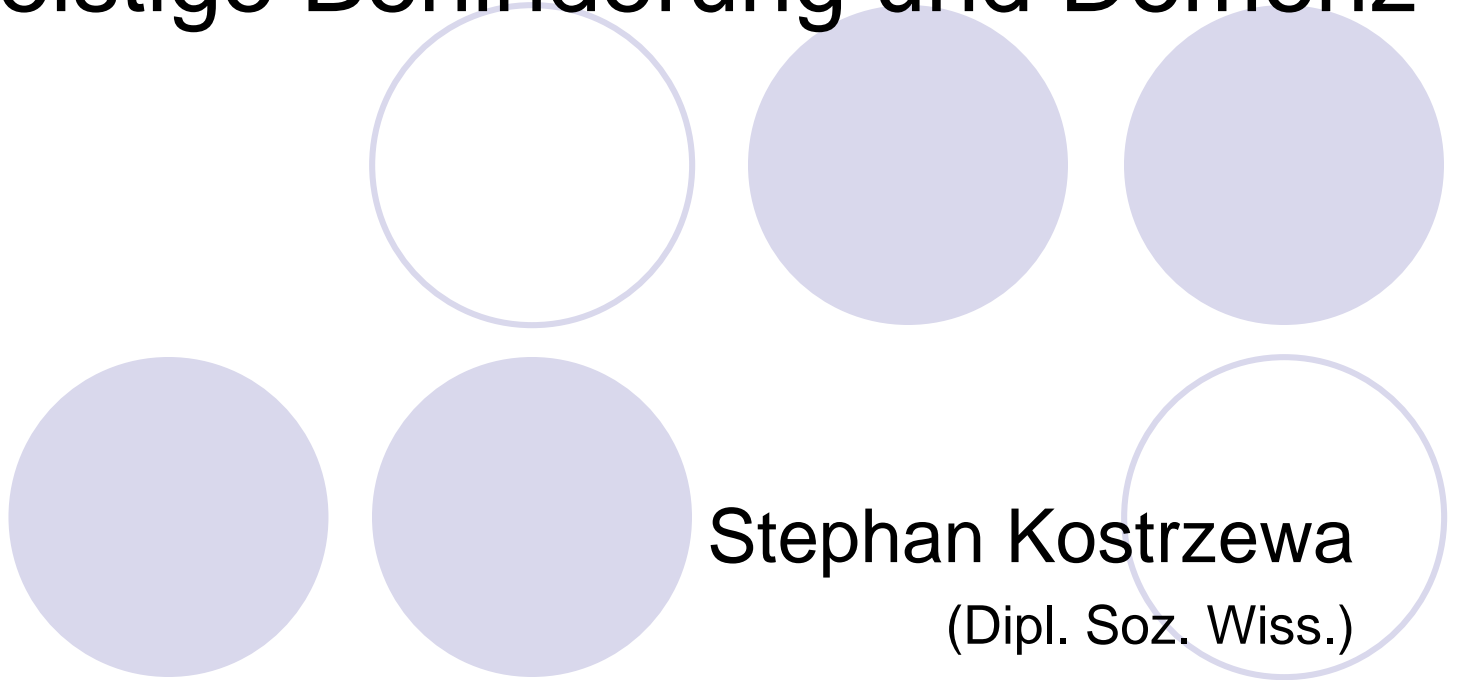


Geistige Behinderung und Demenz



Stephan Kostrzewa
(Dipl. Soz. Wiss.)

