

3. Therapie der Demenz

3.1 Medikamentöse Therapie

Eine Demenzerkrankung ist bislang nicht heilbar. Es existieren allerdings Medikamente, die den Krankheitsverlauf verzögern und die Begleiterscheinungen mildern können. Die geistigen Beeinträchtigungen werden bevorzugt mit Antidementiva gelindert. Diese wirken allerdings bei allen Patienten unterschiedlich und führen in einigen Fällen zu erheblichen Nebenwirkungen.

Zu den derzeit vermutlich effektivsten Medikamenten zählen die Acetylcholinesterase-Hemmer. Diese werden in der frühen und mittleren Krankheitsphase verordnet und zögern den Verlauf der Erkrankung um bis zu zwei Jahre hinaus, in dem sie den Abbau des Botenstoffes Acetylcholin verhindern. In späteren Stadien kann eine Behandlung mit dem Wirkstoff Memantine, der eine geistig aktivierende Wirkung hat und bei einigen Patienten das Verhalten positiv beeinflusst, sowie eine Veränderung des gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus bewirken kann, erfolgen (Vgl. Schwarz, 2003).

Memantine, ein sogenannter NMDA-Rezeptorantagonist, verhindert die Überstimulierung der Nervenzellenrezeptoren, die als Andockstellen für das Glutamat dienen, in dem er sie für eine gewisse Zeit blockiert (Vgl. BMBF, 2004). Ebenfalls sinnvoll ist die Behandlung mit Psychopharmaka, um die Begleitsymptome der Demenzerkrankung zu mildern. Unruhe, Reizbarkeit und Wahnvorstellungen lassen sich mit Hilfe von Neuroleptika verringern, depressive Verstimmungen werden mit Antidepressiva behandelt. Leiden Demenzkranke unter Schlafstörungen, kann hier mit Sedativa geholfen werden. Eine Therapie der negativen Begleitscheinungen der Demenzkrankheit soll den Betroffenen zu mehr Wohlbefinden und einem gestärkten Selbstwertgefühl verhelfen, jedoch nicht über einen zu langen Zeitraum eingesetzt werden, da die Medikamente häufig starke Nebenwirkungen auslösen (Vgl. Deutsche Seniorenliga, 2004 b, S. 22).

3.2 Nichtmedikamentöse Therapien

3.2.1 Hirnleistungstraining

Welche Möglichkeiten hat man als professionelle Kraft, mittels Hirnleistungstrainings etwas bei Altersdementen zu erreichen? Besteht wirklich die Möglichkeit, dem Abbau der kognitiven Fähigkeiten auf diese Weise entgegenzuwirken oder sind alle Versuche zwecklos?

Ziele eines kognitiven Trainings bei Patienten mit Hirnleistungsstörungen sind die Verbesserung und optimale Nutzung einzelner Gedächtnisfunktionen und die Verlangsamung defizitärer Entwicklungsverläufe (Vgl. Gunzelmann u. Schumacher, 1997). Gaby Schwarz verweist in ihren Ausführungen auf eine Studie des Instituts für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, in der 1991 gezeigt wurde, dass leichte demenzielle Symptome nur durch eine Kombination aus psychomotorischen Kompetenz- und Hirnleistungstrainings

gelindert werden können. Schwarz empfiehlt ein „unspezifisches Gedächtnistraining“, in dem der Patient Geschichten aus seiner Vergangenheit erzählen kann, um seine sprachlichen Fähigkeiten zu fördern. Zur Unterstützung des Bildergedächtnisses malt der Betroffene Bilder oder sieht sich Fotos an, die es ihm erleichtern, einen besseren Zugang zu seinen Geschichten zu finden. Auch das Einüben von alltäglichen Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Telefonieren oder Waschen sollten, so Schwarz, wiederholt durchgespielt und eingeübt werden (Vgl. Schwarz, 2000, 38-40).

Beispiel:

Auch ich habe in meinem Praktikum mit dem sogenannten „Hirnjogging“ gearbeitet und hierbei unterschiedliche Beobachtungen machen können. Wichtigste Voraussetzung war, eine Überforderung zu vermeiden, auf die gerade demente Patienten mit Angst und Aggression reagieren, weil sie sich mit ihrem eigenen Versagen konfrontiert fühlen. Ich stellte Fragen aus verschiedenen Themenbereichen und baute kleine Rätsel ein, bei denen ein bestimmtes Tier oder ein Gegenstand erraten werden sollte. Viele Fragen bezogen sich auf die alte Zeit. Oft mussten Oberbegriffe für genannte Wörter gefunden werden. Zum Teil las ich Verse aus Gedichten vor, die zu ergänzen waren oder ließ Städte mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben aufzählen. Zunächst einmal zeigte sich, dass die Patienten, die unter leichten demenziellen Symptomen litten, sehr ablehnend reagierten, wenn ich mit ihnen das Gedächtnis trainieren wollte. Derartige Reaktionen zeigten sich vor allem dann, wenn die Aufgabe innerhalb einer größeren Gruppe stattfinden sollte. Bei der Durchführung stellte sich schnell heraus, dass diese Patientengruppe massive Probleme damit hatte, sich vor den geistig fähigeren Teilnehmern zu äußern. Sie nahmen erst dann teil, wenn ich erklärte, dass die Mitarbeit grundsätzlich freiwillig sei und jeder selbst entscheiden könne, wann er einen Beitrag leisten wolle. Ich gestaltete das Hirnleistungstraining so, dass ich nie jemanden direkt aufforderte, etwas zu sagen, sondern zunächst in die Richtung bestimmter Personen sah, um zu erkennen, ob eventuell doch eine Antwort beziehungsweise ein Redebeitrag zu erwarten war. Tatsächlich konnten so die Hemmungen von einigen Demenzpatienten abgebaut werden, so dass sie am Gespräch teilnahmen. In den meisten Fällen sprachen sie nach, was die anderen sagten und zeigten sich stolz, wenn man ihren Beitrag zur Kenntnis nahm. Im Verlauf des Trainings nahmen sie zunehmend reger teil und hier zeigt sich für mich ein deutlicher positiver Nebeneffekt dieser Angebote. Eindeutig festzustellen war, dass in diesen Situationen die Kommunikation und das Miteinander gestärkt wurden. Patienten, die zuvor nie etwas gesagt hatten, beteiligten sich plötzlich und unterhielten sich mit den anderen Anwesenden. War das Training vorbei und fand wieder das Zusammensitzen im Aufenthaltsbereich statt, konnte ich erkennen, dass die Patienten auch weiterhin r den Kontakt untereinander vertieften und zufriedener wirkten. Einen ähnlichen Effekt konnte ich mit dem Spiel „Vertellekes“ erzielen, das speziell für ältere Menschen entwickelt wurde, um die Kommunikation zu fördern und gleichzeitig auch das Lang- und Kurzzeitgedächtnis zu unterstützen. Bei der Gestaltung des Spiels wurde bewusst auf eine zu mannigfaltige Ausstattung und Farbwahl verzichtet. Das Spielfeld ist in Pastelltönen gehalten und enthält Felder, die in einem Kreis angeordnet sind. Auf diese werden kleine

Kärtchen mit Tiermotiven, die für bestimmte Themenbereiche stehen, gelegt. Dazu gibt es einen großen Holzwürfel, eine einzige Spielfigur für alle Teilnehmer, eine Sanduhr und große Karten, auf denen die entsprechenden Aufgaben zu den Themenbereichen stehen. Der Spieler, der gewürfelt hat, kann selbst wählen, in welche Richtung er die Figur bewegt, und zieht daraufhin eine Karte aus dem Themenbereich, der auf dem Feld angegeben ist. Er liest die Frage oder Aufgabe vor und alle Mitspieler können hierzu etwas beitragen, so dass interessante Gespräche und Schilderungen entstehen. Oft geht es bei den Themen um Tätigkeiten, die sich auf die Vergangenheit der alten Menschen beziehen. Es kommen aber auch pantomimische Aufgaben, das Nachsprechen von Zungenbrechern oder zu ergänzende Gedichte vor. Besonders beliebt sind allerdings die Karten, auf denen die Aufgabe gestellt wird, gemeinsam ein altes Volkslied zu singen. Wenn ich dieses Spiel mit meinen Patienten spielte, entstand immer eine heitere Stimmung und ich konnte beobachten, wie gerne alte Menschen, egal ob leicht dement oder nicht, über die Vergangenheit sprechen. Vor allem Menschen mit Demenz können hier positive Erfahrungen sammeln, da ihr Langzeitgedächtnis in der Regel noch gut funktioniert. Lediglich beim Vorlesen und beim Verstehen der Spielanleitung benötigten einige meiner Patienten Hilfe, die jedoch immer entweder von mir oder von anderen Teilnehmern geleistet werden konnte.

Bestätigt werden meine Beobachtungen bei Gaby Schwarz: „Da das Langzeitgedächtnis meist noch gut erhalten ist, lassen sich durch das sogenannte Erinnerungstraining die Stimmung und das Selbstwertgefühl des Patienten deutlich anheben“ (Schwarz 2000, S. 40).

Auf einen anderen Effekt eines professionell durchgeführten Hirnleistungstrainings verweist Ermini-Fünfschilling: Für sie hat die Intervention eine wichtige Funktion sowohl für die Kranken als auch deren Angehörige, denn ein „Gedächtnistraining“ klinge seriös und wecke Hoffnungen. Der Nutzen des Angebots liege nicht in der Verbesserung der kognitiven Leistungen, sondern viel mehr darin, dass die Betroffenen das Gefühl entwickeln, etwas gegen die Krankheit unternehmen zu können (Vgl. Ermini-Fünfschilling, 1997, S. 291).

