

Demenzbegleiter

Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege

Bearbeitet von
Simone Schmidt, Martina Döbele

3., aktualisierte Auflage 2016. Buch. XIV, 206 S. Softcover
ISBN 978 3 662 52652 1
Format (B x L): 12,7 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Altenpflege](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Psychische Erkrankungen

2.1 Psychose – 16

- 2.1.1 Unterteilung der Psychosen – 16
- 2.1.2 Symptome der Psychose – 17
- 2.1.3 Behandlung und Betreuung – 19

2.2 Depression – 20

- 2.2.1 Symptome der Depression – 20
- 2.2.2 Behandlung und Umgang mit Depressiven – 21

2.3 Geistige Behinderung – 22

- 2.3.1 Symptome der Minderbegabung – 22
- 2.3.2 Behandlungsmöglichkeiten – 23

- » Du kannst vor dem davonlaufen, was hinter dir her ist, aber was in dir ist, das holt dich ein.
Afrikanisches Sprichwort

Einige psychiatrische Krankheitsbilder ähneln von der Symptomatik her dem Krankheitsbild der Demenz. Die Patienten leiden zum Teil unter Einschränkungen der **Alltagskompetenz** und benötigen Beaufsichtigung, Unterstützung und Anleitung. Aus diesem Grund wurden alle Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz vom Gesetzgeber in die zu betreuende Gruppe aufgenommen.

Um Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund psychischer Störungen angemessen betreuen zu können, muss die Betreuungskraft umfassende Kenntnisse über Ursachen und Auswirkungen dieser Erkrankungen besitzen. In diesem Kapitel werden deshalb die Psychosen, die Depression sowie die geistige Behinderung genauer beschrieben.

2.1 Psychose

Abzugrenzen sind die Begriffe „Psychose“ und „Neurose“.

Bei dem Begriff „Psychose“ handelt es sich um einen Überbegriff, der für eine Gruppe psychischer Störungen steht. Er wird oftmals synonym mit dem Begriff Schizophrenie verwendet.

Psychose – Psychose stammt aus dem Griechischen und besteht aus dem Wort *Psyche*, also Geist, Seele und der Endung *-ose*, die einen krankhaften Zustand bezeichnet. Übersetzen würde man den Begriff Psychose also mit „psychische oder seelische Krankheit“.

Neurose – Abzugrenzen ist die Psychose von dem Begriff Neurose. Auch dieser stammt aus dem Griechischen, zusammengesetzt aus den Worten *Neuron*, Nerv und der Endung *-ose*. Im Gegensatz zur Psychose versteht man unter der Neurose eine leichtere seelische Störung, die durch **traumatische** oder negative Erlebnisse entsteht und zu Ängsten, Zwängen, Verstimmungen, Störungen des Sozialverhaltens und **Panik** führt.

Im Unterschied zur Psychose nimmt der Patient die Störung deutlich als behandlungsbedürftige Krankheit wahr.

2.1.1 Unterteilung der Psychosen

Man unterscheidet prinzipiell zwischen organischen und nichtorganischen Psychosen, wobei bei der organischen Psychose eine Erkrankung des Gehirns nachweisbar ist.

Organische Psychosen:

- Aufgrund von Hirnerkrankungen, z. B. Demenz, Tumor
- Aufgrund von Hirnverletzungen, z. B. Schädel-Hirn-Trauma

2.1 · Psychose

- Aufgrund von Entzündungen des Gehirn, z. B. Herpes-Enzephalitis
- Aufgrund von exogen zugeführten Substanzen, z. B. Medikamente, Drogen

Nicht-organische Psychosen:

- Psychosen des schizophrenen Formenkreises: Aufgrund der Vielfalt der hier zu beobachtenden Symptomatik wird diese Formulierung heute üblicherweise anstelle des Begriffes Schizophrenie verwendet.
- Affektive Psychosen: Hierunter fallen der Wechsel zwischen **Manie** und Depression und oft auch einfache, schwere Depressionen.
- Mischformen: Die sogenannten schizoaffectiven Psychosen.

2.1.2 Symptome der Psychose

Die Hauptsymptome der Psychose sind Verfolgungswahn (paranoide Symptome) und **Halluzinationen**.

Weitere Symptome sind Ich-Störungen, also das Gefühl der Beeinflussung der eigenen Person durch andere Menschen oder das Gefühl, andere könnten die eigenen Gedanken lesen. Hinzu kommen Störungen des Denkprozesses, etwa Gedankenabreißen, Wahnerleben oder Gedankenentzug.