Institut für palliative und gerontopsychiatrische Intervention



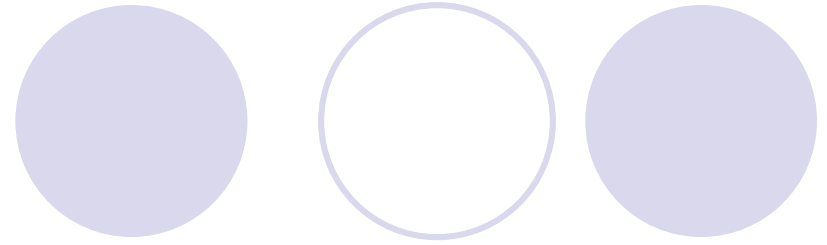
Demenz und geistige Behinderung – eine Übersicht

- Problemaufriss/Erwartungen
- Alter, Demenz, MmgB
- Übersicht: Demenz und MmgB
- Gemeinsamkeiten/ Unterschiede
- Demenzen (Formen, Verläufe)
- Diagnostik
- Betreuungskonzepte
- Alltagsgestaltung
- Angehörigenarbeit
- Schmerzmanagement
- Schmerzmanagement bei Demenz
- EDAAP-Skala
- Palliativversorgung
- Todeskonzept von MmgB

Alter, Demenz, Menschen mit geistiger Behinderung

- Zahl alter Menschen steigt kontinuierlich
- Mit steigendem Alter steigt das Risiko einer Demenz
- Menschen mit geistiger Behinderung werden immer älter
- Menschen mit geistiger Behinderung altern häufig eher z.B. bei DS
- Zahl alter Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz wächst kontinuierlich

Demenzen



- Primäre Demenzen:
 - Alzheimer
 - Vaskuläre Demenzen
 - Lewy-Body-Demenz
 - Mischformen
- Sekundäre Demenzen:
 - Depressionen
 - Hypothyreose
 - Delir
 - Tumor
 - Stenose der Carotis
 - Herzinsuffizienz
 - Leber- und Nierenerkrankungen
 - Vitamin B12-Mangel
 - Normaldruck Hydrocephalus
 - Etc.



Typischer Verlauf einer Demenz vom Alzheimer Typ

(nach Füsgen)

- Stadium 1: Das Vorstadium
- Stadium 2: Die begleitungsbedürftige Phase
- Stadium 3: Die versorgungsbedürftige Phase
- Stadium 4: Die pflegebedürftige Phase



Stadium 1: Das Vorstadium

- Störung des Kurzzeitgedächtnis
- Ausgeprägter Gedächtnismangel
- Planen von größeren Aktionen macht Mühe
- Depressionen
- Angst vor dem senilen Verfall
- Fassadentechnik (Floskeln, Witze, Habitus)
- Schamreaktionen
- Einfache Gespräche können nicht mehr verfolgt werden
- Fehlleistungen werden gerechtfertigt



Stadium 2: Die begleitungsbedürftige Phase

- Beginn von Sprachstörungen (meist Wortfindungsstörungen bis hin zu Perseverationen)
- Unruhe (Suche nach Vertrautem?)
- Bewegungsdrang
- Die eigene Lebensgeschichte wird unscharf
- Die aktuelle Welt rutscht unter den Füßen weg
- Eigene Defizite werden deutlich erlebt und mit Zorn, Misstrauen und Schwermut beantwortet



Stadium 3: Die versorgungsbedürftige Phase

- Koordination wird schwieriger – Apraxie
- Stürze werden häufiger
- Tremor, Muskelverspannungen
- Einfachste Zusammenhänge können nicht mehr begriffen werden
- Nachahmen funktioniert gut
- Zunehmend **gegenwärtiges** Erleben (leben im Augenblick)
- **Intuitives** Einfühlen in andere Menschen ist sehr gut
- Wissen und Verstehen wird durch Einfühlen ersetzt



Stadium 4: Die pflegebedürftige Phase

- Ausgeprägte Agnosie
- Kräfteschwund
- Dumpfes vor sich hin starren
- Viel Schlafen und dösen
- Unruhe zeigt sich in stereotypen Bewegungen
- Eigener Körper wird als fremd erlebt
- Inkontinenz
- Völlige Hilflosigkeit
- Körpernaher Dialogaufbau ist möglich (z.B. über Basale Stimulation)

