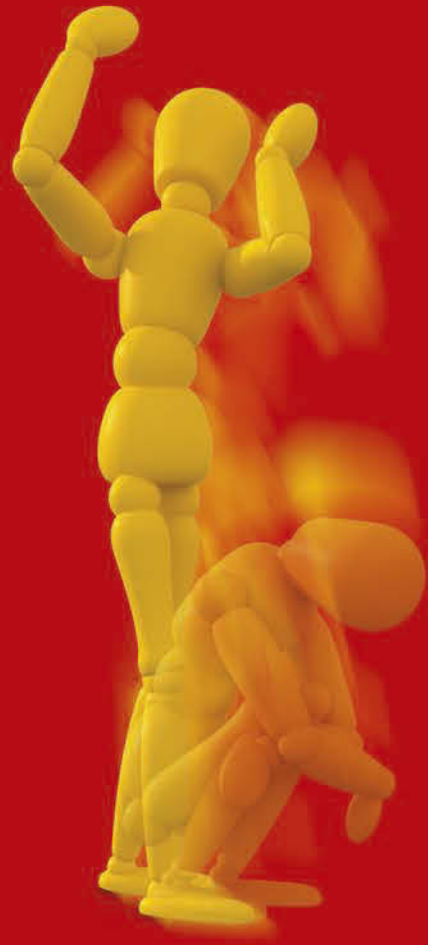


Ian Andrew James

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Einschätzen, verstehen und behandeln

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Detlef Rüsing



HUBER



Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Abbildungen	9
Verzeichnis der Tabellen	11
Vorwort des deutschen Herausgebers	13
Einführung	17
1 Herausforderndes Verhalten – was ist das?	23
1.1 Definition	23
1.2 Das Wesen herausfordernden Verhaltens	24
1.3 Herausfordernde Verhaltensweisen klassifizieren	26
1.4 Der Umgang mit herausforderndem Verhalten – ein Behandlungsleitfaden	31
1.5 Fazit	34
2 Ursachen, Gründe, Auslöser und Assessments	35
2.1 Einführung	35
2.2 Hintergrundinformationen	36
2.2.1 Biologische Faktoren	36
2.2.2 Psychische Faktoren	38
2.2.3 Soziale Faktoren	38
2.2.4 Biopsychosoziale Ursachen verschiedener herausfordernder Verhaltensweisen	39
2.3 Die Rolle von Überzeugungen	46
2.4 Messinstrumente	47

3 Herausforderndes Verhalten mit psychotropen Medikamenten behandeln	59
3.1 Einführung	59
3.2 Allgemeines	60
3.3 Psychotrope Medikamente zur Behandlung herausfordernder Verhaltensweisen	61
3.3.1 Neuroleptika	62
3.3.2 Benzodiazepine (Sedativa)	64
3.3.3 Antidepressiva	65
3.3.4 Antikonvulsiva (Anti-Epileptika)	66
3.3.5 Antidementiva	66
3.4 Diskussion	67
3.5 Fazit	71
4 Psychosoziale und andere nichtpharmakologische Ansätze	73
4.1 Einführung	73
4.2 Nichtpharmakologische Ansätze – eine Übersicht	74
4.3 Pflegepraktiken verbessern	76
4.4 Anpassung der Umgebung	79
4.5 Psychosoziale Methoden	79
4.6 Psychosoziale Ansätze: Prävention versus Intervention	83
4.6.1 Herkömmliche Präventionsstrategien	85
4.6.2 Alternative (komplementäre) psychosoziale Präventionsmaßnahmen	90
4.6.3 Interventionsstrategien	94
4.6.4 Kognitive Verhaltenstherapie und Interpersonelle Psychotherapie	95
4.6.5 Auf Gesundheitsfachpersonen fokussierte und personenzentrierte Ansätze	97
4.7 Fazit	101

5 Theoretische Modelle zur Unterstützung von Assessment und Behandlung	105
5.1 Einführung	105
5.2 Konzepte, Modelle und Theorien zur Erklärung von Demenz	106
5.2.1 Konzeptualisierungen von Demenz	107
5.2.2 Modelle zur Erklärung herausfordernden Verhaltens	110
5.2.3 Konzeptuelles Modell zur Erklärung emotionaler Dynamiken	116
5.3 Fazit	124
6 Das Newcastle-Angebot: die Arbeitsweise eines Experten-Teams für herausforderndes Verhalten	125
6.1 Einführung	125
6.2 Protokoll des Newcastle-Ansatzes	126
6.3 Prozess- und Strukturmerkmale der Assessment-Phase: zuhören und behutsam klären	132
6.4 Treffen zum Informationsaustausch: eine Übereinkunft finden	136
6.5 Formulierung: die Geschichte vereinheitlichen	137
6.5.1 Hintergrundfaktoren	138
6.5.2 Funktionales Assessment des herausfordernden Verhaltens	138
6.6 Behandlungsplanung und -unterstützung	141
6.7 Assessment der Auswirkungen des Dienstleistungsangebots	143
6.8 Fazit	145
7 Fallstudien	147
7.1 Einführung	147
7.2 Fall 1: Gordon	149
7.3 Fall 2: John	154
7.4 Fall 3: Isabel	161
7.5 Fall 4: Betsy	165
7.6 Interventionen des Newcastle Challenging Behaviour Teams	169
7.7 Fazit	169

8 Entwicklung und Bereitstellung eines Dienstleistungsangebots	173
8.1 Einführung	173
8.2 Reform des Dienstleistungsangebots	174
8.3 Beschreibung der Entwicklung und Arbeit des Newcastle Challenging Behaviour Teams (NCBT)	178
8.4 Forschung	182
8.4.1 Toilettenstudie	182
8.4.2 Puppentherapie	184
8.4.3 Sind Lügen bei der Pflege von Menschen mit Demenz erlaubt?	185
8.4.4 Weitere Studien	187
8.5 Fazit	188
Literatur	189
Anhang:	
Deutschsprachige Literatur, Adressen und Links zum Thema «Demenz»	205
Sachwortverzeichnis	230

5

Theoretische Modelle zur Unterstützung von Assessment und Behandlung

5.1 Einführung

Im vorliegenden Text wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit vieler nichtpharmakologischer Therapien nicht ausreichend belegt ist. Ich habe den Eindruck, dass die Wirksamkeitsnachweise deshalb noch nicht erbracht sind, weil es an Theorien zum Demenzerleben fehlt. Es gibt relativ wenige Ausnahmen, die im folgenden Kapitel fast alle vorgestellt werden (z. B. Cohen-Mansfield, 2000a; Kitwood, 1997; Stokes, 2001, etc.). Vergleichen wir diese unbefriedigende Ausgangslage mit der Situation der Behandlungsverfahren bei affektiven Störungen, stellen wir fest, dass für Depressionen, Panik, Zwangsstörungen, Psychosen etc. verschiedene theoretische Modelle und Konzepte vorliegen, die es ermöglicht haben, passende Behandlungsmodule zu entwickeln, wobei jede Therapiemethode über ihre eigenen Beweisgrundlagen verfügt (James, 2010). Dazu kommt, dass für die genannten Störungsbilder Bezugsrahmen vorliegen, die erklären, wodurch das Problem entstanden ist und verstetigt wird, woraus klinische Erkenntnisse über geeignete Interventionen zur Symptomlinderung gewonnen werden.

In diesem Kapitel werden mehrere theoretische (konzeptuelle) Modelle für Demenz und herausforderndes Verhalten vorgestellt mit dem Ziel, Bezugsrahmen zu liefern, die zur Entwicklung erfolgreicher Interventionen beitragen. Die Leserschaft wird anhand der hier vorgestellten theoretischen Modelle in der Lage sein, für jede Situation das am besten geeignete Modell zu wählen.

Am Ende dieses Kapitels wird die Leserschaft folgende Dinge gelernt und erkannt haben:

- Es gibt mehrere theoretische Modelle, die erklären, was Menschen mit Demenz empfinden und welchen Belastungen sie ausgesetzt sind.
- Diese Erklärungsmodelle unterstützen Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen beim Assessment und bei der Wahl ihrer Interventionen.
- Es ist oft ratsam, die zwischen der demenzkranken Person und ihren Gesundheitsfachpersonen vorhandene Dynamik zu konzeptualisieren, um Empathie zu ermöglichen und Veränderungen den Boden zu bereiten.

5.2 Konzepte, Modelle und Theorien zur Erklärung von Demenz

Theoretische Modelle werden in der Pflegeliteratur sehr geschätzt, weil sie Strukturen bieten und Anhaltspunkte geben, was ermittelt und wie interveniert werden muss (James 2010; Volicer/Hurley, 2003). Sie erleichtern zudem die Entwicklung klarerer Begründungen für bestimmte Behandlungsansätze. Weist beispielsweise ein Modell darauf hin, dass es vier Schlüsselaspekte sind, die ein Problem aufrechterhalten, kann eine informierte Entscheidung darüber getroffen werden, welcher Aspekt zuerst anzugehen ist. Oft lässt sich anhand des Modells auch bereits absehen, wie sich die Bearbeitung eines Aspekts vermutlich auf andere Aspekte des Modells auswirkt. Wird beispielsweise das aggressive Verhalten einer Person darauf zurückgeführt, dass sie Angst hat und sich verwundbar fühlt, wäre es sinnvoll, die Angst zu behandeln, um die Aggression zu eliminieren. In diesem Kapitel werden aus drei Hauptgruppen mehrere theoretische Modelle vorgestellt. Die erste Gruppe umfasst theoretische Modelle zur Konzeptualisierung des Demenzerlebens, die sich dafür recht unspezifischer Bezugsrahmen bedienen. Dann folgt ein Abschnitt, der sich mit theoretischen Modellen beschäftigt, die spezifischer auf herausfordernde Verhaltensweisen und deren Behandlung eingehen (s. Abschnitt 5.2.2, S. 110). Schließlich wird ein Modell präsentiert, das die emotionale Dynamik beschreibt, die zwischen der demenzkranken Person und ihren Betreuungskräften vorhanden sein kann (s. Abschnitt 5.2.3, S. 116).

5.2.1 Konzeptualisierungen von Demenz

Kitwoods Fünf-Elemente-Modell (1997)

Kitwoods einfache, lineare, beschreibende Formulierung nennt fünf Merkmale, die es erleichtern, das Demenzerleben eines Menschen zu erfassen. Beim Assessment sollen folgende Informationen über die Person gesammelt werden: 1. prämorbid Persönlichkeit + 2. Lebensgeschichte + 3. Gesundheitszustand + 4. intellektuelle Beeinträchtigung + 5. Umfeld. Dieses Modell ist zwar nicht besonders ausgeklügelt, fordert aber dennoch dazu auf, den Blick über die medizinischen Aspekte der Erkrankung hinaus auf die Person und ihre Lebensgeschichte zu richten. Ist uns beispielsweise bekannt, dass eine Frau Kinder hatte, verstehen wir eher, warum sie jeden Nachmittag um fünf, wenn die Schulkinder am Pflegeheim vorbei kommen, darauf besteht, die Station zu verlassen.

Kitwoods Modell ist durchaus hilfreich, weil es aber mehr beschreibend als erklärend ist, eignet es sich nicht als Richtschnur zur Entwicklung von Interventionen. Wesentlich informativer ist das Modell der Konzeptualisierung von Demenz (*conceptualisation of dementia*, CoD). Mit Hilfe dieses Bezugsrahmens wird versucht, einige Prozesse zu beschreiben, die Menschen mit Demenz durchleben und die möglicherweise dazu führen, dass sie deprimiert, ängstlich und/oder aggressiv werden.

