



Demenz

Pflege bei demenzerkrankten Patienten
1. Auflage 2017

Urheberrecht

Dieses Lernscript ist urheberrechtlich geschützt und darf nur von Kursteilnehmern unserer Einrichtung zu Lernzwecken verwendet werden. Die kommerzielle Vermarktung und/oder das Vertrieben bzw. die Nutzung von Dritten bzw. anderen Bildungsträgern ist untersagt.

Einleitung

Psychiatrie des Alterns

Was normal ist, lässt sich schwer bestimmen, denn es gibt keinen gesetzmäßigen, vorhersehbaren Altersablauf.

Psychische Erkrankungen alter Menschen werden nicht nur durch organisatorische zerebrale Abbauprozesse und Veränderungen der Gehirnfunktion verursacht. Auch diagnostizierte Veränderungen am Gehirn sind meist nicht alleinige Ursache für krankhafte Störungen. Für eine erfolgversprechende Therapie muss man zuerst nach weiteren ursächlichen und beteiligenden Faktoren suchen.

Behrends und Bergener (1973) haben beobachtet, dass Schicksal und Befinden eines älteren Menschen nicht nur von der Art und Dauer seiner Erkrankung, sondern wesentlich auch von der Einstellung all derer abhängt, die bei der auftretenden Krisensituation für die Einleitung notwendiger Versorgungsmaßnahmen verantwortlich sind.

Psychotherapeutische Arbeit mit alten Menschen

Es geht dabei mehr um Symptomlinderung als um Veränderung von Persönlichkeitszügen.

- Stärker stützende Therapie als bei Jüngeren
- Verkürzte Lebensperspektive berücksichtigen.

Depressionen im Alter

Häufige seelische Störungen im Alter. Alte Menschen mit schweren Depressionen hatten oft schon in jüngeren Jahren depressive Phasen. Leichtere depressive Reaktionen sind oft Folge von Einschränkungen und Verlusten, z. B. auch im frühen Stadium der Demenz.

Schwer depressive alte Menschen äußern oft: „Ich kenne mich nicht mehr aus und komme mit gar nichts mehr zurecht“. Manche sind einsilbig, passiv und apathisch und werden deshalb oft zu Unrecht als dement eingestuft (Pseudodemenz). Im Gegensatz zu Dementen finden sie sich aber doch zurecht und sind orientiert. Demente im Anfangsstadium überschätzen sich oft und überspielen ihre intellektuellen Defizite durch Floskeln.

Suizid im Alter

Die Suizidrate bei den über 65jährigen ist fast doppelt so hoch wie in den jüngeren Altersgruppen. Auslöser sind ganz oft Motivbündel, z. B. Einsamkeit und Isolation, Furcht vor schwerer Krankheit, starke chronische Schmerzen, als ausweglos erlebtes Unglück, Misshandlungen, Armut. Manche Verhaltensweisen können eine nicht bewusste, unterschwellige Suizidabsicht beinhalten (Suizid in Raten), z. B. Missachtung ärztlicher Verordnungen, unangemessenes Essen oder Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung, Missbrauch von Alkohol, Medikamenten u. a.

Demenz

Mit der ständig steigenden Zahl Hochbetagter nehmen auch die Demenzen zu. Häufigste Ursache ist die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT). Weitere mögliche Ursachen: Schlaganfall oder Multiinfarktleiden, Schilddrüsen-, Leber-, oder Nierenerkrankungen, Vitaminmangel, Hirntraumen oder -hämatome, Infektionen, Vergiftungen, psychische Erkrankungen, z. B. Depression.

Depressionen werden mitunter wegen ihrer Begleitsymptome wie Passivität, Apathie, Denkstörungen u. a. als Demenz verkannt, sog. Pseudodemenz. Wichtig ist eine gründliche Diagnose, wobei die DAT nur eine Ausschlussdiagnose ist, d. h. der Verdacht verhärtet sich mehr und mehr, wenn alle anderen Ursachen für eine Demenz ausgeschlossen werden konnten.

Verwirrtheit im Alter

Nach Lipowski (1983) war bei 35 % der über 65jährigen Kranken der Grund für eine Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus ein akuter Verwirrheitszustand. Nach Oesterreich wurden in psychiatrischen Kliniken 55 % und in geriatrischen Kliniken 80 % der Betten mit verwirrten Kranken belegt.

Verwirrtheit ist keine Krankheit, sondern ein Begleitsymptom von unterschiedlichen Krankheitsprozessen, z. B. Demenz vom Alzheimer-Typ. Verwirrtheit kann auch eine Folge von Kontaktmangel sein.

Akute Verwirrheitszustände bedeuten ein Katastrophenerlebnis. Der Kranke verliert bei der Einweisung Ersparnisse, Kontakte, Kontrolle, Identität, Selbstwertgefühl und Sinn bis zur Verzweiflung. Verlust der Bezugsperson, Fixierung und der therapeutischen Nihilismus der Pflegenden können Verwirrtheit noch verschlimmern.

Akute Verwirrheitszustände hängen vom Verlauf der Grundkrankheit ab, können reversibel und heilbar sein, z. B. periodisches Auftreten bei Austrocknung, Blutdruckschwankungen.

