psychologische und psychosoziale Therapieformen in Frage.

Bei der medikamentösen Behandlung geht es um die Verminderung des Acetylcholins, die die Erkrankung verlangsamen soll. Weiters können Medikamente gegen die Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt werden.

Zusätzlich stehen psychologische Therapien zur Verfügung, die die Betroffenen in ihrer Selbstständigkeit fördern, aktivieren oder unterstützen können.

Allgemeine Ziele der Behandlung nach Schäfer & Rütger (2004, S. 41):

- Die Lebensqualität der Angehörigen und die des Patienten soll verbessert werden
- Die verbliebenen Fähigkeiten des Patienten sollen gefördert werden
- Die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten sollen erhalten und gestärkt werden
- Die Vereinsamung und soziale Isolation sollen vermieden werden
- Der Patient soll aktiviert werden, ohne dass es zu Überforderung kommt
- Der Patient soll in seiner kognitiven Leistungsfähigkeit verbessert und in den Aktivitäten des täglichen Lebens gefördert werden
- Die Angehörigen bzw. Pflegekräfte sollen vor körperlicher und seelischer Überforderung geschützt werden

Des Weiteren erwähnt auch Füsgen (1995, S. 109), dass jede therapeutische Maßnahme sich auf die Lebensqualität des Patienten und seine Kompetenz zur Bewältigung des Alltags ausrichten soll. Patienten mit Hirnleistungsstörungen müssen somit auf einen ganzheitlichen Therapieansatz ausgerichtet sein.

Ein ganzheitlicher Therapieansatz wäre:

- Internistische Basistherapie
- Arzneimitteltherapie
- Aktivierende Betreuung
- Körperliches Training
- Selbsthilfetraining
- Ernährungsberatung
- Soziale Maßnahmen
- Angehörigenberatung und –betreuung
(Füsgen 1995, S. 109)

Bei Demenzerkrankungen gilt das Prinzip „Fördern durch Fordern“. Hierbei werden sowohl körperliche als auch geistige Aktivitäten in das Therapiekonzept aufgenommen. Jedoch Überforderung darf durch die Forderung nicht entstehen.

Ferner müssen die therapeutischen Grundsätze auch in die Alltagsaktivitäten des Kranken einbezogen und auf die Würde des Patienten bis zum letzten Atemzug geachtet werden (Füsgen 1995, S. 110f).

Die Behandlung der Demenz richtet sich nach den vier Eckpfeilern:

- „Erstens auf der medizinischen Behandlung der organischen Grundkrankheit;
- Zweitens auf psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen;
- Drittens auf sozialen Interventionen (Angehörigenbetreuung);
- Viertens auf Anpassung in der Umwelt, im Lebensraum der Betroffenen“ (Frühwald & Gatterer, S. 40).

In den nächsten Kapiteln werden einige Therapie- und Förderungsmöglichkeiten für Demenzkranke vorgestellt und näher beschrieben.

4.1 Medikamentöse Therapie

Medikamentöse Therapien werden zum Einsatz gebracht, wenn z.B. „(1) Hirnleistungen aktiviert werden sollen, wenn mit Psychopharmaka Depressionen begegnet werden soll oder (2) um Begleitscheinungen der Demenz wie Wahn, Unruhe oder Halluzinationen zu mildern. Die dritte Medikamentengruppe (3) zielt auf die Beeinflussung von Begleiterkrankungen, die den Demenzprozess erheblich beeinflussen können“ (Reggentin & Dettbarn-Reggentin 2006, S. 28).

Schwierigkeiten bei dieser Therapie ergeben sich durch die nicht vorhersagbare Wirksamkeit der Substanzen, wobei bei den am häufigsten eingesetzten Mitteln, den Nootropika, die Nebenwirkungen gering sind (Reggentin & Dettbarn-Reggentin 2006, S. 28).

Daraus ergibt sich, dass bei der Erkrankung Demenz verschiedene Medikamentengruppen eingesetzt werden.

Antidementiva sind in der Lage, bei Patienten mit leichter oder mittlerer Alzheimer-Krankheit die geistige Leistungsfähigkeit sowie die Alltagskompetenzen für einen geringen Zeitraum zu steigern. Die Zunahme der Krankheit kann ein wenig hinausgezögert werden (Schützendorf & Dannecker 2008, S. 140). Deshalb ist mit Antidementiva ein vorübergehender Stillstand der Erkrankung von ca. ein bis zwei Jahren wahrzunehmen. Des Weiteren kommt es zu einer Verbesserung der

kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der Verhaltensstörungen. Ferner kann die Zeit der Pflegebedürftigkeit aufgeschoben werden, was für die Angehörigen sowie für den Patienten mehr an Lebensqualität bedeutet. Wie bereits in dem vorherigen Kapitel erwähnt, ist eine völlige Heilung der Erkrankung nicht möglich (Schäfer & Rüter 2004, S. 42f).

Medikamente zur Verbesserung der Hindurchblutung (sog. Nootropika) werden bei der vaskulären Demenz gegeben. Nur eine geringe Anzahl der Patienten erzielt bei dieser Medikamentengruppe einen Wirkungseffekt (Schützendorf & Dannecker 2008, S. 141). Nootropika beeinflussen den Stoffwechsel im Gehirn positiv und somit kommt es zu einer Verbesserung der Durchblutung, sowie der Glukose- und Sauerstoffverwertung. Piracetam, Gingko Biloba Extrakte oder Nimodipin sind Medikamente, die in Österreich verordnet werden können (Frühwald & Gatterer, S. 41). Die Risikofaktoren einer vaskulären Demenz, wie etwa die Arteriosklerose, Bluthochdruck, Blutzuckererkrankungen oder Fettstoffwechselstörungen müssen zusätzlich behandelt werden (Schäfer & Rüter 2004, S. 45).

Bei einer Demenzerkrankung treten des Weiteren auch Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen auf, die speziell behandelt werden müssen. Symptome wie Unruhe, Wahnvorstellungen, depressive Verstimmungen, Wutausbrüche sowie Schlafstörungen treten auf. Medikamente der 2. Generation von Antipsychotika können hierbei mit Erfolg eingesetzt werden (Schäfer & Rüter 2004, S. 46).

Depressive Verstimmungen (Niedergeschlagenheit, Freud- und Interesselosigkeit, Antriebsstörungen) bei Demenzerkrankungen werden mit Antidepressiva behandelt. Die Suche nach einem geeigneten Medikament ist hier wegen des verzögerten Wirkungseintritts oft schwierig (Schützendorf & Dannecker 2008, S. 141).

Bei Schlafstörungen oder Unruhe werden Benzodiazepine gegeben, was die kognitiven Fähigkeiten jedoch negativ beeinflussen kann. Weiters können Benzodiazepine zu vermehrter Fallneigung mit Sturzgefahr, vor allem bei älteren Patienten, führen. Deshalb sollte diese Medikamentengruppe nur kurzfristig eingesetzt werden (Schäfer & Rüter 2004, S. 47).

In diesem Zusammenhang ist zu erkennen, dass mehrere Medikamentengruppen bei Demenzerkrankungen eingesetzt werden, aber dennoch von keiner vollkommenen

Heilung gesprochen werden kann. Deshalb sind auch die nicht-medikamentösen Therapien von besonderer Bedeutung.

4.2 Nicht-medikamentöse Therapien

Bevor das Kapitel der nicht-medikamentösen Therapie behandelt wird, werden einige Aspekte, was Demenzerkrankte brauchen und wie man sie versteht, erläutert.