Bezugsrahmen zur Konzeptualisierung von Demenz (CoD; James, 2010)

Abbildung 5-1 veranschaulicht diesen Bezugsrahmen grafisch; es handelt sich im Grunde um ein ABC-Modell. Wie das Ereignis erlebt und empfunden wird, hängt von der Denkweise und inneren Haltung der demenzkranken Person ab. Der Aspekt der «Selbstwahrnehmung» wird von kontextuellen Faktoren bestimmt, die mit der prämorbid Persönlichkeit, der Lebensgeschichte und dem kognitiven Status der Person zu tun haben. Wie sich ein Mensch in den verschiedenen Stadien des Demenzprozesses selbst sieht, wird weitgehend bestimmt vom früheren sozialen Status, Persönlichkeitstyp und früheren Beruf, von Lebensrollen, religiösen Einstellungen und sexuellen Neigungen, von seiner körperlichen Verfassung, seinen Ängsten und seinem Umgang mit Krankheit, etc.

In den frühen Stadien der Erkrankung, wenn der Grad der Einsichtsfähigkeit noch recht hoch ist, weiß die Person sehr wohl, dass sie Probleme mit dem Gedächtnis und der kognitiven Verarbeitung hat, und wird dies

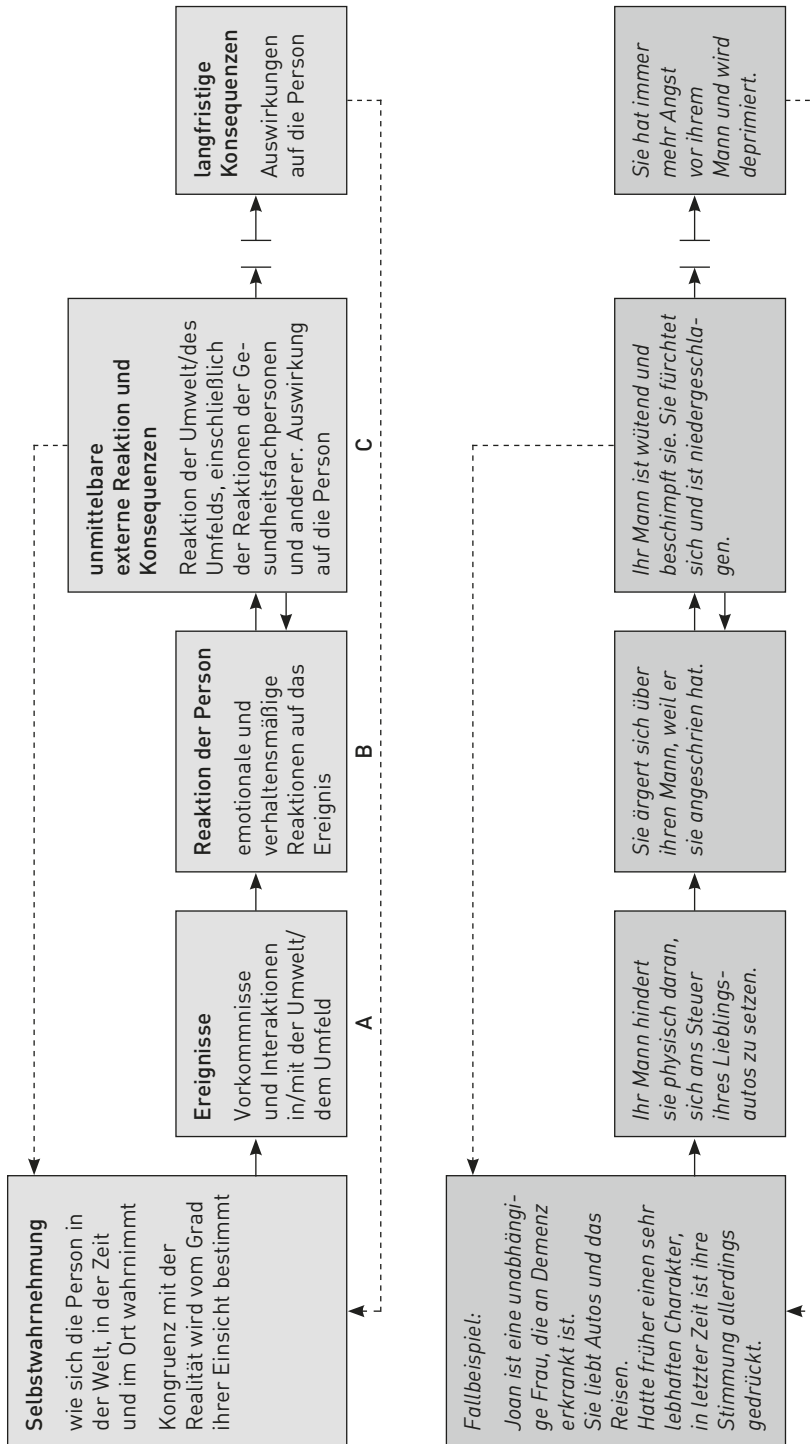


Abbildung 5-1: Konzeptualisierung von Demenz

bei ihren Reaktionen auf Ereignisse vermutlich berücksichtigen. Weil einer Frau beispielsweise bewusst ist, dass sie oft vergisst, ob sie ihre Tabletten bereits eingenommen hat oder nicht, wird sie weniger geneigt sein, mit ihrem Mann zu streiten, wenn er ihr sagt, dass sie ihre Medikamente vergessen hat. Situationen, die negative Konsequenzen haben (z. B. wenn sie ständig kritisiert wird oder sich immer wieder verläuft), werden ihr Selbstvertrauen erschüttern, sie wird vermutlich Angst bekommen, sich beschämt fühlen oder niedergeschlagen werden.

Wenn die Person langsam die Einsichtsfähigkeit verliert und sich ihre Realitätswahrnehmung zunehmend von der ihrer Mitmenschen unterscheidet, werden die Interaktionen mit dem Umfeld vermutlich problematischer («A»). Das kann verschiedene negative Emotionen und Coping-Strategien hervorrufen. Einige dieser Strategien («B» – beruhigenden Zuspruch suchen, Vermeidung, etc.) werden von ihrem Wohnumfeld (eigenes Heim, Betreutes Wohnen, Krankenhaus, Pflegeheim, etc.) möglicherweise als herausfordernd empfunden. Die Antworten des Umfelds (d. h. die materiellen und sozialen Konsequenzen – «C») auf ihre Reaktionen können weitere emotionale und das Verhalten betreffende Reaktionen auslösen, die zu «herausfordernden Verhaltensweisen» führen. Denken wir beispielsweise an eine 89-jährige Bewohnerin eines Pflegeheims, die der zuständigen Pflegeperson nicht glaubt, wenn diese ihr sagt, sie könne nicht rausgehen, um ihre Kinder von der Schule abzuholen. Gut möglich, dass die alte Dame aggressiv wird, falls man sie auf wenig empathische Weise auf die Tatsachen hinweist und überdies außer Acht lässt, dass sie die Realität verkennt. Sie reagiert vielleicht positiver, wenn die Pflegeperson mit Hilfe von Validierungstechniken auf die innere Realität der Bewohnerin eingeht (Feil/de Klerk-Rubin, 2002).

Langfristig gesehen wird die Häufung solcher Begebenheiten das Selbstwertgefühl der Person zunehmend erschüttern. Reagiert beispielsweise das Umfeld stets strafend oder feindselig, kann die Person misstrauisch werden, erlernte Hilflosigkeit an den Tag legen oder das Gefühl entwickeln, wertlos zu sein. Erlebt sie Tag für Tag solche Dinge, wird sie womöglich depressiv.

Dieses Modell zeigt zwar, dass negative Informationen dazu führen können, dass sich die Person schlechter fühlt, es zeigt aber auch auf, wie Wohlbefinden gefördert werden kann. Tatsächlich verdeutlicht es, wie wichtig es ist, den Grad der Einsichtsfähigkeit und das aktuelle Selbstbild der Person zu kennen. Therapeutinnen und Therapeuten werden aufgefordert, durch geeignete Interaktionen eine positive Selbstwahrnehmung ihrer Klientinnen und Klienten zu fördern.