Akute oder periodische Verwirrheitszustände und Demenzen können zu chronischer Verwirrtheit führen, wenn ungünstige körperliche, psychische, zwischenmenschliche oder ökologische Bedingungen dazukommen.

Häufig werden Patienten zu Unrecht als verwirrt bezeichnet, wenn sie

- sich unangemessen und unangepasst verhalten, z. B. Essen ablehnen
- unruhig sind, hin und herlaufen oder wegrennen
- viel Geduld erfordern oder als Problempatienten gelten
- schlecht zu verstehen sind oder andere schlecht verstehen
- Selbstgespräche führen
- unattraktiv, unsympathisch erscheinen, schlecht riechen, sich entblößen
- ängstlich und misstrauisch reagieren
- Nicht „gehorsam“, nicht krankheitseinsichtig sind.

Pflege

- ein Verwirrter ist nie total, nie in allen Bereichen, nie nur fortschreitend, nie gleichbleibend verwirrt, sondern kann in Teilbereichen gebessert werden
- Pflegende sollten nicht verallgemeinern: „Der ist immer total verwirrt“
- Verwirrtheit wird oft generalisiert und als Urteil von anderen ungeprüft übernommen
- Verwirrte alte Menschen sind besonders sensibel für die Einstellung und die Gefühle des Pflegepersonals ihnen gegenüber
- Interesse, Einfühlung und die Bereitschaft zu menschlicher
- Nähe sind wichtig für die Kommunikation mit verwirrten und psychisch kranken alten Menschen
- Verstehen und Verständnis entstehen vor allem auf der gefühlsmäßigen Ebene und nicht auf der inhaltlichen
- Musikalische Ausdrucksmittel einsetzen: Tonalität, Tempo, Dynamik, Klang, Rhythmus unserer Stimme Viel nichtsprachlich kommunizieren mit Mimik, Gestik, Körperhaltung und -spannung

Patienten, die ihre nachlassenden Fähigkeiten (Gedächtnis, Mobilität) erleben, klammern sich umso fester an Dinge, die noch verblieben sind und an Erinnerungen aus dem noch intakten Altgedächtnis. Sie reagieren mit Widerstand, Ablehnung und Ärger auf alles Neue, Unbekannte und auf jeden Wechsel in der Umgebung.

Patienten mit beginnenden Orientierungsstörungen leiden besonders unter der Diskrepanz zwischen Wollen und Nicht-mehr-können.

Orientierungshilfen

- Gut leserliche Namensschilder an der Kleidung aller Mitarbeiter
- Kalender mit Datum des Tages, gut leserlich und in sichtbarer Nähe. Nur sinnvoll wenn täglich geführt
- Uhr mit großen Ziffern Namensschild, Bild oder Talisman am Bett des Patienten
- Übersichtliche Räume, Schränke und Schubladen mit Namen und Inhaltsangabe kennzeichnen
- Gutsichtbares Symbol (Klebeplatz o. a.) an der Zimmertür
- Bilder im Flur als Wegweiser, Hinweisschilder auf dem Weg zur Toilette und an deren Tür
- Kleidung der Reihenfolge nach hinlegen (selbständiges Anziehen)
- Fester, strukturierter Tagesrhythmus mit Liste regelmäßig wiederkehrender Tagesaktivitäten
- Merktzettel für Notizen
- Aktivierenden, stimulierenden Tagesablauf ermöglichen
- Realitätsorientierungstraining, z. B. Gedächtnistraining, Gehirnjogging.

Konzepte

Psychisch kranke alte Menschen werden in Alten- und Pflegeheimen nach unterschiedlichen Konzepten betreut.

- „Beschützende Stationen“ mit verschlossenen Türen für dementiell Erkrankte, die stärker beaufsichtigt werden müssen. Werden kontrovers diskutiert.
- Integrative Betreuung: verwirrte und nichtverwirrte alte Menschen werden gemeinsam betreut. Wo nach dem Motto „Personal ist besser als Pillen“ gearbeitet wird, dort brauchen Verwirrte weniger Medikamente, laufen seltener weg und müssen nicht in geschlossene Abteilungen
- Teilintegrative Betreuungsformen bedeuten für demente alte Menschen, mitten im Heim leben und doch unter sich zu sein, z. B. Tagesbetreuung in Gruppen.

Unkontrollierte Handlungen und Erregungszustände Dabei können zerstörerische, früher erfolgreich unterdrückte Kräfte plötzlich nach außen treten.

Pflege

- Umgebung ruhig halten, weniger Menschen (Besucher hinaus bitten), Geräusche, Lärm vermeiden (Radio, Fernseher ausschalten). Selbst ruhig bleiben.
- Ursachen und Änderungsmöglichkeiten suchen. Unsicherheit, Ärger und Wut können sich von dem Pflegepersonal auf Patienten übertragen
- Körperkontakt: Handhalten, streicheln, ein paar Schritte im Tempo des erregten Patienten mitgehen, das lässt die Aggressivität meistens schnell verpuffen
- Nicht strafend reagieren, nicht nachtragend sein, verwirrte alte Menschen haben solche Szenen meist schnell wieder vergessen.