Eines der wichtigsten Ziele bei Demenzerkrankungen ist, die Fähigkeiten und das Selbstwertgefühl der Betroffenen möglichst lange zu erhalten. Angehörige bzw. Pflegekräfte sollten sich an den Bedürfnissen oder Fähigkeiten orientieren, die Lebensgewohnheiten berücksichtigen sowie den Leidensdruck vermeiden.

Im Verlauf der Krankheit kommt es zum Nachlassen des Gedächtnisses und des Denkvermögens und genau das soll akzeptiert werden. Man soll die Betroffenen in diesem Zusammenhang nicht immer korrigieren, denn dies würde sie noch mehr beschämen. „Alte“ Erinnerungen können mit Fotos, gern gehörter Musik, ab und zu auch beliebter Speisen oder Gerüchen geweckt werden.

Oft denken Demenzkranke, dass sie bestohlen werden. Hierbei sollen Angehörige oder Pflegekräfte nicht argumentieren, dass das nicht wahr ist, denn Demenzkranke erleben die Wirklichkeit auf eine eigene Art und Weise. Deshalb sollte man ihnen ihre Sicht lassen und versuchen, sie abzulenken.

Ferner ist es auch von Bedeutung, dass Personen mit Demenz ihre Gefühle nicht kontrollieren können. Deshalb sollte vor allem Negatives wie z.B. Kritik, Überforderung oder unangenehme Gefühle vermieden und diesen Personen durch Mimik, Gestik und Körperkontakt eine Empfindung von Sicherheit, Zuneigung und Anerkennung vermittelt werden.

Auch der Drang zur Bewegung steht bei Demenzerkrankungen im Vordergrund. Malen, Musik hören, Wäschefalten, Geschirrumherräumen oder einfach spazieren gehen führt zu Entspannung bei den Pflegebedürftigen und den Pflegenden. Vor allem sollte auch darauf geachtet werden, dass Menschen mit Demenz tagsüber nicht zu viel schlafen.

Des Weiteren muss bei Demenzpatienten auf die Sprache geachtet werden, denn die Sprache knüpft sich an den Verstand und die Vernunft. Dies sind jedoch bei einer Demenz die Ebenen, die immer weniger erreicht werden können. Somit sollten kurze, einfache Sätze verwendet werden, eventuell die Sprache mit visuellen Informationen

verbunden werden, keine Fragen gestellt werden, die mit einer Entscheidung verbunden sind („Möchtest du Salz oder Pfeffer?“) und sich vor allem des emotionalen Ausdrucks der Sprache bewusst sein (Schützendorf & Dannecker 2008, S. 137ff).

Neben den körperlichen Grundbedürfnissen haben Menschen mit Demenz auch psychische Bedürfnisse (<http://www.integrative-validation.de>). Die Bedürfnisse von Demenzerkrankten widersprechen nicht wesentlich denen anderer, „normaler“ Menschen (Mametner 2007, S. 34).

Nach Kitwood (1997, zit. in: Hametner 2007, S. 34f) existieren fünf zentrale psychische Bedürfnisse bei Menschen mit der Erkrankung Demenz. Dabei werden die Bedürfnisse nach Trost, Einbeziehung, Beschäftigung, Primärbindung und Identität unterschieden. Jedoch das wichtigste Bedürfnis ist das „allumfassende Bedürfnis nach Liebe“.

Die fünf zentralen Bedürfnisse nach Kitwood (zit. in: <http://www.integrative-validation.de>):

- *Trost* – unter diesem Begriff werden Werte wie Wärme, Zärtlichkeit, Geborgenheit, das Gefühl der Sicherheit und Nähe verstanden.
- *Einbeziehung* – die Einbindung bei Menschen mit Demenz in eine soziale Gruppe ist von großer Bedeutung.
- *Beschäftigung* – werden Menschen der Beschäftigung bestohlen, nehmen ihre Fähigkeiten noch weiter ab. Deshalb geht es hierbei darum, die individuellen Bedürfnisse eines Menschen zu befriedigen. Je mehr wir über einen Betroffenen wissen, desto individueller werden die Lösungen.
- *Primärbindung* – wenn keine primäre Bindung vorhanden ist, fällt es den Menschen schwer, unabhängig vom Alter, gut zu funktionieren. Die Primärbindung soll daher bei Menschen mit Demenz vorhanden bleiben.
- *Identität* – Demenzerkrankte haben das Bedürfnis nach Identität. Jeder will sich mit seinem eigenen Leben identifizieren sowie seine eigene Lebensgeschichte beibehalten.

Nach diesen Aufzählungen, was bei Personen mit der Erkrankung Demenz beachtet werden soll, ist es nun möglich, nicht-medikamentöse Therapien anzuwenden.

4.2.1 Förderpflege mit allen Sinnen

„Grundvoraussetzung für diese Art der Förderung ist die Bereitschaft, eine Beziehung zum Dementen aufzubauen, die von Akzeptanz, Echtheit und einfühlsamem Verstehen getragen ist. Weiter gehört dazu, sich sorgfältig mit der Biographie der Person, ihren Vorlieben und Abneigungen zu beschäftigen und daraufhin behutsam auszuprobieren, ob der Betroffene diese Art der Förderung mag“ (Berghoff 1999, S. 96).

Des Weiteren soll eine Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegekräften gewährleistet sein. Diese sollen sich gegenseitig informieren und alles exakt dokumentieren (Berghoff 1999, S. 96).

Die wichtigsten Ziele einer Förderpflege mit allen Sinnen sind:

- Wahrnehmung und Orientierung fördern,
- Tastsinn, Bewegungssinn, Schwingungsempfinden, audio-rhythmisches Erleben, Begreifen, Riechen, Schmecken, Sehen resensibilisieren,
- Wahrnehmung des Körperschemas verbessern,
- Reizverarmung und sensorische Deprivation verhindern,
- Grundbedürfnisse und Basiskommunikation befriedigen,
- Bewegung revitalisieren,
- Gekonntes erhalten,
- Bewusstsein für das eigene Selbst fördern: *Das bin ich, und das bist Du.*
(Berghoff 1999, S. 95)

➤ Förderung von Bewegungsfähigkeit und Tastsinn

„Die Förderung auf diesem Gebiet umfasst den somatischen (körperlichen), vibratorischen (schwingen, beben, zittern) und vestibulären (den Gleichgewichtssinn betreffend) Bereich. Eine Förderung sollte auch im taktil-haptischen (die Berührung, den Tastsinn betreffenden) Bereich stattfinden“ (Berghoff 1999, S. 97).

Bei der Bewegungsfähigkeit und dem Tastsinn geht es darum, dass der an Demenz Erkrankte lernt, sich selbst bzw. sein Selbst zu spüren. Förderungsmöglichkeiten in diesem Bereich sind z.B. Lagerungsmethoden, Bewegungs- und Lockerungsübungen (Krankengymnastik, Seniorengymnastik, Mobilisationsübungen), Körperpflege (Einseifen, Einreiben, Eincremen, Abrubbeln mit Händen oder Tuch, Massagen) oder auch eine Pneumonieprophylaxe (Atmungs-Übungen,

Atemgymnastik, Singen) und Thromboseprophylaxe (Hochlegen der Beine, Morgengymnastik, Fahrradfahren, Schwimmen) durchführen (Berghoff 1999, S. 97ff).

➤ Förderung des Hörens

Die offene Kommunikation spielt hierbei eine wichtige Rolle. Weiters sind Geduld, Humor und die Bereitschaft zu einem, immer neuen Anfang von Bedeutung.

