

Krankheitsbedingte Verhaltensprobleme aus der Sicht des Betreuungsteams

Umgang mit aggressivem Verhalten

Am Anfang mußten wir viele neue Verhaltensweisen lernen. Zwei von uns kamen aus dem Altenpflegeheim von einer Pflegestation. Herr H. war einer der ersten Tagesgäste, der immer wieder ein für unser damaliges Empfinden stark aggressives Verhalten zeigte, und es wurde bald klar, daß seine Aggressionen sich steigerten, wenn wir versuchten, ihn zu bestimmten Handlungen zu drängen oder über ihn zu bestimmen. Z.B. wollte er immer seinen Hut aufbehalten, auch beim Essen. Anfangs versuchten wir, ihn dazu zu motivieren, den Hut im Tageszentrum abzusetzen. Dies löste Zorn und Ärger bei ihm aus und so unterließen wir es. Heute ist es so, daß alle Tagesgäste in ihren Besonderheiten und Gewohnheiten unterstützt werden, auch wenn sie überhaupt nicht den gängigen Vorstellungen von normgerechtem Verhalten entsprechen, außer sie gefährden dadurch sich und/oder andere Patienten oder beeinträchtigen die anderen sehr stark durch ihr Verhalten, z.B. durch länger anhaltendes lautes Schreien.

Dies gilt für alle Verhaltensweisen. Wenn z.B. ein Tagesgast eine halbe Stunde lang seinen Teller mit seiner Serviette abputzt und reinigt, dann wir dies nicht nur von uns geduldet oder respektiert, sondern wir zeigen ihm deutlich, daß wir sein Verhalten akzeptieren, indem wir z.B. sagen, daß wir uns freuen, daß er den Teller so schön reinigt, und daß es wichtig ist, alles sauber und ordentlich zu halten.

Auch haben wir gelernt, aggressive Äußerungen nicht mehr auf uns selbst zu beziehen, z.B. die Aussage: „Du blöde Kuh“, „Du dumme Sau“ und ähnliches, sondern eben einfach zu verstehen, daß der Demenzkranke im Moment aus einem für ihn wichtigen Grund ärgerlich ist und diesen Ärger auf diese etwas ungewöhnliche Art zum Ausdruck bringt, weil er es auf eine andere Art nicht mehr kann. Die normalen Umgangsregeln sind nicht mehr gültig. Wir bewegen uns weit weg von den geltenden Normen. Wenn allerdings andere Demenzkranke von solchen Ärger-Äußerungen betroffen sind, entschärfen wir die Situation. Z.B. Herr L. fängt plötzlich an, laut zu schreien. Aus Erfahrung wissen wir, daß es ihm dann zu laut ist in der Wohnküche. Er ist extrem geräuschempfindlich. Dann sagen wir zu ihm: „Nicht hier schreien!“ und gehen mit ihm raus in einen anderen Raum. Neulich hat er zu einer unserer Aushilfen gesagt: „Du fette Sau!“, und sie konnte sich nicht dagegen wehren, weil sie tatsächlich sehr unter ihrem Übergewicht leidet. Wie hätte er sich früher in so einer Situation verhalten? Hätte er auch etwas derartiges gesagt - oder hätte er es vielleicht nur gedacht und nicht ausgesprochen? Und sagt er jetzt so etwas Gemeines nur, weil er krankheitsbedingt unter einem Kontrollverlust leidet und alles unzensiert ausspricht, was ihm in den Kopf kommt, oder ist er einfach persönlichkeitsbedingt so fies und gemein? Wenn wir uns einmal kurz vorstellen, daß alle unsere Gedanken, auch die ärgerlichen und unfreundlichen, ohne jede Kontrollmöglichkeit plötzlich laut nach außen hörbar würden, da kämen vermutlich auch allerhand Gemeinheiten aus uns raus, die wir so niemals aussprechen würden.

Bei Herrn H., einem unserer ersten Tagesgäste, zeigten sich für uns auch die ersten großen Verhaltensprobleme mit dem Toilettengang, die sich bei vielen anderen Tagesgästen ebenfalls stellen. Er pinkelte in die Ecken des Wohnzimmers und war nicht zu bewegen, auf die Toilette zu gehen. Wir haben dann einen Eimer in die bevorzugte Ecke gestellt, den er auch benutzt hat, und konnten so die Situation entschärfen.