Demenz und geistige Behinderung

- im Grund gelten diese Stadien auch für Menschen mit geistiger Behinderung (Thoennissen)
- jedoch, bei Menschen mit Down-Syndrom (DS) ist häufiger in der Anfangsphase:
 - Apathie
 - Sozialer Rückzug
 - Verlust von Selbsthilfefähigkeiten
 - Tagesschläfrigkeit
- jedoch, bei Menschen mit DS ist weniger in der Anfangsphase:
 - Sinnestäuschungen
 - Wahnideen
- jedoch, bei Menschen mit DS in der Spätphase häufiger:
 - Spätepilepsie

Primäre und sekundäre Symptome

● Primäre Symptome

- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen
- Sprachzerfall
- Agnosie
- Apraxie
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Antriebsstörungen

● Sekundäre Symptome

- Depressive Reaktionen
- Aggressivität (?)
- Wahnhafte Reaktionen
- Unruhe – Bewegungsdrang
- Apathisches Verhalten
- Sozialer Rückzug
- Schlaf-Wach-Umkehr
- Erhöhtes Misstrauen
- Ängstlichkeit
- Unsicherheit
- Scham/
Peinlichkeitsreaktionen

Frühe bis mittelgradige Demenz

(Angaben der Betreuer von MmgB)

- Vergessen (78%)
- Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten (68%)
- Persönlichkeitsveränderungen (68%)
- Schlafstörungen (59%)
- Wandern/ motorische Unruhe (51%)
- Aggressionen (44%)
- Verbale Ausbrüche (43%)
- Streitlust (39%)
- Inkontinenz (37%)
- Sammeln und Horten von Gegenständen (24%)
- „Schnüffeln“, neugierig sein (21%)
- Epilepsieanfälle im späten Verlauf (17%)

Ratschläge für Ärzte (Martin, P. 2009)

- Ausreichend Zeit für das Gespräch einplanen
- In erster Linie den Betroffenen ansprechen und nicht die Begleitung
- Abklären, ob der Betroffene (zunächst) im Gespräch allein sein möchte
- Offene Fragen stellen oder Alternativen anbieten
- Aussagen oder Erklärungen von dem Betroffenen wiederholen lassen
- Nachfragen, wenn man den Betroffenen nicht verstanden hat
- Leichte Sprache nutzen (auch Broschüren in leichter Sprache)
- Wiederholungen, Betonungen, Gesten bzw. der Einsatz von Körpersprache sind hilfreich
- Genügend Zeit für Antworten (mindestens 10 Sekunden) geben

Demenz, Delir und Depression im Vergleich - Unterscheidungsmerkmale

(Quelle: vgl. Perrar et al.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe, Stuttgart 2007)

	Demenz	Delir	Depression
Krankheitsentwicklung	Meist langsam progredient	Schneller Beginn (Stunden bis Tage)	Tage bis Wochen
Merkfähigkeit	Geht zunehmend stark verloren	Gestört bis nicht vorhanden (retrograde Amnesie)	Nicht gestört, vielleicht verlangsamt
Grundstimmung	Positiv bis depressiv (leicht umzustimmen)	Ängstlich schwankend	Herabgestimmt (negativ)
Konzentration	Nimmt ständig ab	Unkonzentriert/ fähig	herabgesetzt
Mimik/ Gestik	Normal lebhaft bis gesteigert	Ängstlich schwankend	Starr verstimmt, abweisend
Schlaf	Tag/ Nacht-Umkehr	Gestört, ohne Regel	Ein- und Durchschlafstörung
Denken	Verzerrt, zerfahren	Zerfahren, verlangsamt	Verlangsamt, haftend
Selbstwahrnehmung	gestört	Geht verloren	Erhalten bis erhöht
Bewegung	meist lange erhalten	Einschränkung, Tremor	Verlangsamt, seltener erhöht
Soziales Verhalten	Verändert, wenig Distanz	Übergriffe möglich	In sich gekehrt, zurückgezogen

Diagnostische Überlegungen:

- Abnahme der **Gedächtnisfunktion** – insbesondere beim Lernen neuer Inhalte
- **Persönlichkeitsveränderungen**
- Abnahme der örtlichen und zeitlichen **Orientierung**
- **Sprachstörungen**
- **Apraxie**
- Nachlassen der **Anpassungsfähigkeit** (z.B. Mithilfe im Haushalt, Anziehen, Essen etc.)
- Übliche **Ausschlusskriterien** (z.B. sekundäre Demenzen, Hormonelle Störungen, Seh- und Hörstörungen, Depressionen, Herzinsuffizienz etc.)