Als Erstes soll darauf geachtet werden, ob die Betroffenen ein Hörgerät brauchen und dass die Hörbehinderten so gut wie möglich vom Mund ablesen können. Das Nichtverstandene soll ruhig und geduldig wiederholt werden. Kopfhörer erweisen sich häufig als hilfreich beim Fernsehen oder Radiohören.

Förderungsmöglichkeiten wären Alltagsgeräusche zum Hörtraining einsetzen, gemeinsam singen, Lieblingsmusik oder Lieblingsgeräusche anhören lassen, Melodien rhythmisch begleiten oder aber selbst zu musizieren (Berghoff 1999, S. 105f).

➤ Förderung des Geruchs- und Geschmackssinns

„Das Mund-Nasen-Dreieck – vor allem die Zungenspitze – ist unser wahrnehmungsstärkster Bereich“ (Berghoff 1999, S. 106). Eine gute Mundpflege ist beim Geruch- und Geschmackssinn die wichtigste Förderungsmöglichkeit.

Eine Stimulation für Nase und Mund bei Menschen mit Demenz ist die Beteiligung bei der Zubereitung der Mahlzeiten. Des Weiteren kann die Mithilfe im Blumen-, Kräuter- oder Gemüsegarten eine positive Beeinflussung Demenzerkrankter haben. Ferner sollten Pflegeprodukte (Seife, Lotion, Parfum, Rasierwasser) verwendet werden, die am liebsten im Leben genutzt wurden. Beruhigende Düfte, die als Badezusätze Anwendung finden können, sind Melisse, Baldrian, Passionsblume, Hopfen oder Lavendel. Im Gegensatz dazu sind Geranie, Rosenholz, Bergamotte, Rose, Jasmin, Grapefruit oder Johanniskraut stimmungsaufhellende Düfte (Berghoff 1999, S. 107ff).

➤ Förderung des Sehens

Farben, Formen, Bilder oder der Blickkontakt üben eine sehr anregende, aufregende oder beruhigende Wirkung auf den Menschen aus. Deshalb sind einige Punkte in diesem Zusammenhang zu beachten. Beispielweise ist es gut, wenn Pflegekräfte immer die gleiche Dienstkleidung tragen, wenn es geht, farblich. Bei Bettlägerigen ist

es besser, wenn man das Gesicht auf ihre Ebene bringt, um sich von Gesicht zu Gesicht sehen zu können. Weiters wirkt es auch anregend, wenn das Bett hochgestellt wird, um den Blick aus dem Fenster zu ermöglichen. Vor allem können dem Bettlägerigen diverse Zeitungen vorgelesen werden. Die heutige Videotechnik ermöglicht es, Filme zu zeigen, die Demenzkranke von früher kennen (Berghoff 1999, S. 110f).

4.2.2 Psychotherapie

Hauptsächlich zielt die Psychotherapie auf die gefühlsmäßigen (emotionalen) Störungen ab. Behandelt werden Ängste, Stimmungsschwankungen, Depressionen, Aggressionen, Selbstunsicherheit, Hilflosigkeit sowie Antriebsstörungen und sozialer Rückzug. Auch die Erkrankung einer Harninkontinenz kann verhaltenstherapeutisch beeinflusst werden.

Des Weiteren ist bei einer Psychotherapie zu berücksichtigen, welche individuellen Entwicklungen der Patient hat und wie er seine Reduktion kognitiver Leistungen wahrnimmt.

Eine Psychotherapie soll die Selbstwertgefühle eines Patienten stärken sowie die Hilflosigkeit verringern. Der Betroffene selbst soll lernen, die Erkrankung einer Demenz zu akzeptieren und seinen Alltag an die Erkrankung mit ihren Einschränkungen anzugleichen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die noch vorhandenen Fähigkeiten zu fördern.

Die Psychotherapie kann an vielen Orten stattfinden, wie etwa bei niedergelassenen Psychotherapeuten oder in gerontopsychiatrischen Tageskliniken, Memory-Kliniken, Altenheimen oder zu Hause (Schäfer & Rütger 2004, S. 48f).

„Welches psychotherapeutische Verfahren angewendet wird, ist in erster Linie abhängig von der Schwere der Demenz, der individuellen Lebenssituation, von den Zielen und dem Leidensdruck des Betroffenen und seinen Bezugspersonen sowie von dem Vorhandensein eines Psychotherapeuten, der sich bei der Behandlung mit diesem Krankheitsbild auskennt“ (Schäfer & Rütger 2004, S. 49).

Bei der Psychotherapie können folgende Therapien zum Einsatz kommen:

- Autogenes Training

Beim autogenen Training geht es um Entspannungsübungen und diese haben einen positiven Effekt auf die Demenzerkrankten. Die Übungen sind einfach zu erlernen und können auch in Gruppen vermittelt werden, was sich weiters auf das Sozialverhalten vorteilhaft auswirken kann (Schäfer & Rüter 2004, S. 50).

- Tiefenpsychologisch orientierte Verfahren

Mit tiefenpsychologischen Verfahren können gesprochene Wörter oder Sätze eines an Demenz erkrankten Patienten besser verstanden werden. Somit kann man mit den Gefühlen des Betroffenen verständnisvoller umgehen. In diesem Zusammenhang können Bereiche der Trauer, Ängste, der Scham, Hilflosigkeit und Depression besser bearbeitet werden (Schäfer & Rüter 2004, S. 50).

- Verhaltenstherapie

Das Ziel dieser Therapie ist die Verbesserung der Gedächtnisleistung, die Behandlung der Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Probleme und die Behandlung von Funktionsstörungen wie etwa Harninkontinenz. Einerseits können Gedächtnishilfen, Zettel oder Kalender beschriftet werden um die Alltagskompetenzen zu verbessern andererseits soll man den Betroffenen Motivation, Steigerung des Interesses und Aktivität vermitteln. Des Weiteren werden die erhaltenen Fähigkeiten und Wissen aktiviert sowie Aktivitäten, die zu Fehlern führen, vermieden (Schäfer & Rüter 2004, S. 50f).

- Selbsterhaltungstherapie und Milieuthherapie

Bei der Selbsterhaltungstherapie soll das „Selbst“ oder die Identität eines Menschen so lange wie möglich erhalten bleiben. Das „Selbst“ kann durch bestätigende Rückmeldungen, Aktivitäten ohne Misserfolge und mit der Beschäftigung der Patienten untermauert werden. Ferner fließt bei dieser Therapie auch die Milieuthherapie mit ein. Hierbei soll der Patient zu Aktivitäten und Handlungen ermuntert werden, die er noch alleine bewältigen kann. Der Patient soll in Alltagshandlungen, wie etwa Blumen gießen, Wäsche aufhängen oder den Tisch decken miteinbezogen werden. Das Ziel liegt darin, den Patienten möglichst viel machen zu lassen (Schäfer & Rüter 2004, S. 52f).

- Validation

Bei der Validation geht es um die gefühlsbetonte Welt des Demenzerkrankten. Die Angehörigen bzw. Pflegekräfte versuchen sich auf die Zeit- und Erlebnisebene des Kranken einzustellen sowie einzufühlen. Man holt den Patienten dort ab, wo er sich gerade befindet, sozusagen in seiner Realität. Durch diese Therapie kann die Angst gemildert werden, des Weiteren nehmen Unruhe und Aggression ab. Im Kapitel 5 wird die Validation näher beschrieben (Schäfer & Rüter 2004, S. 54f).

