

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 61 (1990)
Heft: 12

Artikel: Praktische Hilfe durch individuelle Beratung und Gedächtnistraining : Patient und Angehörige während des Anfangsstadiums einer Alzheimer-Krankheit oder anderer progressiver Hirnleistungsstörungen
Autor: Ermini-Fünfschilling, Doris / Stähelin, Hannes B.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-810163>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Praktische Hilfe durch individuelle Beratung und Gedächtnistraining

Patient und Angehörige während des Anfangsstadiums einer Alzheimer-Krankheit oder anderer progressiver Hirnleistungsstörungen

Von der Störung zum Krankheitsfall

Psychische Störungen, so auch die senile Demenz, verändern nicht nur den Kranken, sondern beeinflussen auch seine Umgebung. Unter der neuerdings recht zahlreichen Literatur zu diesem Thema überwiegen Arbeiten, die sich mit der Belastung der Betreuer befassen (Zarit, 1989) und die Problematik des «verwirrten Patienten» (Grond, 1984, Mace et al., 1986) in den Vordergrund stellen.

Der Tatsache, dass dem Zustand der Verwirrung eine lange dauernde, hochdynamische und dramatische Zeit vorausgeht, eine Zeit, in der sich der kognitive Zerfall erst ankündigt, wurde bis heute recht wenig Beachtung geschenkt, da dieser Prozess meist innerhalb der Familie oder, was wesentlich häufiger ist, zwischen Partnern allein abläuft.

In der Regel wird der Krankheitswert der Störung noch nicht, weder von den Angehörigen noch vom Hausarzt, erkannt. Dieser wird eingeweiht oder um Rat angegangen, wenn Spannungen und Schwierigkeiten das Alltagsleben erheblich beeinträchtigen. Gerade während dieser Zeit entstehen falsche Verhaltensmuster auf seiten des später Betreuenden. Warum es zu dieser verhängnisvollen Entwicklung kommt, sollen einige kurze theoretische Vorbemerkungen erläutern.

Belastungen für Patient und Umgebung

Das Verhalten wird durch drei Komponenten gesteuert: (1) dem Intellekt, (2) den Gefühlen, (3) den Kontrollmechanismen. Bei organisch bedingten Hirnleistungsstörungen dominieren in der Diagnostik die kognitiven Defizite, weil sie einerseits prominent, andererseits leicht messbar sind. Störungen im Bereich der Emotionen und Kontrollmechanismen sind viel schwieriger erfassbar (Lezak, 1983).

Realisiert nun ein Patient, dass seine intellektuellen Funktionen nachlassen, kann er Fehler durch vermehrte Aufmerksamkeit vermeiden. Diese konstante Vigilanz führt zur raschen Ermüdbarkeit, schliesslich häufigeren Fehlern, Irritation und Depression. Man stelle sich vor, dauernd nachts bei strömendem Regen mit entsprechend schlechter Sicht auf verkehrsreicher Strasse mit dem Auto unterwegs zu sein.

Patienten können deshalb über weite Strecken völlig normal erscheinen, aber bei geringen zusätzlichen äusseren oder endogenen Belastungen (Harnwegsinfekt, Bronchopneumonie) plötzliche Defizite aufweisen. Der Betreuer, der ähnlichen Belastungen ausgesetzt ist, erlebt das «burned out Syndrome».

Eine weitere Schwierigkeit resultiert aus dem Umstand, dass auch hirndiffus chronisch degenerative Prozesse gewisse Funktionen längere Zeit nicht nennenswert beeinträchtigen. Eine globale Überschätzung des Patienten aufgrund seiner gut erhaltenen Lei-

stungen setzt ihn von seiten der betreuenden Angehörigen unter einen zusätzlichen Leistungsstress und *Nichtkönnen* wird als *Nichtwollen* fehlinterpretiert. Dies beruht auf dem empirischen Wissen, dass die verschiedenen Fähigkeiten in einer Person in etwa vergleichbar ausgebildet sind. Diese Ausführungen machen deutlich, dass gerade bei Frühformen der Demenz ein globales Skoresystem wenig hilfreich in der Diagnostik ist und höchstens eine grobe Kategorisierung erlaubt.