Diagnostik:

- Eine gesicherte Diagnostik ist bei erhöhter geistiger Behinderung immer schwieriger
- Es gibt Ähnlichkeiten im Erscheinungsbild (Demenz und geistiger Behinderungen)
- Unterschied: Demenz ist im Alter erworben – geistige Behinderung ist eher eine gesellschaftliche Zuschreibung
- Unterschied: Demenz wird im Alter erworben – geistige Behinderung entsteht im frühesten Lebensalter
- Unterschied: Demenz ist progredient – geistige Behinderung bleibt häufig statisch
- Im Unterschied zur Demenz bleibt bei MmgB die Lern-, Entwicklungs- und Bildungsmöglichkeit erhalten
- Klassische Verfahren der Demenzdiagnostik sind eher ungeeignet bei MmgB (z.B.: MMST, Uhrentest, Demtec etc.)



Diagnostische Verfahren



Häufig verwendete Verfahren (nach Ackermann):

- Dementia Scale for Down-Syndrom (DSDS) (Gedye, 1995)
- Dementia Questionnaire for Mentally Retarded Persons (DMR) (Evenhuis, 1996)
- Delayed-Match-to-Sample-Test (Dalton & McMurray, 1995)
- Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) (Dalton et al., 1999, 2002)
- Checklist with Symptoms of Dementia (CLD) (Visser, 1996)
- Behave AD (CIPS, 2006)
- Adaptive Behaviour Dementia Questionnaire (Prasher et al., 2004)

Subjektive Einschätzung von Betroffenen

(mithilfe von Interviews durch Lloyd et al. 2007)

- Starke Identifizierung mit den Rollen in Wohngruppe und Werkstatt
- Versuch, sich darzustellen (frühere Rollen und Aufgaben präsentieren)
- Bedürfnis nach Anerkennung
- Betreuungspersonen werden immer wichtiger (Freunde, Beschützer)
- Stress der MA hat negative Auswirkungen auf Stimmung der Betroffenen
- Abnahme der Ressourcen und Kompetenzen wurde deutlich erlebt
- Interviewte wussten nicht um die Diagnose „Demenz“
- Betroffene entschuldigen sich oft wegen Fehlleistungen
- Häufig werden Namen vergessen – jedoch wurde diese Fehlleistung verneint bei Nachfrage
- Kritische Situationen werden vermieden bzw. abgelehnt
- Vertraute Routine und Tagesrhythmus werden aufrechterhalten
- Sozialer Rückzug ist deutlich zu bemerken
- Verwirrtheit zeigt sich in Plaudereien
- Häufig Gefühl der Frustration, Kummer und Angst

Wichtig für die Diagnostik ist die **genaue Beobachtung** und **Beschreibung** durch die Begleitpersonen

- Was hat sich verändert?
- Wie können Sie die Veränderung beschreiben?
- Seit wann liegt die Veränderung vor?
- Trat die Veränderung schleichend ein oder plötzlich?
- Welche andere Bezugsperson hat ebenfalls die Veränderung bemerkt?
- Wie beeinflusst die Veränderung den Alltag des Betroffenen?

Achten Sie insbesondere auf...



