

- Grundlagen zu Demenzerkrankungen
- Unterstützung aus der Naturheilkunde
- Hinweise für Angehörige

Mathilde Zeidler

Demenzkrankungen verstehen und behandeln

Praxishandbuch

LESEPROBE



Demenzerkrankungen verstehen und behandeln

Praxishandbuch

Mathilde Zeidler



1. Auflage 2020

© 2020 ML Verlag in der
Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische
Systeme ist unzulässig und strafbar.

Titelbild: © pathdoc – stock.adobe.com

www.ml-buchverlag.de

ISBN: 978-3-96474-361-9

ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-362-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Einführung	9
2. Klassifikation und Häufigkeit des demenziellen Syndroms	11
2.1 Unterscheidung von Altersvergesslichkeit und demenziellem Syndrom	13
2.2 Die Formen von Demenz	14
3. Ausschluss- und Verdachtsdiagnose – Verfahren	21
3.1 Aktuelle Forschungsberichte	22
3.2 Die ersten Anzeichen und Symptome – Fallbeispiel 1	23
3.3 Die ersten Anzeichen und Symptome – Fallbeispiel 2	25
3.4 Die ersten Anzeichen und Symptome – Fallbeispiel 3	27
3.5 Die ersten Anzeichen und Symptome – Fallbeispiel 4	29
3.6 Die ersten Anzeichen und Symptome – Fallbeispiel 5	30
3.7 Zur Situation der Pflegekräfte für Demenzerkrankte	32
4. Die ganzheitliche Sichtweise auf ein demenzielles Syndrom	35
4.1 Phasenmodell nach Elisabeth Kübler-Ross: Die 5 Sterbephasen, die von mir auf die Demenzerkrankung übertragen wurde.	37
4.2 Gesprächshilfen nach Carl Rogers Gesprächspsychotherapie.	39
4.3 Entwicklungsmodell nach Erik Homburger Erikson	40
4.4 Validationsmethode nach Naomi Feil	42
4.5 Biografiearbeit bei Demenzerkrankten	50
4.6 Leben mit der Erkrankung im Alltag	53
4.7 Fünf Lebensgefährten von Demenzerkrankten berichten	57
5. Naturheilkundliche Verfahren für Demenzerkrankte und deren Angehörige ..	65
5.1 Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	67
5.2 Autogenes Training (AT) nach Schultz	70
5.3 Qigong und Demenz	74
5.4 Dynamische Atemtherapie (DAT)	80
5.5 Shiatsu	83
5.6 Klangschaalenmassage	92
6. Rechtliche Schritte klären	97
6.1 Pflegegrade beantragen	97

6.2	Vorsorgevollmacht	100
6.3	Betreuungsverfügung	101
6.4	Patientenverfügung	102
6.5	Testament und Bestattungsplanung	102
6.6	Schwerbehindertenausweis	104
6.7	Euroschlüssel	104
7.	Möglichkeiten der Unterbringung und Versorgung	105
8.	Schlussbetrachtung	108
Anhang		110
	Literaturverzeichnis	110
	Stichwortverzeichnis	111

Vorwort

Ich habe lange gezögert, ob ich dieses **Praxishandbuch** schreiben soll. Es sollte kein Ratgeber werden, denn mit dem Ratgeben liege ich auf Kriegsfuß. Bei der Demenzerkrankung ist mit „Ratschlägen und Tipps geben“ für Angehörige und Pflegende nicht viel geholfen. Es kann für Angehörige ein Strohalm bedeuten, aber auch Frust, weil es wenig nützt. Ratschläge und Tipps sind kein stabiler Partner bei der Begleitung einer Demenzerkrankung. Es benötigt **Grundlagenwissen** und **Hilfsangebote** sowie **begleitende Beratung und Unterstützung**. Menschen, deren Partner von dieser Erkrankung betroffen sind, sind irritiert und hilflos, wenn sie bemerken, dass sich das Alltagsverhalten verändert, obwohl der Erkrankte äußerlich gesund aussieht.

Ich wurde in meiner naturheilkundlichen Praxis immer wieder mit dem demenziellen Alltagsleben konfrontiert. Gelebtes und geliebtes Leben wurde als Last und Perspektivlosigkeit empfunden. Die Rollen wurden verschoben, da die Verantwortung und Versorgung bei dem (noch) gesunden Partner lag. „Ich halte es nicht mehr aus.“ „Ich kann nicht mehr gut schlafen.“ „Ich mache mir Sorgen, wie lange es noch so weitergehen soll.“ „Die Unruhe und das ständige Gefrage gehen mir auf die Nerven.“ „Er ist nicht mehr derjenige, der er einmal war“ beziehungsweise „Sie ist nicht mehr diejenige, die sie einmal war“. „Ich lebe in Angst, wenn ich alleine weg gehe, was dann passieren kann. Ich muss aber auch raus, denn er / sie nimmt mir die Luft zum Atmen.“

Der Alltag mit einem Demenzerkrankten wird von den Angehörigen ganz individuell beschrieben. Angehörige wie Kinder oder Enkel haben den räumlichen Abstand, doch Lebenspartner sind rund um die Uhr, Tag und Nacht, involviert. Aufgrund der Vergesslichkeit des Erkrankten muss ständig wiederholt geantwortet werden, die Hilfen und Kontrollen bei den alltäglichen Verrichtungen sind anstrengend, sodass sie selbst manchmal das Gefühl haben, an Demenz zu erkranken. Ist der Erkrankte in einer ungewohnten Umgebung, so macht sich die **Orientierungsstörung** besonders bemerkbar. Die Angehörigen müssen Sicherheit und Vertrautheit vermitteln, sodass sich alles um den Erkrankten dreht und ihre eigene Gesundheit darunter leidet. Ihre Welt ist wie eine Einbahnstraße, die in eine Sackgasse mündet. Die Erkrankung macht alles auf einmal anders. Hilflosigkeit und Traurigkeit versperren die Sicht auf Freude, Wohlbefinden und eine gemeinsame Zukunft.

