

Amber Rabaca | Louise Chiasson | Kim Mikalson

Demenz

**Ergänzungsmaterial zu
Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden
(Action over Inertia)**

Herausgegeben von Megan Edgelow

ins Deutsche übersetzt von
Munja Araci und Andreas Pfeiffer



herausgegeben von
Ulrike Marotzki | Christiane Mentrup | Peter Weber
gefördert durch



Deutscher Verband
der Ergotherapeuten

Die Übersetzer



Munja Araci

(geb. Brücher) beendete 2008 ihre Fachschulausbildung zur Ergotherapeutin an der Schule für Ergotherapie am LVR Klinikum Essen. 2012 erwarb sie berufs-

begleitend den Bachelor of Health in Occupational Therapy an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) und schloss 2015 das berufsbegleitende Masterstudium „Multi-professionelle Versorgung von Menschen mit Demenz“ an der Universität Witten-Herdecke ab. Seit ihrer Ausbildung beschäftigt sie sich in verschiedenen Arbeitssettings – Senioreneinrichtung, ambulante Praxis sowie gerontopsychiatrische Station – mit der Fragestellung, wie Menschen mit Demenz angemessen und erfolgreich ergotherapeutisch unterstützt werden können. Neben ihrer Tätigkeit als Ergotherapeutin am Universitätsklinikum Bonn hält sie Seminare zu verschiedenen Themen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz.



Andreas Pfeiffer

schloss 1992 seine Fachschulausbildung zum Ergotherapeuten ab. Danach arbeitete er bei einem sozialtherapeutischen Verein, der im Rahmen

der Enthospitalisierung gemeindenahe Wohn- und Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen aufbaute. Von 2001 bis 2018 war er am LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf tätig. Seine Schwerpunkte waren die Arbeit auf einer Akutstation und die ambulante Ergotherapie. 2012 erwarb er berufsbegleitend an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) den Bachelor of Health in Occupational Therapy. 2016 schloss er ein berufsbegleitendes Masterstudium an der Donau-Universität Krems in Österreich ab. Er ist seit 1997 ehrenamtlich für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) tätig. 2018 wurde er zum Vorsitzenden des DVE gewählt.

Amber Rabaca | Louise Chiasson | Kim Mikalson

Demenz

Ergänzungsmaterial zu
Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden
(Action over Inertia)

Herausgegeben von Megan Edgelow

ins Deutsche übersetzt von
Munja Araci und Andreas Pfeiffer



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2020

ISBN 978-3-8248-1258-5

eISBN 978-3-8248-9901-2

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2020

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel, Martina Schulz-Kirchner

Fachlektorat: Thomas Leidag

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Titelfotos: links: De Visu – Adobe Stock; rechts: Jonas Glaubitz – Adobe Stock

Icons: © <http://flaticon.com>

Druck und Bindung: medienHaus Plump, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

© Originalausgabe: Amber Rabaca, Louise Chiasson and Kim Mikalson: Dementia, edited by Megan Edgelow

Die Informationen in diesem Buch sind von den Herausgebern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeber bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

Vorwort zur Reihe	7
Vorwort der Übersetzer	11
Wie hängen Demenz und Teilhabe an Aktivität zusammen?	13
Definition Demenz	13
Biologische Erklärungen	15
Hirnstruktur	15
Neurophysiologische Veränderungen	17
Der Einfluss von Medikamenten auf die Aktivität	18
Psychologische Erklärungen	18
Soziale Erklärungen	21
Stigma	22
Wie Aktivität helfen kann, Demenzrisiko und Symptome zu reduzieren	22
Literatur	25
Anhang	
AB*1 Bin ich ausreichend körperlich aktiv?	30
AB2 Bewältigungsstrategien zur Akzeptanz von Veränderungen	31
AB3 Tipps und Bewältigungsstrategien für tägliche Aktivitäten	32
AB4 Mein Tagesablauf und meine tägliche Struktur	34
AB5 Protokoll der Aktivitätsexperimente	38
IB**1 Einige Ideen für „schnelle Aktivitätsänderungen“	39

* AB = Arbeitsblatt

**IB = Informationsblatt

Vorwort zur Reihe

„Jeder Mensch ist anders.“ Dies ist eine häufige Antwort auf die Frage, wie Ergotherapeutinnen bei einem bestimmten Krankheitsbild oder einem definierten Rehabilitationsziel vorgehen. Die Antwort bringt die therapeutische Haltung zum Ausdruck, sich ganz auf die Bedarfe und Ziele des Gegenübers einzustellen und in dieser Orientierung über die Wahl der Mittel, Medien und Methoden und somit auch über die spezifische Nutzung der Therapiezeit zu entscheiden.

