



Dem Bewegungsmangel und Wahrnehmungsstörungen bei dementiell veränderten Patienten aktiv durch Ergotherapie entgegen wirken

DEMERGO Dresden
Kurs 1
Kursleitung Anja Scherf

Lisa Keller
Ergotherapeutin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1. Begründung zur Wahl des Themas.....	3
1.2. Eigene Erfahrungen in Bezug auf die Wahrnehmungs- und Bewegungstherapie bei dementiell veränderten Patienten.....	3
2. Hauptteil.....	4
2.1. Was ist Bewegung?.....	4
2.1.1. Definition Bewegung.....	4
2.1.2. Warum nimmt Bewegung im hohen Alter ab?.....	4
2.1.3. Welche zusätzlichen Probleme treten bei Bewegungsmangel auf?.....	5
2.1.4. Warum ist Bewegung bei Demenz so wichtig?.....	6
2.2. Was sind Wahrnehmungsstörungen?.....	6
2.2.1. Definition Wahrnehmungsstörungen.....	6
2.2.2. Welche Sinnessysteme gibt es?*5.....	6
2.2.3. Wie verändern sich diese Sinnessysteme bei Demenz?.....	9
2.2.4. Welche Folgen hat dieser Abbau?.....	11
2.2.5. Was kann aktiv zum Erhalt der Sinne beigetragen werden?.....	12
2.3. Wie ergänzen sich Wahrnehmung und Bewegung?.....	14
2.4. Was kann die Ergotherapie bei dementiell veränderten Patienten erreichen?.....	14
2.5. Fallbeispiel.....	15
2.6. Zielsetzung in der Demenzarbeit in Bezug auf die Bewegung und Wahrnehmung.....	16
2.7. Programm für die Praxis.....	16
2.8. Programm für die Einrichtung.....	17
2.9. Programm für die Häuslichkeit.....	18
2.10. Anleitung der Angehörigen.....	19
3. Schlussteil / Fazit.....	20
Quellenverzeichnis.....	21

1. Einleitung

1.1. Begründung zur Wahl des Themas

In meiner Zeit im Alten- und Pflegeheim habe ich einige Patienten erlebt, welche an ihr Bett gefesselt waren und nicht aus diesem raus durften. Ich habe die Pfleger gefragt, warum? Die Antwort war immer die gleiche: „Die Sturzgefahr ist zu hoch und somit haben wir mehr Arbeit!“. Für mich unverständlich. Man konnte regelrecht mit anschauen, wie diese Menschen physisch und psychisch abbauten. Andere Patienten waren trotz ihrer demenzbedingten Veränderungen sehr aktiv und nahmen oft an verschiedenen Festen, Beschäftigungen, Spaziergängen etc. teil. Bei diesen konnte man Freude im Gesicht ablesen und der Abbau durch die Demenz war wesentlich geringer. Auch bei meinen heutigen Patienten kann ich starke Unterschiede feststellen. Aktive bauen wesentlich langsamer ab als „passive“ Patienten. Und deshalb habe ich mir dieses Thema ausgesucht, um herauszufinden, warum bei Bewegungs- und Wahrnehmungstherapie der Abbau sich länger herauszögert als bei passiven Patienten.

1.2. Eigene Erfahrungen in Bezug auf die Wahrnehmungs- und Bewegungstherapie bei dementiell veränderten Patienten

Wie oben schon erwähnt gibt es einige Beispiele, welche man anbringen kann. Das für mich prägendste Beispiel ist bei einer Bewohnerin in einem Seniorenwohnpark gewesen, in welchem ich meine Prüfung ablegte. Ich kannte diese Dame bereits ein Jahr vorher, als ich mein zweites Fachpraktikum absolvierte. Die Dame war immer sehr aktiv und war viel im Garten und Haus unterwegs. Sie musste altersbedingt und aufgrund einer Fehlstellung beider Kniegelenke an einem Rollator laufen. Sie war immer gesprächig und unterhielt sich mit allen Bewohnern und Mitarbeitern. Geringe dementiell bedingte Veränderungen konnte man schon bei ihr erkennen aber noch keine stark ausgeprägten Veränderungen. Ich habe damals, ca. in der zweiten Woche meines Praktikums, bei ihr den MMST und Uhrentest gemacht. Danach kam sie immer, wenn sie mich gesehen hat auf mich zu und nannte mich spaßeshalber „meine Lehrerin“. Nach ca. 3 ½ Monaten stürzte sie und zog sich eine Oberschenkelhalsfraktur zu. Danach lag sie im Bett. Da keine Physiotherapie verordnet war, nahm ich die Patientin an mich und begann mit Bewegungsübungen. Leider ohne Erfolg, da sie nicht belastungsstabil war und sie damit weiterhin an ihr Bett gefesselt war. Sie vergaß meinen Namen und die „Lehrerin“. Ein Jahr später, als ich zu meiner Prüfung kam, lag sie immer noch in ihrem Bett. Ich habe sie sowohl optisch, als auch geistig nicht wiedererkannt. Aus einer korpulenten, aktiven und fröhlichen Frau wurde eine abgemagerte, im Gesicht zusammengefallene und sehr stark dementiell veränderte Frau.

2. Hauptteil

2.1. Was ist Bewegung?

2.1.1. Definition Bewegung

Laut Bewegungslehre heißt es: *„Leben ist Bewegen!“* Somit fördert die Bewegung das Leben. Es ist eine äußere, umweltbezogene Komponente der menschlichen Tätigkeit, eine zielgerichtete Ortsveränderung des Körpers oder Körperteile und eine Wechselwirkung mechanischer Kräfte zwischen Organismus und Umwelt.*1

2.1.2. Warum nimmt Bewegung im hohen Alter ab?

Viele Menschen leiden im hohen Alter vor allem an körperlichen Beschwerden, welche aufgrund von Verschleißerscheinungen wie z.B. Arthrose auftreten. Auch ein physiologischer Muskelabbau, aufgrund des hohen Alters und der allmählichen Minderversorgung des Gewebes, führen dazu, dass viele ein eher „passives“ Rentendasein führen.