An der Demenzerkrankung meines Bruders habe ich lernen können, wie unterschiedlich schwer die Erkrankung, seitens der Kinder und von der Partnerin erlebt und eingeschätzt wird. Das Alltagsverhalten des Erkrankten ist für die pflegenden Angehörigen sehr belastend. Ich konnte mich am Abend in das Hotel zurückziehen und war froh, wieder

durchatmen zu können. Meine Schwägerin dagegen war dem, teilweise unberechenbaren und ängstlichem Verhalten meines Bruders ausgeliefert. Er war zuvor ein intellektueller, gut gelaunter Mensch mit einem frohen und positiv ausgerichteten Lebensmuster gewesen. Jetzt verharrte er in seinem lang zurückliegenden Jugendalter und die damit verbundenen traumatischen Kriegskind-Erfahrungen.

Am Verlauf dieser Erkrankung konnte ich nachvollziehen, was man mit Naomi Feils „**Validationsmethode**“, einer Grundhaltung von Empathie und Anerkennung, alles erreichen kann. Diese nonverbale und verbale Kommunikationstechnik bewirkt bei alten verwirrten Menschen eine zwischenmenschliche Harmonie, die den Alltag angenehmer macht. Die **Biografiearbeit** erleichtert den Umgang mit den Erkrankten. Ich werde auf beides eingehen, da es zum Grundlagenwissen der Demenzerkrankungen gehört.

Wenn wir das Verhalten eines Demenzerkrankten verstehen wollen, sollten wir Kenntnis von der „**Theorie der Lebensentwicklung nach Erik Erikson (1963)**“ haben. Diese besagt, dass die Bedeutung des Erlebens und Erfahrens in den unterschiedlichen Lebensabschnitten verarbeitet werden sollte und was geschieht, wenn diese Lebensaufgabe aus familiären oder gesellschaftlichen Gründen nicht verarbeitet werden kann oder verdrängt werden muss, damit wir überleben können. Eine Chance der Verarbeitung besteht, wenn verdrängte Erlebnisse im hochbetagten Alter ins Bewusstsein kommen und diese noch vor dem Tod verarbeitet werden können. Bei meinem Bruder konnte ich nachvollziehen, dass seine angebliche „Komfortflucht“ nur eine Verdrängung des eigenen Erlebten war. In seiner Demenzerkrankung verarbeitete er die Geschehnisse in aufkommenden Ängsten, vermischt mit der Sehnsucht nach seiner unbeschwernten Kindheit vor der Flucht.

Als Dozentin habe ich mich damit befasst und „Fachseminare für Berater für Demenzerkrankte und deren Angehörige“ durchgeführt. Seit einigen Jahren bin ich selbst Angehörige eines an Alzheimer-Demenz erkrankten Mannes. Hier erlebe ich rund um die Uhr, was diese Erkrankung mir physisch und psychisch abverlangt. Ich möchte deshalb meine erworbenen theoretischen und praktischen Kenntnisse als Heilpraktikerin und Angehörige weitergeben und hoffe, dass es für Therapeuten und für betroffene Angehörige und Lebenspartner sowie in der Pflege tätigen Menschen eine Hilfe darstellt. Meine Sicht auf das Leben hat sich dadurch positiv erweitert. Mit Sinnlichkeit und Freude habe ich eine andere Dimension des Lebens kennen und lieben gelernt. Ich danke allen, die mir dabei geholfen haben. Ganz besonders meinem Bruder, der mich veranlasste, mich mit dieser Erkrankung intensiv zu beschäftigen. Er verstarb 2016 an Organversagen, denn an Demenz selbst verstirbt man nicht.

Zum Verständnis habe ich komplexe Inhalte vereinfacht dargestellt. Das Fachbuch beinhaltet den derzeitigen Stand im Jahr 2020. Neue Erkenntnisse und Forschungen werden noch einiges im Laufe der nächsten Jahrzehnte ergänzen. Bis dahin kann aber nicht gewartet werden.

Alle Angaben beziehen sich auf den Sommer 2020. Der Einfachheit halber habe ich die männliche Schreibweise eingesetzt.

Mathilde Zeidler

Sommer 2020

Demenzerkrankter Bruder

Es scheint – kein Wind

Doch zwischen den herbstlichen Zweigen

Versteckt sich vertrocknetes Laub

Flirtend im Spiel von munterem Treiben

Flüstern Insekten: sei leise mein Kind

Der Herbst ist noch nicht zu Ende

Der Winter noch nicht da

Die Sonne presst ihre letzte Wärme

Der Mond nimmt's schmunzelnd wahr

Vieles liegt schon im Schlaf

Auch du lieber Bruder entrückt vom

Jetzt

Vergangenes kannst du nicht lassen

Es hält dich ganz fest

Die Sonne lacht und macht dir Mut

Denn dir geht es am liebsten gut!