- Realitätsorientierung

„Früher wurde das Realitätsorientierungstraining in Pflegeheimen angewandt und bot dementen Patienten ständig realitätsbezogene Informationen an (Zeit, Datum, Ort usw.). Inzwischen ist dieses starre Konzept verlassen worden und im Vordergrund werden Orientierungshilfen im Alltag angeboten“ (Schäfer & Rüter 2004, S. 55).

- Ergotherapie, Kunst-, Musik-, Körper- und Bewegungstherapie

Mit Ergotherapie ist es den Patienten möglich, die noch vorhandenen Fertigkeiten im Alltag zu integrieren und möglichst lange aufrecht zu erhalten. Hilfeleistungen gibt es bei der Körperpflege, Ankleiden, Essen oder Basteln.

Kunst- und Musiktherapie sind eine der neuesten Verfahren. Näher erläutert wird die Musiktherapie im Kapitel 7. Gemeinsam mit den Körper- und Bewegungstherapien setzen sie gezielt an der Gefühlswahrnehmung der Patienten an (Schäfer & Rüter 2004, S. 55f).

4.2.3 Weitere Therapie- und Förderungsansätze

Füsgen (1999, S. 123ff) erwähnt noch weitere Förderungs- und Therapieansätze:

- Koordinationstraining

Bewegungsabläufe werden mit fortgeschrittener Demenz immer schwieriger zu kontrollieren und koordinieren. Mit dem Koordinationstraining werden Gleichgewicht, Greif-, Geh-, Steh- und Sitzübungen verbessert.

- Erlebnistraining

Das Erlebnistraining beinhaltet die Bereiche Musik, Singen, Tanzen, Gymnastik sowie einfache Bewegungsübungen. Die Freiwilligkeit der Patienten bei der Teilnahme ist bei diesem Training am bedeutendsten.

- Gruppentherapie

Bei Patienten mit Mobilitätsverlust ist die Teilnahme an einer Gruppengymnastik von positiver Bedeutung. Die Zeit von 10 bis 11 Uhr am Vormittag ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die optimalste um eine Gruppentherapie durchzuführen. Diese sollte nicht länger als 30 Minuten dauern. Bei der Gruppentherapie kommt es zu gezielten Bewegungsübungen von Extremitäten, Rumpf und Kopf. Dabei werden Übungen wie das Klatschen, Stampfen oder Klopfen durchgeführt.

- Haustiere

Tiere in einem Pflegeheim können für Demenzerkrankte eine besondere Bedeutung haben. Denn Haustiere vermitteln das Gefühl, gebraucht zu werden und nützlich zu sein. Durch z.B. einen Hund kann der Kontakt zu den Mitmenschen erleichtert werden. Des Weiteren verringern sie die erlebte Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, denn ein Hund fordert Verantwortung. Zusätzlich haben Tiere direkte, d.h. blutdrucksenkende, stressreduzierende und indirekte Effekte auf die Gesundheit (z.B. Angst- und Depressions-Reduktion).

Durch diese Vielzahl an Therapie- und Förderungsangeboten ist es möglich, den Menschen, die an Demenz erkrankt sind, auf einer Seite zu Helfen. Gefühle des Glücks, der Lebenszufriedenheit oder des Selbstbewusstseins können erreicht werden. In den nächsten Kapiteln werden die Bereiche der Validation nach Naomi Feil, die biographiezentrierte Pflege und Betreuung und die Musiktherapie näher erläutert.

5 Validation nach Naomi Feil

Validation wurde von Naomi Feil als Methode im Umgang mit desorientierten alten Menschen entwickelt. Sie arbeitete viel mit alten, verwirrten Menschen und entdeckte eine ganze Reihe möglicher Wege, mit diesen Personen in Kommunikation zu treten

und deren verschlüsselte Bedürfnisse aufzuspüren. Naomi Feil war es sehr wichtig, dass alte, verwirrte Menschen als einmalige und wertvolle Personen anzusehen sind (Litzka, Rath & Seligo 2007, S. 26).

„Jemanden zu validieren bedeutet, seine Gefühle anzuerkennen, ihm zu sagen, dass seine Gefühle wahr sind. Das Ablehnen von Gefühlen verunsichert den anderen. In der Methode der Validation verwendet man Einfühlungsvermögen, um in die innere Erlebniswelt der alten, desorientierten Person vorzudringen. Einfühlungsvermögen - 'in den Schuhen des anderen gehen' - schafft Vertrauen. Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke – Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her, Selbstwertgefühl verringert Stress. Validationsanwender haben die Signale des älteren Menschen aufzufangen und in Worte zu kleiden. So validieren sie ihn und geben ihm seine Würde zurück“ (Feil & Klerk-Rubin 2005, S. 15).

Eine Validation besteht aus:

- einer grundlegenden, einfühlsamen Einstellung,
- einer Entwicklungstheorie für alte, mangelhaft/unglücklich orientierte und desorientierte Menschen, die uns hilft, ihr Verhalten zu verstehen, und
- einer spezifischen Technik, die diesen Menschen hilft, ihre Würde wiederzugewinnen (Feil & Klerk-Rubin 2005, S. 15).

5.1 Ziele der Validation

- Ältere Personen sollen möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung bleiben
- Das Selbstwertgefühl wiederherzustellen
- Stress zu reduzieren
- Rechtfertigung des gelebten Lebens
- Konflikte aus der Vergangenheit lösen
- Reduktion von Psychopharmaka
- Die verbale und nonverbale Kommunikation zu verbessern
- Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren
- Das körperliche Wohlbefinden und das Gehvermögen verbessern
- Freunden und Pflegern neue Energie schenken
- Familien helfen, mit ihren desorientierten Angehörigen zu kommunizieren (Feil & Klerk-Rubin 2005, S. 15)

Bei der Validation sind bestimmte Prinzipien zu beachten, denn unser Handeln kann viele Dinge direkt steuern. Einige Validationsprinzipien wären:

- Die Klienten sollen so, wie sie sind, akzeptiert werden.
- Alle Menschen sind wertvoll, auch die mangelhaft orientierten und desorientierten Menschen.
- Wenn das Kurzzeitgedächtnis versagt, versuchen ältere Erwachsene ihr Leben wieder ins Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühe Erinnerungen zurückgreifen.
- Mit Einfühlungsvermögen zuzuhören, baut Vertrauen auf, vermindert Ängste und gibt den Klienten ihre Würde zurück.

(Feil & Klerk-Rubin 2005, S. 17f)

5.2 Anwendungsmöglichkeiten der Validation

Validation wird bei Personen angewendet die 80 Jahre und älter sind, die keine psychiatrische Vorgeschichte haben und bei denen die Desorientierung keine Folge körperlicher Erkrankungen ist wie etwa Parkinson, Drogenmissbrauch, Vitaminmangel und vieles mehr.

Im Gegensatz dazu wird Validation nicht bei Menschen eingesetzt, die orientiert oder geistig behindert sind, die eine Geisteskrankheit aufweisen oder aber ein organisches Trauma erlitten haben (Feil & Klerk-Rubin 2005, S. 40f).

Des Weiteren beschreibt Feil (2005, S. 48ff), wie eine Validationsanwenderin in bestimmten Situationen handeln soll. Es ist wichtig zu wissen, dass der alte, verwirrte Mensch einen Rückzug nach innen macht und die Rückkehr in die Vergangenheit einen Weg des Überlebens darstellt. Als eine Validationsanwenderin achtet und akzeptiert man die Weisheit der alten Menschen. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil ist die Ehrlichkeit. Alte Menschen spüren, wenn jemand lügt, denn im Unterbewusstsein erkennt man eben die Wahrheit. Ferner muss ein Vertrauen aufgebaut werden, denn ohne Vertrauen funktioniert Validation nicht.

