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

Dienstag, den 05. Mai 2009

Wegweiser zur Informationsveranstaltung in der „VIA e.V. Geriatrisch / Gerontopsychiatrische Tagespflege“ am Dienstag, dem 05.05.2009 in der Zeit von 17.30 Uhr bis 19.00 Uhr:

Schwieriges Verhalten von demenzerkrankten Menschen

Inhalt:

1. Umgang mit Aggressionen von seiten demenzerkrankter Personen
2. Umgang und Behandlung von depressiven alten Menschen
3. Weglaufen
4. Überschießender Bewegungsdrang
5. Tag- / Nachtumkehr
6. Essensverweigerung
7. Unkontrolliertes Essen
8. Körperhygiene / Verwahrlosungstendenzen

1. Umgang mit Aggressionen von seiten demenzerkrankter Personen

Wie und gegen wen können sich Aggressionen ausdrücken?

Was kann die Ursache sein?

Der wichtigste Schritt bei der Vermeidung oder Verminderung ist die Suche nach den Ursachen der Aggressionen. Verhält sich der Bewohner z.B. nur zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Situationen aggressiv?
Reagiert er nur bei bestimmten Personen auf diese Art und Weise?

Mögliche Ursachen können sein:

- Unterforderung.
- Überforderung.
- Hunger, Durst, Schmerzen oder Harndrang, die der Bewohner nicht mehr verbal ausdrücken kann.
- Reaktion auf bestimmte Verhaltensweisen wie Zurechtweisungen, Befehle, Verbote von seiten des Personals.
- als „Schrei“ nach Aufmerksamkeit und Zuwendung, damit sich jemand mit ihm beschäftigen muß.

- aus Scham (z.B. bei der Körperhygiene oder dem Toilettengang).
- Reaktion auf die eigene Hilfebedürftigkeit.
- Aus einem Nichterkennen der Situation heraus.
- Nebenwirkung von Medikamenten.

Wie können wir uns verhalten?

Zentrale Maßnahme ist es, der Ursache der Aggressionen so weit als möglich entgegenzuwirken, z.B. eine hektische, laute Umgebung zu vermeiden und dem Bewohner auch ohne auffälliges Verhalten genügend Zuwendung zukommen zu lassen.

Eine weitere Ursache für aggressives Verhalten kann sein, daß der Bewohner mit seiner Erkrankung und den damit verbundenen Verlusten nicht zurechtkommt, nicht weil er die Pflegekraft persönlich angreifen will.

Argumentieren oder streiten mit dem Bewohner bringt nichts. Ruhe und Geduld sind unbedingt erforderlich, um Aggressionen zu vermeiden.

Die Pflegekraft erweist dem Bewohner einen Liebesdienst, wenn sie in der Lage ist, die Aggressionen aufzunehmen und nicht wieder zurückzugeben, weil es für den Bewohner in dem Augenblick vielleicht wichtig ist, die Aggressionen auszudrücken: es ist der Versuch, mit den zahlreichen Verlusten fertig zu werden.

2. Umgang und Behandlung von depressiven alten Menschen

Was ist eine Depression?

Trauer und Depression sind zwei völlig unterschiedliche Reaktionsformen auf Verluste.
In der Trauer erfolgt eine bewußte Auseinandersetzung mit dem Verlust, der auf diese Weise verarbeitet wird.
Die Depression ist der Versuch, den eingetretenen Verlust nicht akzeptieren und betrauern zu müssen. Der Verlust wird verdrängt.
Freud hat aufgezeigt, daß der Melancholiker bzw. der Depressive im Gegensatz zum Trauernden den Verlust eines ambivalent besetzten Liebesobjektes verleugnet und dieses unbewußt introjiziert, d.h. es dabei gleichsam in das eigene Ich aufnimmt. Das verlorenene Liebesobjekt besteht im Ich des Melancholikers fort. Die Anklagen, die unbewußt dem verlorenen Objekt gelten, treffen damit das Ich, was klinisch als Schuldgefühl und Selbstvorwurf zum Ausdruck kommt. Der Verlust bzw. die Trennung wird dadurch verleugnet und die Trauer wird unterbunden.
Depression ist als chronifizierte Kränkungsreaktion zu verstehen, bei der der Kränkungsanlaß unbewußt geworden ist.
Allen Depressionen ist gemeinsam, daß die Betroffenen so mit ihrer Problematik beschäftigt sind, daß sie sich Neuem gegenüber nicht wirklich öffnen können. Die Vergangenheit gerinnt klischeehaft im Krankheitsbeginn, und die Zukunft wird undenkbar.
Depressive Patienten sind mit ihren Klagen und Anklagen auf die Gegenwart bezogen, Vergangenheit und Zukunft haben subjektiv keine Bedeutung.