Einige Patienten neigen auch aufgrund der fehlenden Muskelkraft und der geminderten Reflexe zur fehlenden bzw. abgebauten Stützreaktion, welche Voraussetzung für jede Bewegung ist. Dadurch wird durch die äußere Gewalteinwirkung des Sturzes oft eine Fraktur hervorgerufen, welche wiederum die Bewegung einschränkt. Viele Patienten äußern danach eine Angst vor dem Stürzen und bewegen sich dadurch noch weniger.

Ebenfalls nimmt durch fehlende Bewegung die körperliche Ausdauer ab.

*(Unter Ausdauer verstehen wir laut Trainingslehre die physische und psychische Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Ermüdung bei lang andauernden Belastungen und die rasche Wiederherstellungsfähigkeit nach Belastung.)*2*

Da durch diesen Abbau ebenfalls die Atmung schneller wird bzw. manche Patienten im höheren Alter zu Dyspnoe neigen, können dann auch die Stoffwechselendprodukte (vor allem Laktat) nicht genügend abgebaut werden. Somit leiden die Patienten häufig unter Schmerzen bei Bewegung und vermeiden somit diese.

2.1.3. Welche zusätzlichen Probleme treten bei Bewegungsmangel auf?

Durch die fehlende Bewegung verschlechtert sich auch die viszerale Bewegung. Vor allem unser Gefäß- und Lymphsystem leidet unter Bewegungsmangel. Da die peripheren Gefäße und die Venen auf die Unterstützung der Muskelpumpe angewiesen sind, kann ein ausreichender Rücktransport des sauerstoffarmen Blutes nicht gewährleistet werden. Dadurch stirbt gesundes Gewebe ab und das sauerstoffarme Blut sowie die Stoffwechselendprodukte können nicht zum Gasaustausch in die Lunge kommen. Dies bedeutet für den Patienten Schmerzen und Unwohlsein bis hin zu Nekrosen des betroffenen Gewebes, woraus sich wiederum eine Sepsis bilden kann.

Auch das Herz wird bei fehlender Bewegung angegriffen. Durch den fehlenden Blutrücktransport kann es nach einiger Zeit zur sog. Rechtsherzinsuffizienz kommen. Unter der Rechtsherzinsuffizienz versteht man eine Form der Herzinsuffizienz.

Bei dieser ist das Herz nicht in der Lage den Körper mit ausreichend Blut zu versorgen.

(Eine Herzinsuffizienz liegt vor, wenn das Herz unfähig ist, das vom Organismus benötigte Herzvolumen bei normalen enddiastolischen Ventrikeldruck bereit zu stellen.

*Nach WHO ist die Herzinsuffizienz als verminderte körperliche Belastbarkeit aufgrund einer ventrikulären Funktionsstörung definiert)*3*

Das Herz versucht die fehlende Blutmenge durch stärkere Muskelkontraktion zu kompensieren. Dadurch vergrößert sich das rechte Myokard und „ermüdet“ mit der Zeit. Da das Herz zusammen mit den Blutgefäßen und Organen einen Kreislauf bildet, bekommt somit auch die Lunge weniger Blut, wodurch es dann zu starken Atemproblemen bis hin zu Dyspnoe kommen kann. Im weiteren Verlauf kann es dann zu einer Linksherzinsuffizienz kommen. Somit gelangt nicht nur nicht ausreichend sauerstoffarmes Blut zum Gasaustausch, sondern auch weniger sauerstoffreiches Blut in den Körperkreislauf, wodurch wieder eine Minderdurchblutung des Gewebes stattfindet. Daraus kann ebenfalls ein Bluthochdruck entstehen, welcher wiederum andere Nebenwirkungen mit sich bringt.

Des Weiteren treten durch Mangelbewegung auch orthopädische Beschwerden auf. Muskeln verkürzen und verlieren ihr Volumen. Gelenkkapseln verkürzen sich und können nicht mehr ausreichend Synovia (Gelenksflüssigkeit) bilden. Früher oder später kommt es dann zur sog. Kontraktur, der pathologischen Versteifung eines Gelenkes infolge von Verkürzung von Sehnen, Muskeln und Kapsel. Wodurch es am

Ende immer zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen des Patienten kommt, also vermeiden diese Bewegung, um Schmerzen zu vermeiden.

Diese genannten Risiken und Auswirkungen kann man als circulus vitiosus bezeichnen oder auch Teufelskreis.

2.1.4. Warum ist Bewegung bei Demenz so wichtig?

Diese Frage erklärt sich nachdem man den Abschnitt 2.1.2. gelesen hat. Es kommt durch die Minderdurchblutung nicht nur zum physischen Abbau sondern auch zu einer Minderversorgung des Gehirnes mit sauerstoffreichem Blut. Ebenfalls ist der Abtransport des sauerstoffarmen Blutes gestört. Und wie bei der kleinen Zehe am Fuß, kann auch im Gehirn gesundes Gewebe absterben.

Da bei der Demenz auch gesundes Gewebe zerstört wird, fördert die Mangelbewegung mit der Minderdurchblutung diesen Prozess. Somit wird klar, dass Bewegung im Alter und vor allem bei dementiell veränderten Patienten eine wichtige Rolle beim Hinauszögern der Krankheit ist. Denn durch die Bewegung werden zum größten Teil viele Faktoren des circulus vitiosus eingegrenzt.

2.2. Was sind Wahrnehmungsstörungen?

2.2.1. Definition Wahrnehmungsstörungen

Eine Wahrnehmungsstörung liegt vor, wenn neuronale Reize aus den Sinnesorganen im ZNS nicht korrekt verarbeitet werden.