Vorgehen und Zielsetzung

Für eine effektive Beratung und Behandlung ist nicht nur eine detaillierte (Fremd-)Anamnese erforderlich, sondern auch eine eingehende neuropsychologische Evaluation, die den betreuenden Angehörigen erlaubt, auf die spezifischen Behinderungen Rücksicht zu nehmen.

Fehlverhalten als Ärgernis

Bei progressiven Hirnleistungsstörungen wirkt im Alltag vor allem Fehlverhalten störend. Therapieziel ist deshalb bei diesen Patienten nicht nur eine Verbesserung der intellektuellen Leistungen, sondern gilt ebenso den Mechanismen, die die geistige Aktivität kontrollieren, wie Aufmerksamkeit, Vigilanz und der Gefühlsseite. Tatsächlich haben bislang rein auf Gedächtnisverbesserung ausgerichtete Trainingsmethoden keine sicheren Wirkungen gezeigt (Deisinger, Markowitsch, 1989).

Integration

Ziel unserer Massnahmen ist, durch Rehabilitation, das heisst Stimulation der drei für das Verhalten relevanten Ebenen, der intellektuellen Funktionen, der Emotionen und der Kontrollmechanismen, das Verhalten des Patienten und seiner Umgebung so zu beeinflussen, dass eine bestmögliche Integration des Patienten erhalten bleibt und Konflikte vermieden werden.

Dynamik der Patient-/Angehörigen-Beziehung

In den letzten drei Jahren hatten wir die Gelegenheit, 270 Patienten, die meisten in Begleitung ihrer Angehörigen, zu interviewen und zu untersuchen (Stähelin et al., 1989). Durch diese Interaktionen mit Patienten einerseits und Angehörigen andererseits konnten wir sehr viel erfahren über die Dynamik, die in einer Beziehung von Patient und Angehörigen abläuft.

- Wir beobachteten zum Beispiel, dass Spannungen innerhalb der Beziehung häufig dadurch entstehen, dass der (später betreuende) Angehörige sich gegenüber dem Patienten unangemessen verhält, weil er dessen kognitiven Zustand falsch einschätzt.
- Wir erfuhren im Interview und während der neuropsychologischen Untersuchung viel darüber, wie die Patienten selbst ihre zunehmenden kognitiven Störungen erleben, und wie ihre Umwelt auf diese reagiert. Ein Patient bemerkt zum Beispiel: «Ich bin überall mit dabei und doch nicht da, denn in der Gesprächs-

runde unter Freunden und Bekannten werde ich wohl als Beisitzer akzeptiert, aber nicht mehr als Gesprächspartner – kein Mensch hat nämlich die Geduld, so lange zu warten, bis auch ich meine Meinung in die richtigen Worte gefasst habe.»

Aufgrund der Erfahrungen dieser letzten paar Jahre mit frühdezenten Patienten (MMS Folstein-Score zwischen 20–30 Punkten) möchten wir zwei Therapiemöglichkeiten, die für diese Zeitspanne angemessen erscheinen, vorschlagen:

- Die individuelle Beratung für Patient und Familie
- Das Gedächtnistraining für die Patienten

Die individuelle Beratung

Diese Form der Beratung ist schon allein durch den individuellen Verlauf einer senilen Demenz gerechtfertigt. Jeder Patient ist ja ein Einzelfall:

1. Die Krankheitsdauer schwankt zwischen drei und fünfzehn Jahren.

2. Kognitive Störungen zeigen sich ganz verschieden:

- Meist sind mindestens zwei, jedoch oft alle kognitiven Bereiche gleichzeitig betroffen.
- Die Demenz kann entweder frontal, parietal oder temporal beginnen.
- Sie kann sich aber auch in zwei, wenn nicht gar drei grösseren Cortex-Regionen manifestieren.

3. Nicht alle Patienten reagieren gleich auf ihre Störung.

- Patient A: Zieht sich zurück, was bis zu einer Depression führen kann, weil er sich seiner Minderleistungen wegen geniert.
- Patient B: Verdrängt das Wissen um sein kognitives Versagen und versteckt sich hinter einer Fassade noch intakter Funktionsfähigkeiten.
- Patient C: Wird aggressiv und reizbar.
- Patient D: Erkennt die Störung, teilt diese seiner Umwelt mit und sucht einen Arzt auf, um eine Erklärung zu finden.