Symptome:

- Gedrückte depressive Stimmung, Freudlosigkeit (evtl. „Morgentief“).
- Interessenverlust.
- Erhöhte Ermüdbarkeit.
- Verminderung des Antriebs und der Energie.
- Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (d.h. Erregung).
- Verminderte Konzentration.
- Vermindertes Selbstwertgefühl.
- Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit.
- Negative, d.h. pessimistische Zukunftsperspektiven.
- Suizidale Gedanken / Handlungen (ca. 10 % der Depressiven sterben am Suizid).
- Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen.
- Appetit- und Gewichtsverlust.
- Libidoverlust.

Unterschied zwischen Trauer und Depression.

- Trauer ist ein sehr starkes Gefühl als Reaktion auf Verluste.
- Trauer ist keine Krankheit.
- Trauer ist eine spontane, natürliche, gesunde, lebenswichtige Reaktion unserer ganzen Person auf Verlust, Abschied und Trennung.
- Trauer ist Teil des Lebens.
- Trauer ist ein Prozess.
- Trauer unterscheidet sich grundlegend von der Depression.
- Trauer hat viele Gesichter.
- Trauervermeidung ist sowohl ein individuelles als auch ein gesellschaftliches Phänomen.

Die Behandlung der Depression sollte auf drei Säulen beruhen:

1. antidepressive Medikation

Verordnung durch den (Fach-) Arzt (bei agitierter Depression antriebsmindernde, sonst eher antriebssteigernde Antidepressiva).

2. Gespräche über die Lebenssituation

- Ernst nehmen, Schmerz und Trauer zulassen
- Probleme offen ansprechen
- Zeit lassen
- Nicht gleich „aufmuntern“
- Tagesstruktur vorgeben, anfangs Entscheidungen abnehmen, Grenzen setzen (sich nicht vereinnahmen lassen)
- Nicht zu sehr bemuttern! (sonst fühlt sich der Betroffene entmündigt und

traut sich gar nichts mehr zu), sanft fordern
- Angehörige und Besuchsdienst einbeziehen

3. Veränderung der beinflussbaren negativen Lebensumstände

- wieder Kontakt zu den Angehörigen und den Mitbewohnern aufbauen
- Aufgaben geben
- Mobilität verbessern, mehr Bewegung (fördert auch den Neurotransmitterhaushalt, Botenstoffe im Gehirn)
- Spaziergänge
- Ggf. Wohnumfeld verändern

Was ist Trost?

- Trost ist die Kraft der Lebensermutigung, die Kraft der Weisen, eine Stimme des Herzens.
- Trost ist kein Vertrösten, kein Halten in Abhängigkeit, sondern ein Mitgehen, ein Mitbangen, ohne darin mit unterzugehen.
- Der Tröstende geht mit, nimmt die Rolle des Trauernden ein, um darin zu verstehen und doch wieder herauszutreten.
- Der Tröstende kann Spiegel werden für den Trauernden, wird Verkörperung von Hoffnung auf das Gelingen des Weges.
- Rituale können Trost spenden.

Die vier Phasen der Trauerreaktion
(Einteilung nach Verena Kast)

- Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens.
- Phase der aufbrechenden Emotionen.
- Phase des Suchens und Sich-Trennens.
- Phase des neuen Weltbezuges.

Eine Welt von Möglichkeiten der Selbstverwirklichung bricht entzwei, wenn geliebte Menschen uns verlassen. Und die Endgültigkeit des Todes bringt die Zurückbleibenden in eine hoffnungslos erscheinende Situation. Nur zu deutlich wird das „Nie mehr!“ Bei allen anderen Verlusten – Scheidung, Trennung, Auflösung einer Beziehung, „aus den Augen verlieren...“ – ist es wenigstens im Prinzip möglich, an Altes anzuknüpfen, etwas in Realität wiedergutzumachen, Briefe zu schreiben, anzurufen... Beim Tod ist alles anders.