*Reize werden über afferente Nerven zum Gehirn geleitet und dort interpretiert. Über die efferenten Nervenleitungen werden Reaktionen bewirkt. Sinnliche Wahrnehmungen helfen dem Menschen, sich mit der Welt auseinanderzusetzen und seiner Position im Raum ebenso wie die (soziale) Interaktion mit anderen Lebewesen und Menschen. Ist die Wahrnehmung gestört, können Interaktionen nicht angemessen ausgeführt werden.*4*

2.2.2. Welche Sinnessysteme gibt es?*5

Unsere Sinnessysteme werden in zwei große Gruppen eingeteilt:

- Fernsinne
- Körpersinne

Zu den Fernsinnen zählen das auditive, visuelle, olfaktorische und gustatorische System. Zu den Körpersinnen das taktile, vestibuläre und propriozeptive System.

Fernsinne:

Das **auditive System** ist das erste Sinnessystem, welches vom Körper bereits intrauterin entwickelt wird.

Es liegt in der Ohrschnecke und wird im Cortex cerebri verarbeitet. Es hilft uns Töne, Geräusche, Sprache, Musik wahrzunehmen und Töne im Raum zu lokalisieren.

Das **visuelle System** liegt im Auge und der Netzhaut und wird im Cortex cerebri verarbeitet. Es ermöglicht uns das Sehen.

Visuelle Wahrnehmung kann verstanden werden als die Fähigkeit, optische Reize im Gehirn aufzunehmen, zu unterscheiden, einzuordnen, zu interpretieren und mit früheren Erfahrungen zu verbinden und entsprechend darauf zu reagieren. (Barth 2006)

Das gesamte visuelle System liefert dabei verschiedene Informationen über Form, Umriss, Tiefe, Größe, Durchlässigkeit, Lage und Abstand von Gegenständen und Umweltmerkmalen. Diese werden in Beziehung zueinander und in Bezug zum Betrachter gesetzt. (Nacke, 2005)

Die einzelnen Funktionen der visuellen Wahrnehmung

Aus der Literatur zusammengefasst hat die visuelle Wahrnehmung verschiedene Grundfunktionen:

- Erkennen und Differenzieren von Größe und Form
- Figur-Grund-Wahrnehmung
- Formkonstanz
- Wahrnehmung der Lage im Raum
- Wahrnehmung räumlicher Beziehungen
- Visuelle Mengenerfassung
- Farberkennung und -zuordnung
- Helligkeit (Augenfunktion)
- Sehschärfe (Augenfunktion)

Zu den Eigenschaften der Farberkennung, der Helligkeit und der Sehschärfe ist ein anatomisch korrektes Auge notwendig. Zur Abklärung etwaiger Schwierigkeiten ist daher bei Problemen in der visuellen Wahrnehmung auch immer an physiologische Probleme zu denken und ein Besuch beim Augenarzt bzw. Optiker vorrangig.

Ein Teilbereich der visuellen Wahrnehmung ist nach erfolgter Reizaufnahme und Weiterleitung die visuelle Wahrnehmungsverarbeitung. Die Verarbeitung erfolgt dabei im Großhirn und dort vor allem im Hinterhauptslappen mit einer Beteiligung von verschiedenen mnestischen (gedächtnisnahen), emotionalen und

aufmerksamkeitsstützenden Zentren.

Die Wahrnehmungsverarbeitung beinhaltet die Fähigkeit, visuelle Reize als Muster zu erkennen, zu unterscheiden, sie mit früheren Erfahrungen zu verbinden und zu interpretieren, damit eine adäquate Reizantwort erfolgen kann.

Das **olfaktorische System** liegt in der Nase genauer im Riechepithel und wird im Cortex cerebri verarbeitet. Es ermöglicht uns Gerüche wahrzunehmen und einzustufen. Somit kann z.B. das Überleben gesichert werden (Beispiel: Gasgeruch, verdorbenes Essen). Zusammen mit dem **gustatorischen System**, welches auf unserer Zunge liegt und im Rautenhirn verarbeitet wird und uns die Geschmacksrichtungen salzig, süß, sauer und bitter wahrnehmen lässt, sind diese beiden Systeme aber vor allem für den Genuss wichtig. Genuss ist für unser Wohlbefinden wichtig und kann den an Demenz erkrankten Patienten viele Erinnerungen zurück bringen „das schmeckt wie früher bei meiner Mutter“ , „Dieses Waschmittel habe ich früher auch benutzt“.

Leider baut jedoch das olfaktorische System mit als erstes System ab. Daraufhin verlieren viele Patienten auch ihren Geschmackssinn.

Körpersinne:

Beim **taktilen System** gibt es zwei verschiedene Arten.

Das protopathische (schützendes System), welches im Thalamus verarbeitet wird und das epikritische System (unterscheidendes System), welches im Cortex verarbeitet wird.

Die Rezeptoren dieses Systems liegen in der Haut (Thermo-, Nozi-, Mechanorezeptoren)

Beide ermöglichen uns Berührung, Druck, Temperatur, Schmerz und Vibration wahrzunehmen.

Wahrgenommen wird dies alles über die Haut, dem wichtigsten Wahrnehmungsorgan des Menschen. Dieses System existiert ab dem 2. Schwangerschaftsmonat und entwickelt sich vom Kopf ab nach unten zu den Extremitäten.

Das **vestibuläre System** liegt im Innenohr, Vestibulum und wird im Kleinhirn verarbeitet. Es ermöglicht uns die Körperposition, die Körperbeschleunigung und die Kopfbewegungen wahrzunehmen. Dies ist vor allem bei Bewegung wichtig, um Stürze zu vermeiden. Grob gesagt ist das vestibuläre System unser Gleichgewichtssinn.

Das **propriozeptive System** liegt in den Muskeln, Sehnen, Bändern und Gelenken und gibt uns Auskunft über Position und Bewegung der Körperteile. Dies wird im Kleinhirn verarbeitet.

Das propriozeptive System arbeitet eng mit dem taktilen und vestibulären System zusammen.