4. Nicht alle (später betreuenden) Angehörigen reagieren gleich auf die Veränderungen der kognitiven Minderleistungen ihrer Patienten. Dies ist ein wichtiger Punkt, da die Art und Weise der späteren Betreuung eines Patienten durch den Angehörigen letztendlich über die Zeit des «Noch-zu-Hause-sein-Könnens» entscheidet.

- Angehöriger A: Ärgert sich und schimpft über die Fehlleistungen des Patienten.
- Angehöriger B: Zieht sich beleidigt zurück, interpretiert die Vergesslichkeit als Absicht und mangelndes Interesse.
- Angehöriger C: Umsorgt den Patienten und beginnt, diesen mehr und mehr zu entlasten.
- Angehöriger D: Macht sich Sorgen und versucht, den Patienten zu einer Untersuchung zu überreden.
- Angehöriger E: Reagiert nicht, da er die Veränderungen beim Patienten nicht wahrnimmt.

Wie oben erwähnt, konnten wir oft beobachten, dass Spannungen und Streitigkeiten in einer Beziehung Patient/Angehöriger entstehen, weil der effektive kognitive Zustand des Patienten vom Angehörigen falsch wahrgenommen wird. In einer früher publizierten Studie berichteten wir darüber, dass alle von uns untersuchten Angehörigen die effektive Leistungsfähigkeit ihrer Patienten falsch einschätzten (Monsch et al., 1990). Diese falsche Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit eines Patienten führt zu heftigsten emotionalen Reaktionen seitens der Patienten. Doch auch der Angehörige reagiert emotionsgeladen. Es be-

ginnt eine Kettenreaktion von negativen Emotionen, die auch die stabilste Beziehung gefährdet. Die Krankheit beginnt sich auf die Beziehung auszuwirken.

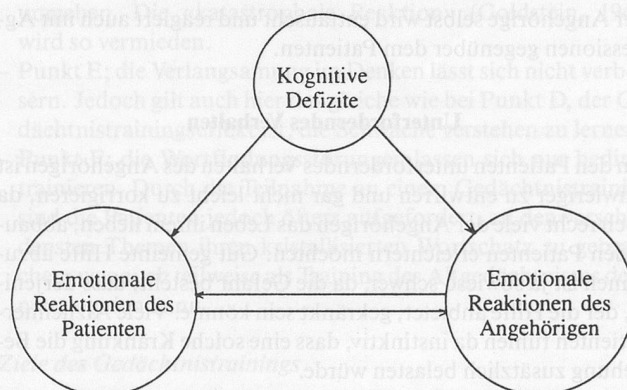


Abb. 1: Die kognitiven Defizite des Patienten führen bei diesem, aber auch bei dem ihn betreuenden Angehörigen zu emotionalen Reaktionen, welche ihrerseits eine Belastung der Beziehung zur Folge haben können.

Jetzt ist auch meistens der Moment gekommen, wo, vor allem von den Angehörigen aus, erstmals Ratschläge, meistens vom Hausarzt, eingeholt werden.

Die Aufgabe des Beraters (Hausarzt oder Spezialist) besteht nun darin, die Situation zu entwirren. Damit diese Entwirrung überhaupt möglich ist, braucht es eine klare Situationsanalyse, was in etwa einer sorgfältigen Demenzabklärung gleichkommt: Mit medizinischer und neuropsychologischer Untersuchung, inkl. Anamnese und Fremdanamnese.

Durch die diagnostisch-therapeutischen Abklärungen wird dann klar, dass die kognitiven Störungen des Patienten Krankheitswert besitzen und demzufolge als «Symptome» bezeichnet werden können. Es folgt eine grundlegende Änderung im Interaktionssystem «Patient–Angehöriger».

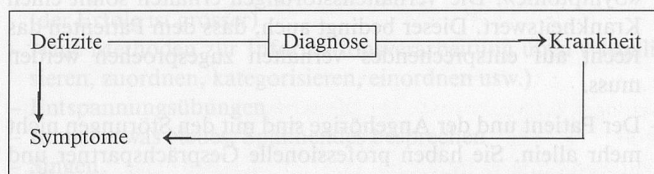


Abb. 2: Die Figur veranschaulicht, wie aus den Defiziten durch die Diagnose Symptome werden, die Krankheiten besitzen.