Was die Antwort nicht reflektiert, ist, dass die Verfügbarkeit therapeutischer Ressourcen immer begrenzt ist. Zudem ist häufig nicht gesichert, ob die vorhandenen Ressourcen auch die tatsächlich sinnvollsten sind und ob sie den richtigen Umfang haben, um den Klienten zu unterstützen.

Die Anforderungen an moderne Therapieangebote wachsen unaufhaltsam. Gefordert werden ein effektiver und effizienter Einsatz der therapeutischen Mittel, die Nutzung therapeutischer Methoden auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, Klienten- und Ergebnisorientierung im therapeutischen Prozess, die Implementierung von Qualitätsmanagement sowie die Evaluation der therapeutischen Maßnahmen mit passenden Instrumenten, womit eine kontinuierliche Verbesserung des Angebotes gesichert werden soll.

Ergotherapeutische Programme bilden eine noch junge Entwicklungslinie in der internationalen Ergotherapie. Sie werden als eine mögliche Antwort auf die genannten komplexen Herausforderungen an gesundheitsbezogene Dienstleistungen gesehen, wobei die Zielindikation, Gemeindeorientierung und Modellbasierung eine besondere Rolle spielen (Mandel et al., 1999; Fazio, 2001; Kielhofner, 2008). In der deutschsprachigen Ergotherapie ist die Idee, Programme zu entwickeln, mit der verstärkten Diskussion um gesundheitsförderliche und präventive ergotherapeutische Angebote in Gang gekommen (DVE, 2006). Die bekanntesten Beispiele sind wohl Rückenschule und Gelenkschutzgruppe. Gerade diese Beispiele machen deutlich, dass die zur Programmentwicklung gehörende Abstraktion vom konkreten Klienten auf die Gruppe, zu der er gehört, auch für den Einzelnen einen Gewinn bringen kann: Von Anfang an ist der Therapieprozess auf spezifische Bedarfe und Ziele mit passenden Ressourcen eingerichtet, sodass man sich in der therapeutischen Arbeit

auf das Wesentliche konzentrieren und dort die Zeit und Mittel einsetzen kann, die nachgewiesenerweise notwendig und sinnvoll sind.

Ergotherapeutische Programme – gleich ob in Therapie, Gesundheitsförderung oder Prävention – sind optimalerweise durch folgende Kennzeichen charakterisiert:

- Definition einer Zielgruppe
- Ergotherapeutische Bedarfsanalyse
- Planung und Implementierung einer auf diese Bedarfe zugeschnittenen Maßnahme in Form eines Problemlöseprozesses in mehreren Schritten
- Handbuch einschließlich Programmtheorie (Wirk- und Zusammenhangsannahmen)
- Prozess- und Ergebnisevaluation des Programms mit einer Auswahl passender Instrumente
- Evaluationsstudien
- Evidenznachweise

Die Reihe ERGOTHERAPEUTISCHE PROGRAMME ist die jüngste in der EDITION VITA ACTIVA. Wie für die Reihen ERGOTHERAPEUTISCHE ASSESSMENTS und ARBEITSANLEITUNGEN gilt: Programme, die in die Reihe aufgenommen werden, sollen über ein ausgearbeitetes Handbuch verfügen. Hiermit ist erstens gewährleistet, dass eine gründliche und strukturierte Einarbeitung und Durchführung im ergotherapeutischen Kontext durch Berufsangehörige möglich ist. Zweitens ist so eine wichtige Voraussetzung gegeben, diese Programme einem fortlaufenden systematischen Entwicklungs-, Erprobungs- und Validierungsprozess zu unterziehen.