(Mathilde Zeidler)

1. Einführung

Die demographische Entwicklung zeigt, dass die Zahl der älteren Menschen zunimmt und damit die Zahl derer, die an Demenz erkranken können. Kaum eine andere Erkrankung wirft so viele Fragen auf, da sich schleichend das **Erinnerungsvermögen** und das **Kurzzeitgedächtnis** verschlechtern, **Orientierungs-, Sprach- und Schluckstörungen** auftreten können und die **Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit**, was die Vorsorge auf zukünftiges Handeln im Alltag betrifft, langsam verschwindet. Viele Verhaltensauffälligkeiten, die sich durch die genannten Symptome ergeben, belasten die Angehörigen. Sie sind nicht darauf vorbereitet und wissen nicht, wie sie damit umgehen sollen und welche Hilfen notwendig wären.

Laut Information und Schätzung der Alzheimer Gesellschaft haben in Deutschland gegenwärtig etwa 1,5 Millionen Menschen eine „Verdachtsdiagnose auf ein **demenzielles Syndrom**“. Jahr für Jahr kommen ca. 250.000 Neuerkrankungen hinzu. Man rechnet damit, dass im Jahr 2050 etwa 3 Millionen Menschen erkrankt sein werden. Deutschland liegt weltweit mit der Gesamtzahl an Alzheimer Demenzerkrankungen an fünfter Stelle. In China, USA, Indien und Japan soll die Krankenzahl höher liegen.

Rund 80 % der Erkrankten werden von ihren Angehörigen versorgt. Diese übernehmen eine schwere und verantwortungsvolle Aufgabe. Ohne das Wissen um diese Erkrankung und der einhergehenden **Persönlichkeitsveränderung** des Erkrankten kann es sie an den Rand ihrer Lebenskraft bringen, sodass sie selbst Krankheiten entwickeln und sie als „sorgende und betreuende Hilfe“ nicht mehr zur Verfügung stehen können. Deshalb sollten sie sich so früh wie möglich beraten lassen und Hilfsangebote für sich annehmen, um gesund zu bleiben. Es wird viel von ihnen abverlangt, wenn sie den Anforderungen des Erkrankten auf ein eigenständiges, würdevolles Leben gerecht werden. Aber sie sollten auch ihre Grenzen erkennen können, wenn sie es nicht schaffen. Es ist keine Schande, wenn sie ihren Angehörigen stunden- oder tageweise unterbringen lassen oder ihn ganz in fremde Betreuung geben und ihn dort regelmäßig besuchen. Sie handeln auch dann verantwortungsbewusst.

Altern ist keine Krankheit, sondern ein fortschreitender biologischer Prozess, der zum Verlust von Organfunktionen führt und mit dem Tod endet. Nach H. Niedermüller und G. Hofecker: „Genetische Determinierung und lebensverlängernde Strategien“ wird das biologische Altern eines Organismus durch dessen **Vitalität** charakterisiert. Sie steigt bis zum 30. Lebensjahr auf ein Maximum an, fällt dann kontinuierlich ab und erreicht mit dem Tod den Wert Null. Für das Altern gibt es keine wissenschaftliche Definition und keine umfassende Antwort.

Man unterscheidet **primäres** und **sekundäres Altern**. Beim primären Altern kann die erreichte Lebensspanne bis ca. 120 Jahren liegen. Beim sekundären Altern ist die Lebensspanne verkürzt. Die **Gerontologie** beschäftigt sich mit den **chronischen Krankheiten** des Alters, den Auswirkungen durch Bewegungsmangel, Fehlernährung und **Suchtmittelabusus**. Es können Seh-, Hör-, Atmungs- und Gehstörungen, Schmerzen, Herz- und Kreislauferkrankungen auftreten. Durch eine Vielzahl von Medikamenten können Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Magen- und Darmstörungen usw. entstehen. Das Altern kann mit und ohne Erkrankungen erfolgen: Alt und altersgemäß gesund oder alt und chronisch krank.

Das **psychologische Altern** beginnt, wenn das soziale Umfeld sich verändert, wie etwa beim Eintritt in das Rentenalter, das durch den Verlust der Weitergabe von bereicherspezifischem Wissen wie Berufserfahrungen, Handlungsstrategien und **Wissenssysteme** entstehen kann, oder wenn Ehepartner, Angehörige, Geschwister, Kinder, Freunde und Nachbarn sterben und die sozialen Kontakte abnehmen. Das Alleinsein und die Auseinandersetzung mit dem Tod können Probleme bereiten. Wenn die Trauernden keinen Raum, keine Zeit und Gelegenheit zum Trauern haben, die Trauer deshalb nicht bewältigt wird, kann diese in eine **Depression** münden. Je älter der Mensch ist, desto langsamer bewältigt er seinen Alltag. Die Zeit zerrinnt unter den Fingern, sodass sich Stress bemerkbar machen kann. Es droht der Verlust der **Autonomie**.

Erfolgreiches Altern beginnt schon in jungen Jahren mit ausreichend körperlicher Bewegung, gesunder Ernährung, geistigen Interessen und mitmenschlichen Kontakten, für die man Respekt und Achtung entgegenbringt. Sinnvolle Freizeitgestaltung, die dem körperlichen und seelischen Wohl dient, sollen neben Beruf und Familie aufgebaut werden, auf die man im Alter zurückgreifen kann. Das Altern soll bis zum Tod lebenswert bleiben. Die positiven Aspekte des Alterns, neben der Lebensleistung, Lebenserfahrung, Lebensbewältigung und Lebensweisheit sind gesunde und erlernte **Anpassungsfähigkeiten**, die Wohlbefinden erzeugen, sodass die körperlichen Beeinträchtigungen dadurch kompensiert werden können. Wir können von Hochbetagten lernen. Aber wer denkt in jungen Jahren daran, was später folgen könnte?