Dem Angehörigen wird spätestens jetzt klar, dass den Störungen ein *Nichtkönnen* und keinesfalls ein *Nichtwollen* zugrunde liegt. Der Angehörige kann und muss lernen, adäquate Forderungen zu stellen, welche die kognitiven Störungen des Patienten berücksichtigen.

In unserem klinischen Alltag zeigte sich, dass störendes Verhalten des Patienten meistens durch über- oder unterforderndes Verhalten des Angehörigen mitverursacht werden.

Überforderndes Verhalten

Ein den Patienten überforderndes Verhalten des Angehörigen hat in den meisten Fällen damit zu tun, dass der Angehörige den Krankheitscharakter der Störungen beim Patienten (noch) nicht erkennen kann. Meist geht er davon aus, dass den Störungen ein *Nichtwollen* zugrunde liegt.

Versagen entwickelt Gefühle der Wertlosigkeit und der Auflehnung. Der Patient resigniert und zieht sich zurück, was bis hin zur Depression führen kann.

Der Angehörige selbst wird enttäuscht und reagiert auch mit Aggressionen gegenüber dem Patienten.

Unterforderndes Verhalten

Ein den Patienten unterforderndes Verhalten des Angehörigen ist schwieriger zu entwirren und gar nicht leicht zu korrigieren, da doch recht viele der Angehörigen das Leben ihrem lieben, abbauenden Patienten erleichtern möchten. Gut gemeinte Hilfe abzulehnen ist ja sowieso schwer, da die Gefahr besteht, dass derjenige, der die Hilfe anbietet, gekränkt sein könnte. Viele Alzheimerpatienten fühlen da instinktiv, dass eine solche Kränkung die Beziehung zusätzlich belasten würde.

Trotzdem reagieren sie, wenn sie unterfordert werden, ähnlich wie wenn sie überfordert werden. Sie werden aggressiv, depressiv und resignierend. Viele fühlen sich bevormundet und kränker und hilfloser gemacht, als sie es eigentlich sind.

Die logische Folge der Unterforderung führt zu vorzeitiger Abhängigkeit und Hilflosigkeit, was wiederum den Angehörigen belastet.

Der diagnostisch-therapeutischen Abklärung kommt somit eine besondere Bedeutung zu, weil dort die Gelegenheit gegeben ist, dem Angehörigen die kognitiven Störungen des Patienten, aber auch die noch vorhandenen Fähigkeiten vor Augen zu führen.

Selbstverständlich ist damit noch nicht erreicht, dass sich Fehlverhalten sofort ändert. Vielmehr soll gerade dann eine intensive Betreuung des Angehörigen beginnen, damit dieser den Prozess der Adaption an die Krankheit lernen kann (Monsch et al, 1990).

Nach der Diagnosestellung:

- Aus den kognitiven Defiziten werden durch die Diagnose «Symptome». Die Verhaltensstörungen erhalten somit einen Krankheitswert. Dieser bedingt auch, dass dem Patienten das Recht auf entsprechendes Verhalten zugesprochen werden muss.
- Der Patient und der Angehörige sind mit den Störungen nicht mehr allein. Sie haben professionelle Gesprächspartner und damit Hilfe vor sich.
- Der Angehörige und der Patient haben Anspruch auf Information bezüglich Therapiemöglichkeiten und Krankheitsverlauf.
- Die der diagnostisch-therapeutischen Abklärung folgende Beratung hat wegweisenden Charakter für die zukünftige Interaktion zwischen dem Patienten und dem Angehörigen.

Wir schlagen deshalb vor, dass für eine sorgfältige Diagnosestellung nebst einer gründlichen medizinischen Untersuchung auch eine sorgfältige neuropsychologische Abklärung des Patienten gemacht wird. Später können dann zusammen mit dem Angehörigen (evtl. auch mit dem Patienten) Richtlinien im Umgang zwischen Angehörigen und Patienten erarbeitet werden.

Die gegenseitige negative emotionale Reaktion auf die kognitiven Störungen zwischen Patient und Angehörigen kann so rechtzeitig unterbrochen und/oder korrigiert werden.