Eine weitere Erfahrung war, daß jede Form von Hektik oder Druck, laute Geräusche aber auch Situationen, in denen man etwas bestimmtes von einem Tagesgast will, häufig zu aggressiver Gegenwehr führt. Alle Verrichtungen müssen sehr, sehr langsam gemeinsam mit den Kranken durchgeführt werden. Z.B. sitzen wir eine Stunde lang am Mittagstisch (mit Warmhaltetellern). Für Schüler, die neu zu uns kommen, ist dies eine echte Tortur.

Die Grundfrage im gesamten Umgang mit den Tagesgästen ist: „Was will der Kranke jetzt von mir?“ und nicht: „Was will ich jetzt vom Kranken?“ Man muß also viel überlegen und nach dem Prinzip handeln: nicht mein Wille geschehe, sondern dein Wille!

Ein täglicher Problembereich ist der Toilettengang. Viele Kranke wehren sich gegen die Toilettengänge, weil sie es gar nicht verstehen können, daß sie hierbei Hilfe benötigen. In ihrem eigenen Selbstbild sind sie total fit und kompetent, können noch alles alleine und sind absolut nicht hilfsbedürftig. In diesem Fall hat es sich bewährt, zu zweit zu gehn. Die eine spricht mit dem Tagesgast, lenkt ihn ab, macht Scherze, flirtet mit ihm oder ihr, singt zusammen ein Lied usw., während die andere die notwendigen Verrichtungen durchführt. Wenn man z.B. bei Herrn A. auch nur ein bisschen drängelt, dann sagt er: „Du machst mich kaputt“. Bei ihm hat es sich bewährt, ihn möglichst viel alleine machen zu lassen und nur ganz unauffällig bei einzelnen Schritten wie z.B. dem Öffnen des Gürtels zu helfen. Jeder Tagesgast benötigt ein anders Verhalten von uns, um den Toilettengang so angstfrei wie möglich zu gestalten. Frau S. z.B. wird immer hektischer und wehrt sich immer mehr, wenn man sie sanft motiviert. Bei ihr ist es am besten, ihr trotz Gegenwehr kurz und entschieden die Hose herunterzuziehen und sie auf die Toilette zu setzen. Sie ist dann völlig erleichtert und glücklich, wenn sie ihre Verrichtungen erledigen kann. Das ist aber untypisch. Bei fast allen anderen Tagesgästen wäre dasselbe Verhalten völlig unangemessen und sie würden um sich schlagen, beißen, kneifen, treten usw. Frau L. sagt oft verschmitzt: „Geh du doch!“ Der eine Tagesgast wird in der Toilette ans Fenster gestellt, bei einem anderen muß der Vorhang vorgezogen werden, beim dritten muß er offen sein, ein anderer wird ans Waschbecken gestellt und kann in den Spiegel gucken, der eine benötigt extrem viel Zeit, dem anderen geben wir ein Stofftier in die Hand, weil er sich sonst so an unserem Arm festkrallt, daß es sehr schmerzhaft ist, zu blauen Flecken führt und uns außerdem bewegungsunfähig macht. Jeder hat seine festen Gewohnheiten. Diese Informationen müssen im ganzen Team vorhanden sein. Insgesamt ist es wichtig, sich locker, unauffällig und entspannt zu verhalten, so als wäre man eigentlich gar nicht richtig da, oder als ginge es um etwas ganz anderes, und gleichzeitig die Situation verständnisvoll zu begleiten und Schamgefühle z.B. bei Blähungen zu berücksichtigen. Auch kommt es immer wieder vor, daß der Toilettengang abgebrochen werden muß, weil die Kranken sich zu stark wehren, und dann geht es plötzlich eine halbe Stunde später völlig problemlos. Wenn man denkt: „Ich muß es jetzt hinkriegen“, dann funktioniert es ziemlich sicher überhaupt nicht. Wir haben auch gelernt, die anderen zu Hilfe zu rufen und Patienten abzugeben, ohne dabei das Gefühl zu haben, daß man versagt hat. Wir haben in der Supervision festgestellt, daß keine von uns besser oder schlechter ist als die andere, sondern daß wir aufgrund unserer unterschiedlichen eigenen Persönlichkeitstrukturen auf die verschiedenen Demenzkranken unterschiedlich gut oder nicht so gut eingehen können, und daß jede von uns andere Stärken und Schwächen hat.