Teilbereiche der Propriozeption:

- Stellungssinn
- Bewegungssinn
- Spannungssinn
- Kraftsinn

2.2.3. Wie verändern sich diese Sinnessysteme bei Demenz?

Durch die Proteinablagerungen im Gehirn werden die Nervenzellen geschädigt und letztendlich zerstört. In bestimmten Hirnregionen sterben die Nervenzellen nach und nach ab, sodass die Verbindungen zwischen den Zellen dauerhaft verloren gehen. Dadurch werden auch Informationsweiterleitung und –verarbeitung gestört. Diese Schädigungen sind irreversibel. (Primäre Demenz)*6

Unser Gehirn wird in verschiedene Abschnitte eingeteilt.

Thelencephalon:

- Das Thelencephalon oder auch Großhirn bildet den größten Teil des menschlichen Gehirns und den differenziertesten des Zentralnervensystems. Es ist in zwei Hemisphären eingeteilt. Ihm werden die Basalganglien und große Teile des limbischen Systems zugeordnet.
- Es sorgt für eine reibungslose und koordinierte Ausführung von Bewegungen, indem die motorischen Impulse des Cortex verarbeitet werden.

Cortex cerebri

Der Cortex cerebri oder auch Rinde, ist die graue Substanz unseres Gehirnes. Diese besteht aus den Zellkörpern und Neuronen und dient den höheren Funktionen wie z.B. Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen, Sehen, Lesen, Hören, Sprechen, Planung und Ausführung von Willkürbewegungen, Bewusstsein, komplexem Denken, Persönlichkeit etc.

Der Cortex wird in 5 Lobi (Lappen) eingeteilt:

- 4 Lobi:
 - Frontal- oder Stirnlappen (Entscheidungsfähigkeit, Antrieb, Blasenfunktion, Sprachzentrum, Muskelaktivität, Persönlichkeit)
 - Parietal- oder Scheitellappen (Berührungsempfindlichkeit, Sprache)
 - Temporal- oder Schläfenlappen (Gedächtniszentrum, Emotionen, Sprachfunktion)
 - Occipital- oder Hinterhauptslappen (Sehen)
- Inselrinde- Lobus insularis (basale Funktionen)
- Wahrnehmung und motorische Steuerung des Vegetativums (Übelkeit)
- Multisensorischer Cortex (gustatorische, vestibuläre WN, Viszerosensibilität)

Weiterhin gehören zum Telencephalon die Basalganglien (Feinabstimmung der Bewegungsimpulse, Steuerung und Richtung, Ausmaß, Kraft und Geschwindigkeit einer Bewegung) und das limbische System (Steuerung der Funktionen von Antrieb, Lernen, Gedächtnis, Emotionen sowie vegetative Regulation der Nahrungsaufnahme, Verdauung und Fortpflanzung).

Neben dem Telencephalon gibt es noch das Diencephalon (Zwischenhirn)

Dieses teilt man auf in:

- Thalamus („Tor des Bewusstseins“, wichtig für Bewegungsplanung und Koordination, gibt koordinierte & geplante Bewegungsinformationen weiter, beteiligt sich an der Verarbeitung psychischer Vorgänge)
- Hypophyse (rein endokrines Organ, produziert wichtige Hormone)
- Epithalamus (Besitzt eine wichtige Drüse → Epiphyse, reguliert teilweise Schlaf-Wach-Rhythmus)
- Hypothalamus (oberstes Koordinations- & Regulationszentrum des vegetativen und endokrinen Systems, Schlaf-Wach-Rhythmus wird hier geregelt)
- Metathalamus (Umschaltstelle für die Hör- und Sehbahn)
- Subthalamus (gehört funktionell zu den Basalganglien, Feinabstimmung der Bewegungsimpulse, hemmend oder verstärkt)

Mesencephalon (Mittelhirn)

- Tectum (wichtig für optische Reflexe, Hörbahn)
- Tegmentum (epikritische Sensibilität, Hörbahn, Bahnen für Schmerz- und Temperaturempfinden, Dopamin wird hier gebildet, Willkürbewegungen werden hier zusammen mit dem Cerebellum und den Basalganglien koordiniert, reguliert Muskeltonus)
- Crura cerebri (Hier drin verlaufen die extrapyramidal motorischen Bahnen, die den Cortex mit dem Pons verbinden)

Metencephalon (Hinterhirn)

- Cerebellum (Kleinhirn; Körpergleichgewicht, Organisation der Augenbewegung, Bewegungsdurchführung, Planung der Zielbewegung, Koordination)
- Pons (Bewegungskoordination)

Myelencephalon (Nachhirn)

- Medulla oblongata (Atemzentrum, Kreislaufregulation, Reflexzentren)*7

Der Hippocampus, welcher sich im limbischen System befindet, ist immer als erstes befallen. Dort fließen sensorische Informationen zusammen und werden verarbeitet, bevor sie zum Cortex zurück gesendet werden.

Der Hippocampus ist ebenfalls wichtig für die Weiterleitung von Informationen aus dem Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis und wird als „Halter“ des Langzeitgedächtnisses und der Erinnerungen bezeichnet.*8

Die Demenz ist eine schleichende Krankheit, welche sich langsam oder aber auch schnell ausbreitet und nicht in einem bestimmten Gebiet unseres Gehirnes bleibt. Somit wird deutlich, dass nicht nur das Kurz- und Langzeitgedächtnis angegriffen werden, sondern auch alle anderen Bereiche des Gehirnes und dessen Funktion beeinträchtigt werden können.

Unsere Sinnessysteme werden alle im Gehirn verarbeitet. Da diese Krankheit aber das Gehirn zerstört, kann man daraus schließen, dass die Informationen, welche von den Sinnesorganen zum Gehirn geleitet werden, nicht mehr richtig verarbeitet werden können. Somit verlangsamt sich zu Beginn der Krankheit die Verarbeitung und im späteren Verlauf kann diese Verarbeitung sogar zum Erliegen kommen.