Zur Unterstützung der individuellen Beratung möchten wir noch ein Gedächtnistrainings-Modell vorstellen, das aufgrund der

neuropsychologischen Untersuchung des Patienten erfolgen kann.

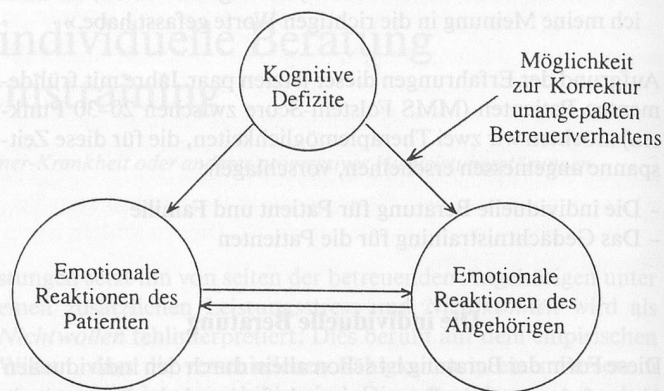


Abb. 3: Die Möglichkeit der Beeinflussung bei Über- oder Unterforderungsverhalten des Angehörigen gegenüber dem Patienten konzentriert sich auf die Korrektur der Wahrnehmung der vorhandenen kognitiven Defizite des Patienten.

Gedächtnistraining

Das Gedächtnistraining mit älteren Erwachsenen ist seit einigen Jahren von grossem Interesse sowohl für die Alternspsychologen als auch für eine Vielzahl von Senioren. So erfreuen sich einige Methoden grosser Popularität: Die Stengel-Methode, die Lappesavage-Methode, le Gym-Cerveau und das Gehirnjogging, um nur einige der bekanntesten Lehrgänge zu nennen (nachzulesen im Buch Gedächtnistraining, 1987). Alle diese Methoden berichten von grossen Erfolgen mit «normalen» älteren Kursteilnehmern. Keiner dieser Lehrgänge wurde jedoch in einer experimentellen Situation mit Patienten progressiver Hirnleistungsstörungen ausprobiert.

Die Literatur, bezüglich Gedächtnistrainings für demente Patienten, ist äusserst spärlich. Ein einzige Studie, die von Zarit (1982) experimentell ausgewertet wurde, sieht nicht vielsprechend aus: Die Patienten konnten wohl ihre Leistungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbessern, der Langzeiteffekt ist jedoch ausgeblieben.

Auch die Literatur über Rehabilitationsmöglichkeiten bei den übrigen hirngeschädigten Patienten mit Gedächtnisstörungen ist wenig ermutigend (Wilson et al., 1984). Wohl finden sich nach gezielten Gedächtnistrainings mit geeigneten Techniken Verbesserungen der Gedächtnisleistungen vieler Probanden in der experimentellen Situation, es lässt sich jedoch kaum nachweisen, ob diese Verbesserungen auch für den Alltag Gültigkeit haben, die die komplexe Organisation vom menschlichen Gedächtnis vorwiegend verbal erfasst, also getestet werden kann. Es fehlt also an umweltgerechten Testverfahren. Jedoch nicht nur die ökologische Validität der Testverfahren ist zweifelhaft, sondern die Validität des traditionellen Trainingsverfahren ist nicht unbedingt umsetzbar in das Alltagsgeschehen (Deisinger et al., 1989). Oft ist das gestörte Verhalten in der klinischen Situation besser als zu Hause im Alltag. Damit nun ein Gedächtnistraining sinnvolle Auswirkungen auf das Alltagsleben der Patienten hat, müsste man zuerst wissen, welche kognitiven Schwächen sich wie präsentieren und welche von diesen sich auch trainieren oder verstärken lassen.

Es ist deshalb sehr wichtig, vor dem Beginn eines Gedächtnistrainings eine detaillierte Anamnese (Fremdanamnese) und eine neuropsychologische Untersuchung durchzuführen.

Es ist auch unbedingt nötig, herauszufinden, welche Fähigkeiten noch vorhanden sind, und welche Defizite sich für den Patienten

und seine Umgebung am störendsten auswirken, damit der Therapeut vor dem Gedächtnistraining vertraut ist mit der Persönlichkeit seines Patienten. Denn das Gedächtnistraining für diese, an progressiven Hirnleistungsstörungen leidenden Patienten, kann nur dann Erfolg haben, wenn es individuell gestaltet wird.

