

3.1.1 Der Demenz-Erkrankte

Demenz (F00-F03) zeigt sich durch Störungen kortikaler Funktionen in den Bereichen Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Kognitive Defizite können zudem die Emotionsregulation, das Sozialverhalten und die Motivation beeinträchtigen. Eine Demenz kann sowohl bei neurodegenerativen Krankheiten wie der Alzheimer-Erkrankung, bei zerebrovaskulären Störungen (vaskuläre Demenz), als auch bei anderen primären oder sekundären Erkrankungen des Gehirns auftreten. Auch Tumore, Hämatome oder andere raumgreifende Ereignisse können mit Demenzen einhergehen (DIMDI, 2018). Mischformen sind nicht selten. Je nach Demenzart gibt es unterschiedliche Verlaufsformen. Die Einteilung in Schweregrade hat sich daher über die verschiedenen Verlaufsformen als valide bewährt (Möller et al., 2015).

Verlaufsformen und Schweregrade

Leichte Demenz (Phase I der Alzheimer-Demenz): Sie ist gekennzeichnet durch leichte Gedächtnisverluste mit schwachem Erinnerungsvermögen für kurz zurückliegende Ereignisse, eingeschränkter Urteilsfähigkeit, eingeschränkter visuell-räumlicher Orientierung (besonders in fremder Umgebung) und Wortfindungsstörungen. Die Betroffenen können neue Informationen nicht mehr speichern, Dinge werden verlegt, der Weg zur Haltestelle wird nicht mehr so schnell gefunden, Alltagsaktivitäten werden vergessen oder vernachlässigt und nicht selten bringen sich die Betroffenen in Gefahr, wenn sie z. B. vergessen, den Herd auszuschalten. Viele Betroffene nehmen den Verlust ihrer Kompetenzen deutlich und schmerzlich wahr und versuchen, diese vor sich und/oder Angehörigen und Freunden zu verschleiern oder zu kompensieren. Gefühle von Angst oder Scham, Depressivität, Gleichgültigkeit oder Unruhe treten auf. Sozialer Rückzug ist häufig die Folge und geht mit dieser leichten Verlaufsform einher. Gleichzeitig wird ein Verlust über die Kontrolle von Affekten berichtet, weshalb Betroffene oft *anders* (aggressiv, mürrisch, abweisend, überschwänglich...) reagieren, wenn sie emotional berührt sind. Vom Umfeld, wie vom Betroffenen selbst, wird dies oft als befremdlich und irritierend wahrgenommen.

Mittelgradige Demenz (Phase II der Alzheimer-Demenz): Sie geht einher mit tiefgreifenden Störungen des Gedächtnisses: nicht nur kurz zurückliegende Ereignisse, auch frühere Erinnerungen gehen verloren, teilweise auch das Erkennen der Angehörigen oder der vertrauten Umgebung. Diese Desorientierung im Alltag und die Unfähigkeit, Handlungen zu planen und durchzuführen, macht eine

Anleitung oder Begleitung in fast allen lebenspraktischen Bereichen notwendig. Die sprachliche Verständigung wird wegen Störungen im Sprachverständnis und dem sprachlichen Ausdruck (Wortverwechslungen, Silbenverdrehungen) zunehmend schwierig. Das Urteilsvermögen ist schwerer beeinträchtigt. Es gibt kein *damals* und *heute*, kein *vorhin* und *jetzt*. Der Betroffene ist gänzlich der momentanen Situation ausgeliefert. Der eigene Kontrollverlust wird nicht mehr wahrgenommen und deshalb auch nicht mehr verleugnet, vertuscht oder abgewehrt. Aufkommende Erinnerungen können nicht als zurückliegende Geschehnisse eingeordnet werden, sondern werden ungefiltert mit aller Intensität im *Hier* und *Jetzt* erlebt. Darüber hinaus sind Betroffene oft von Sinnestäuschungen verunsichert (das eigene Spiegelbild wird als *fremde Person* wahrgenommen); auch von Wahnerleben wird berichtet (wobei oft unklar bleibt, ob das Erleben wahnhaft verzerrt ist oder ob eine nicht klar zu benennende, biografische Erinnerung das momentane Erleben dominiert). Der Verlust an Autonomie, Kontrolle, Selbstbestimmung, Orientierung und Verständnis ist für die Betroffenen oft schwer erträglich und geht mit Angst und dem Gefühl von Isolation einher: Unruhiges Umherwandern, starke affektive Schwankungen, manchmal auch Aggressivität stellen Angehörige oder Pflegende vor große Herausforderungen: Ein gut gemeintes Umlenken des Affekts (sofern es den bestehenden Affekt nicht aufgreift und bestätigt) kann im Betroffenen das verwirrende Gefühl verstärken, nicht gemeint, verstanden oder gar hier *falsch* zu sein.