2.2.4. Welche Folgen hat dieser Abbau?

Wer schon einmal mit einem dementiell veränderten Patienten gearbeitet hat, kennt die häufigsten Symptome dieser Krankheit. Viele klagen zu Beginn der Krankheit über „Vergesslichkeit“ und „Ungeschicktheit“. Doch nicht nur diese kognitiven Dysfunktionen gehen mit der Demenz einher.

Wie oben schon erläutert, können alle Hirnareale betroffen sein. Dies hat zur Folge, dass sich nicht nur die Kognition verschlechtert, sondern auch alle anderen Systeme geschädigt werden und somit viele verschiedene Symptome entstehen.

Zu den geläufigsten Symptomen zählen folgende:

- Kognitive Symptome:
 - Abnahme der Merkfähigkeit, zunächst Ultrakurzzeitgedächtnis, dann des Arbeitsgedächtnisses, später auch Langzeitgedächtnis
 - Störung des abstrakten Denkens
 - Abnahme des kritischen Denkens und des Urteilsvermögens
 - Verminderung des Indeeinflusses
 - Lernstörungen
 - Aufmerksamkeitsstörungen
 - Sprachstörungen wie amnestische Aphasie und Dysphasie
 - Akalkulie
 - Ideatorische Apraxie
 - Orientierungsstörungen; situativ, zur Person, örtlich, zeitlich
- Wahrnehmungsstörungen:
 - Des eigenen Körpers in Bezug auf die Tiefensensibilität
 - Schmerz oder Hunger können nicht lokalisiert werden
 - Reizverarbeitung wird immer mehr eingeschränkt
 - Agnosie
 - Ankleideapraxie
- Bewegungsstörungen:
 - Akathisie
 - Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit bis hin zur Bewegungsunfähigkeit
 - Störungen im Gangbild
- Psychische Störungen:
 - Verminderte Affektkontrolle führt zur Affektinstabilität
 - Euphorie, Depression, Aggression, Gereiztheit, Gespanntheit, Wahnideen, generalisierte Angst, Apathie, wobei Wahn, Angst usw. möglicherweise auch durch Transmitterstörungen entstehen können
 - Verhaltensauffälligkeiten, wie Wesensveränderungen oder auch verändertes Sozialverhalten, Distanzlosigkeit, Aufdringlichkeit
- Einschränkung der unwillkürlichen Körperfunktionen:
 - Inkontinenz von Blase und Darm*9

2.2.5. Was kann aktiv zum Erhalt der Sinne beigetragen werden?

Es ist wichtig unseren Sinnessystemen immer wieder Reize zu geben. Studien haben ergeben, dass Menschen ohne jegliche Reizung von Sinnen und Bewegung ein frühes Ableben haben.

Bei dem berühmten Kaspar-Hauser-Versuch wurde gezeigt, wie sich Kinder ohne Liebe und Kontakt zu anderen Personen entwickeln. In einer reizlosen Umgebung starben die

Neugeborenen jedoch sehr frühzeitig.

Deshalb sollten den dementiell veränderten Patienten Möglichkeiten geschaffen werden, um sich selbst und ihre Umwelt wahrnehmen zu können.

Bei vielen dementiell veränderten Menschen kann, auch schon im frühen Verlauf der Krankheit erkennen, dass diese sich selbst stimulieren, um ihren Körper wahrzunehmen. Dies kann durch Händereiben, Nesteln oder auch Wippen und Schreien erkannt werden, um nur einige Beispiele zu nennen.

Hier kann der Therapeut, aber auch Angehöriger, Pfleger etc. eine wichtige Rolle spielen und gezielt Reize setzen.

Beispielsweise nehmen viele Angehörige, schon im frühen Stadium der Demenz, den Betroffenen jegliche Verantwortung im Haushalt oder Beruf ab. Dabei können schon kleine Aufgaben nicht nur die Wahrnehmung und Bewegung, sondern auch das Selbstbewusstsein des betroffenen fördern.

Dem Betroffenen kann z.B. durch das Tragen von Einkaufstaschen (besonders bei Männern) sehr geholfen werden. Die Schwere der Tasche kann einen propriozeptiven Reiz geben, wodurch der Patient seinen Körper wahrnehmen kann.

Auch kann ein schweres Buch viel Körperwahrnehmung geben. Hier auch wieder durch die Schwere des Buches. Es wird ein Automatismus ausgelöst, wobei der betroffene Patient anfängt in diesem Buch zu blättern. Dabei wird das Langzeitgedächtnis angesprochen. Der betroffene fängt ebenfalls an, in diesem Buch zu lesen, eventuell sogar laut vorzulesen. Dabei wird automatisch die visuelle, auditive und auch taktile Wahrnehmung angespornt. Bei schwerer Demenz kann somit auch eine Beschäftigung geschaffen werden. Der dementiell Veränderte hat somit eine Aufgabe, wodurch wiederum das Selbstbewusstsein gesteigert wird.

Kochen und backen sind ebenfalls Aktivitäten, welche die Wahrnehmung fördern.

Diese können zusätzlich als Aktivität gesteigert werden, indem die Patienten im Stehen, an einer Arbeitsplatte, arbeiten. Sollte dies möglich sein, wird durch den Stand das Gleichgewichtssystem angesprochen.

Je nachdem, was man mit dem Patienten zubereitet, können weitestgehend alle Sinnessysteme aktiviert werden. Durch ein Handrührgerät werden vibratorische Reize gesetzt, durch Schneiden von Lebensmitteln (eventuell harten Lebensmitteln wie Möhren, Äpfel etc.) wird Druck auf die Gelenke gegeben.

2.3. Wie ergänzen sich Wahrnehmung und Bewegung?

Wahrnehmung und Bewegung gehen immer zusammen einher. Wenn ich mich bewege, nehme ich mich wahr. Wenn ich einen Gegenstand ertaste, nehme ich diesen besser wahr. Wird mir dieser nur auf die Hand gelegt, kann ich nur einige Merkmale wahrnehmen. Kann ich diesen durch Bewegung meiner Finger ertasten, kann ich ihn besser wahrnehmen und viele Merkmale ertasten.

Wird der Betroffene berührt, um ihn z.B. zu führen, nimmt er diesen Reiz wahr. Die Haut wird bei der Berührung leicht bewegt. Also sind nicht nur Bewegungen der Arme und Beine Bewegung, sondern auch Berührungen, ob selbst- oder fremdstimuliert.

Nehme ich mich selbst nicht richtig wahr, so kann ich mich nicht richtig bewegen. Ein gutes Körpergefühl ist die Voraussetzung für eine Bewegung. Ohne Gleichgewichtssinn, kann ich nicht sicher stehen und laufen. Das Hinsetzen fällt mir schwer und auch das Sitzen ist eingeschränkt. Somit verfall ich in eine gebeugte Haltung und bekomme nach einiger Zeit Schmerzen.

Wie oben schon genannt, bewege ich mich bei Schmerzen weniger.

2.4. Was kann die Ergotherapie bei dementiell veränderten Patienten erreichen?

Hier muss unterschieden werden, um welche Form der Demenz es sich handelt.

Leidet der Betroffene unter einer primären oder einer sekundären Demenz? Ist es eine Beginnende oder eine Fortgeschrittene?

Bei der sekundären Demenz kann die Ergotherapie weitaus mehr erreichen und zum Teil auch „fördern“, als bei der primären Demenz. Anders als bei der primären Demenz besteht die Chance, dass sich bei der sekundären Demenz neue Nervenbahnen im Gehirn bilden. Diese kann die Ergotherapie also durch bestimmte Therapiemethoden nutzen, um eventuell durch Kompensationen, verlorene Fähigkeiten zurück zu gewinnen.

Leider sind 90% der Betroffenen an der primären Demenz erkrankt, bei welcher die Ergotherapie nur den Krankheitsverlauf hinauszögern kann.

2.5.Fallbeispiel

Meine Patientin (Frau S. 72 Jahre alt) leidet seit 5 Jahren an Chorea Huntington. Ich begleite sie seit einem Jahr in der Häuslichkeit. Sie wohnt mit ihrem Mann zusammen, welcher sich um alles kümmert. Frau S. war zu Anfang der Therapie Bettlägerig und konnte nur eine kurze Strecke von Bett zur Couch laufen (nur mit sehr viel Hilfe)

Dort ließ sie sich sofort fallen und ich begann die Therapie im Liegen. Da ihre Ellenbogengelenke und ihre Hände schon eine Flexionskontraktur aufwiesen, versuchte ich diese durch passive und assistive Bewegung weitestgehend zu lockern. Ihre Sprache war sehr stark eingeschränkt und wir konnten nur mit den Augen kommunizieren.

Immer wieder traten starke Krämpfe auf, welche sich durch ihren gesamten Körper zogen. Diese wurden beim Versuch zu sprechen stärker.

An einem Tag waren die Krämpfe so stark, dass keine Bewegung möglich war. Ich nahm das Vibrationsgerät und versuchte ihr eine Entspannung anzubieten. Ich ging mit dem Gerät über die Schultern, Arme und Hände. Anschließend über die Füße und Beine. Frau S. beruhigte sich und ich konnte anfangen ihre Arme und Hände zu bewegen. Seit diesem Tag beginnen wir immer mit der Vibrationsmassage. Seit einigen Monaten bringe ich ebenfalls ein mobiles Fahrrad mit, da mit Herr S. berichtet hat, dass seine Frau früher gerne und viel Fahrrad gefahren ist. Anfangs konnte sie nur 2-3 Umdrehungen machen. Mittlerweile sind es schon 30-40 Umdrehungen.

Am Anfang hing sie „wie ein nasser Sack“ (Zitat Frau S.) auf dem Stuhl und musste immer wieder aufgerichtet und gehalten werden. Jetzt kann Frau S. alleine aufrecht sitzen und kann diese Rumpfstabilität auch für eine gewisse Zeit halten. Auch ihre Hände sind seit dem Fahrradfahren um einiges lockerer geworden und können passiv gut geöffnet werden. Auch Herr S. berichtet mir immer wieder von kleinen Fortschritten. Zum Beispiel kann Frau S. beim Duschen ohne Hilfe ihre Hände öffnen und um die Stange legen, um sich festzuhalten.

Was lernen wir daraus?

Bewegung ist wichtig. Aber ohne die Wahrnehmung (hier in Form der Vibration) kann keine Bewegung stattfinden.

Auch wenn Chorea Huntington wie eine Demenz verläuft und es eigentlich keine Besserung gibt, so kann man durch gezielte Reize eine kurze Besserung oder Kompensationen schaffen.

2.6.Zielsetzung in der Demenzarbeit in Bezug auf die Bewegung und Wahrnehmung

Bei dementiellen Erkrankungen ist es nicht wie bei chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen, bei welchen man den Zustand vor der Verletzung wiederherstellen kann. Denn die Schädigung durch den diffusen Abbau ist irreversibel.

Man kann also bei diesem Krankheitsbild nur versuchen, den Abbau einzudämmen und zu verlangsamen.

Ressourcen sollten genutzt werden und beginnende Symptome, wie z.B. das Nesteln, sollten durch gezieltes Handeln und Reizgabe eingeschränkt werden.

Also sollte bei dem Krankheitsbild Demenz immer der möglichst lange Erhalt einzelner Funktionen im Vordergrund stehen. Dies gilt auch für die Bewegung und teilweise für die Wahrnehmung.

Diese kann im Bereich der Körpersinne sogar gefördert werden. Das heißt, die Ergotherapie kann mit gezielten Reizen und Übungen die vestibuläre, taktil-kinästhetische, propriozeptive und vibratorische Wahrnehmung fördern.