Da sich das Gedächtnistraining jedoch in Gruppen abspielt, ist es trotzdem sinnvoll, das Konzept eines Gedächtnistrainings so zu gestalten, dass die meisten während des Trainings gemachten Übungen für alle Patienten Gültigkeit haben. Nur die Art und Weise, wie diese vom einzelnen Teilnehmer ausgeführt werden sollen, muss individuell gestaltet werden.

Kognitive Defizite, die häufig zu Beginn einer Demenz zu beobachten sind:

- A *Reduzierter Eigenantrieb*: Dieser zeigt sich am verminderten Interesse an Hobbies, am sozialen Umfeld und am aktuellen Geschehen allgemein. Er zeigt sich aber auch durch zunehmende Einfallslosigkeit und durch das Verhalten an immer gleichen Gedankenabläufen (Perseveration).
- B *Auffallende Vergesslichkeit*: Vor allem Störungen im Kurzzeitgedächtnis.
- C *Konzentrationsstörungen*. Schwierigkeiten im Kombinieren: Diese zeigen sich, wenn das Lösen von komplexen Problemen nicht mehr möglich ist (arbeitstechnisch oder intellektuell).
- D *Verlangsamung im Denken*.
- E *Wortfindungsstörungen*.

Welche dieser oben beschriebenen Dysfunktionen können in einem Gedächtnistraining verbessert oder trainiert werden?

- Vor allem Punkt A; der reduzierte Eigenantrieb lässt sich durch gezieltes Training wenigstens teilweise verbessern. Eigenantrieb wird durch Fremdantrieb ersetzt.
- Auch Punkt B lässt sich trainieren. Wobei kaum die Funktion des Gedächtnisses verbessert, als vielmehr systematisch antrainiert wird, entsprechende Hilfsmittel wie Notizblöcke oder Tafeln zu benützen.
- Punkt C; die Konzentration kann durch bessere, systematische Informationsverarbeitung und bewusste Selbstkontrolle trainiert werden.



Höhere Fachschule für Sozialpädagogik Luzern (HSL)

Fort- und Weiterbildung 1991

Vielseitiges Programm zur praxisorientierten Fort- und Weiterbildung von ErzieherInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen und HeilpädagogInnen, die in der Heimerziehung und im weiteren sozialpädagogischen Berufsfeld tätig sind.

- Tagungen
- Kreativkurse
- Projekte
- Fachkurse / Seminare
- Leiterkurse

Verlangen Sie das detaillierte Kursprogramm 1991:

Höhere Fachschule für Sozialpädagogik Luzern (HSL)
Abt. Fort- und Weiterbildung
Zähringerstrasse 19, 6000 Luzern 7
Telefon 041 22 64 65

- Punkt D; die Schwierigkeiten zu kombinieren lassen sich wenig verbessern. Sie lassen sich jedoch abklären. Wenn die Patienten ihre Probleme in der Gruppe besprechen können, lernen sie, diese zu verstehen und können so besser mit diesem Handicap umgehen. Die «katastrophale Reaktion» (Goldstein, 1943) wird so vermieden.
- Punkt E; die Verlangsamung im Denken lässt sich nicht verbessern. Jedoch gilt auch hier das gleiche wie bei Punkt D, der Gedächtnistrainingseffekt ist, die Schwäche verstehen zu lernen.
- Punkt F; die Wortfindungsstörungen lassen sich nur bedingt trainieren. Durch die Teilnahme an einem Gedächtnistraining sind die Patienten jedoch öfters aufgefordert, zu den verschiedensten Themen ihren kristallisierten Wortschatz zu gebrauchen, was auch teilweise als Training des Altgedächtnisses definiert werden kann.

Ziele des Gedächtnistrainings

- Aktivierung möglichst aller intellektuellen Bereiche
- Erhalten von Wissen und Können
- Eigenantrieb durch regelmässige Forderung steigern, dadurch
- Interesse wecken an Umwelt und Ortsgeschehen. Beispiel: Täglich die wichtigsten Aspekte der Nachrichten berichten oder aufschreiben lassen
- Informationsverarbeitung auch in verlangsamtem Tempo lernen
- Wochenverlauf strukturieren
- Selbstwert steigern (Verständnis und Erfolgserlebnis)
- Dem Leben mehr Inhalt geben
- Unabhängigkeit verlängern.