Die Symptome der Erkrankung können im häuslichen Umfeld oft nicht mehr kompensiert oder aufgefangen werden. Nicht selten führen sie zu emotionalen Überforderungen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen. Darüber hinaus ist für die Angehörigen das Erlebnis verkannt bzw. nicht mehr erkannt zu werden, ein Schock, wird als Kränkung erlebt und kann nicht verstanden oder nachvollzogen werden. Der Verlust des Ichs entfremdet die Betroffenen zusätzlich von den Angehörigen (und umgekehrt). Angesichts des veränderten Erlebens der Betroffenen fällt die Alltagsverständigung schwer oder wird situativ unmöglich. Tagesbetreuung oder der Umzug in ein Pflegeheim wird unausweichlich.

Schwere Demenz (Phase III der Alzheimer-Demenz): Sie zeigt sich in schwersten Gedächtnisstörungen, v. a. auch im Verlust des prozeduralen Gedächtnisses. Einfachste Handlungsabläufe, wie sie im Laufe des Lebens automatisiert wurden (u. a. Essen und Körperpflege) verlieren sich, sodass auch grundlegende Funktionen nicht mehr beherrschbar sind: Es kann zu Gehstörungen, unsicherem Stehen, Schluckstörungen, Inkontinenz bis hin zur Bettlägerigkeit kommen. Einfachste Abläufe, wie das Trinken, werden verlernt, sodass der Betroffene hier auf Hilfe angewiesen ist, ohne deren Notwendigkeit verstehen zu können. Die

Pflege kann hier zur großen Herausforderung werden, weil sie als *Angriff* oder *Übergriff* erscheint. Oft kommt es zum Verlust der eigenen Sprache als Selbstausdruck und zum Verlust des Sprachverständnisses. Verständigung über Sprache ist somit nicht mehr möglich; verbale Äußerungen haben einen sinnentleerten Charakter (Echolalie, Palilalie). Eigene Impulse, Affekte und auch das Bedürfnis nach Affektaustausch scheinen zurückzutreten. Der Betroffene kann weder eigene Gefühle noch eigene Bedürfnisse adäquat äußern, selbst wenn er noch zu verbalen Äußerungen fähig ist. Ebenso laufen verbale Zuwendungen von anderen oft ins Leere. Angehörige können nicht verstehen, dass der Betroffene Worte nicht mehr einordnen kann. Der an Demenz Erkrankte ist in dieser Phase über gesprochene Worte nicht mehr erreichbar. Was dagegen in der missglückten Begegnung vermittelt wird, ist die Atmosphäre der Hilflosigkeit, die den Rückzug der Betroffenen zusätzlich verstärkt. Das Erleben der Betroffenen wird als traumähnlich oder *vor-sich-hin-dämmern* beschrieben, wobei die Abgrenzung zwischen Schlaf, bzw. Traum und Wachheit verschwimmt. Reaktionen auf Zuwendungen bleiben aus. Muthesius et al. (2010) sprechen in diesem Stadium von einem „verschwindenden Selbst“. In diesem Stadium, in dem Worte nicht mehr sind als Schall und keine Bedeutung mehr transportieren, ist es wichtig, dem Betroffenen eine Atmosphäre von Schutz, Sicherheit, Geborgenheit und liebevoller Zuwendung zu ermöglichen.