Das Modell der Trauerphasen wurde von der Schweizer Psychologin V. Kast entwickelt und gilt als eine der wichtigsten Grundlagen für das Verständnis der Trauerprozesse.
Jedes prozeßhafte Geschehen ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, daß es einen klaren Beginn und ein klares Ende hat. Der Beginn des Trauerprozesses ist der Verlust des geliebten Menschen. Wie dieser Beginn im Einzelfall abläuft ist oft entscheidend für den weiteren Verlauf der Trauer.
Das Ende des Trauerprozesses ist durch eine Neuorientierung des gesamten

Lebensgefüges zu sehen.
Wie lange das Trauergeschehen dauert, ist ganz unterschiedlich, auch die Dauer der einzelnen Phasen kann völlig variieren. Art und Dauer des Trauerprozesses werden von der Persönlichkeit des Trauernden, von den Umständen des Todes und der Beziehung zum Verstorbenen bestimmt.
Welche Aufgaben sind während des Trauerprozesses zu bewältigen?

- Die Realität des Verlustes akzeptieren.
- Schmerz oder emotionale Aspekte des Verlustes erfahren.
- Anpassung an eine Umgebung, in der das Verlorene fehlt.
- Für die tote Person im emotionalen Leben einen neuen Platz finden.

3. Weglaufen

Wie äußern sich Weglauftendenzen?

Der Bewohner redet häufig oder ständig davon, daß er nach Hause möchte. Er sucht den Ausgang, fragt nach dem Bus, zieht seinen Mantel an oder packt die Koffer. Er verläßt den Wohnbereich.

Wie können wir uns verhalten?

- Je verbundener sich ein Bewohner mit seinem Wohnbereich fühlt, desto weniger treten Weglauftendenzen auf. Ein „Zuhausegefühl“ kann durch die Umgebungsgestaltung sowie durch soziale Einbindung und Beschäftigung gefördert werden.
- Validierende Gespräche über das „zugrundeliegende Gefühl“ zum Beispiel der Einsamkeit, des Verlustes, der Trauer, dem Wunsch nach Geborgenheit und emotionaler Nähe können eine wertvolle Hilfe sein.
- Es ist die Frage zu erörtern, ob der Bewohner am Weglaufen gehindert werden muß oder ob man die betreffende Person relativ gefahrlos gehen lassen kann.
  Auch kann die körperliche Aktivität vielleicht in andere Handlungen umgeleitet oder durch einen gemeinsamen Spaziergang begleitet werden.
- Nur bei einer echten akuten Gefahr müssen die Bewohner im Sinne einer „Notfall-Maßnahme“ am Weglaufen gehindert werden. Dabei ist auch der juristische Aspekt (Genehmigungspflicht freiheitsbeschränkender Maßnahmen) zu beachten.

4. Überschießender Bewegungsdrang

Wie äußert sich überschießender Bewegungsdrang?

Der Bewohner nestelt ständig an etwas herum, kann nicht ruhig sitzenbleiben, ist fast immer in motorischer Aktion, läuft bis zur Erschöpfung.

Wie können wir uns verhalten?