Einige wichtige Punkte zur Gestaltung eines Gedächtnistrainings mit Dementen in der Anfangsphase:

- Acht Teilnehmer oder weniger pro Gruppe
- Der/die Gruppenleiter/in ist dynamisch, flexibel, feinfühlig und vielseitig gebildet. Er/sie kennt den Patienten genau
- Konstanz in der Präsentation und in der Struktur des Unterrichts
- Bezug schaffen zum Alltag und zu den Tagesaktualitäten
- Übungen zur Konzentration und zum sensorischen Gedächtnis (beobachten, zuhören, tasten, riechen)
- Übungen zum Kurzzeitgedächtnis mit emotionalen Inhalten (der Erfolg ist grösser)
- Neue Methoden zur Informationsverarbeitung üben (visualisieren, zuordnen, kategorisieren, einordnen usw.)
- Entspannungsübungen
- Immer etwas Neues, Spannendes besprechen
- Singen
- Überforderung und Unterforderung meiden. Das Lernmaterial soll hierarchisch differenziert sein, so dass es individuell eingesetzt werden kann.
- Misserfolge der Teilnehmer möglichst vermeiden
- Aktives Zuhören und Teilnehmen an Freuden und Sorgen der Gruppenmitglieder
- Patienten dazu auffordern, selbst etwas zu bieten
- Über die kognitiven Defekte sprechen (aber nur wenn entsprechendes neuropsychologisches Wissen des Gedächtnistrainers vorhanden ist).

Wenn ein Gedächtnistraining entsprechend aufgebaut ist, kann es für den Patienten sowohl eine emotionale Unterstützung als auch eine qualitative Bereicherung des Lebens sein. Für die Angehörigen wird es zur Entlastung und auch zur Erleichterung. «Endlich wird wenigstens etwas getan.»

Patientencharakteristik: Patienten, die motiviert sind, genügend sehen und hören und einen MMS von mindestens 23 Punkten haben, passen in eine Gedächtnistrainingsgruppe.

Über den experimentellen Erfolg unserer Studien lässt sich vorläufig noch wenig berichten. Sicher ist, dass alle Teilnehmer unserer Gruppe in ausserordentlich entspanntem und fröhlichem Zustand zu unseren Trainings kommen. Für einige, vor allem allein-stehende Patienten, ist das Gedächtnistraining zum eigentlichen Hauptereignis der Woche geworden.

Trainingseffekte lassen sich schwierig verallgemeinern. Wie oben beschrieben, ist jeder Patient ein Einzelfall und hat auch seine eigene Diagnose, seine individuelle Progressionsrate der Krankheit, sein eigenes Umfeld, Alter, Bildung usw. Ob nun eine Stagnation im Testergebnis nach dem Gedächtnistraining ein Erfolg oder ein Misserfolg ist, ob eine kleine Verschlechterung ein Misserfolg oder ob eine kleine Verbesserung ein Erfolg ist, ist sehr schwierig zu definieren. Um einen allgemeinen Effekt dieser Art von Gedächtnistraining mit Patienten im Frühstadium einer senilen Demenz nachweisen zu können, brauchte es vermutlich eine Multicenterstudie mit mindestens 700 bis 1000 Patienten. In der Zusammenarbeit mit den Angehörigen lässt sich jedoch im beobachtenden Gespräch vermitteln, ob diese Art von Gedächtnistraining Erfolg hat oder nicht.

Tabelle über unsere Patienten-Population im Gedächtnistraining mit Altersdurchschnitt und MMS Durchschnittswert:

Gruppe	Alter	MMS	Diagnosen
Gruppe I N = 7	60-84	$\bar{X} = 21,5$ (16-27)	Depr. MID, SDAT, CVI
Gruppe II N = 8	61-80	$\bar{X} = 25,6$ (24-28)	Depr., SDAT, MID, St.n. Herzstillstand
Gruppe III N = 7	63-80	$\bar{X} = 26$ (23-29)	Depr., SDAT, CVI
Gruppe IV N = 7	54-71	$\bar{X} = 26,8$ (25-29)	DAT, MID, CVI

Sowohl unsere Patienten als auch die Angehörigen schätzen das Gedächtnistraining, auch solche, deren Leistungen abnahmen. Viele Patienten konnten teilweise ihre kognitiven Leistungen (neuropsychologische Erhebungen) verbessern.