BEISPIEL

Im Pflegeheim besuche ich Frau Müller, um eine Einzelmusiktherapie durchzuführen. Sie sitzt in ihrem Zimmer am Tisch. Von den Pflegekräften weiß ich, dass sie bereits seit zwei Stunden beim Frühstück ist. Sie erinnert sich an mein Gesicht und lächelt mich an. Sie fragt mich, wie es meinen Kindern gehe und ob zuhause alles in Ordnung sei. Wie jede Woche erinnere ich sie mit meiner Art und meinem Auftreten an ihren Sohn. Aufgrund der räumlichen Entfernung kann dieser nur einmal im Monat seine Mutter im Pflegeheim besuchen. Ich weise sie nicht auf ihre Verwechslung hin und antworte: „Zuhause ist alles gut. Aber viel wichtiger ist die Frage, wie es dir geht.“ Sie erzählt mir, dass sich ihr Ehemann Richard schon so lange nicht mehr gemeldet hat, aber heute Abend von der Arbeit wieder nach Hause kommen wird – ihr Mann ist vor acht Jahren verstorben. Weiter beschwert sie sich über die vielen fremden Leute, die in „ihrem Haus“ (dem Pflegeheim) umherlaufen. Sie sei noch sehr wohl selbst in der Lage, zu putzen und die Wäsche zu machen! Ich gehe im Gespräch wieder zurück zu ihrem Ehemann und erinnere sie daran, wie gerne sie doch zusammen gesungen haben. Ich nehme meine Gitarre und wir singen unser Begrüßungslied „Kein schöner Land in dieser Zeit“ ...

3.1.2 Der depressiv Erkrankte

Depressive Erkrankungen gehören auch in hohem Alter zu den häufigsten psychischen Störungen und treten bei geriatrischen Patienten verstärkt auf. Insbesondere scheint auch eine hohe Komorbidität mit koronaren Herzerkrankungen und Diabetes mellitus zu bestehen. Weiterhin wird häufig festgestellt, dass auf einen Schlaganfall oder Herzinfarkt eine Depression folgt. Da sich die Symptome demenzieller Erkrankungen teilweise mit denen depressiver Erkrankungen überschneiden, ist eine klare Abgrenzung häufig schwierig (Robert Koch-Institut, 2010).

Zu den Symptomen einer depressiven Episode (F32.-) gehören neben einer gedrückten Stimmung die Verminderung von Antrieb, Aktivität, Appetit, der Fähigkeit zu Freude, Interesse und Konzentration. Müdigkeit kann selbst nach kleinen Anstrengungen auftreten. Es liegen meist Schlafstörungen (z.B. Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen) vor, und fast immer eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens. Betroffene sind wenig schwingungsfähig oder zeigen sich manchmal auch agitiert (DIMDI, 2018).

Zu den Besonderheiten der sog. *Altersdepression* gehört, dass bei älteren Menschen häufig gesundheitsbezogene Probleme im Erleben der Betroffenen im Vordergrund stehen bzw. die depressiven Symptome von körperlichen Beschwerden überlagert sind. Unspezifische Symptome wie Schwindel, Kopf- oder Rückenschmerzen überwiegen, während die typische Stimmungsveränderung meist schleichend im Hintergrund erfolgt oder als Folge der körperlichen Beschwerden verkannt wird. Im Alter deutlicher auftretende Sprech- und Denkhemmungen werden häufig als erste Anzeichen einer Altersdemenz von den Betroffenen ängstlich abgewehrt oder verschwiegen. Auch tun sich ältere Menschen aufgrund ihrer Sozialisation schwerer, psychische Erkrankungen als eigenständige Erkrankungen wahrzunehmen und zu akzeptieren, d.h. auch darüber zu sprechen. Ältere Menschen haben ja z.T. noch erlebt, dass zur Zeit des Nationalsozialismus psychisch Kranke als „lebensunwert“ abgestempelt, sterilisiert oder ermordet wurden, oftmals wurde das Thema auch ängstlich tabuisiert. So bleibt die Depression häufig unerkannt und unbehandelt.