Die Validationsanwenderin soll dem alten, desorientierten Menschen bei der Erfüllung des letzten Lebensinhaltes helfen, und zwar in Frieden sterben zu können.

Des Weiteren hat der Begriff der Empathie eine große Bedeutung, denn die Gefühle des desorientierten Menschen sollen als echte Gefühle wahrgenommen werden.

Es ist bewiesen, dass Menschen mit Demenz auf Validation positiv reagieren. Die Veränderung im Verhalten erfolgt jedoch langsam. Einige Erfolge sind:

- Aufrechte Sitzhaltung
- Geöffnete Augen
- Verstärkte soziale Kontrolle
- Schreien, Auf- und Abgehen oder Schlagen nehmen ab
- Aggression sinkt
- Weniger chemische und physische Zwangsmaßnahmen sind erforderlich
- Gesteigertes verbales Ausdrucksvermögen
- Gesteigertes nonverbales Ausdrucksvermögen
- Gang verbessert sich
- Verringerung der Angst
- Größeres Selbstwertgefühl
- Rückzug geschieht seltener
- Steigende Wahrnehmung der Realität
- Sinn für Humor kehrt zurück

(Feil & Klerk-Rubin 2005, S. 53f)

„Validation ist ein Prozess, durch den verwirrte, sehr alte Menschen verbal und nonverbal kommunizieren können, egal was sie gerade auf dem Herzen haben oder wo sie in Gedanken sind. Das Ziel der Validation ist es, dem Menschen in seiner eigenen Wirklichkeit so zu begegnen, dass er nicht alleine ist“ (Feil & Klerk-Rubin 2005, S. 53).

Demnach hat Validation bei Menschen mit Demenz eine große Bedeutung. Mit der Validation ist es möglich, diese Personen positiv zu verändern. Der Stress wird reduziert, die Aggressionen werden verringert, Vertrauen wird aufgebaut und somit fühlen sich Angehörige, Demenzerkrankte sowie das Pflegepersonal wohler.

In diesem Kapitel wurde nur die äußere Hülle der Verpackung einer Validation beschrieben. Der Inhalt, der sich in dieser Verpackung befindet, kann im Buch von Naomi Feil nachgelesen werden, was sehr zu empfehlen ist.

6 Biographiezentrierte Pflege und Betreuung

Das folgende Kapitel wird mit zwei Zitaten begonnen, die die Thematik der biographiezentrierten Pflege und Betreuung einführen werden.

„Wir müssen mehr übereinander herausfinden, damit wir effektiver unsere Gefühle (mit) teilen und versuchen können, auf die Bedürfnisse und Wünsche des anderen einzugehen“ (Taylor 2007, S. 144, zit. in: Sachweh 2008, S. 156).

„Die Lebensgeschichte ist der Schlüssel zum Verständnis der Gegenwart“ (Stuhlmann 2004, S. 74).

Die Gewohnheiten von demenzerkrankten Patienten, wie z.B. frühes Aufstehen, spätes Zubettgehen, spezielle Reihenfolge beim Ankleiden oder Waschen oder aber die Vorlieben beim Essen, spielen für einen geregelten Tagesablauf eine wichtige Rolle. Wenn diese Gewohnheiten in einem Pflegeheim beibehalten werden können, führt dies zu einer Reduzierung von Unruhe, Verwirrtheit, Erregung und der Tag-Nacht-Rhythmus kann eingehalten werden. Ferner werden Gefühle der Vertrautheit und Geborgenheit entwickelt.

Diese Gewohnheiten der Bewohner können durch Biographien entdeckt und wahrgenommen werden (Stuhlmann 2004, S. 72f).

Die individuellen Bedürfnisse eines Menschen sind biographisch geformt und deshalb stets über die singuläre Biographie zugänglich. Heutzutage hat jede Person ihre individuelle Lebensgeschichte, die sie zu dem gemacht hat, was sie im Hier und Jetzt ist. Jede Erinnerung an die Familie oder Verwandtschaft, die Freunden, die Alltagsroutinen sowie den Gewohnheiten, waren – und sind, Teil unserer Person (Böhm 1999, S. 11ff, zit. in: Sittner 2005, S. 75).

„Laut Böhm können die Pflegenden die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen alten Menschen nur im Kontext von deren Lebensgeschichte erfahren“ (Sittner 2005, S. 75).

Unter Biographie versteht man eine Lebensbeschreibung. Durch subjektive Erzählungen werden diese Lebensgeschichten erfahren (Stuhlmann 2004, S. 72).

Wenn bestimmte Personen bereit sind, einen anderen Menschen zu verstehen, muss man wissen, wie diese Person zu dem geworden ist, wie er/sie heute ist. Allgemein kann gesagt werden, dass es sich beim biographischen Erzählen immer um „Geschichten“ oder „Storys“ aus der Vergangenheit handelt, immer aus dem Blickwinkel der Person, die sie erlebt hat.

Bei Demenzerkrankten ist das Arbeiten mit der Biographie ein Teil der „Rückeroberung der Vergangenheit“. Diese Patienten sind geprägt durch den Verlust der personalen Identität und somit sind Biographiearbeiten gerade in diesem Bereich von hoher therapeutischer Bedeutung.

Des Weiteren geht es bei der Biographiearbeit mit alten Menschen nicht um die „objektive Wahrheit“, sondern darum, wie die Patienten ihre Geschichte erlebt und was sie dabei gefühlt haben, was sie gekränkt bzw. verletzt hat, was in ihrem Leben von großer Bedeutung war, worauf sie besonders stolz sind oder aber was ihnen am meisten Spaß und Freude bereitet hat (Sittner 2005, S. 75f).

Durch die Erkenntnisse einer Biographiearbeit ist es nun möglich, Bewohner in kritischen Situationen zu beruhigen. Mit Gesprächen über angenehme Erinnerungen können Gereiztheit, Ängstlichkeit oder Weinerlichkeit meistens gemildert werden. Zusätzlich soll beachtet werden, dass Gesprächsthemen, die Gereiztheit, Trauer oder Aggressivität auslösen, vermieden werden sollen (Stuhlmann 2004, S. 74).

6.1 Einsatz von biographischem Wissen

Je mehr Informationen wir über einen Menschen durch Biographiearbeit erhalten, desto besser können die persönlichen Eigenschaften erkannt werden (Becker 2002, zit. in: Sachweh 2008, S. 156).

Biographisches Wissen hat auch einen Nutzen, wenn es um das Verstehen geht, warum Betroffene, die von der kolonialistischen Weltanschauung des Kaiserreichs oder vom Rassenwahn der Nazis geformt wurden, z.B. das Pflegepersonal mit anderer Hautfarbe oder aus anderen Kulturkreisen ablehnen (Garratt & Hamilton-Smith 1998, zit. in: Sachweh 2008, S. 156f).

Durch den Einsatz von Biographiearbeiten ist es möglich, die Identität des Menschen mit der Erkrankung Demenz aufrechtzuerhalten (Beach & Kramer 1999, zit. in:

Sachweh 2008, S. 157). Viele Autoren bestätigen, dass demenzkranke Menschen positiv beeinflusst werden, wenn sie sich an ihre Vergangenheit erinnern und darüber reden können (Acton et al. 1999, zit. in Sachweh 2008, S. 157).