Wenn ein Tagesgast im Laufe seines Aufenthalts bei uns inkontinent wird oder von einem Krankenhausaufenthalt inkontinent zurückkehrt, dann versuchen wir alles, um ein Windeln so lange wie möglich herauszuzögern. Bei gefährdeten Tagesgästen legen wir Unterlagen auf die Sessel, die in demselben geblühten Stoff bezogen sind, wie die Sessel selbst und deshalb nicht auffallen.

Weitere tägliche Problembereiche sind das Essen und das Weggehen-Wollen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß es ganz selten vorkommt, daß die Kranken vom Tageszentrum aus wirklich nach Hause wollen. Diejenigen, die eine starke Weggeh-Tendenz haben, z.B. immer wieder sagen: „Wann kann ich hier weg?“ - „Ich möchte nach Hause“, verhalten sich zu Hause ganz genauso, wollen also auch dort ständig weg und nach Hause. Dies tritt übrigens typischerweise bei Demenzkranken auf, die sehr dramatische Kriegserlebnisse hatten, z.B. verschüttet waren oder Familienangehörige verschüttet aufgefunden haben und Vertreibung und Flucht erlebt haben. Wenn man mit diesen Kranken dann nach Hause fahren würde, dann würde das überhaupt nichts nützen. Manchmal können diejenigen, die solche traumatischen Situationen wiedererleben und in Panik und Angst geraten, durch angstlösende Medikamente oder Antidepressiva entlastet werden. Die Patienten werden gelöster, lachen mehr und stehen nicht mehr unter so starkem innerlichem Druck und Anspannung. Oft ist es auch möglich, sie aus

ihren Ängsten herauszuführen, indem man mit ihnen über ihr früheres Berufsleben spricht, so daß sie die beängstigenden Situationen vergessen.

Das Wichtigste zur Reduzierung von Unruhe, von Spannung und von aggressivem Verhalten ist, daß jedem Demenzkranken die Möglichkeit gegeben wird, sich im Tageszentrum seinen eigenen Lebensraum zu schaffen, so wie es dem Einzelnen entspricht. Frau D. z.B. kommt von einem Bauernhof und wir dachten anfangs, daß sie sich in unseren vornehmen Räumen überhaupt nicht wohlfühlen könnte. Sie hat sich jedoch bei uns ihren Lebensraum geschaffen, indem sie sich auf immer denselben Sessel setzt und von da aus das Geschehen beobachtet, ab und zu mit dem Stock auf den Boden klopft und ihre Kommentare zum allgemeinen Geschehen abgibt. Sie bestimmt selbst, wann sie Kontakt zur Gruppe aufnimmt und wann nicht. Beim Mittagessen z.B. wird sie gefragt, ob sie zum Essen in ihrem Sessel bleiben will oder zu den anderen an den großen Tisch kommen will. Meistens will sie in ihrem Sessel bleiben. Im Laufe des Tages fragen wir sie immer mal wieder: „Frau D., wollen Sie zu uns rüberkommen?“, und manchmal kommt sie dann.

Herr M. war Einzelhandelskaufmann und ist bei uns den ganzen Tag damit beschäftigt, aufzuräumen und zu sortieren. Er trägt alles, was ihm in die Finger kommt, hin und her und plazierte es an einer anderen Stelle im Tageszentrum. Er hat einen Kittel an, so wie früher, und läuft nonstop den ganzen Tag herum, kaum daß er sich für ein paar Minuten zum Essen hinsetzt. Das Trinken muß man ihm im Laufen anreichen. Man würde sagen, er ist motorisch extrem unruhig, aber in Wirklichkeit, d.h. in seiner Wirklichkeit, und die ist ausschlaggebend, hat er einfach sehr sehr viel zu tun und überhaupt keine Zeit sich hinzusetzen. Bei seinem Laufen sind wir in ständigem Kontakt mit ihm, nicht mit der Aufforderung, sich doch endlich einmal hinzusetzen, sondern indem wir uns auf sein Tun beziehen und ihn auf seine viele Arbeit ansprechen.