Natürlich sollten Programme, die in dieser Reihe erscheinen, optimalerweise schon einen Erprobungsprozess durchlaufen haben und Evaluationsergebnisse vorweisen können. Dies ist jedoch keine Voraussetzung. Wer den Professionalisierungsstand der deutschen Ergotherapie kennt, weiß, dass eine derartige Auflage unrealistisch ist. Derzeit werden Programme bspw. im Rahmen von Bachelor- und Master-Arbeiten entworfen, allerdings fehlt es noch an Realisierungen bzw. Möglichkeiten zur Implementierung.

Die Reihen der EDITION VITA ACTIVA repräsentieren mit den in ihr erscheinenden Assessments, Befunderhebungsinstrumenten und Programmen einen bestimmten Entwicklungsschritt im Professionalisierungsprozess ergotherapeutischer Praxis: die

Einsicht in die Notwendigkeit terminologischer Genauigkeit sowie standardisierter und wissenschaftlich überprüfter Vorgehensweisen. Insgesamt will VITA ACTIVA hiermit einen Beitrag zum kritischen Umgang mit Erhebungsinstrumenten und zur Qualitätssicherung ergotherapeutischer Maßnahmen leisten. Nachfolgend werden Studien zu den in dieser Reihe erschienenen Instrumenten und Programmen erforderlich sein und hoffentlich auch angeregt.

Erst gut validierte Grundlagen, von denen es bisher noch zu wenige gibt, werden langfristig dazu beitragen, dass auch die deutschsprachige Ergotherapie bspw. im Rahmen größerer Forschungsprojekte ihren genuinen Beitrag zu Therapie-, Rehabilitations- und Präventionserfolgen evident nachweisen kann.

Die Herausgeber

Ulrike Marotzki, Christiane Mentrup, Peter Weber

Literatur

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V. (2006). „Prävention und Gesundheitsförderung“ in der Ergotherapie. Broschüre, Karlsbad.
- Fazio, L. (2001). Developing occupation-centered Programs for the Community: A Workbook for Students and Professionals. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Kielhofner, G. (2008). Model of Human Occupation. Theory and Application. 4th ed., Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mandel, D.; Jackson J.; Zemke, R.; Nelson, L.; Clark, F. (1999). Lifestyle Redesign. Implementing the Well Elderly Program. Betesda: The American Occupational Therapy Association Inc.

Vorwort der Übersetzer

Wir freuen uns, dass die Ergotherapie im deutschsprachigen Raum der deutschen Übersetzung des ergotherapeutischen Interventionsmanuals *Handeln gegen Trägheit* so viel Aufmerksamkeit schenkt.

In dem Arbeitsbuch waren als erste Zielgruppe Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgewählt worden, da sie Hilfsangebote aufgrund ihrer „Trägheit“ häufig gar nicht erst erreichen. Die grundlegenden Gedanken der Intervention sind aber aus unserer Sicht nicht störungsspezifisch, sondern ergotherapeutisch. Es geht um Teilhabe, Betätigungsbalance, Krankheitsbewältigung (im Sinne von Recovery) und das Erreichen eines Maximums an Lebensqualität.

Diese Themen haben auch eine große Bedeutung für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Deshalb freuen wir uns, mit dem vorliegenden Buch spezifisches Ergänzungsmaterial für diese Zielgruppe in der deutschen Übersetzung zur Verfügung stellen zu können.

Menschen mit Demenz sind aufgrund der krankheitsspezifischen Veränderungen in ihrer Alltagsgestaltung erheblich eingeschränkt. Die selbstständige Planung und Durchführung bedeutungsvoller Aktivitäten, die Aufrechterhaltung der täglichen Routine sowie die Gestaltung sozialer Kontakte sind gleichzeitig große Herausforderung und wichtige Bausteine einer gesundheitsförderlichen Lebensweise. Da diese Themen zentrale Inhalte von *Handeln gegen Trägheit* sind, können auch Menschen mit Demenz und deren Versorgungsumfeld von dieser Intervention profitieren.

Das Manual enthält ausführliche Informationen über biologische, psychologische und soziale Veränderungen, die durch eine Demenzerkrankung verursacht werden. Die Auswirkungen auf Aktivitäten und den Lebensalltag der Betroffenen und deren Umfeld werden beleuchtet. Es wird beschrieben, wie Aktivitäten genutzt werden können, um das Risiko und die Symptome der Demenz zu reduzieren.