- Zuerst sollten medizinische Ursachen für den Bewegungsdrang ausgeschlossen bzw. behandelt werden (z.B. Schmerzen, Schilddrüsenüberfunktion, Harn- oder Stuhldrang, Medikamentennebenwirkungen). Erst wenn andere behandlungsbedürftige Ursachen abgeklärt wurden, kann der Versuch unternommen werden, den Bewegungsdrang zu reduzieren oder in produktive Bahnen zu lenken.
- Dem Bewohner können Aktivitäten wie Spazierengehen, Gymnastik, Sitztanz etc. angeboten werden, bei denen er sein Bewegungsbedürfnis ausagieren kann. Gefahrenreduzierte Rundwanderwege und Parkanlagen ermöglichen auch ein Gehen ohne Begleitung.
  Da eine mangelnde Sinnesreizung Ursache der motorischen Unruhe sein könnte, sollte Marerial zur Beschäftigung und zur Sinnesstimulation angeboten werden (Samt zum Anfassen, Knöpfe, Kochlöffel .....). Das Einbinden in einfache Haushaltstätigkeiten (Tisch abräumen, Essenwagen transportieren, Wäsche falten, ...) stellt eine gute Beschäftigungsmöglichkeit dar, auch wenn der demenzkranke Mensch nicht mehr wirklich „helfen“ kann.
- Eine Fixierung / Sedierung stellt die „ultima ratio“ dar: d.h., diese dürfen nur dann angewendet werden, wenn alle anderen Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg zeigen (wenn z.B. der Bewohner sich selbst dadurch gefährdet, daß er bis zur Erschöpfung läuft) und auch dann nur unter bestimmten Bedingungen (allgemeine juristische Aspekte).

5. Tag- / Nachtumkehr

Wie äußert sich eine Tag- / Nachtumkehr?

Bei dem alten Menschen ändern sich die Aufsteh- und Einschlafzeiten. Er ist tagsüber schläfrig, möchte sich ins Bett legen, nachts dagegen ist er aktiv, kann nicht schlafen.

Wie können wir uns verhalten?

- Die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung einer Rhytmusumkehr ist die ausreichende Beschäftigung am Tage. Nur wer tagsüber genügend aktiv war, ist abends auch müde und kann nachts schlafen. Dazu ist es hilfreich, keine zu lange Mittagsruhe zu halten. Abends sollten die Bewohner, angepaßt an ihr Schlafbedürfnis, nicht zu früh ins Bett gebracht werden. Ein „Abendritual“ (langsames Ausklingen des Tages, Ruhe, angenehmes Licht) erleichtert das Einschlafen.
- Das Gefühl des „Aufgehoben-Seins“ und der Geborgenheit kann unterstützt werden durch angenehme Gerüche (Aromatherapie), eine Entspannungsmassage, -einreibung oder ein beruhigendes Fußbad, alles dies Maßnahmen, die durch den Körperkontakt positive Zuwendung vermitteln.

Es kann hilfreich sein, nachts ein kleines Licht brennen zu lassen, da auch Ängste und Unsicherheiten Ursachen für die Schlafstörungen sein können.
- Ist der Bewohner trotz aller Bemühungen nachts aktiv, kann an eine beruhigende Betreuung in Form eines „Nachtcafés“ gedacht werden. Hier werden Tee oder Milch angeboten, ein Lied gesungen oder ein wenig erzählt.
- Schlafmittel dürfen nur nach ärztlicher Anordnung verabreicht werden und sollten wegen ihres Nebenwirkungspotentials und ihrer ungünstigen Beeinflussung der Demenzsymptome eine letzte Möglichkeit darstellen.

6. Essensverweigerung

Häufige Probleme, die in Zusammenhang mit dem Essen auftreten, sind, daß der Demenzerkrankte nur noch bestimmte Dinge (Süßes, Weiches) ißt oder die Nahrungsaufnahme generell verweigert. Auch brauchen einige Demenzerkrankte zu lange Zeit zum Essen, kauen stundenlang auf einem Bissen herum.

Einige Lösungsansätze:

- **Dem Bewohner sollten möglichst Speisen angeboten werden, die er bereits früher gemocht hat.**
- Sie sollten **Gründe für die Verweigerung** suchen, vielleicht stehen dahinter Heimweh, Trauer, Depressionen.
- Feinraspeln von Gurken oder Möhren, Weichkochen von Gemüse, eventuell Zugabe von etwas Süßstoff kann die Akzeptanz gegenüber Nahrungsmitteln erhöhen; einige „Tricks“ müssen individuell gefunden werden.
- **Ein schönes Umfeld beim Essen** (Geselligkeit, schön gedeckter Tisch), in dem sich der alte Mensch wohlfühlt, kann appetitfördernd sein.
- Generell sollte man sich bewußt machen, **daß die Einnahme von Mahlzeiten eine der wenigen lustbetonten Tätigkeiten ist, die dem alten Menschen noch bleiben**; die Mahlzeiten sollten möglichst liebevoll und ansprechend gestaltet sein und dürfen ruhig einen großen Teil des „Tagesbudgets“ Zeit in Anspruch nehmen.
- Über den Tag verteilt sollten immer wieder Getränke angeboten werden
- **Auf individuelle Wünsche bezüglich Essen und Trinken sollten Sie so weit als möglich eingehen** (z.B. mag nicht jeder Wasser oder Tee, würde vielleicht lieber eine Weinschorle oder ein Bier trinken).
- Auch nachts kann ein Getränk angeboten werden (natürlich nicht dafür wecken, sondern nur, wenn ohnehin ein Pflegehandlung erforderlich ist).

7. Unkontrolliertes Essen

Gelegentlich ist auch das Gegenteil von Essensverweigerung zu beobachten: der demenzerkrankte Mensch ißt unentwegt, war er gerade in die Finger bekommt.

Einige Lösungsansätze:

- Beschäftigung mit Essen in andere Tätigkeiten umlenken; oft ist das pausenlose Essen eine Zeichen für einen unausgefüllten Tagesablauf und Langeweile.
- Anderweitig Zuneigung und Zuwendung geben.
- Grenzen setzen.
- Eventuell kalorienverminderte Nahrungsmittel zum Zwischendurchessen bereithalten (Obst, Reisbrot, Sauerkonserven ....).
- Viele kleine Mahlzeiten geben.
- Keine optischen Eßreize geben (d.h. Obst nicht offen stehen lassen etc.)

8 Körperhygiene / Verwahrlosungstendenzen

„Die meisten Demenzerkrankten neigen zu einer Überschätzung ihrer Gedächtnisleistungen und ihrer praktischen Fähigkeiten. Sie halten sich für selbständig und leistungsfähig, was insbesondere bei der Verrichtung alltäglicher hygienischer Tätigkeiten zu erheblichen Problemen führen kann. Es ist auch bekannt, daß sie gerade in diesem Bereich auf direkte Aufforderung, Zwang oder Verbote mit Widerstand und Aggressivität reagieren."

Broschüre der Alzheimergesellschaft (1996, S. 37)

Diese Faktoren erschweren besonders die tägliche Körperpflege und die Toilettengänge. Die Kranken sind überzeugt davon, sich bereits gewaschen zu haben oder auf der Toilette gewesen zu sein. Sie fühlen sich durch das Drängeln der Betreuer und die Bemerkung, ihre Behauptungen entsprächen nicht der Wahrheit, wie kleine Kinder behandelt.

Wie kann man mit dieser schwierigen Situation umgehen?

- Sprechen Sie den demenzerkrankten Menschen immer wie eine erwachsene, kompetent handelnde Person an.

- Versuchen Sie, möglichst unauffällig behilflich zu sein (so wird Ihre Anwesenheit beim Toilettengang vielleicht eher toleriert, wenn Sie angeben, eine notwendige Salbe aufbringen zu müssen).

- Beachten Sie frühere Gewohnheiten: viele Menschen haben sich zu Hause erheblich seltenener gewaschen, als das jetzt von Ihnen gefordert wird (fordern Sie eine Häufigkeit, die dringend notwendig ist, nicht mehr!)
- Auch frühere Waschzeiten (abends, morgens?) und Vorgehensweisen (Duschen, Waschlappen, Schwamm, Bürste?) sollten so weit als möglich berücksichtigt werden!

- Verbinden Sie die „Waschprozedur“ mit angenehmen Reizen: schöne Musik, angenehmer Duft, sanfte Berührung, ruhige, entspannte Umgebung (es darf auch nicht zu kalt sein), gestalten Sie das Badezimmer oder die Waschecke angenehm und schön.

- Reagiert der Betroffene mit Schreien und großer Aufregung, sollten Sie eine möglichst geschützte Umgebung suchen, um andere Bewohner nicht verängstigen. Gehen Sie erst wieder an den aufgeregten Bewohner heran, wenn er/sie sich beruhigt hat, vielleicht sollte der zweite Versuch von einer anderen Person unternommen werden.

- Denken Sie auch an die Pflege von Zähnen, Zahnprothesen, Hörgeräten (Reinigung) und Brillen. Nur „einsatzfähige“ Prothesen können ihren Dienst tun.