Dr. Wolfgang Kramer
Haberlandstr. 6
10779 Berlin
Tel.: 030 / 211 99 34
E-mail: dr.wolfgangkramer@alice-dsl.net
Home: www.wolfgang-kramer.net

Mittwoch, den 03. März 2010

Wegweiser zur Informationsveranstaltung im Nachbarschaftsheim Schöneberg – Pflegerische Dienste gGmbH am Mittwoch, dem 03.03.2010 in der Zeit von 17.30 Uhr bis 19.30 Uhr:

Im Labyrinth des Vergessens. –

Medizinische Aspekte dementieller Erkrankungen

Inhalt:

1 Grundsätzliches über das Alter.
2 Was bedeutet der Begriff „Demenz“?
3 Erscheinungsformen dementieller Erkrankungen.
4 Morbus Alzheimer - Hypothesen zur Krankheitsentstehung.
5 Unterschied zwischen Alzheimer- und Multi-Infarkt-Demenz.
6 Symptome und Ressourcen dementieller Erkrankungen.
7 Welche Prozesse spielen sich im Gehirn eines dementiell Erkrankten ab?
8 Wie erlebt ein demenzerkrankter Mensch die Veränderungen?
Wie erlebt er die ihn umgebende Welt?
9 Die vier Stadien dementieller Erkrankung.

1 Grundsätzliches über das Alter

Demographische Entwicklung – Was heißt Älterwerden in unserer Zeit? – Prävalenz von Demenzen nach dem Alter.

Die durchschnittliche Lebenserwartung sowie das mittlere Lebensalter unserer Gesellschaft steigen kontinuierlich. Da der Hauptrisikofaktor für eine dementielle Erkrankung das Alter ist, nehmen folgerichtig auch die Demenzerkrankungen stetig zu. (Vgl. Folien)

2 Was bedeutet der Begriff „Demenz“?

Bei der „Demenz“ (von lat. „dis“ und „mens“, d.h.: „ohne Geist“) bzw. den Demenzen handelt es sich um eine Syndromdiagnose, d.h. es handelt sich um Symptome, deren Ursachen unterschiedlicher Art sein können.
Demenz in der primären, chronischen und irreversibel verlaufenden Form ist Folge einer Erkrankung des Gehirns, die mit der Beeinträchtigung zahlreicher höherer Hirnfunktionen einhergeht. Dazu gehören das Gedächtnis, das Denken und Urteilen, die Orientierung, die sprachliche Kommunikation, das Rechnen u.a. .
Mit dem Fortschreiten der Erkrankung gehen allmählich Alltagsfertigkeiten und

Formen der Lebensbewältigung verloren; auch die Affektkontrolle gelingt nicht mehr wie früher.
Der demenzerkrankte Mensch ist außerdem in seinem sozialen Verhalten gestört. Seine Persönlichkeit ändert sich in späten Phasen der Krankheit, so daß regressive Züge stärker zum Ausdruck kommen.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt „Demenz“ als „eine erworbene globale 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 Bewußtseinsstörung. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend), nicht notwendig irreversibel.“

Von besonderer Bedeutung ist die Erkenntnis, daß es beim demenzerkrankten Menschen nicht nur Krankheitssymptome gibt, sondern auch Lebenssymptome(Vgl. Kap. 5). Die Gefühlswelt bleibt auch in der Demenz nahezu unbeeinträchtigt erhalten. Neben dem Langzeitgedächtnis ist der „emotionale Kanal“ der wichtigste Zugang zum demenzkranken Menschen.
Körpersprache und Tonfall (Nonverbales, wie etwas gesagt wird) können gut „verstanden“ werden, auch wenn der Inhalt des Gesagten nicht verstanden wird. Ganz entgegen dem Vorurteil, welches den demenzerkrankten Menschen abwertet: Demenzkranke bekommen noch sehr viel mit.
Nach heutigem Wissensstand ist es unbestritten, daß der demenzkranke Mensch für Gefühle noch lange ansprechbar bleibt. Darum ist es so wichtig, daß man die (häusliche) Pflege nicht aus bloßer Pflichterfüllung, sondern aus Zuneigung übernimmt, denn das kann der Patient noch lange instinktiv unterscheiden.
Demenzerkrankte Menschen scheinen trotz ihrer z.T. schweren Erkrankung noch lange Zeit ein feines Gespür dafür zu behalten, ob man ihnen aufrichtige Gefühle und Zuwendung entgegenbringt oder das nur aus Pflichtgefühl vorzutäuschen versucht.
Unechte Gefühle werden sie in der Regel instinktiv spüren, sich dadurch verunsichert und abgelehnt fühlen.
Berührung und Musik sind die Königswege, die einen Zugang zum demenzerkrankten Menschen verschaffen.