Was aber, wenn sich die **Denk-** und **Orientierungsfähigkeit** verändert, sich Unruhe und **Antriebslosigkeit** bemerkbar machen und die Aufmerksamkeit schwindet, die besonders im Straßenverkehr benötigt wird? Ich werde mit Ihnen die Reise in diese unbekannte Welt antreten und auch die positiven Seiten dieser Erkrankung beleuchten. Zuerst aber zum Grundsätzlichsten.

2. Klassifikation und Häufigkeit des demenziellen Syndroms

Unter einem demenziellen Syndrom versteht man nach ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) drei Elemente:

1. Eine Störung des Gedächtnisses
2. Eine Beeinträchtigung in zumindest einem weiteren neuropsychologischen Teilbereich wie Desorientiertheit zu Ort und Zeit, gestörte Urteilsfähigkeit
3. Eine damit verbundene alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung

Diese drei Elemente müssen schon mindestens seit sechs Monaten bestehen. Dann kann die Erkrankung als chronisch fortschreitende Erkrankung bezeichnet werden.

Zu 1.: Den Inhalt eines Gespräches kann sich der Betroffene nicht merken, er ist in kurzer Zeit nicht mehr präsent, sodass immer wieder die gleichen Fragen gestellt und Mitteilungen vergessen werden, Gelesenes oder im Fernsehen Gesehenes aus dem Gedächtnis verschwindet. Der Betroffene merkt an dem Gesichtsausdruck seines Gegenübers, dass etwas nicht stimmt. Am Anfang besitzt der Erkrankte noch Einsichtsfähigkeit und versucht sich aus der Situation zu stehlen, indem er sich mit einer Bemerkung wie „Ach, da habe ich gar nicht dran gedacht“ rechtfertigt. Diese Situation kann später zu Aggressionen führen, indem er lautstark seinen Unmut kundtut und behauptet, dass ihm das noch nicht gesagt wurde. Gegenstände gehen verloren, werden verlegt oder an Orten verstaut, wo sie nicht hingehören: das Handtuch im Kühlschrank, schmutzige Wäsche im Schrank, ungenießbares Essen im Küchenschrank usw.

Im frühen Stadium der Erkrankung ist der Betroffene im Beisein von Verwandten oder Freunden oft unauffällig. Es kann zwar geschehen, dass er die Namen der Enkel verdreht, aber an den zwanglosen Gesprächen teilnehmen kann. Alle Fragen aus der weit zurückliegenden Vergangenheit können von dem Betroffenen mühelos beantwortet werden. Seine Denkstörung bleibt deshalb oft unbemerkt.

Zu 2.: Die Desorientiertheit ist besonders in fremder Umgebung festzustellen. Genaue Anweisungen, wo die Toilette oder die Ausgangstür ist oder wo es zu den örtlichen Verkehrsmitteln geht, sind wichtig. Verabredungen helfen, wie: „Schau, hier treffen wir uns nach dem Toilettengang“. In einer fremden Umgebung kann es dazu führen, dass der Betroffene nicht mehr zurückfindet. Bei Reisen kann die Adresse des Hotels im Geldbeutel deponiert werden.

Zu 3.: Da der Betroffene sich meist überschätzt und glaubt, dass er alles bewältigen kann, ist das Alltagsleben für die Angehörigen sehr belastend. Trotzdem sollte dem Erkrankten,

solange es geht und die Sicherheit gewährleistet ist, seine Selbständigkeit und seine Ressourcenorientierung erhalten bleiben. Daneben ist es jetzt die Aufgabe der Angehörigen, seine Handlungen zu kontrollieren, beispielsweise ob die Fenster und Türen geschlossen sind, die Schlüssel an dem bestimmten Platz liegen, die Überweisung richtig geschrieben, die Toilette gut gespült ist, die Medikamente eingenommen und genügend Wasser getrunken sowie saubere Wäsche angezogen wurde und die Vorlage sicher sitzt. Obwohl der Betroffene fest daran glaubt, alles getan zu haben, sieht die Realität oft anders aus. Seine Tagesform kann sehr schwankend sein. Manchmal ist die Gedächtnisleistung fast normal und alles klappt, im nächsten Augenblick kann alles vergessen sein.

Demenzielles Syndrom nach ICD 10:

1. Eine Störung des Gedächtnisses
2. Eine Beeinträchtigung in zumindest einem weiteren neuropsychologischen Teilbereich wie Desorientiertheit zu Ort und Zeit, gestörte Urteilsfähigkeit
3. Eine damit verbundene alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung

Alle drei Elemente müssen seit mindestens 6 Monate bestehen!

Man schätzt, dass etwa 70 Prozent der Frauen unter einem demenziellen Syndrom leiden, da Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben. Es gibt sicher eine nicht unerhebliche Dunkelziffer an Erkrankungen. Das demenzielle Syndrom ist nach der Depression die am meisten verbreitete Alterserkrankung. Ein **Gen-Defekt** kann in jüngeren Jahren zu einer Demenzerkrankung führen, hauptsächlich ab dem 40. Lebensjahr. Sie ist jedoch sehr selten.