Erst im weiteren Verlauf werden die psychischen Veränderungen deutlicher: Liebgewonnene Aktivitäten oder Kontakte werden unwichtiger, die Stimmung ist über längere Zeit gedrückt, übliche Möglichkeiten der Aufheiterung scheitern, die Betroffenen ziehen sich weiter zurück und wollen ihre *vier Wände* nicht mehr verlassen. Bei Männern zeigen sich depressive Symptome nicht selten durch vermehrte Reizbarkeit, Aggressivität bzw. Ärger- oder Wutanfälle, vermehrtes Suchtverhalten, Feindseligkeit und Abweisung auch gegenüber geliebten Menschen. Der soziale Rückzug begünstigt das Kreisen um körperliche Beschwerden,

die eigene Nutzlosigkeit und erlebte Verluste. Dies wiederum verstärkt negative Gedankenschleifen, die durch fehlende Aktivität und das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit Schlaflosigkeit begünstigen. Antriebs- und Lustlosigkeit, Gleichgültigkeit gegenüber Menschen und Umgebung, emotionale Abstumpfung und das Nachdenken über den Tod werden im sozialen Umfeld nicht selten als alterstypische Veränderungen fehlinterpretiert („das ist halt so im Alter“).

Problematisch bei depressiven Erkrankungen ist die Gefahr von Suiziden. Die Anzahl der Suizide nimmt auch mit steigendem Alter weiter zu: 42% aller Suizide werden von Menschen über 65 Jahren verübt (Statistisches Bundesamt, 2017), wobei die „stillen“ oder „verdeckten“ Suizide (z. B. durch Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder Unterlassen von notwendiger Medikamenteneinnahme) zu einer hohen Dunkelziffer beitragen.

BEISPIEL: Herr Gustav sitzt alleine an seinem Tisch im Gemeinschaftsraum des Pflegeheimes. Vereinzelt sitzen noch weitere Bewohner an den Tischen im Raum. Keiner spricht. Ich freue mich schon auf das Singangebot im Gemeinschaftsraum und setze mich neben Herrn Gustav. Seit dem Tod seiner Frau vor drei Jahren bleibt er lieber für sich und meidet soziale Kontakte. Er wohnt seit vier Wochen in der Einrichtung. Die Entscheidung seiner Kinder kann er nicht nachvollziehen. Er fühlt sich ins Pflegeheim abgeschoben. Die Hoffnung seiner Kinder, dass die Lebendigkeit und Fröhlichkeit des Vaters wieder zurückkehrt, hat sich bisher noch nicht erfüllt. Wenn Herr Gustav spricht, ist seine Sprache sehr monoton und abgehackt. Er kann sich an den vielen Angeboten zur Beschäftigung nicht erfreuen. Die meiste Zeit des Tages verbringt er an seinem Platz im Gemeinschaftsraum und schaut starr auf den Tisch. Herr Gustav leidet an einer sogenannten Altersdepression.

3.1.3 Der Parkinson-Erkrankte

Zu den Hauptsymptomen der Erkrankung gehören, neben Bradykinese (Bewegungsverlangsamung) oder Akinese (Bewegungsblockade) auch Tremor (unwillkürliches Zittern), Rigor (Bewegungssteifigkeit) und posturale Instabilität (Störung der Halte- und Stellreflexe bzw. Instabilität in der Körperhaltung). Außerdem können diverse nicht-motorische Begleitsymptome wie Verschlechterung des Geruchssinns, Schlafstörung, depressive Verstimmung, diffuse Schmerzen auftreten (Braak et al., 2004; Chaudhuri et al., 2006; Parkinson aktuell, 2019).