2.7.Programm für die Praxis

In einer ergotherapeutischen Praxis sind die Patienten häufig an einer beginnenden Demenz erkrankt. Hier ist es vor allem wichtig die Körperwahrnehmung vorbeugend zu stabilisieren. Die Patienten und vor allem die Angehörigen berichten häufig von Gangschwierigkeiten. Sie sind beim Gehen häufig unsicher und werden immer langsamer. Die Schrittlänge nimmt ebenfalls ab.

Als Ergotherapeut kann man hier, falls ein Sportraum vorhanden ist, einen Parcour aufbauen. Es müssen nicht viele komplexe Übungen sein. Es reichen 2-3 Stationen, welche immer und immer wieder wiederholt werden können.

Ein kleines Beispiel:

Für den Parcour eines Patienten mit Gang- und Gleichgewichtsschwierigkeiten, lege ich 4-5 Hoolahoop-Reifen auf den Boden (erst gerade, später kurvig). Durch diese soll er mit

großen Schritten durchlaufen. Bei der nächsten Station liegt ein Wackelbrett (geschützt mit vielen Matten). Auf diesem soll er stehen. Sobald er sicher steht, kann er versuchen über dieses zu laufen. (Links und rechts ist er abgesichert)
Diese Übung kann noch weiter gesteigert werden z.B. durch ein großes Stecksolitär oder anderem, welches er während er auf dem Brett steht lösen soll.
An der dritten Station lege ich große Holzblöcke auf den Boden. Mein Patient soll über diese mit hohen Schritten steigen. Diese Übung kann man durch mehr Blöcke steigern.

Bei diesen Übungen werden vor allem das Gleichgewicht und das Körperschema geschult. Die Patienten müssen einschätzen können, wie hoch sie das Bein heben sollen, um ohne zu stolpern über die Holzblöcke zu kommen.

Zum Abschluss kann man noch mit dem Patienten, falls er dies möchte, Kegeln. Das Kegeln schult nochmals sehr stark den Gleichgewichtssinn.

Was wird noch geschult?

Die Bewegung! Der Patient bewegt sich, dies ist gerade vor allem bei Männern sehr beliebt, da viele nicht vor einem Tisch sitzen und Rätsel lösen möchten.

Auch im handwerklichen Bereich werden Wahrnehmung und Bewegung angesprochen. Ein Vogelhaus zu bauen, bringt dem Patienten mehr als nur das Ergebnis. Das Sägen des Holzes, sowie das abschleifen geben vibratorische Reize an den Betroffenen. Dies kann im Sitzen, oder als Steigerung im Stehen ausgeführt werden.

2.8.Programm für die Einrichtung

Es gibt in jeder Einrichtung mindestens eine Treppe. Wenn man diese nutzen kann, kann man schon viel für das Gleichgewicht und die Bewegung machen. Eine Treppe hoch und wieder runterlaufen bringt dem Gleichgewicht und der Bewegung sehr viel. Auch hier spielt die Kraft eine große Rolle. Doch nicht nur das. Viele Bewohner glauben nicht mehr an sich selbst und, dass sie es schaffen könnten eine Treppe nach oben zu laufen. Hier können schon bereits auf der ersten Treppenstufe Übungen gemacht werden. Schon ein auf- und wieder absteigen fördert Gleichgewicht, Propriozeption, Bewegung, Kraft und Ausdauer.

In den Einrichtungen werden oftmals Sportgruppen angeboten. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese nicht zu groß sind. Es sollten kleinere Gruppen gemacht werden, um

bei wirklich jedem Bewohner auf eventuelle Ausweichbewegungen achten zu können. Diese können häufig Verletzungen und/oder Schmerzen mit sich bringen. Bei den Sportgruppen ist es wichtig mit Musik zu arbeiten, denn diese kann man auch einsetzen, um z.B. zu Schunkeln. Dieses Schunkeln fördert wieder Gleichgewicht und Bewegung, aber auch Freude und die Gruppendynamik.

Des Weiteren kann man auch als Gruppenaktivität das Kegeln anbieten.

In der Einzeltherapie kann man wie o.g. die Treppe sehr gut einsetzen. Hierbei ist jedoch auf die Sicherheit des Bewohners zu achten, ggf. sollte eine zweite Person zur Absicherung dazu geholt werden.

Handwerkliche Tätigkeiten sollten auch in der Einrichtung angeboten werden. Ob es sich um ein Einzel- oder Gruppenprojekt handelt. In vielen Einrichtungen finden oft Feste statt, bei welchen die Bewohner helfen können, diese dekorativ zu gestalten. Auch die Wohnbereichsdekoration und Gestaltung sollte durch die Bewohner mit entschieden und hergestellt werden. Hier stehen dann nicht nur Wahrnehmung und Bewegung im Vordergrund sondern auch das Selbstbewusstsein, welches durch die erzielten Ergebnisse gehoben wird.

Auch beim Backen und Kochen wird dies geschult. Hier wird ebenfalls die gustatorische und olfaktorische Wahrnehmung angesprochen. Es sollte den Bewohnern gestattet sein zu kosten.

Schon allein durch die Betätigung des Handrührgerätes, bekommt der Bewohner einen vibratorischen Reiz, welcher wiederum die Körperwahrnehmung anspricht.

Ein Spaziergang an der frischen Luft ist nicht nur wieder eine gute Übung für das Gleichgewicht und die Bewegung. Es kann auch Anreiz für ein Gespräch sein. Oft gibt es in den Gärten von Einrichtungen Blumen oder Bäume, über welche man gut in ein Gespräch kommen kann. Vielleicht hatte der eine oder andere Bewohner früher auch einen Garten und kann noch über diesen berichten. Also wird ebenfalls das Langzeitgedächtnis angesprochen, sowie die Sprache.