Des Weiteren kann das Wissen über die Biographie dazu beitragen, dass vertrauensvolle Verhältnisse hergestellt werden. Dieses Vertrauen führt zu einer individualisierten Pflege und dadurch zu einer höheren Lebensqualität (Bonner 2006, zit. in Sachweh 2008, S. 157).

Das biographische Wissen wirkt sich auch positiv auf die Kommunikation aus, denn allein die Lebensgeschichte eines Menschen liefert viel an Gesprächsstoff. Ferner können Themen gefunden werden, wenn die Betroffenen traurig oder aufgeregt sind. (Beach & Kramer 1999, zit. in: Sachweh 2008, S. 158). Außerdem helfen Lebensgeschichten dabei, die Äußerungen von Menschen mit Demenz besser zu begreifen (Bell & Troxel 2004, zit. in: Sachweh 2008, S. 158).

Um die Biographie sinnvoll zu nutzen, sollte man beispielweise herausfinden,

- welche Bedeutung das Kochen und Zubereiten von Mahlzeiten für die Person früher hatte
- was sie gerne isst, und welche Essgewohnheiten sie hat,
- welche Körperpflegerituale durchgeführt wurden,
- welche Schlaf-, Aufsteh- und Zubettgehrituale Personen hatten,
- welche Musik beliebt war,
- und was früher die Lieblingsbeschäftigungen waren (Bowlby Stifton 2004, zit. in: Sachweh 2008, S. 158f).

Stuhlmann (2004, S. 110ff) beschreibt in seinem Buch, dass durch den Umgang mit vertrauten Gegenständen, wie etwa einer alten Schreibmaschine oder Haushaltsgeräten, die Erinnerung verstärkt wird. Auch durch die Vergrößerung von Fotos, wie etwa einer Hochzeit, kann die Erinnerung erweckt werden.

Tanz und Gesang erweisen sich auch als immer beliebter, denn Menschen, die nicht mehr sprechen können, sind häufig in der Lage, die Texte von Liedern mitzusingen oder zu summen. Bei der Musik ist jedoch darauf zu achten, dass nicht jeder die gleiche Musik mag und diese somit individuell bestimmt werden muss.

6.2 Situationen, in der biographisches Wissen nicht angewendet werden soll

Erstens ist zu erwähnen, dass Befragungen an einer Person, die zuviel Neugier beinhalten nicht von positiver Bedeutung sind.

Des Weiteren soll akzeptiert werden, dass das Gespräch beendet werden soll wenn der Betroffene Anzeichen von Unruhe und Desinteresse ausstrahlt. Die Gespräche sollen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

Fragen wie etwa „Was haben sie am Vormittag gemacht?“ oder „Hatten sie am Nachmittag Besuch?“ sollen vermieden werden, denn die Personen entwickeln hierbei ein Schamgefühl. Dieses Schamgefühl wird hervorgerufen, da sich Personen mit Demenz an ihren Vormittag nicht mehr erinnern können.

Ferner soll das Wissen eines Menschen nicht wie in einem Quiz oder in einer Prüfung abgefragt werden. Die Namen der Kinder mit der Geburtszahl und den Berufen sollen nicht auf einmal erkundigt werden, denn zu viele Fragen mit Zahlen und Namen setzen Demenzerkrankte unter Druck.

Keinesfalls dürfen Betroffene, wenn sie etwas von ihrem Leben erzählen, das eventuell nicht richtig ist, korrigiert werden.

Negative Aspekte im Leben, wie z.B. der Tod eines geliebten Angehörigen, sollen nicht angesprochen werden (Sachweh 2008, S. 159ff).

6.3 Beispiel - Die biographiebezogene Einrichtung eines Zimmers

Im eigenen Zimmer eines Pflegeheims soll sich der Betroffene so gut wie „zu Hause fühlen“.

Dabei spielt bereits die farbliche Gestaltung des Zimmers eine wichtige Rolle, denn die Farbtöne, die der Kranke favorisiert, sollen verwendet werden.

Möbel, Bilder, Ziergegenstände und Wanduhren, die dem Betroffenen vertraut sind schmücken das Zimmer. Auf dem Nachtkästchen stehen persönliche Dinge, wie etwa ein altes Radio oder Kassettenrekorder, die eigene Brille oder Leselupe.

Des Weiteren soll die eigene Wäsche der Person mitgebracht werden. Das Bett soll mit der persönlichen Bettwäsche, die kuschelig und vertraut ist, überzogen werden.

Private Bilder, Bücher, Filme oder Fotoalben sind im Zimmer vorhanden. Dazu gehören auch Pokale, Urkunden, Diplome, Puppen oder auch Kuscheltiere die von großer Bedeutung sind.

Als Zimmerdekoration können zusätzlich auch Blumen, die der Erkrankte mag, aufgestellt werden (Stuhlmann 2004, S. 113f).

In diesem Zusammenhang soll das Zimmer so gut es geht, nach den persönlichen Wünschen eingerichtet werden. Somit fühlt sich der Patient in seiner neuen Umgebung etwas wohler.

„Die Biographie bietet sich als eine ergiebige Quelle für sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten an, die zur Zufriedenheit der Bewohner und Pflegenden und einer Verbesserung der gesamten Atmosphäre beitragen“ (Stuhlmann 2004, S. 74).

7 Musiktherapie

Musik ist geprägt durch Zeit und Kulturen und gehört zur Natur des Menschen. Viele Forscher haben sich mit der Musik befasst und damit bewiesen, dass Musik in vielen Bereichen etwas bewirkt. Einerseits geht man davon aus, dass Kinder, die ein Instrument spielen klüger und sozial kompetenter sind sowie Musiker bis zu 130 Prozent mehr graue Hirnsubstanzen aufweisen als Nichtmusiker. Zweitens ist Musik ein Beruhigungsmittel für Babys oder im Operationssaal für Leib und Seele (Gerontologische Reihe 2006, S. 18).

Für Yehudi Menuhin setzt sich Musik aus emotionalen, sozialen bzw. gemeinschaftsfördernden Aspekten zusammen:

„Was gibt mir die Musik? Sie stellt mir eine Sprache zur Verfügung, die in mancher Hinsicht genauer, im Gefühlsbereich eindeutiger und offener ist, als Worte es je sein können, wenn es nicht die Worte eines großen Dichters sind. Was ich vermag oder zu vermögen glaube, ist eine Fühlungsnahe mit meinen Mitmenschen, eine Fühlungsnahe mit allem, was fühlt. Für mich ist Musik daher eine allgemeinschliche Begegnung“ (Menuhin 1993, S. 62, zit. in: Gerontologische Reihe 2006, S. 18f).

7.1 Musiktherapie im Zusammenhang mit Demenz

Die Forschung bezüglich der Erkrankung Demenz und Musik befindet sich noch am Anfang, und somit weiß man heutzutage noch wenig darüber, wie und warum Musik auf Demenzkranke wirkt (Gerontologische Reihe 2006, S. 23).

Heutzutage weiß man, dass Musik in unterschiedlichen Bereichen eine Wirkung hat:

- Emotionen

Bei Demenz bleiben vor allem Emotionen bis zum Ende der Erkrankung erhalten. Da Musik unmittelbare Wirkung auf die Emotionen hat, ist es von großer Bedeutung, diese auch bei Demenzerkrankungen anzuwenden. Durch die verstärkte Wahrnehmung der Emotionalität können sich die Betroffenen selbst wahrnehmen und ihrer Identität versichern. Des Weiteren kann durch die Musik die Ausdrucksfähigkeit erhöht werden (Gerontologische Reihe 2006, S. 23f).

- Struktur

Die Unterscheidung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nimmt bei Personen mit Demenz immer mehr ab. Mithilfe der Musik können die Betroffenen im Augenblick leben und ihren Gefühlen freien Lauf lassen (Gerontologische Reihe 2006, S. 24).

- Erinnerungen

Dank der Musik können Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis abgerufen werden. Die erlernten Melodien und Lieder, erworbene musikalische Fähigkeiten eines Instruments oder aber Erinnerung an persönliche Erlebnisse und Erfahrungen treten wieder in unser Gedächtnis. Der Effekt des „Ich-kann-etwas“ zeigt positive Wirkungen auf das Selbstwertgefühl und verfestigt die Ich-Identität (Gerontologische Reihe 2006).

- Gemeinschaft

Personen die an Demenz erkrankt sind, distanzieren sich immer mehr von der Umgebung. Durch das gemeinsame Musizieren gewinnt man an Gemeinschaft und Zugehörigkeit. Des Weiteren fühlt man sich in einer Gruppe geborgen und nimmt am gesellschaftlichen Leben teil (Gerontologische Reihe 2006, S. 25f).

- Bewegung

Demenzkranke Personen haben oft einen Bewegungsdrang, da sie nach etwas Vertrautem suchen. Anhand der Musik sind Bewegungen möglich, was wiederum Erinnerungen aktiviert. Bewegung an sich kann auch die Koordination der Haltung oder das Herz-Kreislaufsystem positiv beeinflussen (Gerontologische Reihe 2006, S. 26).

- Beruhigung

Rhythmus und Harmonie tragen nicht nur zur Entspannung oder Stimmungshebung bei, sondern können auch Schmerzen reduzieren, Stress abbauen und Wohlbefinden fördern. In einigen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Musik zum Abbau von Spannungen, Angst und Aggressionen sowie zur Reduktion von Unruhezuständen bei Demenzerkrankungen führen kann (Gerontologische Reihe 2006, S. 26).

Wesentlich ist, dass Musik eng mit der Biographie, was bereits im Kapitel 6 beschrieben wurde, verbunden ist und sie spielt in der gesamten Lebensspanne eines Menschen eine individuelle Rolle.

Des Weiteren ist zu beachten, dass Musik eine Frage des Geschmacks ist, der sich auch aufgrund der Zeit verändern kann. Hier spielen beispielsweise das Alter, die regionale Herkunft, die Bildung oder die sozialen Umstände wesentliche Rollen.

Die Gefühle und Erinnerungen, die zu bestimmten Songs auftreten, sind auch von Person zu Person anders.

Die Zusammenarbeit und positive Wirkung von musikalischen und biographischen Arbeiten lässt sich nicht mehr trennen, denn einerseits liefert die Biographie signifikante Informationen zu musikalischen Vorlieben, andererseits kann durch musikalische Arbeiten biographisches Wissen erworben werden (Gerontologische Reihe 2006, S. 32). Im Anhang befindet sich ein musikalischer Bogen.

Musiktherapie befindet sich in der Erforschungsphase und ist somit eine sehr junge Therapiemöglichkeit, die bei Menschen mit Demenz angewendet wird. Trotz der geringen Forschung hat die Musiktherapie eine positive Auswirkung auf das Bewusstsein dieser Personen.

8 Diskussion

Die Behauptung von Kitwood, dass Demenz „still, leise vorankriechend aber nichtsdestoweniger mächtig und nachhaltig ist“ (zit. in Kollmann & Wiener 2003, S. 17), hat ihre Bedeutung. Denn Demenzerkrankungen beginnen schleichend und kaum jemand bemerkt die Erkrankung in der ersten Phase. Zusätzlich kann man Demenz nicht heilen, was als mächtig und nachhaltig beschrieben werden kann.

Wie in den ersten Kapiteln erwähnt, steigt die Zahl der Demenzerkrankungen immer weiter an. Deshalb müssen einerseits neue Betreuungsmöglichkeiten geschaffen werden, da die Behandlung von Demenz mit fortschreitender Erkrankung immer schwieriger wird. Andererseits werden immer mehr Therapie- und Förderungsmöglichkeiten im Bereich der Demenzerkrankung angeboten. Die Angehörigen müssen jedoch wissen, dass diese Therapiemöglichkeiten nicht zur Heilung führen. Diese Art von Behandlung führt zu einer Verbesserung der Lebenssituation und somit zur Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen, Angehörigen oder des Pflegepersonals. Und dies ist ein wesentlicher Grund, warum wir heutzutage Demenzerkrankungen, auch wenn es nicht zur Heilung führt, mit den verschiedenen Therapiemöglichkeiten behandeln sollen.

In der Bakkalaureatsarbeit wurden einige Therapien methodisch vorgestellt. Da die Arbeit einen begrenzten Umfang hat, war es nicht möglich, all die guten und positiven Therapien aufzuzählen. Deshalb wären weitere Arbeiten nötig, um andere Therapie- und Förderungsmöglichkeiten darzustellen.

Vor allem erweist sich aber die Validation nach Naomi Feil als ein sehr positives Konzept. Durch die Validation kann man mit alten, verwirrten Menschen in Kommunikation treten und deren verschlüsselte Bedürfnisse aufspüren, indem man diese Personen dort abholt, wo sie gedanklich gerade stehen. Mithilfe der Validation können etwa ältere Menschen längere Zeit in der eigenen Wohnung bleiben, Stress wird reduziert, die Kommunikation verbessert oder aber Konflikte aus der Vergangenheit gelöst. Allgemein hat Validation bei Menschen mit Demenz eine große Bedeutung, da es möglich ist, diese Personen im positiven Sinne zu verändern.

Des Weiteren ist die Biographie eines älteren Menschen wichtig. Die Gewohnheiten von Personen, wie z.B. frühes Aufstehen, spätes Zubettgehen oder die Vorlieben beim Essen spielen für einen geregelten Tagesablauf, vor allem in einem Pflegeheim, eine bedeutende Rolle. Durch die Biographie eines Menschen werden Stress, Unruhe, Verwirrtheit oder Erregung reduziert. Ferner wird das Verhalten einer Person durch eine Biographiearbeit eventuell besser verstanden. Bei Demenzerkrankten ist das Arbeiten mit der Biographie ein Teil der „Rückeroberung der Vergangenheit“. Mit diesem Konzept kann Vertrauen hergestellt oder die Kommunikation miteinander verbessert werden.

Musiktherapie ist eine sehr junge Forschung bezüglich der Erkrankung Demenz. Jedoch ist es bewiesen, dass Musik in vielen Bereichen etwas bewirkt. Bei Demenzerkrankungen gibt es eine emotionale Wirkung, Erinnerungen des Langzeitgedächtnisses werden abgerufen, das Gefühl von Gemeinschaft, Bewegung oder Beruhigung wird erreicht.

Abschließend kann gesagt werden, dass Therapie- und Förderungsmaßnahmen im Bereich der Erkrankung Demenz eine positive Wirkung hervorrufen. Menschen mit Demenz leben in ihrer eigenen Welt und deshalb sollte gerade auf diese Personengruppe näher eingegangen werden.

9 Literaturverzeichnis

Berghoff, I. (1999). Förderpflege mit Dementen. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., Wiesbaden.

Eichberger, S. (2004). „...bis an die Grenzen der Belastbarkeit?“ – Wahrgenommene Belastungen und erwünschte Unterstützungsangebote aus der Sicht pflegender Angehöriger von Alzheimer – Kranken. Diplomarbeit an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Karl-Franzens-Universität, Graz.