3 Erscheinungsformen dementieller Erkrankungen

Chronische Verwirrtheitszustände entstehen durch krankhafte Prozesse, die zu einem Absterben von Hirnzellen führen. Man unterscheidet folgende Erscheinungsformen der (senilen) **Demenz (chronisch, irreversibel, fortschreitend):**

A. Demenz vom Typ Alzheimer ca. 60%

B. Multi-Infarkt-Demenz ca. 15%

C. Mischform von Alzheimer / Multi-Infarkt-Demenz ca. 15 %

D. Demenzformen anderen Ursprungs (Picksche Erkrankung, Chorea Huntington, Parkinson u.a.) ca. 10 %

Darüber hinaus: akute, **reversible Demenzzustände**, die Begleitsyndrom einer anderen Grundkrankheit sind, z.B. Gehirntumore, Stoffwechselerkrankungen (insbes. Diabetes), Vitaminmangel, toxische Einflüsse, medikamentöse Wirkungen, auch Pseudo-Demenz als Folge einer depressiven Erkrankung.
Nach weltweit übereinstimmenden Untersuchungen sind ca. 7 – 8 % der über 65-jährigen demenzkrank; unter den über 80-jährigen sind es bereits beinahe 25 % und bei den über 90-jährigen nahezu 35 %. Die Tendenz ist steigend.

Verwirrtheit ist zunächst lediglich ein Symptom und noch keine Krankheit, denn diese setzt das Wissen ihrer Ursache voraus.

Für Naomi Feil und ihre Validationsmethode ist Desorientiertheit prinzipiell keine Pathologie, sondern eine Lebensphase des Menschen, eben die der Aufarbeitung.

4 Morbus Alzheimer - Hypothesen zur Krankheitsentstehung.

Es gibt keine gesicherten Erkenntnisse über die Krankheitsentstehung, es gibt lediglich Hypothesen:

- genetische Faktoren – Vererbung
- frühe Hirnverletzung
- Umweltfaktoren (Plaquebildung durch Umweltgifte, z.B. Metalle wie Aluminium, Blei, Cadmium, Quecksilber oder Lösungsmittel, Nitro....)
- Immunologische Hypothese
- Virale Infektion (durch Slow-Virus)

Festzustehen scheint, daß sich Morbus Alzheimer nicht auf eine einzige Ursache zurückführen läßt, sondern mehrere Ursachen zusammentreffen müssen, ehe die Krankheit akut auftritt.

5 Unterschied zwischen Alzheimer und Multi-Infarkt-Demenz

Eine sichere Unterscheidung zwischen der Alzheimer-Krankheit und der Multi-Infarkt-Demenz fällt schwer, da die Symptomatik die gleiche ist. Sie unterscheidet sich lediglich im Schweregrad der Krankheit

- Im Vergleich zur Multi-Infarkt-Demenz ist bei Alzheimer in der Regel eine besonders starke Hirnleistungsschwäche festzustellen

- Alzheimer schreitet schneller fort und führt meist innerhalb weniger Jahre zum Tod.
- Bei Alzheimer liegt der Beginn der Demenz gelegentlich bereits vor dem 65. Lebensjahr, Multi-Infarkt-Demenz tritt in der Regel erst im fortgeschrittenem Alter auf.
  (Unterscheidung von präseniler und seniler Demenz vom Typ Alzheimer)

- Der Alzheimer-Patient ist körperlich meist gesund – der Multi-Infarkt-Patient ist oft krank.
- Der unterschiedliche Verlauf einer AD und einer MID:

6 Symptome und Ressourcen dementieller Erkrankungen.

6.1 Symptome: Kognitive Symtome

- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen (örtlich, zeitlich, personell)
- Denkstörungen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Aphasie (Sprech- und Verstehensstörung)
- Agnosie (Nichterkennen)
- Apraxie (Bewegungsstörungen)

Nichtkognitive Symptome

- Verlangsamung des psychischen Tempos
- Veränderung der Grundstimmung
- Veränderung der ursprünglichen Persönlichkeit
- Tag- und Nacht- Rythmusstörungen
- Pathologisches Wandern
- Wahn- Sinnestäuschungen
- Aggressives Verhalten

6.2 Die Ressourcen eines demenzerkrankten Menschen. –Kann Demenz auch unter anderen als lediglich defizitären Gesichtspunkten gesehen werden?

So dramatisch dementielle Erkrankungen oftmals für die Betroffenen auch verlaufen mögen, so ist gleichwohl mehr Flexibilität im Wahrnehmen und mehr Beweglichkeit im Umgang mit der Demenz einzufordern, denn einseitige Sichtweisen fördern letztlich nur das Leid.
Leider neigen noch viele Betreuer dazu, vor allem immer nur die Defizite des Kranken wahrzunehmen. Eine solche Haltung verführt zum ständigen Beklagen und Betrauern von Verlusten, was sowohl beim Kranken als auch beim Betreuer fast unweigerlich Gefühle von Angst, Verzweiflung, Wut und Resignation hervorruft. Damit läßt es sich weniger gut leben.

Was spricht dagegen, statt dessen konsequent immer wieder nach Ressourcen zu suchen? Eine solche Haltung erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß sich auch Gefühle von Freude, Zufriedenheit und Optimismus einstellen. Damit macht man sich nichts vor, man verlagert lediglich den Schwerpunkt der Wahrnehmung (ähnlich dem 50 prozentig gefüllten Glas, das man bedauernd als „schon halb leer“ oder freudig als

„noch halb voll“ wahrnehmen und erleben kann):

- der demenzerkrankte alte Mensch besitzt ein Gefühlsgedächtnis und verfügt über eine erhöhte Sensibilität in der Wahrnehmung seiner Umgebung.
- eine vertiefte Fähigkeit zu leiden, aber auch sich zu freuen (Freude, Zärtlichkeit, Dankbarkeit).
- eine große Offenheit und Spontaneität; so besitzt er auch die Fähigkeit, Gefühle ungefiltert zum Ausdruck zu bringen.
- beim demenzerkrankten Menschen tritt stärker hervor, was in seinem Leben von tieferer Bedeutung war und ist. Sein Leben konzentriert sich auf Wesentliches.
- es gelingt ihm, Lebensfragen und –probleme auf der Gefühlsebene abzuschließen, die auf rationaler Ebene nicht mehr abgeschlossen werden können.

Einen weiteren Gedanken möchte ich in diesem Zusammenhang noch formulieren: Warum sollte man sich nicht durch bizarr wirkende Verhaltensweisen eines Demenzkranken dazu anregen lassen, das eigene Verhalten zu überdenken? Könnte es nicht sein, daß uns demenzerkrankte Menschen Möglichkeiten vorleben, die uns verloren gegangen sind oder die wir uns nicht mehr zugestehen, z.B. Langsamkeit (wozu soll es gut sein, daß alles immer schneller gehen soll?), oder Unberechenbarkeit (wozu ist es dienlich, alles Seiende immer nur instrumentell und berechnend aufzufassen?), Nutzlosigkeit (nur dasjenige Seiende zählt, was Nutzen für uns hat).
Aufgrund dieser Sachverhalte ist das Phänomen der Demenz unter dem Gesichtspunkt einer „strikten Ambivalenz“ (Dietmar Kamper) aufzufassen, also keineswegs nur defizitär, sondern auch den Zugewinn an Leben zu betonen.
Auch tritt in der Demenz die Abwesenheit von bewußtem, angelerntem, konditioniertem Denken und Verhalten sowie die Abwesenheit von Kontrollinstanzen deutlich hervor. Der enge Panzer des (rationalen) Denkens ist verschwunden und dem betroffenen Menschen fällt es leichter, ungelöste Probleme zu lösen sowie Lust und Triebhaftigkeit zum Ausdruck zu bringen. Demenz kann deshalb auch als Chance der Befreiung zur Essenz begriffen werden.

7 Welche Prozesse spielen sich im Gehirn eines dementiell Erkrankten ab?

7.1 Histologische Veränderungen

Es bilden sich Stoffwechselrückstände aus pathologischem Eiweiß, die sogenannten „Plaques“.
Bei schwerer Demenz können bis zu 40% aller Nervenzellen verloren gehen. Die Folge: Hirnatrophie

7.2 Biochemische Veränderungen

Verlust von Neurotransmitter (Acetylcholin, Serotonin, Noradrenalin), jener Botenstoffe, die für die Übermittlung und Verarbeitung der Informationen

verantwortlich sind.
Die Neurotransmitter übertragen Botschaften zwischen den verschiedenen Hirnarealen. Sind diese Botenstoffe nicht voll funktionsfähig, kann dies zu einer nachhaltigen Störung der Nervenzellen führen. Das Kommunikationssystem zwischen den Hirnarealen wäre gestört, Funktionsausfälle der Hirnleistung die Folge.

8 Wie erlebt ein demenzerkrankter Mensch die Veränderungen? Wie erlebt er die ihn umgebende Welt?

Aufgrund ihres Krankheitsbildes ziehen sich dementiell veränderte Menschen in ihr Inneres zurück. Sie tun dies, weil sie mit ihrem aktuellen Leben nicht mehr zurecht kommen, weil die äußere Realität sie überfordert. Die erlittenen hirnorganische Verluste können sie nicht ausgleichen; vom Verstand her können sie ihr Leben nicht mehr bewältigen. So leben sie oftmals in Szenen der Vergangenheit, die filmartig vor ihrem inneren Auge ablaufen. Das, was sie aktuell erleben und fühlen, verschlüsseln sie in ihr vergangenes Leben hinein. Dort kennen sie sich noch einigermaßen aus. Sie kombinieren aktuelle Gefühle und alte Erlebnisse, die ihnen im Langzeitgedächtnis zur Verfügung stehen. Zugang zu dieser Erlebniswelt bekommen wir nur über ein einfühlendes Nachspüren (Empathie) und die Kenntnis jener Lebensbilder, die die Demenzerkrankten bevorzugt aufsuchen, in denen sie meinen, noch leben zu können oder in denen sie vielleicht sogar leben müssen. In der täglichen Kommunikation ist die Biografiekenntnis ein hervorragender Ansatzpunkt für ein Gespräch. Wir wissen dann zum Beispiel, über welche Themen sich der Bewohner besonders gerne unterhält und wir können bei den Themen ansetzen, von denen wir wissen, dass sie der Bewohner noch beherrscht (ressourcenorientiert).
Eine angemessene und gute Betreuung ist nur dann möglich, wenn wir ihre innere Welt, ihre Wahrnehmungen, ihr Erleben und ihre Denkvorgänge verstehen. Deshalb ist es wichtig zu wissen, dass eine demenzerkrankte Person im Anfangsstadium ihre Defizite voll wahrnimmt. Sie merkt, dass sie neue Informationen leicht vergisst, dass sie oft Gegenstände verlegt und nicht mehr finden kann, dass ihr Namen von Bekannten nicht mehr einfallen und sie Verabredungen mit ihnen vergisst. All dies löst Gefühle der Angst aus, Angst davor, die Kontolle über das eigene Leben zu verlieren: „Wie soll das bloß weitergehen? Wer kümmert sich um mich und meine Angelegenheiten, wenn ich das immer weniger selbst tun kann?“ Diese und ähnliche Fragen bewegen einen demenzerkrankten Menschen im Anfangsstadium der Erkrankung. Hinzu kommen häufig noch Schamgefühle, dass andere die Leistungseinbußen bemerken könnten.
Im weiteren Verlauf der Erkrankung wird die Realität für den Betroffenen zunehmend unverständlich und unerklärbar. Situationen und Informationen können nicht mehr in einen größeren Kontext eingeordnet werden. Aus dieser Befindlichkeit heraus entsteht beim demenzerkrankten Menschen das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit. Es ist z.B. häufig zu beobachten, dass sie in einer solchen Situation der Bezugsperson permanent folgen oder immer wieder dieselben Fragen stellen. Es ist auch hier oft sehr viel Angst, um nicht zu sagen Panik mit im Spiel, die zunehmend dazu führt, dass sich diese Personen immer mehr in die innere Welt der Vergangenheit zurückziehen, weil diese Welt ihnen ein Stück weit Sicherheit und Vertrautheit zu geben vermag.