Bei schwerwiegenderen Verhaltensproblemen, z.B. wenn jemand immer wieder anhaltend und laut schreit, so daß alle sich erschrecken, ohne daß ein äußerer Anlaß oder Auslöser zu erkennen ist, oder, was noch viel problematischer ist, wenn sich ein Tagesgast verbal und/oder physisch aggressiv anderen Tagesgästen gegenüber verhält, gehen wir üblicherweise folgendermaßen vor:

1. Wir versuchen zu verstehen, warum ein Tagesgast sich so verhält. Bei Demenzkranken führen oft kleine Ereignisse zu starken Reaktionen. Ein Beispiel: Eine von uns hatte Herrn B. wohl etwas abrupt und plötzlich sein Glas aus der Hand genommen, ohne dies selbst richtig zu bemerken, weil sie befürchtete, daß er es fallen lassen könnte. Er reagierte leicht empört und dann beklagte er sich den ganzen Vormittag darüber, wie hier mit einem umgegangen würde, das sei unerhört usw. Wir wußten überhaupt nicht, was mit ihm los war, bis er beim Mittagessen zufällig dieser Kollegin gegenüber saß und sich ihr gegenüber schimpfend und mißfällig äußerte. Da fiel ihr ein, daß er vielleicht noch böse war wegen dem Glas, und sie erzählte den anderen den Vorfall. Daraufhin gab unsere Leiterin Frau Otto laut und deutlich Herrn B. recht und tadelte die Kollegin wegen ihres Verhaltens. Er beruhigte sich sofort. Nach dem Mittagessen stand er auf, ging zu dieser Kollegin, schüttelte ihr ergriffen die Hand, bedankte sich und gab deutlich zum Ausdruck, wie sehr er sich freue, daß nun alles wieder in Ordnung gebracht sei.

Manchmal ist das Schreien die letzte und einzige Form der Artikulation von Mißempfindungen oder von Empfindungen überhaupt, so daß es gut wäre, die Kranken in ihrem Schreien zu lassen. Hier entsteht allerdings das Problem, daß die anderen Tagesgäste mit Unruhe und Angst reagieren. Oft sind Halluzinationen die Ursache für Schreien und aggressives Verhalten, manchmal auch Schmerzen und es gibt noch tausend andere mögliche Ursachen.

2. Wenn wir die auslösenden Reize und die Ursache nicht so schnell feststellen oder nicht beeinflussen können, versuchen wir, das von uns vermutete Gefühl anzusprechen im Sinne des Validierens, was allerdings ziemlich schwierig ist. Wir schützen die anderen, z.B. indem wir mit dem Kranken in den Garten gehen, oder, wenn das möglich ist, ihn in einem intensiven Gespräch ablenken, z.B. indem wir uns

auf wichtige biografische Ereignisse beziehen. Dann kommt es vor, daß das für den Kranken bedrohliche Erinnerungsbild verschwindet und statt dessen positive Bilder in seinem Inneren auftauchen.

3. Gemeinsam im Team überlegen wir: was braucht der Kranke in dieser Situation? und fragen die Angehörigen, ob dasselbe Verhalten auch zu Hause auftritt, was meistens der Fall ist. Wir fragen sie auch, wie sie sich dann verhalten und ob sie eine Idee haben, welche Ursachen das Verhalten des Kranken haben könnte. Dr. Wegener wird informiert und in besonders schwierigen aktuellen Situationen kann dieser auch direkt in der Klinik angerufen werden.

4. Es hat sich als hilfreich erwiesen, in der Supervision über einen „schwierigen“ Tagesgast zu sprechen. Durch den sehr intensiven Versuch, sich in den Kranken hineinzusetzen und zu spüren, was in ihm vorgehen könnte und die möglichen biografischen Hintergründe seines Verhaltens besser zu verstehen, kann die eigene Anspannung verringert werden. Auch stellen wir immer wieder fest, wie unterschiedlich wir emotional auf diesen Tagesgast reagieren, was auch zu einer größeren Gelassenheit bei uns führt. Gerade für die Bewältigung schwieriger Situationen ist es wichtig, vorhandene Konflikte im Team aufzuarbeiten, weil unsere Betreuung nur dann wirklich gut ist, wenn wir fair und offen miteinander umgehen und unser Kontakt nicht durch unterschwellige Konflikte gestört ist.