Die folgende Graphik zeigt auf, dass sich die Verdachtsfälle auf ein demenzielles Syndrom mit dem Alter häufen. Unter den Bewohnern mit ausländischer Herkunft, die über 65 Jahre sind, sind ca. 35.000 Erkrankte zu verzeichnen.

Die geschätzten Krankenzahlen in Deutschland, Ende des Jahres 2012 nach EuroCoDe (Alzheimer Europe, Luxembourg, Stand 6.5.2013):

Altersgruppe	prozentuale Häufigkeit	geschätzte Krankenzahl
65 bis 69 jährige	1,60 %	62.900
70 bis 74 jährige	3,50 %	169.300
75 bis 79 jährige	7,31 %	264.700
80 bis 84 jährige	15,60 %	362.900
85 bis 89 jährige	26,11 %	356.800
Über 90 jährige	40,95 %	256.500

Je älter wir werden, desto häufiger kann ein demenzielles Syndrom auftreten.

2.1 Unterscheidung von Altersvergesslichkeit und demenziellem Syndrom

Wir haben symptomatisch folgende Unterscheidungen, zwischen

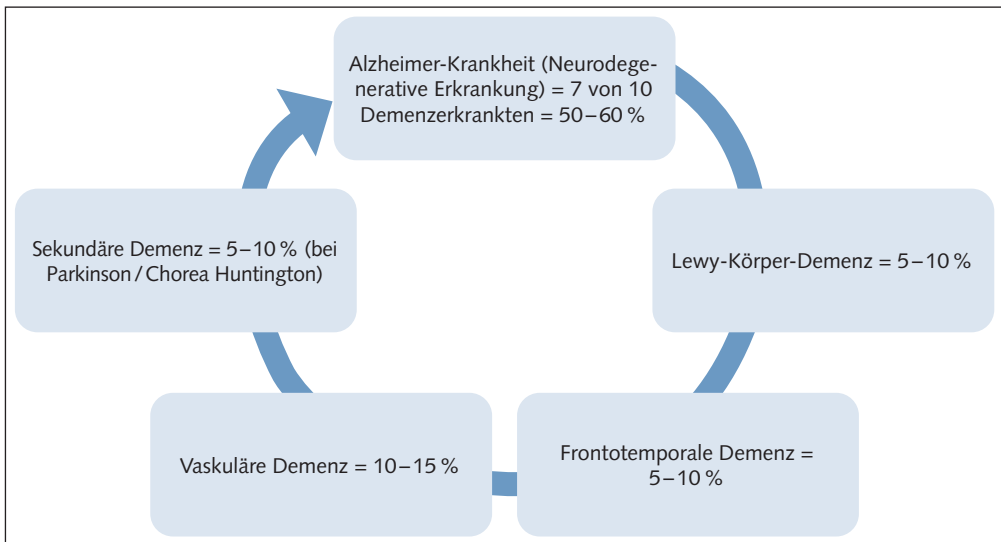
Demenziellem Syndrom	Altersvergesslichkeit
Gedächtnisleistung wird merklich schlechter	Gedächtnisleistung entspricht der Altersnorm
Leistungseinschränkung durchgängig	Gedächtnisstörung zeitweise
Deutliche Steigerung des Leistungsabfalls	Geringfügige Steigerung des Leistungsabfall
Häufiges Vergessen und Verlegen wichtiger Dinge wie Geldbeutel und Schlüssel	Gelegentliches Verlegen von Brille oder anderen Dingen
Das Gesuchte wird nicht aufgefunden und befindet sich oft an unüblichen Stellen	das Gesuchte wird rasch gefunden
Der Betroffene kann schwer Hilfen wie zum Beispiel Notizzettel nutzen	Ist in der Lage, Merkhilfen zu nehmen
Kann schwer Empfehlungen und Anweisungen befolgen	kann Empfehlungen und Anweisungen befolgen
Zusätzliche Beeinträchtigungen <ul style="list-style-type: none"> • des Denk- und Urteilsvermögen • der Orientierung • beim Benennen • der Aufmerksamkeit • der Schnelligkeit im Denken und Handeln 	selten nennenswerte Störungen

Zusätzliche Beeinträchtigungen beim demenziellen Syndrom zeigen sich bei Denk- und Urteilsvermögen, bei der Orientierung, beim Benennen von Gegenständen, bei der Aufmerksamkeit durch verlangsamtes Denken, Gehen und Handeln. Einzelnt können Sprach- und Schluckstörungen auftreten sowie eine Inkontinenz.

2.2 Die Formen von Demenz

Die Demenz ist ein **Sammelbegriff** von verschiedenen Demenzformen. Die Diagnosestellungen sind nicht immer eindeutig, da sich manchmal Symptome ähneln. Man spricht deshalb von einem „**Verdacht auf ein demenzielles Syndrom**“ und schließt durch diagnostische Untersuchungen andere Erkrankungen aus. Eindeutig kann man die Alzheimer Erkrankung nur nach dem Tod diagnostizieren, wenn die Schädeldecke geöffnet werden kann. Im Verlauf dieser Erkrankung kann man in Abständen Untersuchungen und Tests wiederholen. Die Wirkung der Medikamente sollte auch überprüft werden, damit die **Nebenwirkungen** nicht im Vordergrund der Erkrankung stehen und mögliche organische Erkrankungen nach sich ziehen. Je früher damit begonnen wird, desto effektiver kann der Erkrankte eingeschätzt, Pflegegrade bestimmt und Hilfeleistungen angeboten werden. Die Angehörigen sollten immer miteinbezogen werden, da der Erkrankte sich in seinen Möglichkeiten oft überschätzt und meint, ihm gehe es blendend und er habe keine Probleme.

