



Das Wichtigste **6** Die nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit

Für Demenzkranke sind Stabilität und Verlässlichkeit der Umwelt von großer Bedeutung. Nichtmedikamentöse Therapie kann einerseits einen erheblichen leistungs- oder stimmungsmäßigen Fortschritt bedeuten, wenn sie aus der Unterforderung in den Bereich positiv erlebter Leistungsfähigkeit führt. Sie kann sich andererseits aber auch verheerend auswirken, wenn sie den Patienten überfordert. Deshalb umfasst der Respekt gegenüber Demenzkranken notwendigerweise auch die Berücksichtigung begrenzter Bewältigungsmöglichkeiten. Diese Einsicht in die krankheitsbedingte Begrenztheit unserer therapeutischen Möglichkeiten darf aber keinesfalls mit Resignation verwechselt werden!

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Techniken dürfen als die in diesem Bereich erprobtesten Verfahren gelten. Im Prinzip ist das ganze Spektrum verhaltenstherapeutischer Methoden einsetzbar. Die meisten Erfahrungen liegen mit der Technik des Verhaltensaufbaus und –abbaus vor allem durch positive Anreize („Belohnungen“) vor. Sie ermöglicht eine Verhaltensänderung ohne die aktive Mitarbeit des Patienten und bezieht sich auf „klassische“ Problemsituationen bei der Betreuung von Demenzkranken. Dazu zählt neben dem Abbau von störendem Sozialverhalten auch das Erreichen von größerer Selbständigkeit (z. B. beim Baden oder Anziehen) und die Rückgewinnung verloren gegangener Kompetenzen (z. B. selbstständig essen oder sich waschen).

Kognitives Training

Ein spielerisches Lernen ist aus keiner Gruppenaktivität wegzudenken. Je alltagsnäher die Aktivitäten einer Gruppe sind, desto wahrscheinlicher werden beim spielerischen Lernen gleichzeitig mehrere Kanäle benutzt und damit auch trainiert. Je mehr dabei die körperliche Bewegung einbezogen und geübt wird, desto eher ist ein Trainings-

erfolg zu erwarten. Wenn allerdings nur das trainiert wird, was aufgrund der Demenz zunehmend beeinträchtigt ist, besonders also das verbale Gedächtnis, droht rasch Überforderung. Gegen einen dementiellen Prozess „anzutrainieren“ ist wenig erfolgversprechend und deprimiert Patienten und Therapeuten! Je ausgeprägter die Demenz ist, desto weniger sollte an ein kognitives Training gedacht werden.

Realitätsorientierung

Realitätsorientierungstraining (ROT) ist auf Demenzpatienten auch höherer Einschränkungsggrade zugeschnitten. Zwei prinzipielle Modelle werden – alternativ oder kombiniert – eingesetzt. Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende Personen, Zeit und Ort betreffende Informationen wie in der Schule stets aufs Neue wiederholt. Dies hat sich nicht als nützlich erwiesen. Beim zweiten, lebensnäheren Modell, werden bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Patienten „Realitätsanker“ geboten, sowohl in der direkten Ansprache wie auch als optische oder akustische Orientierungshilfen. In der Realität der stationären Altenhilfe können bei Wahrung der Würde der Demenzpatienten eine Vielzahl realitätsorientierender In-

terventionen durchgeführt werden, die von der Einbeziehung biographischer Materials bis hin zum Training von Gefühlsqualitäten (z. B. Tast- oder Geschmackssinn) reichen.

Erinnerungstherapie

Die Nützlichkeit der Erinnerungstherapie bei Demenzpatienten liegt weniger in der kritischen Aufarbeitung der eigenen Biographie, sondern vielmehr in einer Erhöhung der Lebenszufriedenheit durch die Orientierung auf positive Erinnerungen. Als therapeutische „Erinnerungsanker“ können alte Photographien ebenso dienen wie typische Musikstücke aus bestimmten Lebensabschnitten, oder gelegentlich auch vertraute Speisen oder Gerüche.