5. Ein sehr wichtiger Punkt bei der Bewältigung sehr starker Verhaltensstörungen bei den Demenzkranken ist der Faktor der Zeit und das Fortschreiten der Krankheit. Wir erleben es immer wieder, daß viele Probleme sich mit dem Fortschreiten der Erkrankung verringern oder ganz lösen, und es für uns und vor allem für die Angehörigen manchmal nur um die Frage geht, wie lange man eine extrem belastende Situation aushält. Zwar kommen im Verlauf der Krankheit immer wieder neue Probleme hinzu, aber andere, und manche davon sind leichter zu bewältigen. Dies ist oft ein Trost für die Angehörigen. Die Zeit ist also tatsächlich ein wichtiger Faktor bei der Problemlösung.

Zwei Beispiele:

1. Herr E.

Herr E. wurde von seiner Ehefrau zu Hause versorgt, und als sich die Familie E. an uns wandte, war diese absolut am Ende ihrer Kraft. Frau E. war und ist selbst krank, und Herr E. wurde immer schwieriger. Wenn sie ihn für kurze Zeit alleine zu Hause ließ, um z.B. auf die Bank zu gehen, und das Haus abschließen mußte, weil es sonst sofort weggelaufen wäre, dann öffnete er das Fenster und schrie laut: „Hilfe! Hilfe! Ich bin eingesperrt! Ich bin gefangen!“ Immer öfter kam es vor, daß er seine Frau tätlich angriff. Einmal schleuderte er sie so heftig in der Ecke der Küche, daß sie am ganzen Körper blaue Flecken hatte.

Im Tageszentrum benötigte er von Anfang an eine Einzelbetreuung, weil er völlig aufgeregt, hektisch und überdreht herumlief, und manchmal auch die anderen Tagesgäste bedrohte. Er suchte auch zu uns engen Körperkontakt, umarmte uns auf eine sehr heftige Weise und oft schlug diese Umarmung um in direkte physische Aggression, indem er uns z.B. würgte und den Hals abdrückte. Wir sind nun schon einiges gewohnt, und da dieses Verhalten nicht ständig auftrat, sondern nur phasenweise, hofften wir, daß es zusammen mit Dr. Wegener möglich sein würde, die Hochspannung, unter der er ständig stand, und seine völlige Überdretheit durch eine entsprechende Medikation zu mildern. Leider sprach er auf die zuerst verordneten Medikamente nicht positiv an, und die Situation zu Hause spitzte sich so dramatisch zu, daß er in das Psychiatrische Krankenhaus eingewiesen wurde. Aber auch dort konnte ihm nicht geholfen werden in dem Sinne, daß er ruhiger geworden wäre, ohne vollkommen sediert zu sein, so daß seine Frau entschied, ihn von dort in ein Altenpflegeheim zu geben. Damit sind ihre Probleme nicht gelöst. V.a. anfangs war sie sehr unglücklich über seine Versorgung dort. Er sitzt in einem sog. geriatrischen Stuhl

und wird stark sediert. Andererseits war die Aufnahme in ein Altenpflegeheim es die einzige Möglichkeit für sie zu überleben und so war und ist es für alle Beteiligten die beste Lösung.

2. Herr L.

Herr L. kam nach einem Aufenthalt im Psychiatrischen Krankenhaus zu uns. Seine Frau mußte ihn dort einweisen lassen, weil er mit Möbeln nach ihr warf und sie immer häufiger tätlich angriff. In der Pflegedokumentation steht: „Erster Eindruck von Herrn L.: sehr unruhig, immer in Bewegung. Wir ließen ihn herumlaufen, um sich besser eingewöhnen zu können. Berührungen am eigenen Körper läßt er nicht zu“.