2.9.Programm für die Häuslichkeit

Bei Patienten in der Häuslichkeit ist es schwierig viel mit Bewegung zu arbeiten, da die Angehörigen häufig nur ein normales Hirnleistungstraining wünschen. Die o.g. Therapievorschläge können aber auch alle in der Häuslichkeit umgesetzt werden. Oft wird es leider als unangenehm empfunden mit den Patienten in das Treppenhaus zu gehen, da „*die Nachbarn dann schauen*“ (Zitat einer Angehörigen). Hier sollte man mit viel Feingefühl an die Sache gehen und den Angehörigen erklären, dass die Bewegung wichtiger ist, als

die Nachbarn.

Mobile Fahrräder sind ebenfalls eine gute Möglichkeit, um Bewegung und Propriozeption zu üben. Diese Fahrräder sind nicht schwer und können gut transportiert werden. In manchen Fällen erwerben Angehörige ebenfalls solch ein Fahrrad, um auch außerhalb der Therapie ihre betroffenen Angehörigen zu mobilisieren.

Gemeinsames Kochen kann auch hier eine sehr schöne Aufgabe für den Betroffenen sein. Ein Essen für die Frau oder den Mann zubereiten schult auch nicht nur wieder Bewegung und Wahrnehmung sondern auch wieder das Selbstbewusstsein. Der Betroffene bekommt das Gefühl, trotz Erkrankung nützlich zu sein.

Auch im häuslichen Bereich können Spaziergänge angeboten werden.

2.10. Anleitung der Angehörigen

Es ist immer wichtig die Angehörigen mit einzubeziehen. Häufig erfährt man durch diese, ob die betroffenen früher sportlich aktiv waren oder früher Hobbies hatten, welche mit Bewegung einhergehen. Sobald die Angehörigen sehen, welche Fähigkeiten noch erhalten sind, sollte man sie darauf schulen auf diese einzugehen.

Viele schonen ihre betroffenen Angehörigen und nehmen ihnen jegliche Art von Arbeit ab, sei es Haushaltsaufgaben oder Einkaufen.

Aber auch hier kann man mit sehr viel Geduld und dem nötigen Wissen viel erreichen.

Warum sollte man den betroffenen nicht mit zum Einkaufen nehmen? Gerade in kleinen Supermärkten, in welche man vielleicht schon seit einigen Jahren geht, kann man die Verkäufer ansprechen und seine Situation erklären. Häufig gibt es in diesen kleinen Supermärkten auch Bänke, auf welchen die betroffenen sitzen können. Schon allein der Weg bis zum Supermarkt ist gut für die Bewegung. Auf dem Rückweg, sollte auch wieder nicht zu viel abgenommen werden. Der betroffene kann auch eine Tüte tragen. Diese Kleinigkeit ist auch eine Art „*Therapie*“ für die Propriozeption. Durch die Schwere und den Zug auf das Gelenk wird diese angesprochen. Somit kann der Betroffene, bei gelegentlichem Wechsel der Tragehand, sich viel besser spüren.

Wichtig ist es, dem betroffenen so viele Reize wie möglich zu geben. Er soll sich wertvoll fühlen und kann genauso mitmachen wie vorher auch.

Auch wenn z.B. der Mann vorher nie abgewaschen hat, sollte man auch dies ausprobieren.

3.Schlusssteil / Fazit

Was lerne ich daraus?

Ohne Wahrnehmung, kann es keine Bewegung geben. Diese beiden Bereiche unseres Körpers bedingen sich gegenseitig. Sie sollten in der Arbeit mit dementiell Veränderten unbedingt eingesetzt werden, um weitere Bereiche zu Unterstützen. Das Hirnleistungstraining allein ist zu wenig für diese Menschen und erinnert eher an eine Art Frontalunterricht, wie er häufig in Schulen durchgeführt wird.

Ohne Bewegung, baut der dementiell veränderte Patient deutlich schneller ab, sowohl kognitiv als auch physisch und psychisch.

Diese Tatsache muss allen Beteiligten deutlich gemacht werden. Denn, wie schon zu Anfang genannt: „Leben ist Bewegen!“

Quellenverzeichnis

*1 Definition Bewegung: Unterrichtsmaterialien Bewegungslehre, Trainingslehre, Physiotherapie Ausbildung, Sächsische Lehmbau Gruppe. Dozent : Herr Becker (Physiotherapeut)

*2 Definition Ausdauer: Unterrichtsmaterialien Trainingslehre, Physiotherapie Ausbildung, Sächsische Lehmbau Gruppe. Dozent : Herr Becker (Physiotherapeut)

*3 Definition Herzinsuffizienz:

<http://flexikon.doccheck.com/de/Herzinsuffizienz>

Letzter Autor: Dr. Josua Decker (Arzt)

Diese Seite wurde am 26.08.2016 um 11:28 Uhr

*4 Definition Wahrnehmungsstörungen:

<http://flexikon.doccheck.com/de/Wahrnehmungsst%C3%B6rung>

Letzter Autor: Dr. Frank Antwerpes (Arzt, Gründer DocCheck)

*5 Welche Sinnessysteme gibt es?

Unterrichtsmaterialien Neurophysiologische Behandlungsverfahren, Ergotherapie Ausbildung, Heimerer Schulen Leipzig. Dozentin: Frau Daniela Heine (Ergotherapeutin)

*6 Erläuterung der Entstehung einer Demenz

DEMERGO Modul 1, Medizinisches Basiswissen, Dr. Livi Gunkel (Neurologin)

*7 Aufteilung des Gehirnes:

Unterrichtsmaterialien Anatomie, Physiologie, Biologie, Ergotherapieausbildung, Heimerer Schulen Leipzig, Dozent: Herr Pechmann (Physiotherapeut, Bachelor Medizinpädagogik)

*8 Erläuterung Hippocampus

DEMERGO Modul 2, Neurophysiologisches und Neuropsychologisches Basiswissen
Dozentin: Gudrun Schaade

*9 Symptome einer Demenz:

Ergotherapie bei Demenzerkrankung – Ein Förderprogramm
Autorin: Gudrun Schaade