Paranoide Symptome

Die paranoiden Symptome, also das Gefühl, verfolgt oder bedroht zu werden, führen oft dazu, dass der Patient versucht, sich dieser Situation zu entziehen, indem er sich beispielsweise tagelang in seiner Wohnung verbarrikadiert oder sich im Wald versteckt.

Beispiel

Beim Verfolgungswahn fühlen sich die Betroffenen häufig durch Personen verfolgt, mit denen sie im Alltag regelmäßig Kontakt haben, etwa Verwandte, Kollegen oder Nachbarn. Einige Patienten fühlen sich von Geheimdiensten oder der Mafia verfolgt, wieder andere haben das Gefühl, alle Menschen möchten ihnen etwas Böses tun und sind hinter ihnen her.

Die Erlebnisse, über die die Betroffenen berichten, führen zu massiven Ängsten, bis hin zur Todesangst.

Das Vorliegen von eigen- oder fremdaggressivem Verhalten kann eine geschlossene Unterbringung notwendig machen.

- **Im schlimmsten Fall kommt es durch diese Symptome zum Suizidversuch oder gar zum Selbstmord. Außerdem kann durch den Verfolgungswahn das Auftreten von fremdaggressivem Verhalten ausgelöst werden, wenn die Betroffenen versuchen, sich gegen ihre „Verfolger“ zu wehren.**

Halluzinationen

Bei den Halluzinationen unterscheidet man verschiedene Qualitäten:

- Akustische Halluzinationen
- Optische Halluzinationen
- Olfaktorische Halluzinationen
- Körpermissempfindungen

■ ■ Akustische Halluzinationen

Bei akustischen Halluzinationen handelt es sich um die Wahrnehmung von Geräuschen, die in der Realität nicht existieren. Einige Patienten hören Musik oder andere Geräusche, die keine Belastung oder Bedrohung darstellen, die meisten hören jedoch Stimmen, die sie beschimpfen, bedrohen oder sie auffordern, etwas zu tun.

Sogenannte imperative Stimmen befehlen dem Betroffenen, was er tun soll, gelegentlich fordern sie den Patienten sogar zum Selbstmord auf. Oftmals handelt es sich auch um Stimmen, die den Betroffenen verbieten, mit anderen Menschen über ihr Problem zu sprechen, oder ihnen gar drohen, sie dafür zu bestrafen. Aus diesem Grund ist es manchmal schwierig, akustische Halluzinationen zu bemerken. In der Beobachtung des Patienten kann man jedoch oft feststellen, dass er „Selbstgespräche“ führt oder ängstlich in eine bestimmte Richtung schaut. Gelegentlich hören die Patienten auch Stimmen, die aus dem Fernseher oder dem Radio zu ihnen sprechen.

■ ■ Optische Halluzinationen

Bei den optischen Halluzinationen handelt es sich um das Sehen von Gegenständen oder Personen, die nicht existieren. Auch hier kann es zu einem Gefühl der Bedrohung bis hin zur Todesangst kommen. Gerade wenn der Betroffene Personen sieht, die ihm etwas antun möchten, oder Tiere, die ihn angreifen wollen, werden massive Ängste ausgelöst.

Patienten berichten beispielsweise, dass sie den Teufel gesehen haben, der hinter ihnen her ist, oder dass vor ihrer Tür ein Leichenwagen steht, in dem sie abgeholt werden.

■ ■ Olfaktorische Halluzinationen

Diese Form der Halluzination ist eher selten. Die Betroffenen riechen meist unangenehme Gerüche und fühlen sich dadurch beeinträchtigt. Zu einer Gefährdung kann es kommen, wenn es sich um bedrohliche Gerüche handelt, etwa ein Gasgeruch.

■ ■ Körpermissempfindungen

Auch diese Form der Halluzination tritt eher selten auf und führt nur gelegentlich zu eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten.

Die Betroffenen berichten beispielsweise, dass sie bestimmte Körperteile nicht mehr spüren können oder dass ihre Körpertemperatur **abnorm** ist. Als quälend werden Körperhalluzinationen in Form von Kribbeln oder kleinen Tieren empfunden, die sich auf der Haut befinden. Zu beobachten ist dann gelegentlich, dass die Patienten stundenlang sehr heiß duschen, um die Tiere abzutöten.