Aufgrund der Symptome, die nicht immer eindeutig sind, spricht man zuerst von einem „Verdacht auf ein demenzielles Syndrom“ und schließt durch diagnostische Untersuchungen andere Erkrankungen aus.



Die Formen der Demenzerkrankungen und ihre Häufigkeit

2.2.1 Lewy-Körper-Demenz

Die Lewy-Körper-Demenz ist eine **neurodegenerative Erkrankung**, die der Alzheimer-Demenz ähnelt und deshalb schwer von ihr zu unterscheiden ist. **Lewy-Körper** sind Kennzeichen der Parkinson-Erkrankung.

Der Nervenarzt und Neuropathologe Friedrich H. Lewy beschrieb 1912 **eosinophile** Einschlusskörperchen in Nervenzellen, die bei der **Parkinson-Erkrankung** typisch sind. Heute weiß man, dass diese auch im Gehirn bei normal alternden Menschen und bei Alzheimer-Demenz-Erkrankten vorkommen. Bei der Lewy-Körper-Demenz sind sie jedoch stark vorhanden.

Kennzeichen sind

Starke Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit und der Aufmerksamkeit, **optische Halluzinationen**, die oft sehr detailreich sind, und leichte Parkinson-Symptome wie unwillkürliches Zittern der Hände, Steifigkeit der Bewegungen, unsicherer Gang.

Im fortgeschrittenen Stadium sind die Betroffenen angstgeprägt und können auch sehr aggressiv werden.

Bei der Lewy-Körper-Demenz ist in den Nervenzellen eine Vielzahl der eosinophilen Einschlusskörperchen vorhanden.

2.2.2 Frontotemporale Demenz

Frontotemporale Demenz, früher auch Pick-Krankheit genannt, ist keine reine Alterserkrankung, auch junge Menschen können an ihr erkranken. Gedächtnisstörungen treten nicht als erstes Krankheitszeichen auf. Es zeigt sich eine Persönlichkeitsveränderung, Aggressionen und ein enthemmtes Verhalten. Die Unberechenbarkeit des Patienten ist für Angehörige sehr belastend.

Erste Anzeichen sind Verhaltensauffälligkeiten im Sozialverhalten. Die geschädigten Hirnbereiche (Stirn- und Schläfenbereich), die für die Kontrolle der Gefühle, des Sozialverhaltens, der Handlungskoordination und der Einsicht zuständig sind, sind betroffen. Die Fahrtüchtigkeit im Straßenverkehr ist nicht mehr gegeben, es fehlt jedoch die Einsicht, den Führerschein abzugeben. Die Betroffenen können sich unbeherrscht, aggressiv, antriebsarm, apathisch und emotionslos verhalten. Sie können auch extrem enthemmt und/oder sexualisiert sein. Die Passanten auf der Straße oder in den öffentlichen Verkehrsmitteln werden mit lauten obszönen Schreien schockiert. Die Aussprache und das Formulieren der Worte sind gestört.

Harninkontinenz und **Körperstarre** können sich einstellen.

Die Ursachen sind weitgehend unbekannt. Risikofaktoren können sein: Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), hohe Blutfettwerte, Bewegungsmangel sowie Rauchen.

Rechtzeitig eingesetzte Medikamente können den Krankheitsverlauf aufhalten. In manchen Fällen kann auch eine Heilung erreicht werden. Ist das Gehirn schon stark geschädigt, ist eine Heilung nicht mehr möglich.

Bei dieser Erkrankung dürfen keine blutverdünnenden Medikamente eingenommen werden, da die Gefahr besteht, dass Einblutungen im Gehirn entstehen.

Bei der Frontotemporalen Demenz fehlt die Einsichtsfähigkeit. Die Betroffenen können sich unbeherrscht, aggressiv, antriebsarm, apathisch und emotionslos, auch extrem enthemmt und / oder sexualisiert verhalten.

2.2.3 Die vaskuläre Demenz

Die **vaskuläre Demenz** ist durch eine **Minderdurchblutung des Gehirns** gekennzeichnet, sodass die angrenzenden Gehirnregionen nicht genügend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. Die Halsschlagadern sind durch **arteriosklerotische Plaques** verengt. Es folgen Schlaganfälle bis hin zu Multi-Infarkte. Es können auch viele kleine Schädigungen entstehen, wie **Mikroangiopathie**, **vaskuläre Enzephalopathie**.

Kennzeichen sind: Allgemeine Verlangsamung, Denkschwierigkeiten und depressive Symptome. Es können noch **neurologische Gang- und Feinmotorikstörungen** oder Schwindel auftreten. Bei größeren Schlaganfällen sind auch Taubheitsgefühle oder Lähmungserscheinungen zu beobachten.

Risikofaktoren sind Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes mellitus, zu hohe Blutfettwerte, Bewegungsmangel und Rauchen.

Durch vorbeugende Maßnahmen der Risikofaktoren kann eine Regulierung erfolgen. Die blutverdünnenden Medikamente, wie Macumar sind dagegen umstritten. Auch die Wirkung von **Thrombozyten Aggregationshemmern** ist nicht erwiesen.

Die daraus entstehende Form der vaskulären Demenz ist die **Multi-Infarkt-Demenz**. Sie beginnt plötzlich und schreitet stufenweise fort. Sie ist symptomatisch mit der Alzheimer-Krankheit zu vergleichen, zusätzlich können noch Taubheitsgefühle oder Lähmungen hinzukommen.

Bei allgemeiner Verlangsamung des Denkens, Gehens oder Anfassens und bei häufigem Danebengreifen könnte es sich um eine vaskuläre Demenz handeln.

2.2.4 Die sekundäre Demenz

Die sekundäre Demenz wird durch andere Erkrankungen ausgelöst. Sie ist die einzige heilbare Demenzform, wenn die Grunderkrankung rechtzeitig erkannt und geheilt werden kann.

Ursachen können sein

- Erkrankungen der Schilddrüse (**Endokrinopathien**) = Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse
- Gehirntumor, Gehirnblutung (**intrakranielle Raumforderungen**)
- Vitaminmangelkrankheiten: **Folsäuremangel**, B1, B6, B12 – Mangel, Vegetarier und Veganer sollten in Abständen ihren Vitamin-B12-Status abklären lassen
- chronische Leber- oder Nierenerkrankungen (**metabolische Enzephalopathien**)
- chronische Vergiftungen durch Industriegifte, Alkoholabhängigkeit, Arzneimittel, langfristige **Elektrolytstörungen** (Hyponatriämie / Hypernatriämie)
- Erkrankung des Knochenmarks
- chronische Infektionen: **Neurosyphilis, Neuroborreliose**
- Stoffwechselerkrankungen des Nervensystems
- Normaldruck-**Hydrozephalus** (der Hirndruck, d. h. der Druck innerhalb der Nerven-/ Hirnwasserräume ist vorübergehend erhöht), Folge: Kognitive Störungen, Gang- und Blasenstörungen.

Die Grunderkrankung sollte so frühzeitig wie möglich behandelt werden!

2.2.5 Alzheimer-Demenz

Alois Alzheimer beschrieb die Erkrankung bei seiner Patientin Auguste Deter. Diese verstarb 1906, nachdem sie fünf Jahre zuvor von ihrem Mann als verwirrte Person in die Klinik eingeliefert wurde: „Ich habe mich verloren“, sagte sie!

Da die Alzheimer Demenz nur nach dem Tod eindeutig festgestellt werden kann, spricht man von einer „Verdachtsdiagnose eines demenziellen Syndroms“. Die benannten Symptome müssen mindestens sechs Monate bestehen. Das heißt, dass eine Störung des Gedächtnisses, eine Beeinträchtigung eines weiteren neuropsychologischen Teilberei-

ches und damit eine alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung vorhanden sein muss. Man diagnostiziert den „Ausschluss anderer Demenzformen“ durch laborchemische und apparative Untersuchungen.

Erste Anzeichen bei Alzheimer-Demenz

- Vergesslichkeit
- Probleme, die richtigen Worte zu finden
- Probleme, sich räumlich zu orientieren
- Nachlassender Geruchssinn

Im Laufe der Zeit können sich Verschlechterungen einstellen

- Schwäche im Kurzzeitgedächtnis (Patient stellt immer wieder dieselbe Frage)
- Einst vertraute Aufgaben können nicht immer bewältigt werden
- Das Merk- und Lernvermögen verschlechtert sich
- Probleme beim Gehen und bei der Bewegungskoordination
- Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört
- Angst und Depressionen können auftreten
- Körperliche Unruhezustände stellen sich ein

Im fortgeschrittenen Stadium

- Verlust der Realitätskontrolle
- Personenverkenning
- Betroffene werden zum Pflegefall

Erklärungsansätze bei Alzheimer-Demenz

Der Nervenzellverlust bleibt lange unbemerkt. Jahrzehnte vor dem ersten Krankheitszeichen beginnt im Gehirn der Abbauprozess. Betroffen ist der **Hippocampus**, der für das Gedächtnis und für eine gezielte Weiterleitung von Informationen in andere Gehirnteile wichtig ist. Deshalb sind Gedächtnisstörungen typische Frühzeichen und das einzige auffällige Defizit.

Viele Jahre lang schreitet die Erkrankung fort, ohne äußere Krankheitszeichen. Die Abbauprodukte der Nervenzellen breiten sich vom Gehirn in das umgebende Nervenwasser (**Liquor**) aus und können durch sensitive immunologische Tests (**ELISA-Methoden**) mit einer Punktion (Lumbalpunktion), die man unterhalb des ersten Lendenwirbels entnimmt, festgestellt werden.

Verlaufsstadien

Im **Anfangsstadium** erlebt der Erkrankte bewusst seine Defizite. Sein Gefühlsleben ist dadurch stark belastet. Folgende Probleme können auftreten:

Verstimmungen, d. h. eine traurig-depressive Gefühlslage, Lustlosigkeit, Zweifel an sich selbst und Unfähigkeit, sich zu freuen oder die bisherigen Hobbys und Interessen zu verfolgen. Motorische Störungen wie kleinschrittiger, schlurfender und breitbeiniger Gang, der zu Stürzen führen kann, da die Haltereфлекse nicht richtig funktionieren. Inkontinenz kann sich einstellen.

Scham, Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit können ebenfalls auftreten, auch Hilflosigkeit, da der Betroffene seine verschlechternden geistigen und körperlichen Leistungen noch realisiert. Enttäuschungen entstehen, da der Betroffene den Erwartungen der Angehörigen nicht mehr gerecht werden kann.