3.2.2 Realitätsorientierungstraining (ROT)

Das ROT wurde 1966 von den amerikanischen Psychiatern Folsom und Taulbee entwickelt. Es hat „die Verbesserung der verschiedenen Orientierungsqualitäten sowie die Förderung der sozialen Kompetenz zum Ziel“ (Fenske- Deml, 2000, S. 242). Das Training besteht aus drei Komponenten. Zunächst muss das Pflegepersonal eine akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung trainieren. Vermittelt werden grundlegende Informationen über die Desorientiertheit und die Anwendung des Trainings in der Kommunikation mit den Patienten. Die Voraussetzung für das Gelingen des Trainings ist, dass alle, die mit den Demenzkranken umgehen, zusammenarbeiten (Vgl. Erlemeier, 1998, S.183).

Es folgt ein 24-Stunden-Programm, in dem die Pflegekräfte und alle, die Kontakt zu den Patienten haben, die Desorientierten an das Datum, die Uhrzeit, den Ort,

ihren Namen oder die Situation erinnern. Falls der Patient eine Information oder Frage nicht versteht, wird diese wiederholt. Ihm wird die nötige Zeit zum Überlegen gewährt und es erfolgt ein Lob, wenn seine Antworten richtig sind. Gibt er allerdings eine falsche Rückmeldung, wird diese vom Kommunikationspartner in einem angemessenen Tonfall korrigiert (Vgl. Grond, 1991, S. 179). Es sollen so oft wie möglich Interaktionen stattfinden, für die biographische Kenntnisse erforderlich sind. Nur so besteht die Möglichkeit, die verbalen und auch nonverbalen Äußerungen des Demenzen zuordnen zu können. In der Kommunikation muss darauf geachtet werden, den Patienten nicht zu infantilisieren und seine Persönlichkeit zu achten. Um Angstgefühle und eine Zunahme der Desorientiertheit zu vermeiden, sollte bei der Korrektur falscher Antworten sensibel vorgegangen werden und eine zu unvermittelte Konfrontation mit der Realität vermieden werden. Eine Bedingung zur Erreichung eines positiven Effekts ist die Strukturierung der räumlichen Umgebung. Es müssen Orientierungshilfen wie zum Beispiel Tafeln mit Informationen, Kalender, gut lesbare Namens- und Türschilder sowie Uhren vorhanden sein. Andenken und Bilder aus der Vergangenheit helfen den Patienten ebenfalls bei der Orientierung (Vgl. Erlemeier, 1998, S. 183-185).

Das 24-Stunden-ROT wird durch das Gruppen-ROT ergänzt. Hierbei handelt es sich um Gruppensitzungen, die möglichst fünfmal wöchentlich abgehalten werden sollen. Eine Sitzung dauert eine halbe bis eine Stunde und besteht aus drei bis sechs Personen, die von einem oder zwei Leitern betreut werden. Die Gruppen werden in verschiedene Schwierigkeitsstufen aufgeteilt, in denen bestimmte Fähigkeitsbereiche der Patienten trainiert werden. Es findet eine intensive Stimulation und Anregung statt, die Bewohner können untereinander soziale Beziehungen und Kontakte knüpfen. Wie bei den anderen ROT-Formen wird vorausgesetzt, dass die Umgebung klar strukturiert ist und das Personal konsistent vorgeht (Vgl. Gunzelmann u. Schumacher, 1997). In der einfachen Schwierigkeitsstufe befinden sich Patienten, die unter schweren kognitiven Beeinträchtigungen leiden. Alle Patienten werden mit Namen angesprochen und über die Zeit und den Ort informiert. Das Gesagte wird von den Teilnehmern wiederholt und notiert. Der Leiter stellt einfache Fragen, die auch für Demenzpatienten in fortgeschrittenem Stadium beantwortet werden können. In der Fortgeschrittenengruppe werden anspruchsvollere Aufgaben gestellt. Hierzu kann das Lesen einer Zeitung oder das Studieren eines Stadtplans gehören (Vgl. Grond, 1991, S.180).

Zum ROT existieren einige Studien, in denen die Effekte des Trainings untersucht wurden. So zeigte sich eine Verbesserung der verbalen Orientierung, die allerdings wieder abnahm, sobald das ROT nicht mehr durchgeführt wurde. Einige Kritiker äußern sich dahingehend, dass die kontinuierliche Konfrontation der Demenzkranken mit der Realität zu einem Sinken der Lebensqualität führen kann, da sich die Betroffenen ständig ihrer Defizite gewahr werden (Vgl. Radzey u. Heeg, 2001, S. 21 f).