Ausgelöst werden diese Symptome durch eine Störung der Neurotransmitter. Dabei handelt es sich um Substanzen, die Nervenimpulse im Gehirn von einer Nervenzelle zur nächsten übertragen. Eine wichtige Rolle scheint dabei der Neurotransmitter Dopamin zu spielen. Man geht jedoch davon aus, dass eine gewisse Veranlagung für die Erkrankung vorhanden sein muss, da auch eine erbliche Komponente festgestellt wurde.

Vermutet wird außerdem, dass bei einer vorhandenen Vulnerabilität, also d. h. Verletzlichkeit, die Psychose durch Stress ausgelöst wird.

- **Dabei kann es sich sowohl um negativen Stress, etwa der Tod einer nahestehenden Person, der Verlust des Arbeitsplatzes, eine Scheidung, eine nicht bestandene Prüfung etc., als auch um positiven Stress handeln, beispielsweise eine Hochzeit, die Geburt eines Kindes oder ähnliche Ereignisse.**

2.1.3 Behandlung und Betreuung

Die Behandlung besteht zunächst in der Verabreichung von Medikamenten, die gezielt gegen die psychotische Symptomatik wirken, sogenannte Neuroleptika oder Antipsychotika (► Kap. 1). Diese Stoffe greifen in den Gehirnstoffwechsel ein und hemmen die Übertragung des Neurotransmitters Dopamin.

Da die Betroffenen sich verfolgt fühlen und davon ausgehen, dass man ihnen etwas antun möchte, gestaltet sich die Medikamentengabe meist schwierig. In diesem Fall werden oft angstlösende Medikamente zusätzlich verabreicht.

Beispiele für Neuroleptika und Antipsychotika:

- Haldol
- Melleril
- Dipiperon
- Eunerpan
- Risperdal
- Zyprexa
- Leponex

- **Weil die medikamentöse Behandlung die einzige wirksame Therapie darstellt, muss auf eine regelmäßige Medikamenteneinnahme geachtet werden oder im Extremfall gar eine Zwangsmedikation erfolgen.**

Jegliche Form einer paranoid-halluzinatorischen Psychose ist für den Betroffenen eine unvorstellbare Qual.

Erschwert wird die Therapie durch das Symptom der fehlenden Krankheitseinsicht.

Aufgabe der Pflege und Betreuung ist – neben der Verabreichung von Medikamenten – die Beobachtung des Betroffenen, die Unterstützung im Alltag und das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung, so dass der Patient die Möglichkeit findet, über seine Probleme zu sprechen, und lernt, mit der Erkrankung umzugehen.

➤ **Im Gespräch mit dem Patienten ist es wichtig, Anzeichen von psychotischen Symptomen wahrzunehmen, dies dem Patienten auch mitzuteilen, ihm zu vermitteln, dass man diese Krankheitszeichen als Belastung nachvollzieht, ohne ihn in seiner Realität zu bestärken.**

Es ist unmöglich, dem Patienten sein Wahnerleben auszureden, man darf ihnen jedoch auch nicht darin bestätigen, in dem man „mitspielt“.

2.2 Depression

Die Depression ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Allein in Deutschland erkranken etwa 20 % der Bundesbürger einmal in ihrem Leben an einer Depression.

Depression

Der Begriff Depression kommt von dem lateinischen Wort „deprimare“: niederdrücken, und bezeichnet die bedrückte, traurige Stimmung des Betroffenen. Hinzu kommen jedoch noch weitere Symptome.

2.2.1 Symptome der Depression

Die klassischen Symptome der Depression resultieren aus verschiedenen Faktoren, deren Zusammenwirken meist schleichend zu typischen Krankheitszeichen führt. Ursächlich liegt ein Ungleichgewicht verschiedener Botenstoffe im Gehirn zugrunde, wobei vor allem ein **Noradrenalin-** und **Serotoninmangel** zu beobachten ist. Hinzu kommen akute Belastungen, etwa der Verlust einer wichtigen Person, der Verlust der Arbeit oder der Umzug in ein Pflegeheim.

Symptome:

- Gedrückte, hoffnungslose, niedergeschlagene Stimmung
- Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Erschöpfung
- Rückzug, bevorzugt ins Bett, mit sozialer Isolierung
- Gefühl der „Gefühllosigkeit“
- Innere Leere
- Störung von Konzentration und Entscheidungsfähigkeit
- **Libidoverlust**
- Appetitlosigkeit, meist mit Gewichtsverlust

Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Für den Betroffenen ist es ein großes Problem, dass das Umfeld die Erkrankung nicht als solche wahrnimmt.

- Schlafstörungen
- Innere Unruhe
- Grübelneigung
- Angst
- Selbstmordgedanken
- Schuldgefühle
- Körperliche Schwäche und Vernachlässigung

Häufig kann man bei depressiven Menschen ein sogenanntes Morgentief beobachten. Dies bedeutet, dass die Stimmung und der Antrieb am frühen Morgen besonders beeinträchtigt sind und sich dies im Tagesverlauf verbessert.

Typisch ist ebenfalls die saisonale Depression. Sie wird auch Winter- oder Lichtmangeldepression genannt und beginnt meist Ende September. Die Symptome verschwinden im Frühling oft von alleine wieder.

- **Der Einfluss des Lichts auf die Stimmung wird bei der Lichttherapie auch therapeutisch genutzt.**

2.2.2 Behandlung und Umgang mit Depressiven

Die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva ist der wichtigste therapeutische Ansatzpunkt.

Antidepressiva:

- Aponal
- Saroten
- Nortrilen
- Remergil
- Cipramil
- Fluctin
- Zoloft
- Trevilor

Zusätzlich kommen verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Verfahren zum Einsatz. Unterstützend ist es wichtig, auf einen akzeptierenden und aktivierenden Umgang mit dem Depressiven zu achten und dadurch seine Ressourcen zu mobilisieren.

- **Weder sollte man den Betroffenen mit Aktionismus überfordern, noch sollte man seine Rückzugstendenzen ignorieren. Außerdem muss auf Selbstmordgedanken geachtet werden, da sich zu Beginn der Behandlung erst der Antrieb verbessert, die Stimmung jedoch noch schlecht ist.**

Die Aktivierung beginnt vorsichtig mit der gemeinsamen Planung einer Tagesstruktur mit einfachsten Anforderungen, die der Patient erfüllen

kann. Nach und nach kommen Gruppenaktivitäten und Beschäftigungsangebote hinzu.

Die Umgebung eines Depressiven neigt dazu, den Patienten entweder zu bemitleiden oder seine Probleme zu bagatellisieren.

Praxistipp

Der erste Schritt der Betreuung ist der Aufbau einer Beziehung mit dem richtigen Maß an Nähe und Distanz und unter Berücksichtigung einer geeigneten Kommunikation. Weder ein forderndes Verhalten, etwa mit Aussagen wie: „Jetzt lassen Sie sich nicht so hängen!“, noch ein verniedlichendes Verhalten mit Aussagen wie: „Das wird schon wieder!“, ist für den Betroffenen hilfreich.

2.3 Geistige Behinderung

Der Begriff „geistige Behinderung“ ist eigentlich nicht mehr sehr geläufig, wird jedoch sowohl im alltäglichen Sprachgebrauch als auch in der Richtlinie des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung zur Qualifikation von zusätzlichen Betreuungskräften verwendet.

➤ **Das Krankheitsbild wird im medizinisch-pflegerischen Sprachgebrauch eher als Minderbegabung, als Intelligenzdefekt oder als Lernbehinderung bezeichnet.**

2.3.1 Symptome der Minderbegabung

Die typischen Zeichen einer Minderbegabung sind kognitive Einschränkungen in allen Teilbereichen des Denkens (► Kap. 1.1.2).

In unterschiedlichem Ausmaß ist auch der Affekt, also das Gefühlsleben verändert und es kommt zu Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen.

Schweregrade der Intelligenzminderung nach der Internationalen Klassifikation:

- Leichte geistige Behinderung (leichte Intelligenzminderung, früher Debilität)
Der Intelligenzquotient (IQ) liegt zwischen 50 und 69. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten in der Schule und erreichen als Erwachsene ein Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen pflegen und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.
- Mittelgradige geistige Behinderung (auch mittelgradige Intelligenzminderung, früher Imbezillität)

Der Intelligenzquotient (IQ) liegt zwischen 35 und 49. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren. Es kommt zu deutlichen Entwicklungsverzögerungen in der Kindheit. Die meisten Betroffenen können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

- Schwere geistige Behinderung (auch schwere Intelligenzminderung, früher Imbezillität)

Der Intelligenzquotient (IQ) liegt zwischen 20 und 34. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren. Da die Betroffenen nicht lesen und schreiben lernen und keine allgemeinbildende Schule besuchen können, benötigen sie Förderung, um eine lebenspraktische Bildung zu erhalten; andauernde Unterstützung ist nötig.
- Schwerste geistige Behinderung (auch schwerste Intelligenzminderung, früher Idiotie)

Der Intelligenzquotient (IQ) liegt unter 20, dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von unter 3 Jahren. Die eigene Versorgung, **Kontinenz**, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.
- Dissoziierte Intelligenz

Es besteht eine deutliche Diskrepanz von mindestens 15 IQ-Punkten, z. B. zwischen Sprach-IQ und Handlungs-IQ.
- Andere geistige Behinderung (auch andere Intelligenzminderung)

Diese Kategorie sollte nur verwendet werden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung mit Hilfe der üblichen Verfahren wegen begleitender sensorischer oder körperlicher Beeinträchtigungen besonders schwierig oder unmöglich ist, wie bei Blinden, Taubstummen, schwer verhaltensgestörten oder körperlich behinderten Personen.
- Nicht näher bezeichnete geistige Behinderung (auch nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung)

Die Informationen sind nicht ausreichend, die Intelligenzminderung in eine der oben genannten Kategorien einzuordnen.

2.3.2 Behandlungsmöglichkeiten

Die Heilung einer geistigen Behinderung bzw. einer Minderbegabung ist normalerweise nicht möglich, da es sich um einen angeborenen Defekt handelt. Allerdings kann durch eine gezielte Förderung ein möglichst selbstständiges Leben erreicht werden. Zum Einsatz kommen sonderpädagogische und heilpädagogische Maßnahmen.

Je nach Schweregrad und Ausprägung kommen verschiedene therapeutische Maßnahmen zum Einsatz.

Die Förderung beginnt meist schon im Kindergarten und konzentriert sich auf den Erwerb intellektueller Fähigkeiten, um dadurch die Alltagskompetenz zu verbessern.

- **Die Unterstützung einer Tagesstruktur, die Anleitung bei Alltagsaktivitäten und die Begleitung bei der Freizeitgestaltung sind die Basis der Therapie.**

Leitprinzipien der Therapie:

- **Erwachsenengemäße Orientierung:** Erwachsene, die an einer geistigen Behinderung leiden, dürfen nicht wie ein Kind behandelt werden.
 - **Subjektzentrierung:** Bei der Therapie soll auf den Betroffenen geachtet werden, seine Wünsche müssen respektiert werden.
 - **Ich-Du-Bezug:** Jede Therapie sollte als partnerschaftliche Beziehung und nicht als Zwang angesehen werden.
 - **Emanzipatorisches Prinzip:** Der Patient soll sich eigenständig zu einem Ich-starken Menschen entwickeln; genau wie jeder andere Mensch hat er seinen Platz in der Gesellschaft.
 - **Assistenz und Kooperation:** Der Weg zur Selbstständigkeit ist das Ziel.
 - **Ganzheitlich-integratives Prinzip:** Der geistig behinderte Mensch muss als „Einheit“ angesehen werden.
 - **Prinzip der Entwicklungsgemäßheit;** die Orientierung am Menschen steht im Vordergrund: In einer für den Patienten angenehmen Situation soll dieser zu Lernfortschritten ermutigt werden.
 - **Lebensnähe und handelndes Lernen:** Der Patient soll im natürlichen Lebensraum sowohl die alltäglichen Hausarbeiten, als auch die Lebenswirklichkeit außerhalb des Wohnmilieus erfahren.
 - **„Sein“-lassen und Vertrauen in die Ressourcen:** Nicht nur das Lernen und Verbessern der Fähig- und Fertigkeiten sollte im Vordergrund stehen, sondern auch das zweckfreie und selbstbestimmte Leben; dem Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden, sein eigenes Leben zu entdecken.
- **Um all diese Anforderungen erfüllen zu können, ist es für die Betreuungskraft entscheidend, immer wieder auch das eigene Verhalten zu reflektieren.**



<http://www.springer.com/978-3-662-52652-1>

Demenzbegleiter

Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege

Schmidt, S.; Döbele, M.

2016, XI, 218 S. 78 Abb., 18 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-662-52652-1