Die Arbeitsblätter dieses Manuals bieten eine konkrete Hilfestellung für Betroffene und Anwender, die momentanen Aktivitätsmuster zu analysieren sowie zu erarbeiten, wie Alltagsaktivitäten erfolgreich und zufrieden bewältigt werden können.

So kann mithilfe dieses Manuals eine klientenzentrierte ergotherapeutische Intervention geplant und durchgeführt werden. Es gibt damit eine wichtige Hilfestellung für eine gelungene therapeutische Unterstützung von Betroffenen und beteiligten Gesundheitsdienstleistern.

Unser Dank gilt im besonderen Megan Edgelow und den kanadischen Kolleginnen, die dieses Ergänzungsmaterial entwickelt haben und mit ihrer Zustimmung eine Übersetzung ins Deutsche unkompliziert ermöglichten – ganz im Sinne der Ergotherapie und der von Demenz betroffenen Menschen.

Munja Araci und Andreas Pfeiffer

Wie hängen Demenz und Teilhabe an Aktivität zusammen?

Definition Demenz

Demenz wird im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, englisch für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“) als neurokognitive Störung bezeichnet, d. h. als eine Störung des Gehirns, deren meiste Formen progressiv sind, die das Denken und in späteren Stadien das Verhalten beeinflusst sowie zu Schwierigkeiten in der Durchführung von Alltagsaktivitäten führt (Shaber, 2011). Die häufigsten Formen der progressiven Demenz sind die Alzheimer-Krankheit und die vaskuläre Demenz, die 90 % aller Demenzerkrankungen ausmachen. Die restlichen 10 % bestehen aus durch Morbus Parkinson oder Chorea Huntington verursachten Demenzen, frontotemporaler Demenz und dem HIV/Aids-Demenz-Komplex (Shaber, 2011).

In den frühen Phasen der Demenz können die verschiedenen Formen noch an den Anzeichen und Symptomen unterschieden werden, im Laufe der Zeit und mit fortschreitender Degeneration verschmelzen die Formen der Demenz und ihre Begleitsymptome aber miteinander. Kennzeichen der **Alzheimer-Demenz** sind Probleme mit Sprach- und Exekutivfunktionen wie Gedächtnis, Planung und Problemlösung (Alzheimer Society of Canada, 2015; Shaber, 2011). Die **vaskuläre Demenz**, die andere häufigste Form, ist durch das gleichzeitige Auftreten anderer zerebrovaskulärer Erkrankungen und Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes und Rauchen beeinflusst und kann zusätzlich motorische Probleme mit sich bringen (Alzheimer Society of Canada, 2015; Shaber, 2011).

Zuletzt können andere Demenzformen, wie **frontotemporale Demenz**, **Huntington- und Parkinson-Krankheit** und **Lewy-Körper-Demenz**, durch Persönlichkeitsveränderungen, verlangsamte Bewegungen und Gedanken sowie fluktuierende Kognition, visuelle Halluzinationen und motorische Einschränkungen geprägt sein (Alzheimer Society of Canada, 2015; Shaber, 2011).

Demenz kann einen tiefgreifenden Einfluss auf die Alltagsfunktionen und -aktivitäten der Betroffenen haben. Die folgenden Symptome können beobachtet werden:

- **Amnesie und Gedächtnisverlust mit Einfluss/Auswirkungen auf die Alltagsfunktionen**, dies betrifft Ereignisse, Gegenstände, Orte oder vertraute Gesichter;
 - **Unfähigkeit, neue Informationen aufzunehmen**, Angst und Verwirrung angesichts neuer Situationen;
 - **verminderte Initiative und Interesse an Aktivitäten**, Rückzug, Teilnahmslosigkeit, **Apathie und vermindertes Interesse an zuvor genossenen Aktivitäten**;
 - **Stimmungs- und Verhaltensänderungen** wie Depression, Angst, Reizbarkeit und Argwohn;
 - **Schwierigkeiten mit Kommunikation und sozialen Interaktionen**, Verlust des Wortschatzes, Probleme andere zu verstehen und sich selbst gedanklich und schriftlich auszudrücken;
 - **Veränderungen der Gehfähigkeit und der Bewegung**, wie z. B. **die Unfähigkeit, Bewegung zu initiieren und zu planen**; Verlust der Erinnerung und Gleichgewichtsprobleme;
 - **visuelle Defizite und veränderte Wahrnehmung**, einschließlich Verlust der Tiefenwahrnehmung und Unfähigkeit, Bewegung wahrzunehmen;
 - **Schwierigkeiten in der Durchführung von bekannten Aufgaben und Aktivitäten**, z. B. sich anziehen, was auf die Unfähigkeit, visuelle, auditive und andere Empfindungen wahrzunehmen, zurückzuführen sein kann;
 - **kognitive Veränderungen**, wie etwa zeitliche und örtliche Desorientierung, verminderte Urteilsfähigkeit und Problemlösung sowie Probleme mit abstraktem Denken (z. B. Bankgeschäfte und Bezahlung von Rechnungen);
 - **Schwierigkeiten beim Interpretieren von Klängen, visuellen Objekten oder Bildern und Tastempfindungen** können dazu führen, dass Personen ein Objekt nicht erkennen oder es mit seiner Verwendung assoziieren können;
 - **fehlende Einsicht für kognitive Defizite**;
- (Alzheimer Society of Canada, 2015; Shaber, 2011)

Diese Symptome betreffen nicht nur Menschen mit Demenz, sondern auch deren Familie und Freunde und können durch verschiedene Faktoren verursacht werden. Das Erleben der Demenz ist bei jedem Individuum einzigartig und nicht alle Symptome treten bei jedem Betroffenen mit Demenz auf.

Dieses Ergänzungsmaterial wird untersuchen, wie Demenz die Teilhabe an Aktivität beeinflussen kann und wie für den Klienten bedeutungsvolle Aktivitäten genutzt werden können, um die Symptome zu verzögern und/oder zu lindern.

Biologische Erklärungen

Die biologischen Erklärungen fokussieren die Strukturen und neurophysiologischen Funktionen des menschlichen Körpers, die eine Veränderung von Aktivitäten und Aktivitätsmustern bedingen können.

Hirnstruktur

Um zu verstehen, wie demenzbedingte Veränderungen der Hirnstruktur zu Veränderungen der Aktivitäten führen, ist es zunächst wichtig, die verschiedenen Formen von Gedächtnis und Gedächtnisprozessen sowie die normalen Veränderungen des Gehirns als Begleiterscheinung des Alters vorzustellen.

Das Gedächtnis kann in das *sensorische Gedächtnis*, das *Kurzzeitgedächtnis* und das *Langzeitgedächtnis* unterteilt werden, wobei das letztere weiter in das *explizite* und das *implizite Gedächtnis* differenziert werden kann. Das implizite Gedächtnis beinhaltet das *prozedurale Gedächtnis*, also die unbewussten Erinnerungen an Fähigkeiten und Tätigkeiten (Anderson, 2005). Das explizite Gedächtnis, welches bewusstes Denken einschließt, kann weiter zum *deklarativen Gedächtnis*, d. h. zur Erinnerung an Tatsachen und Ereignisse, erweitert werden. Das deklarative Gedächtnis umfasst auch das *episodische Gedächtnis* – die Erinnerungen an Ereignisse und Erfahrungen – sowie das *semantische Gedächtnis*, die Erinnerungen an Fakten und allgemeine Konzepte (Anderson, 2005).

Erinnerungsprozesse umfassen Codierung, Speicherung und Abruf.

Die sensorische Information wird vorübergehend im sensorischen Gedächtnis gespeichert und bei Bedarf im Arbeitsgedächtnis weiterverarbeitet (Anderson, 2005). Durch die *Codierung* wird die Information in das Langzeitgedächtnis übernommen und gespeichert. *Abruf* ist der Prozess, bei dem Informationen aus dem Langzeitgedächtnis in den „Arbeitsspeicher“ zurückgeholt und somit für den bewussten Gebrauch verfügbar gemacht werden (Anderson, 2005).

Es ist ein natürlicher Vorgang, dass es im Alter durch den Verlust von Gehirnzellen und Dendriten und einer Senkung des Neurotransmitterspiegels zu Veränderungen des Gedächtnisses kommt. Diese Veränderungen stehen im Zusammenhang mit der