Feil, N. & de Klerk-Rubin, V. (2005). Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag, München.

Füsgen, I. (1995). Demenz – Praktischer Umgang mit der Hirnleistungsstörung. MMV Medizin Verlag GmbH, München.

Gerontologische Reihe (2006). Musizieren mit dementen Menschen. Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, München.

Hametner, I. (2007). 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

Kollmann, M. & Wiener, W. (2003). Neue Formen des Wohnens im Alter – Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz. Abschlussarbeit für den Universitätslehrgang für interdisziplinäre Gerontologie auf der Karl-Franzens-Universität Graz, Graz.

Litzka, T., Rath, M. & Seligo, E. (2007). In einer anderen Welt. Böhlau Verlag GmbH und Co KG, Wien, Köln, Weimar.

Reggetin, H. & Dettbarn-Reggetin J. (2006). Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Reinmann, H. & Reinmann H. (1994). Das Alter – Einführung in die Gerontologie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Sachweh, S. (2008). Spurenlesen im Sprachdschungel – Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Schäfer, U. & Rütger, E. (2004). Demenz – Gemeinsam den Alltag bewältigen. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

Schützendorf, E. & Dannecker W. (2008). Vergesslich, störrisch, undankbar? Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag, München.

Sittner, E. (2005). Demenz – eine Herausforderung für Pflege und Betreuung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Stuhlmann, W. (2004). Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag, München.

Internetquellen

Viewed 22 December, 2010

<<http://www.sdi-research.at/lexikon/alterspyramide.html>>

Viewed 23 December, 2010

<http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/service_und_downloads/publikationen/zum_thema/ZT_3_05_demenz.pdf>

Viewed 23 December, 2010

<<http://doktormohr.at/down/Demenzen.pdf>>

Viewed 23 December, 2010

<<http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/icd-10/gf00.phtml>>

Viewed 03 Jänner, 2011

<<http://www.integrative-validation.de/kitwood.pdf>>

Broschüre

Frühwald, T. & Gatterer G. Demenz – Geißel des Alters. Eine Informationsbroschüre für Betroffene und Angehörige. NORKA Buch- und Zeitungsverlag GmbH, Klosterneuburg.

10 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: http://www.google.at/images?um=1&hl=de&biw=1276&bih=594&tbs=isch%3A1&sa=1&q=einsam&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs_rfai= [Viewed 22 December, 2010]

Abb. 2: <http://www.sdi-research.at/lexikon/alterspyramide.html> [Viewed 22 December, 2010]

Abb. 3: Grond. 1998, S. 24, zit. in Kollmann & Wiener (2003). Neue Formen des Wohnens im Alter – Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz, S. 20

Abb. 4: Schäfer, U. & Eckart, R. (2004). Demenz – Gemeinsam den Alltag bewältigen, S. 15

Abb. 5: <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/formen/> [Viewed 23 December, 2010]

Abb. 6: <http://www.zukunftsforum-demenz.de/demenz/demenz4.html> [Viewed 23 December 2010]

Abb. 7: <http://www.alzheimer-forschung.de/forschung/aktuelles.htm?showid=3159> [Viewed 29 December 2010]

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: in: Füsgen, I. (1995). Demenz – Praktischer Umgang mit der Hirnleistungsstörung. MMV Medizin Verlag GmbH, München.

Anhang

Musikalischer Biographiebogen (Gerontologische Reihe 2006, S. 38ff)

Musikalitäten der Eltern/Großeltern/Geschwister

- Wurde in der Familie gemeinsam gesungen? Ja__ Nein__
- Wurde in der Familie gemeinsam musiziert? Ja__ Nein__
- Welches Instrument/Welche Instrumente
spielten die Eltern/die Großeltern/die Geschwister? _____

Themenbereich: Singen

- Sangen Sie gerne? Ja__ Nein__
 - Mit wem, wo oder zu welchen Anlässen wurde gesungen?
 - In der Familie? Ja__ Nein__
 - Mit Freunden? Ja__ Nein__
 - Im Chor? Ja__ Nein__
 - In Jugendverbänden? Ja__ Nein__
 - In der Schule? Ja__ Nein__
 - In der Kirche? Ja__ Nein__
 - Am Wochenende? Ja__ Nein__
 - Zu Festtagen? Ja__ Nein__
 - Bei Feiern? Ja__ Nein__
 - Bei der Arbeit, im Alltag? Ja__ Nein__
 - Beim Wandern, beim Reisen, bei Ausflügen? Ja__ Nein__
 - Welche Art von Liedern wurde gesungen?
 - Volkslieder? Ja__ Nein__
 - Kirchenlieder? Ja__ Nein__
 - Chormusik? Ja__ Nein__
 - Schlager, Hits? Ja__ Nein__
 - Opernmelodien/Operetten? Ja__ Nein__
 - Weihnachtslieder? Ja__ Nein__
 - Gab es Lieblingslieder? Ja__ Nein__
-

Themenbereich: Musikhören

- Hörten Sie viel Musik? Ja__ Nein__
 - Wo, bei welchen Gelegenheiten wurde Musik gehört?
 - Zu Hause? Ja__ Nein__
 - In Konzerten? Ja__ Nein__
 - In der Oper, Operette, Revue, in Musical, Kabarett? Ja__ Nein__
 - In der Kneipe? Ja__ Nein__
 - In der Kirche? Ja__ Nein__
 - Bei öffentlichen Feiern? Ja__ Nein__
 - Welche Geräte und Instrumente gab es im Elternhaus?
 - Radio? Ja__ Nein__
 - Grammophon/Schallplattenspieler? Ja__ Nein__
 - Instrumente? Ja__ Nein__
 - Welche Art von Musik wurde gehört?
 - Volkslieder? Ja__ Nein__
 - Volkstümliche Musik? Ja__ Nein__
 - Kirchenmusik? Ja__ Nein__
 - Klassische Musik? Ja__ Nein__
 - Opernmusik, Operetten? Ja__ Nein__
 - Schlager, Hits? Ja__ Nein__
 - Gab es Stücke, die besonders gern gehört wurden? Ja__ Nein__
-

- Wurde ein bestimmter SängerIn/MusikerIn/Chor besonders geschätzt? Ja__ Nein__
-

Themenbereich: Musik und Bewegung

- Gingen Sie zu Tanzveranstaltungen? Ja__ Nein__
- Von welcher Art waren die besuchten Tanzveranstaltungen?
 - Volkstanz? Ja__ Nein__
 - Faschingsverein? Ja__ Nein__
 - Tanz im Kaffeehaus? Ja__ Nein__
 - Bei Familienfeiern (z.B. Hochzeiten)? Ja__ Nein__
- Haben Sie gern getanzt? Ja__ Nein__

- Was wurde getanzt (z.B. Volkstänze, Walzer, Tango,...)? Ja__ Nein__

Themenbereich: Musizieren

- Welches Instrument/Welche Instrumente erlernten Sie?

- Können/Konnten Sie nach Noten musizieren? Ja__ Nein__

- Mit wem wurde musiziert?

- Allein, für sich? Ja__ Nein__

- In einer Gruppe (mit Freunden, mit der Familie,
in einer Kapelle, in einem Orchester,...)? Ja__ Nein__

- Was wurde gespielt?

- Volkslieder? Ja__ Nein__

- Klassische Stücke? Ja__ Nein__

- Schlager? Ja__ Nein__

- Gab es Lieblingsstücke? Ja__ Nein__