Der niederländische Autor Bernleff hat in seinem Buch „Hirngespinste“ das Erleben eines Demenzerkrankten zu beschreiben versucht. Demnach besteht die Welt eines demenzerkrankten alten Menschen nur noch aus flüchtigen und beziehungslosen

Situationen, die nicht mehr abgespeichert und daher auch nicht mehr reflektiert werden können. In seinem Roman läßt er den Kranken sagen:

**„Ohne Erinnerung kannst Du nur noch schauen.
Dann gleitet die Welt spurlos durch Dich hindurch.“**

Wenn es uns gelingt, uns in diese Situation einzufühlen, erhalten wir eine Ahnung von der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung, die in einem demenzerkrankten Menschen ausgelöst werden können.

Ähnlich ist es in dem Film von Marion Kainz „Der Tag, der in der Handtasche verschwand“. Der Film zeigt, wie die an Demenz erkrankte Frau Mauerhoff die Welt um sie herum wahrnimmt. Die alte Dame kämpft um Erinnerung:

**„Wenn ich doch nur einen Anhaltspunkt hätte.
Wer könnte mir Auskunft über mich geben?
Wo kennt man mich?“**

Der Dokumentarfilm hatte kein Happy-End: Frau Mauerhoff blieb zurück voller Beunruhigung, Angst und Panik:

**„Ich bin vollkommen verloren, wenn ich mich nicht erinnern kann.
Es ist aus. Ich weiß nicht mehr weiter. Da ist eine dunkle Wand
vor mir. Kann ich nicht irgendwo hingehen, wo man mich
kennt, damit ich Anhaltspunkte habe?“**

Demenzerkrankte Menschen sind bereits im fortgeschrittenen Anfangsstadium nicht mehr in der Lage, dasjenige, was sie sehen und erleben, abzuspeichern, d.h. sie leben ohne Erinnerung an jüngst Vergangenes. Während das Kurzzeitgedächtnis mehr oder weniger stark angegriffen ist, können Langzeitgedächtnisinhalte jedoch noch lange Zeit recht gut abgerufen werden.

9 Typische Verhaltensweisen in den vier Stadien dementieller Erkrankung

(Einteilung nach Naomi Feil)

Stadium 1: **mangelhafte Orientierung:** meist orientiert, gelegentliche Phasen der Desorientierung.