Herr L. hat anfangs weder zu uns noch zu der Gruppe irgendeinen Kontakt aufgenommen, obgleich er früher sehr kontaktfreudig war. Die letzten Jahre seit Beginn seiner Krankheit hatte er allerdings recht isoliert in enger Bindung an seine Ehefrau gelebt. Als er ins Tageszentrum kam, war eine sprachliche Verständigung mit ihm fast nicht möglich. Zwar schien er noch Einiges zu verstehen, aber er antwortete überhaupt nicht auf unsere Ansprache. Auch die nonverbale Kommunikation war sehr schwierig, weil er niemand an sich heranließ, jeden Kontaktversuch zurückwies und sich von allen abwandte. Die einzige Person im Tageszentrum, die er anfangs akzeptierte, war sein eigenes Spiegelbild. Wir hatten den Eindruck, daß es ihn etwas beruhigte, wenigstens ein vertrautes Gesicht hier zu sehen. So lief er den ganzen Tag alleine herum, vorzugsweise im Flur und stand dabei ständig unter äußerster Spannung.

Wir haben ihn nicht gedrängt, sich in die Gruppe zu integrieren oder Kontakt mit uns aufzunehmen, sondern ihn machen lassen, hatten ihn allerdings ständig im Auge und haben ihn auch immer wieder kurz angesprochen „Hallo, Herr L.“. Nach einigen Wochen wurde er gelöster. Hilfreich war dabei seine Lieblingsmusik, die uns seine Frau auf einer Kasette mitgab. Diese hörten wir immer wieder mit ihm zusammen in unserem Besprechungszimmer und konnten dabei einen Kontakt zu ihm aufbauen.

Auch im Tageszentrum kam es zu aggressiven Handlungen und zu lautem anhaltendem Schreien. Herr L. litt offensichtlich unter Halluzinationen und befand sich subjektiv im zweiten Weltkrieg. Zu Hause, so berichtete seine Frau, wachte er schreiend aus dem Schlaf auf, deutete auf Soldaten, die er in der Ecke des Zimmers sah und war dann mehrere Stunden lang nicht zu beruhigen. Auch hier bei uns kam es zu Verkennungen, so daß er z.B. männliche Tagesgäste tätlich angriff. Wir haben versucht, ihm gegenüber auszusprechen, was er im Moment gerade erlebt und sieht (Validation), aber er ließ sich dadurch nicht beruhigen. Bei der Frage, ob es bestimmte Auslöser für sein aggressives Verhalten gibt, konnten wir nur feststellen, daß er auf Lärm besonders empfindlich reagiert. Häufig kamen seine Attacken jedoch für uns aus heiterem Himmel und waren dann wohl auf Halluzinationen zurückzuführen. Wir haben dann Dr. Wegener informiert, der Tavor als Bedarfsmedikation verordnete. Seitdem ist Herr L. entkrampfter und auch weniger aggressiv. Die Schreianfälle sind kürzer geworden. Auch in der Supervision haben wir ausführlich über Herrn L. gesprochen und uns ist dabei klar geworden, daß es wichtig ist, seine Aussagen nicht persönlich zu nehmen, in solchen Momenten eine gewisse innere Distanz herzustellen und ihn nicht abzulehnen. Für uns ist es auch immer sehr wichtig, unsere unterschiedlichen Reaktionen, Einschätzungen und Gefühle in Bezug auf einen einzelnen Tagesgast wahrzunehmen und uns gerade aus der unterschiedlichen

Wahrnehmung heraus gegenseitig Unterstützung zu geben.

Herr L. ist immer noch ein „schwieriger“, Tagesgast, obgleich sich viele Probleme durch das Fortschreiten der Krankheit entschärfen. Daß er noch in dieser Form versorgt werden kann, zu Hause bei seiner Frau mit der Entlastung durch das Tageszentrum und ohne Sedierung, ist nur möglich, weil es eine enge und sehr gute Zusammenarbeit zwischen uns, der Ehefrau und Dr. Wegener gibt, alle Maßnahmen gemeinsam besprochen werden, wir inzwischen gelassener mit diesen Konfliktsituationen umgehen und

die Ehefrau mit viel Verständnis auf die schwierigen Verhaltensweisen ihres Mannes reagiert und ihn bei sich behalten und nicht ins Heim geben möchte.