- Emotionale Labilität
- Schlafstörungen
- Ängstlichkeit
- Feindseligkeit/ Reizbarkeit
- Ruhelosigkeit
- Selbstaggression
- Initiative
- Depression
- Unterstützungsbedarf
- Lernfähigkeit bei Alltagsaktivitäten
- Vitalität
- Plötzlicher oder schleichender Beginn der Veränderung

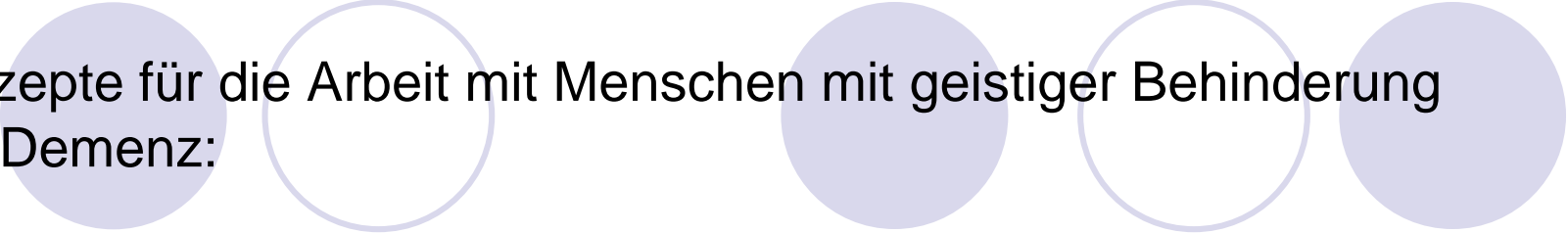
Therapien?



Medikamentöse Therapien sind eher bescheiden erfolgreich. Psychosoziale Auffälligkeiten im weiteren Verlauf der Demenz sind eher auf Reaktionen des Umfeldes zurückzuführen.

Oder anders:

Im Zuge der Demenz leiden die Betroffenen weniger an der Demenz, als an ihrem sozialen Umfeld.



Konzepte für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz:

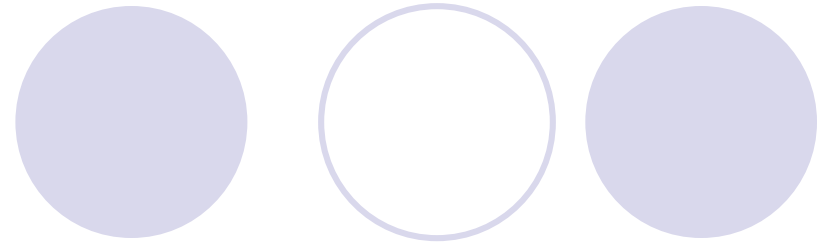
- Wertschätzender Umgang – Validation (IVA)
- Person-zentrierter Umgang (nach Kitwood) - DCM
- Selbst-Erhaltungstherapie (SET) – externes Gedächtnis anlegen
- Biographische Orientierung
- Basale Stimulation – basale Kommunikation (nach W. Mall)
- Milieuthherapie
- Angehörigenintegration (Leitsätze) – frühe Vorbereitung auf Demenz



Allgemeine Gestaltungstipps (nach Chaput, J. L. 2002)

- Sicherheit, Barrierefrei und gute Beleuchtung
- Räumliche Orientierungshilfen
- Glatte und helle Böden vermeiden (Spiegelungen)
- Privatsphäre und Zimmergestaltung unterstützen (Zimmer selbst dekorieren und individuell gestalten)
- Alltagsbeschäftigungen und Bewegungsräume mit Zugang ins Freie und in die Natur

Alltagsgestaltung:



- Tagesablauf soll keine streng vorgegebenen Beschäftigungen beinhalten
- Favorisierte Aktivitäten stehen im Vordergrund
- Aktivitäten richten sich nach Interesse und Bedürfnissen des Betroffenen
- Aktivitäten eher in kleinen Gruppen anbieten
- Eins-zu-eins-Betreuung muss häufiger als einmal täglich möglich sein

Umweltgestaltung (Beispiele):



- Offene Aufenthalts- und Essräume, einsehbare Küche
- Wanderwege im Gebäude und geschützter Freibereich
- Visuelle Wegführung im Freien
- Türsicherungen
- Spezielle Ausstattung oder Anpassung der Badezimmer und Toiletten
- Rollstuhlgerechte Räume
- Licht für besseres Sehen (min. 500 Lux), Minimierung von Blendung und Schatten
- Klassische Förderkonzepte überdenken (Gefahr der Frustration durch Überforderung)