Selbst-Erhaltungs-Therapie

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) zielt direkter auf die Alzheimer-Krankheit ab als die bisher genannten Verfahren. Sie kann als Trainingsverfahren aufgefasst werden, dass das längere Erhaltenbleiben der Persönlichkeit anstrebt, die durch vier Prozesse gefährdet wird: (1) Verletzung der personalen Kontinuität, (2) Erlebnisarmut, (3) Veränderungen der Persönlichkeit und des Gefühlslebens und (4) Selbstwissensverlust. Die Therapie knüpft gezielt ►

an individuell weniger beeinträchtigte Kompetenzen an und ermöglicht so Erfolgserlebnisse.

Kunsttherapie

Zu den Therapieverfahren, die sich bewusst und gezielt auf Emotionalität und Kreativität Demenzkranker beziehen, zählen Musik- und Kunsttherapie. Hier sollen Patienten, denen lebenslang erprobte Wege der Kommunikation krankheitsbedingt immer weniger zur Verfügung stehen, Gelegenheit erhalten, mit der künstlerischen Gestaltung als Medium Gefühle zu erleben und wiederzuerleben. Im Einzelfall erweisen sich das Anhören von Musik oder das gemeinsame Anschauen von Bildern oft als erstaunlich wirksam, wenn die dabei auftauchenden emotionalen Reaktionen wahrgenommen und therapeutisch genutzt werden. Bis in sehr späte Phasen der Erkrankung kann so wegen der lange überdauernden Emotionalität der therapeutische Zugang zu den Kranken erhalten bleiben.

Validation

Bei der Validation handelt sich eher um ein Bündel von Umgangsprinzipien als um ein Therapieverfahren im engeren Sinne. Kern, fußend auf der aus der humanistischen Psychotherapie vertrauten Einfühlungsfähigkeit, ist der Versuch, dem Kranken durch Validieren – d. h. für gültig Erklären – seiner Äußerungen oder Verhaltensweisen, durch Respektieren seiner Individualität und Entschlüsselung seiner Verhaltensauffälligkeiten durch Reaktivierung von biographischem Wissen zu helfen. Eine wissenschaftliche Überprüfung steht weitgehend aus.

Milieutherapie

Milieutherapie umfasst die Veränderung des gesamten Wohn- und Lebensbereiches in Richtung auf eine vermehrte Anregung und Förderung ansonsten brachliegender Fähigkeiten. Gleichzeitig kann durch die Errichtung einer stützenden Umwelt versucht werden, die krankheitsbedingten Leistungseinbußen in verschiedenen Bereichen zu kompensieren. Für Demenzkranke kann etwa durch die gezielte Anpassung der dinglichen Umgebung an die Störungen von Gedächtnis und Orientierung eine bessere „Ablesbarkeit“ der Umgebung und damit ein höherer Grad von Autonomie erzielt werden.

Eine noch grundlegendere Ebene soll mit dem Konzept der „basalen Stimulation“ erreicht werden, bei dem grundlegende Sinnesqualitäten (z. B. Lage-, Tast-, Geruchs- und Geschmackssinn) sowohl als Quelle von Lebensqualität als auch als Elemente wiederzuentdeckender sozialer Kompetenz gezielt gefördert werden.

Für dieses Informationsblatt danken wir

PD Dr. Hans Gutzmann
Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus,
Berlin

06/00

Das Wichtigste - Informationsblätter

- 1 Die Epidemiologie der Demenz
- 2 Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit
- 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit
- 4 Die Genetik der Alzheimer-Krankheit
- 5 Die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit
- 6 Die nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit
- 7 Die Entlastung pflegender Angehöriger
- 8 Die Pflegeversicherung
- 9 Das Betreuungsrecht
- 10 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
- 11 Frontotemporale Demenz



**Deutsche Alzheimer
Gesellschaft e.V.**

Friedrichstr. 236
10969 Berlin

Tel.: 030/259 37 95 - 0
Fax: 030/259 37 95 - 29

Alzheimer-Telefon: 01803/17 10 17
9 Cent pro Minute
Mo - Do 9 - 18 Uhr
Fr 9 - 15 Uhr

E-Mail:
info@deutsche-alzheimer.de

Internet:
www.deutsche-alzheimer.de

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft Berlin
BLZ 100 205 00
Konto 3377800