Personen im Stadium 1 halten an den gesellschaftlich vorgegebenen Rollen fest, mit einer Ausnahme: sie haben das Bedürfnis, alte Konflikte in verkleideter Form zu äußern, indem sie Personen der Gegenwart als „Symbole“ für Personen der Vergangenheit verwenden.
Um sich zu rechtfertigen oder ihre starken Emotionen zu leugnen, beschuldigen sie die anderen.
Um die Kontrolle im Kampf gegen den Kontrollverlust aufrechtzuerhalten, hamstern sie. In der Angst vor weiteren Verlusten horten sie alles, was sie bekommen können: Orangen Sicherheitsnadeln, Taschentücher, Tassen, Zeitungen usw.

Sie projizieren ihre tiefliegenden Ängste auf andere, um ihr Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Sie benötigen ihre Verhüllungen, die man ihnen nicht nehmen darf, zum Überleben; nur so können sie ihre Gefühle ausdrücken, ohne sich dem grellen Licht der Realität auszusetzen.
Sie konfabulieren, d.h. sie erfinden Geschichten, die so gar nicht stimmen, um auf diese Weise ihre Schamgefühle angesichts ihres schwindenden Geistes zu kompensieren.

Stadium 2: **Zeitverwirrtheit:** Verlust der kognitiven Fähigkeiten.

Ein zu hohes Maß an körperlichen und sozialen Verlusten führt dazu, daß mangelhaft orientierte alte Menschen in das zweite Stadium, das Stadium der Zeitverwirrtheit abrutschen.
Das zunehmende Schwinden des Seh-, Hör- und Bewegungsvermögens, des Tast-, Geschmacks- und Geruchssinns sowie der kognitiven Fähigkeiten erleichtern den Rückzug.
Zeitverwirrte Menschen leben nicht mehr in einer realen, chronologischen Ordnung, sie ziehen sich zurück, verlieren die Selbstkontolle, das Kommunikationsvermögen, die Fähigkeit zum sozialen Verhalten. Sie halten sich nicht mehr an Bekleidungsregeln oder soziale Konventionen und es fehlt ihnen an Anregung durch andere, weil sie oft ignoriert werden oder isoliert sind. So werden sie körperlich und gefühlsmäßig inkontinent.

Stadium 3: **Sich wiederholende Bewegungen:** Bewegungen ersetzen die Sprache. Je unerträglicher die Gegenwart, um so stärker der Rückzug in die Vergangenheit.

Menschen, die im zweiten Stadium ihre Gefühle nicht verarbeiten können, indem sie diese jemandem mitteilen, der sie validiert, ziehen sich häufig in vorsprachliche Bewegungen und Klänge zurück, um unbewältigte Konflikte der Vergangenheit zu lösen: Körperteile werden zu Symbolen, Bewegungen ersetzen Worte.
Im Stadium 3 treten lebenslang eingesperrte Gefühle nunmehr in heftigen Bewegungen frei heraus. Die Sprache wird unverständlich, sie dient dem sinnlichen Vergnügen, das durch Zunge, Zähne und Lippen erzeugte Klänge bereiten.
Wenn die logische, sekundär erlernte Sprache schwindet, kehrt der Mensch zu frühen Sprachformen zurück.

Stadium 4: **Vegetieren:** totaler Rückzug nach innen.

In diesem letzten Abschnitt der Aufarbeitungsphase zerstören die sehr alten Menschen jede Spur der schmerzenden Wirklichkeit. Sie kämpfen nicht mehr darum, uns ihre Bedürfnisse mit Klängen oder mit Bewegungen zu vermitteln, sie haben das Streben aufgegeben, ihr Leben zu verarbeiten, sie machen einfach zu und ziehen sich völlig zurück.
Vegetieren tritt dann ein, wenn eine Person nicht genügend stimuliert wird, wenn sie nicht genügend Anreiz erhält, „da“ zu bleiben; wenn sie

zuviele Medikamente und zuwenig Validation erhält.
Personen im vierten Stadium der Desorientiertheit bewegen sich nicht mehr, sie wollen nichts mehr und werden zu lebenden Toten.