Im **mittleren Stadium** werden die Krankheitszeichen immer deutlicher. Aufsicht und Hilfe bei Aufgaben des alltäglichen Lebens können vom Betroffenen schlecht angenommen werden. Unruhe, Ängstlichkeit und das Festhalten an vertrauten Bezugspersonen nehmen zu. Aggression und ein herausforderndes Verhalten können sich entwickeln. Müdigkeit am Tage und Aktivitätsdrang in der Nacht sind häufig anzutreffen.

Im **fortgeschrittenen Stadium** können **Inkontinenz**, Schluckauf und erhöhte Schlafstörungen auftreten, die es den Angehörigen schwermachen, den Betroffenen zu betreuen. Argwohn und Misstrauen gegenüber den pflegenden Angehörigen können entstehen. Da die Betroffenen bei täglichen Verrichtungen wie Essen, Trinken, Baden, Aufsuchen der Toilette und Körperpflege auf Hilfe angewiesen sind, stellt die Betreuung psychisch und physisch eine Herausforderung für Pflegende und Angehörige dar. Eine sinkende Lebenskraft der Betroffenen erhöht die Anfälligkeit für Infektionen. Durch das abgeschwächte Kälte- und Wärmegefühl kann sich eine Lungenentzündung mit Todesfolge einstellen.

Individueller Krankheitsverlauf und Lebenserwartung:

Der Verlauf dieser Erkrankung und der zeitliche Abstand der verschiedenen Stadien sind ganz verschieden und individuell. Viele Faktoren spielen eine Rolle:

Das Alter, die Konstitution, Grunderkrankungen, Biografie, wann der Verdacht auf ein demenzielles Syndrom gestellt wurde, wann die Medikation begann, usw. Die Dauer des Frühstadiums kann ca. zwei bis vier Jahre dauern, der weitere Verlauf kann bis zu 20 Jahre betragen. Die Todesursachen der Alzheimer-Demenz ergeben sich aus den Folgeerkrankungen. Die Betroffenen können auch an Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs oder anderen Krankheiten sterben.

Bei den ersten Anzeichen einen Neurologen / Psychiater aufsuchen, damit andere Erkrankungen ausgeschlossen werden können. Die Diagnose erfolgt nach ca. 6 Monaten. Nun kann der Medizinische Dienst den Pflegegrad ermitteln.



Hiermit bestelle ich

___ Expl. **Demenzerkrankungen verstehen und behandeln** **29,95 € Euro***
(1. Auflage 2020 Hardcover, 112 Seiten, ISBN 978-3-96474-361-9)

___ Expl. **PDF – Demenzerkrankungen verstehen und behandeln** **25,95 € Euro***
(1. Auflage 2020, 112 Seiten, ISBN 978-3-96474-362-6)

* Alle Preise inkl. MwSt., Lieferung versandkostenfrei, ausgenommen Poster

Kundennummer

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail

Datum / Unterschrift

mg^o fach
verlage

Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Straße 5
95326 Kulmbach

Tel. 09221/949-389
Fax 09221/949-377
kundenservice@mgo-fachverlage.de
www.ml-buchverlag.de



Mathilde Zeidler

Jahrgang 1945, arbeitete zunächst als Sozialarbeiterin und Diplom-Pädagogin bis sie 2003 die Ausbildung zur Heilpraktikerin absolvierte. Seit über 20 Jahren ist sie als Beraterin und Therapeutin in den Bereichen Psychiatrie, Familienberatung und auch der Naturheilkunde tätig. Ihr Erfahrungswissen teilte Sie in Seminaren, u. a. zu Progressiver Muskelentspannung, Qigong und Dynamischer Atemtherapie. Sie gab ihre Praxis sowie die Seminare 2019 auf, da ihr Mann an Alzheimer Demenz erkrankt war und widmet sich seither dem Schreiben.

Lebensqualität erhalten trotz Demenz

Demenz hat viele Gesichter – dieses Buch gibt eine Übersicht über die unterschiedlichen Demenzformen und ihre Symptome sowie den physischen und psychischen Auswirkungen im Alltag. Es zeigt den Weg von den ersten Symptomen bis zur Diagnosestellung durch einen Facharzt auf und zeigt anhand von Beispielen, wie die Erkrankung sich entwickeln kann.

Was kann man tun, um den Verlauf aufzuhalten, die Lebensqualität zu erhalten oder sogar zu steigern? Eine Reihe von naturheilkundlichen Behandlungsmethoden bietet Möglichkeiten, die noch gesunden Anteile von Körper, Geist und Seele zu stärken.

Es werden praktische Wege aufgezeigt, um kommunikativ mit Achtung und Respekt dem Erkrankten zu begegnen und Aggressionen auszuschließen. Ergänzend beschreibt die Autorin die Anwendungsmöglichkeiten von naturheilkundlichen Verfahren wie z.B. Progressiver Muskelentspannung, Atemtherapie, Qigong oder Shiatsu bei Demenzkranken und deren Angehörigen.

Abschließend gibt die Autorin praktische Hinweise zur rechtlichen und behördlichen Vorsorge, wie der Klärung der Betreuung und Unterbringung oder dem Erstellen einer Patientenverfügung.

Das Fachbuch richtet sich vorrangig an Ärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Psychotherapeuten und alle im medizinischen und pflegenden Dienst arbeitenden Menschen, die einen praktischen Nutzen für ihre Arbeit daraus ziehen wollen. Es eignet sich auch für neugierige Menschen, die diese Demenzerkrankungen besser verstehen wollen und wie man sie behandeln kann.