Literatur

- Deisinger K., Markowitsch H.: Die Wirksamkeit von Gedächtnistrainings in der Behandlung von Gedächtnisstörungen. In Press.
- Gottlieb-Duttweiler-Institut (Ed.) 1987: Gedächtnistraining Rüschlikon: GDI.
- Goldstein K. 1943: Concerning rigidity Character and Personality II.
- Grond, E. (Ed.) 1984: Die Pflege verwirrter alter Menschen, Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lezak M.D. (Ed.) 1983: Neuropsychological assessment. Oxford University Press, Oxford, New York.
- Mace N. L., Rabins P.V. (Ed.) 1986: Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell der Alzheimer-Kranken. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Monsch A., Ermini D.: Die Alzheimerkrankheit im Anfangsstadium: Wichtige Aspekte der Beratung von dementen Patienten und ihren Angehörigen. In Press.
- Stähelin et al. 1989: Die Memory Klinik, Therapeutische Rundschau 46,1.
- Wilson B.A. (Ed.): Rehabilitation of memory, New York: Guildford Press.
- Zarit S.H., Zarit J.M., and Reever K.E.: Memory training for severe memory loss: Effects on senile dementia patients and their families. The Gerontologist, 22.
- Zarit S.E. 1989: Do we need another «Stress and Caregiving» «Study» The Gerontologist, 22.

In der Reihe Schriften zur Anthropologie des Behinderten ist im VSA Band V erschienen unter dem Titel

Selber treu sein

Personalität als Aufgabe

Dieser interessante fünfte Band der Reihe enthält Texte von Imelda Abbt, Kaspar Hürlimann und Rudolf Zihlmann. Im Vorwort schreibt Martin Meier, Bern, der Präsident des VSA: «Es entsteht ein neues Bedürfnis nach Wert und Sinn. Wir sollten uns fragen lassen, wie weit der Top-Service unserer Heime Wesentliches hinterlässt. Was steckt hinter den Erziehungstechniken, therapeutischen Verfahren, hinter Ergotherapie, Physiotherapie und Sterbehilfe? Steht der «Klient» oder «Patient» trotz allen gutgemeinten Anstrengungen in den eigentlichen Fragen seines Lebens nicht allzu oft alleine da? Der VSA freut sich, dass in diesem Buch das innerste Anliegen seiner Arbeit aufgegriffen wird. Wir wollen dafür einstehen, dass in unseren Heimen das Menschsein und die Menschenwürde geachtet und vertieft wird. Sollen Heime zur Heimat werden, so ist in ihnen, wo so viel Macht, Ohnmacht, Anklage, Rechtfertigung, Leid und Freude, Zweifel und Hoffnung zusammenkommt, eine menschliche Nähe zu pflegen, die spürbar da ist».

Band V ist zum Preis von Fr. 13.50 beim Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, zu bestellen, wo auch alle übrigen Bände dieser Schriftenreihe erhältlich sind. (Ohne Porto und Verpackung!)

Bestellung

Wir bestellen hiermit

- Expl. Band I
«Geistigbehinderte-Eltern-Betreuer»
4 Texte von Dr. H. Siegenthaler Fr. 10.60
- Expl. Band II
«Erziehung aus der Kraft des Glaubens?» – Texte von Imelda Abbt, Norbert A. Luyten, Peter Schmid u. a. Fr. 14.70
- Expl. Band III
«Begrenztes Menschsein» – Texte von O. F. Bollnow, Hermann Siegenthaler, Urs Haeblerlin u. a. Fr. 18.60
- Expl. Band IV
«Staunen und Danken» – Fünf Jahre Einsiedler-Forum des VSA Fr. 19.—
- Expl. Band V
«Selber treu sein» – Texte von Imelda Abbt, Kaspar Hürlimann, Rudolf Zihlmann Fr. 13.50

Name und Vorname _____

Genaue Adresse _____

PLZ/Ort _____

Unterschrift, Datum _____

Bitte senden Sie diesen Talon an das Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich.