Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1994-1995)

Heft: 45

Artikel: Blick über die Grenzen : was kann bei der Alzheimer'schen Krankheit behandelt werden?

Autor: Briggs, Robert / Wilcock, Gordon K. / Schneider, V.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790140

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.12.2025

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

Was kann bei der Alzheimer'schen Krankheit behandelt werden?

Robert Briggs, Geriatrieprofessor, Geriatrieabteilung Universität Southampton, Grossbritannien in The Management of Alzheimer's Disease, Ed. Gordon K. Wilcock, Wrightson Biomedical Publishing Ltd, UK and USA, Uebersetzung V. Schneider

Einleitung

Was kann bei der Alzheimer'schen Krankheit behandelt werden? Dies scheint - wenigstens auf den ersten Blick - eine einfache "medizinische Frage" zu sein und die ehrliche Antwort, auf dem heutigen Wissensstand basierend, wäre eigentlich: "nicht viel". Die Suche nach einer wirksamen Behandlung des Morbus Alzheimers (MA) wird noch immer von Entdekkungen von Defekten im zentralnervösen cholinergischen System geleitet, die vor über 15 Jahren gemacht wurden. Es sind jedoch bei MA noch weitere Neurotransmitter-Systeme betroffen, und die klinischen Erscheinungen beschränken sich nicht nur auf Lernen und Gedächtnis (Briggs, 1989).

Die neuere Forschung konzentriert sich auf den der Krankheitsentwicklung zugrunde liegenden Basismechanismus auf molekularer und neuronaler Ebene im Gehirn. Natürlich kann man nur hoffen, dass der "Grund" für MA gefunden werde und dann entsprechende präventive Strategien entwikkelt werden können. Die traditionelle Unterscheidung zwischen "Altern" und "Krankheit" ist möglicherweise nicht angebracht, speziell wenn sie auf die "senile Demenz" angewandt wird (Grimley Evans, 1990). Es ist gut bekannt, dass das Vorkommen von MA mit dem Altern ansteigt, weniger gewiss ist jedoch, dass auch die Häufigkeit des neuen Auftretens in gleicher Weise zunimmt. Sollte die Häufigkeit von MA tatsächlich auch im höchsten Alter weiter ansteigen, hat Jorm (1990) gezeigt, dass das Risiko, während der Lebenszeit an MA zu erkranken, gegen 100% betragen würde. Könnte bei genügend langer Lebensdauer der Rückgang der kognitiven Funktionen ein Grundcharakteristikum des Menschenlebens sein?

Vorläufig müssen wir die vielen Alzheimerpatienten und die sie Pflegenden betreuen. Ich möchte aufzeigen, dass sich die verschiedenen theoreti-

schen Perspektiven ergänzen, indem ich mich auf biologische, psychologische und soziologische Versuche MA zu behandeln, stütze.

Verlust des Selbstgefühls

Auf der Suche nach Medikamenten zur Behandlung von MA spielten Psychologen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Instrumenten zur Diagnosestellung von Demenz und dem Erfassen der Demenzentwicklung. Neuerdings hat sich das Interesse der Psychologen nun auf das Verständnis ausgeweitet, wie ein Individuum einen dementiellen Prozess erlebt und welche Art von therapeutischer Hilfe anzubieten sei. Es genügt nicht, sich auf den kognitiven Verlust zu konzentrieren: Was muss es vielmehr bedeuten, einem seit Jahren geliebten engen Verwandten zuzuhören oder mit ihm zu sprechen, wenn dieser nicht mehr verstehen kann, was man ihm sagt, oder wenn er einen nicht mehr erkennt. Es ist schwer für uns, die wir dementen Menschen helfen möchten, einzuschätzen, wie vernichtend ein solcher Verlust des Selbstgefühls sein muss (Gilleard, 1984).

Beobachtungen von Patienten in Frühstadien von Demenz zeigen ein noch recht grosses Mass an Selbsterkenntnis und -verständnis (Froggart, 1988). Es wird recht viel an Forschung und praktischer Hilfeleistung erbracht zugunsten derer, die Demente pflegen; im Vergleich dazu wird dem subjektiven Leiden der Kranken selber relativ wenig Gewicht geschenkt. Ein besseres Verständnis dieses Leidens würde dazu beitragen, das Selbstgefühl der Patienten aufrecht zu halten, indem man "ein Klima gesunder Gefühle" um das "kognitive Defizit" schafft. Es ist bei Dementen wichtig, noch bestehende Fähigkeiten zu stärken und nicht die Defekte in den Mittelpunkt zu stellen. Möglichkeiten dazu sind Orientierungshilfen (Holden und Woods, 1988) und sich Erinnern (Coleman, 1986), "Therapien" welche versuchen, geistig abgebaute Menschen in Kontakt mit dem Alltag und mit ihren Erinnerungen zu behalten. Der Erfolg dieser Therapien kann schwerlich nachgewiesen werden, da solche individuellen therapeutischen Interventionen schlecht in den Rahmen von doppelblinden placebokontrollierten Studien passen. Ein experimentelles Studiendesign für Einzelfallstudien ist hier eher angebracht (Garland, 1990).
Ein Blick über die ganze Lebensdauer hinweg kann uns das Verhalten eines Menschen begreiflich machen und Stichworte bekanntgeben, auf die er mit im Laufe seines Lebens angeeigneten Gewohnheiten reagiert. Es wurde die Meinung vertreten, dass soziale und psychologische Faktoren bei der Entwicklung einer Demenz eine wichtige Rolle spielen könnten

(Kitwood, 1988). Demzufolge könnte Demenz psychologisch als Konsequenz des Wegfallens von Haupt-Erkenntnispunkten gesehen werden, welche eine Person mit dem Sinn für sich selber versehen hat; soziale und psychologische Defizite wie Rollenverlust, Verarmung des sozialen Lebens, könnten neuropathologische Konsequenzen nach sich ziehen.
"Demenz bedeutet eine fundamentale Not von Menschen und nicht einfach ein zu untersuchendes Problem, dem man mit technischer Fertigkeit beikommt." Jene von uns, welche sich mit dem biomedizinischen Teil des Spektrums von MA beschäftigen, werden wohl Mühe haben mit dem Extremen dieser grundlegenden Hypothese, aber nur wenige können wohl am Grundgedanken der zitierten Schlussfolgerung etwas aussetzen. Wir ziehen gewohnheitsmässig bei der Entstehung und Behandlung von Herzkrankheit oder Krebs psychosoziale Faktoren in Betracht, warum nicht auch bei Leiden, welche das Gehirn und den Geist direkt betreffen?

Depression und Demenz

Eine geringfügige Verschlechterung der kognitiven Leistungen (oder subjektive Klagen über Gedächtnisprobleme) können Zeichen einer depressiven Verstimmung im Alter sein. Man hat den diagnostischen Schwierigkeiten grosses Gewicht beigemessen, welche theoretisch bei depressiven Patienten auftreten, bei denen die primäre kognitive Funktionsstörung von entscheidender klinischer Bedeutung ist, jene mit "depressiver Pseudodemenz". Kral und Emery (1989) haben während durchschnittlich 8 Jahren die Krankengeschichte von 44 solcher Patienten verfolgt (mittleres Alter 76.5 Jahre): obschon alle Patienten gut auf eine antidepressive Medikation ansprachen, entwickelten 89% von ihnen in der Folge eine klinische Demenz vom Alzheimertyp.
Depression kann MA nicht nur nachahmen oder ankündigen, sondern auch früher oder später den Krankheitsverlauf komplizieren (Katona, 1991). In einem Ueberblick über verschiedene Studien (Wragg und Jeste, 1989), litten 0 - 87% der Patienten mit einer Alzheimerdiagnose unter depressiver Verstimmung (Medianwert 41%) und unter eigentlichen Depressionen 9 - 86% (Medianwert 19%). In den meisten Studien zeigten MA-Patienten einen höheren Anteil an depressiver Stimmung als gesunde ältere Kontrollpersonen. Dies erstaunt nicht, wenn man die stärkere Depressivität auf den Wegfall von biogenen Aminen, auf Lebensereignisse oder beides zurückführt.
Greenwald et al (1989) verglich eine Gruppe von dementen Patienten mit gleichzeitiger Depression (Demenz/Depression) mit älteren Spitalpatienten

in einer stark depressiven Phase ohne Demenz (Depressive) und mit nur Dementen. Die Demenz/Depression-Patienten unterschieden sich von den beiden andern Gruppen durch ihr stärkeres Selbstmitleid und die höhere Empfindlichkeit für Ablehnung, teilten sonst aber viele Zeichen der klassischen Depression mit den Depressiven (nicht jedoch mit der Gruppe der Dementen). Eine Reihe von hartnäckigen und aggressiven Versuchsbehandlungen mit Antidepressiva (inkl. trizyklischen) und Elektroschock-Therapie zeigte den gleichen Grad der Ansprechbarkeit der depressiven Symptomatik bei der Gruppe Demenz/Depression (70%) und bei den Depressiven (73%). Bei den Patienten mit beiden Symptomen schien die Demenz bei Depression die Leistungsfähigkeit bei kognitiven Tests zu beeinträchtigen. Obschon immer noch stark beeinträchtigt, wurde die Leistung dieser Gruppe besser nach einer Behandlung mit Antidepressiva, keine Verbesserung fand sich hingegen bei der Gruppe der Dementen, was gegen das Argument einer durch die unspezifische Umgebung oder negative psychologische Effekte der Spitalumgebung herbeigeführten Demenz ins Feld geführt werden kann.
Die obenerwähnte Studie war prospektiv, umfasste jedoch nur relativ wenige Patienten mit Wahrscheinlichkeitsdiagnosen von MA und Multiinfarkt-Demenz; die medikamentöse Behandlung war nicht standardisiert. Das Ergebnis entspricht jedoch mehreren anekdotischen Berichten, die als Begleiterscheinung einer antidepressiven Therapie eine Stimmungsaufhellung und Verschärfung der Wahrnehmung bei dementen Patienten mit überlagerter Depression beschreiben. Dies, obschon man annehmen könnte, dass trizyklische Medikamente irgendwelche "cholinergische Defizite" bei MA verschlimmern würden und dass Elektroschocktherapie einen akuten Gedächtnisverlust zu bewirken vermöchte. Die pharmakologische Behandlung von Depressionen bei dementen Patienten wäre sicher ein nutzbringendes Feld für doppelblinde, placebokontrollierte Studien.

Akute Verwirrungszustände

Der Ausdruck "akuter Verwirrungszustand" oder "Delirium" deutet auf eine momentane Störung der geistigen Funktionen mit normalerweise raschem Einsetzen über Stunden oder Tage. Eine solche Episode ist in Fig. 1 schematisch dargestellt. Wichtige Punkte sind der rasche Abfall bei jemanden, dessen geistige Fähigkeiten bisher erhalten waren und die Rückkehr zur Normalität sobald die Episode vorüber ist.

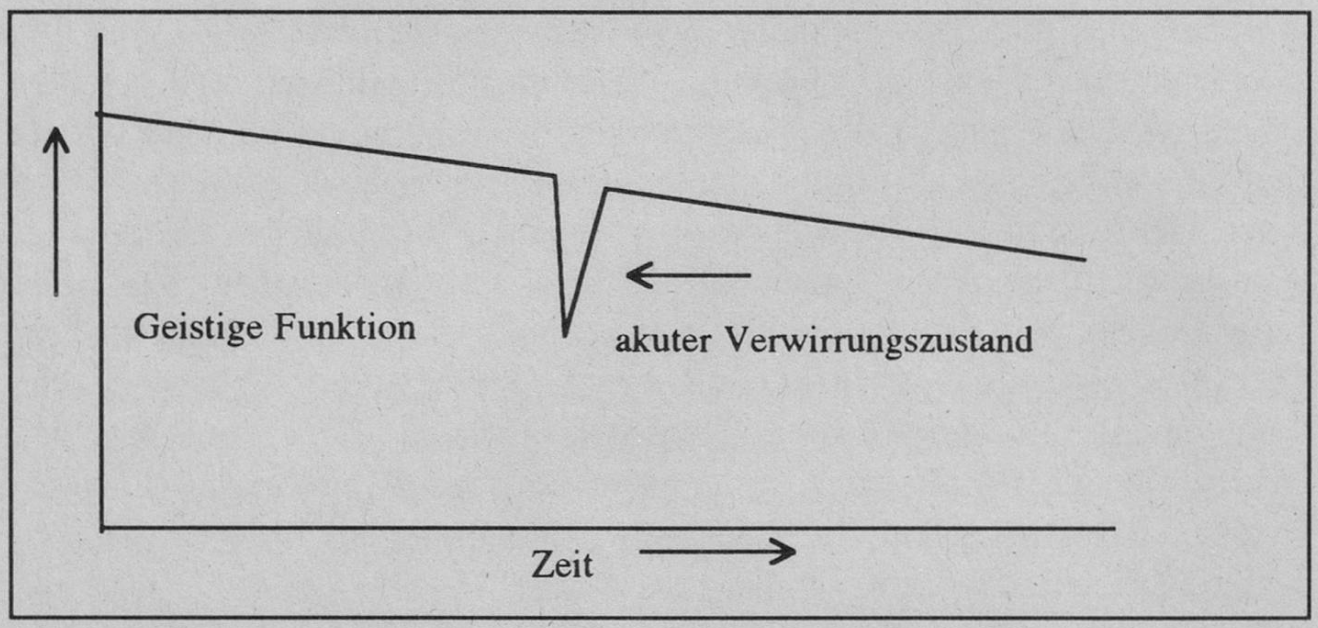
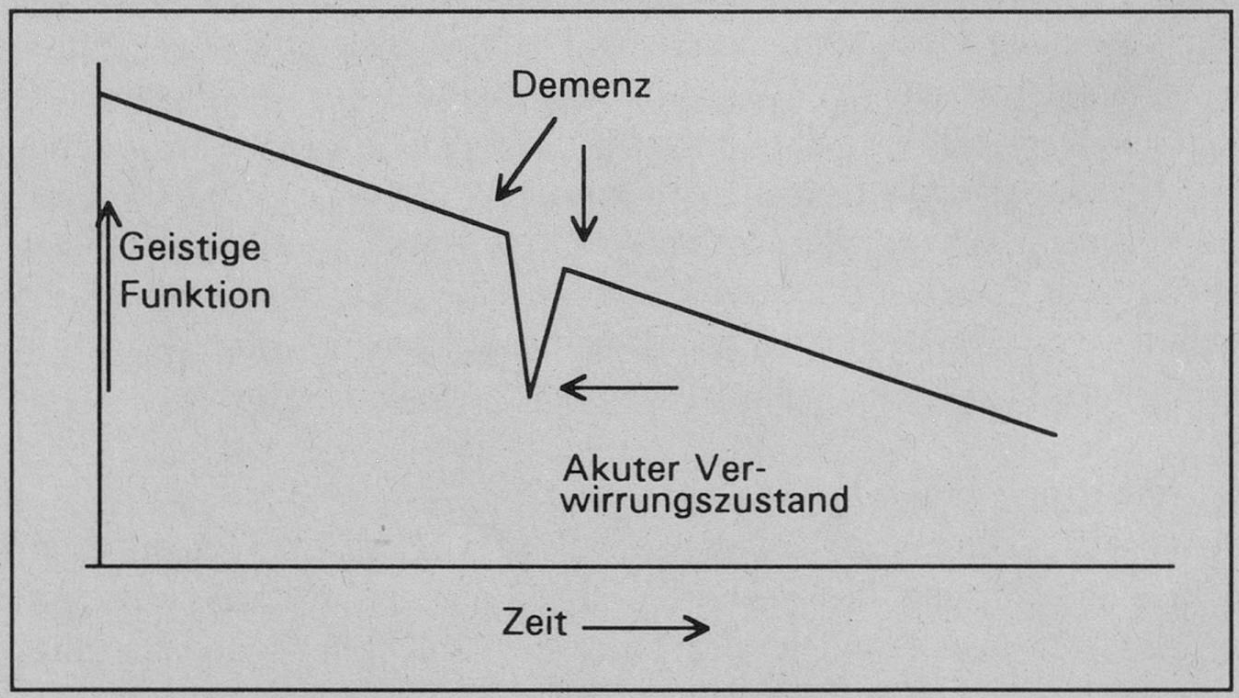


Fig. 1: Schematische Darstellung eines akuten Verwirrungsustandes

Solche Episoden sind charakterisiert durch eine Bewusstseinstrübung, Desorientiertheit, Illusionen und oft lebhafte Halluzinationen. Der schwankende Bewusstseinszustand ist von Schlaf-Wach Störungen und nächtlicher Verschlimmerung der Symptome gekennzeichnet. Lipowski (1988) schlägt vor, den Ausdruck "Delirium" nur bei vorübergehenden akuten Verwirrtheitszuständen aus physischen Gründen zu verwenden, unter Ausschluss



Figur 2: Akuter Verwirrungszustand, auf einen Demenzverlauf aufgepfropft

von gleichen funktionellen Symptomen Akuten Verwirrungszuständen liegen normalerweise toxische oder metabolische Prozesse oder Infekte zugrunde, welche das Gehirn oder andere Organe angreifen, sie können sich oftmals zurückbilden. Analog zu anderen Krankheitsbildern (Herz- oder Nierenleiden, beispielsweise) nennen einige Aerzte das Delirium "akutes Hirnversagen".

Fortschreitendes Altern vermag die Anfälligkeit für akute Verwirrungszustände zu steigern (Burrows et al, 1985), nicht nur wegen der stärkeren Tendenz alter Menschen, körperlich schwer zu erkranken. Menschen mit klar definierten Krankheitsbildern (einschliesslich MA) neigen zur Entwicklung eines Deliriums (Kopenen et al, 1989). Fig. 2 zeigt die Episode eines akuten Verwirrungszustandes innerhalb eines dementiellen Prozesses. Man muss damit rechnen, dass bei einem dementen Patienten eine plötzliche Verhaltensänderung das Zeichen für ein unspezifisches körperliches Leiden sein kann. Ein akuter Verwirrungszustand verunmöglicht oft die Pflege der Patienten zuhause; sie benötigen dann eine angemessene Diagnostizierung und Therapie, so dass sie nachher wieder in der Familiengemeinschaft betreut werden können.

Mehr oder weniger alle Krankheiten und viele Medikamente können bei dementen älteren Menschen ein Delirium verursachen. Einige Beispiele - bei weitem nicht alle - sind in Tabelle 1 aufgelistet:

Tabelle 1 Ursachen für akuten Verwirrungszustand (mit Beispielen in Klammer)

Ursachen	*(Beispiele)*
Infekte	(Luft- oder Harnweginfekte)
Herzleiden	(Herzversagen, Myokardinfarkt)
Stoffwechselkrankh.	(Elektrolytenstörung, Austrocknung)
Neurologische L.	(Schlaganfall)
Drüsenleiden	(Diabetes, Schilddrüsen-Unterfunktion)
Ernährungsbedingte L	(Kachexie, Vitamin B-Mangel)
Medikationsbedingte. L.	(Antidepressiva, Antikonvulsiva, Sedativa)
Verschiedene	(Unfall, plötzliches Alleinsein)

Harnweginfekte und Lungenentzündung verursachen sehr oft akute Verwirrungszustände, oft ohne spezielle weitere Symptome und ohne hohes Fieber. Einfache diagnostische Massnahmen (wie Urintests oder das Zählen der Atemzüge) können wertvolle Hinweise geben. Herzschwäche

wegen Blutstauung ist ebenfalls eine häufige Ursache für Delirium, wie auch der übermässige Gebrauch von Diuretica, welcher zur Störung des Elektrolythaushaltes führen kann. Myokardinfarkte laufen oft ohne den typischen Herzschmerz ab und sind nur aus dem EKG ersichtlich. Sowohl Diabetes als auch Schilddrüsenerkrankungen sind häufiger bei älteren als bei jungen Menschen, und man entdeckt beide oft bei der Durchuntersuchung von Demenzpatienten. Sie können auch neben MA vorkommen, so dass eine endokrine Behandlung nicht immer zur Besserung der kognitiven Funktionen führt. Patienten mit seniler Demenz neigen dazu, sich mangelhaft zu ernähren, dennoch treten spezielle Mangelerscheinungen wie z.B. Vitamin-B^1-Mangel im Rahmen von MA selten klinisch in Erscheinung. Alzheimer-Patienten neigen aus bisher ungeklärten Gründen zu Gewichtsverlust, speziell im späteren Verlauf der Krankheit (Prentice et al, 1989). Die Zweckmäßigkeit der Aenderung von Essgewohnheiten ist nicht gesichert. MA-Patienten sind nicht immun gegen Krebs und man sollte deshalb bei überproportionalem Gewichtsverlust sowie Verschlechterung des Gesamtzustandes auch an ein solchen Symptomen oft zugrunde liegendes Malignom denken.

Fast alle Medikamente, die wegen ihrer Wirkung auf das Zentrale Nervensystem verschrieben werden (wie Sedativa, Tranquilizers, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Parkinson-Mittel) und viel andere (wie Antibiotika, Digoxin), können als Nebenwirkung Verwirrung erzeugen. Ist der Patient einmal deliriant, ist es oft am besten, alle Medikamente abzusetzen, um zu sehen ob es ihm dann besser geht. Nur sehr selten führt der Medikamentenstop zu Problemen (obschon Vorsicht bei gewissen Drogen, wie Steroiden, angebracht ist). Beispielsweise kann bei Zeichen von Herzversagen bei Absetzen von Diuretika die Diuretika-Medikation einfach wieder eingesetzt werden.

Einige Geriater nehmen an, dass bei Demenzpatienten auch Stuhlverstopfung zu Verwirrungszuständen führen kann; ob nun zutreffend oder nicht, Kotballen können sehr wohl zu Unwohlsein und auch zu Stuhlinkontinenz führen. Unfälle und Operationen mit Narkose können allein oder zusammen Delirien verursachen, welche mehrere Tage andauern können. Umfallen (mit Hüftfrakturen) ist häufig bei MA. Widerwärtigkeiten (plötzliche Isolation, der Verlust einer vertrauten Person oder ein Einbruch) können einen Geist, der bereits am Rand des Zusammenbruchs steht, noch weiter beeinträchtigen. Die Spitaleinweisung eines verwirrten älteren Patienten wird natürlich dessen bereits bestehende Verwirrung und Desorientierung noch verstärken.

Aus den obengenannten Erwägungen geht hervor, dass eine klinische Untersuchung und einige Basistests (Urinanalyse, Blutuntersuchung, Elektrokardiogramm, Thoraxröntgen) oft den Grund für den akuten Verwirrungszustand verraten. Eine direkte Untersuchungen des Zentralnervensystems ist hier normalerweise nicht angebracht, ausser in Fällen von fokalen neurologischen Zeichen oder Meningismus. Oft ist es in der Praxis doch so, dass sich die Situation nicht so klar abzeichnet: Eine alte Dame wird nach einem Sturz als Notfall eingeliefert; sie kann nichts zu ihren Krankheiten sagen; in der Handtasche finden sich sechs verschiedene Pillensorten, man hört ein Knistern an den Lungenbasen, sie hat Zucker im Urin und einen Schenkelhalsbruch. Die praktische Lösung ist hier, das Offensichtliche zu behandeln und für das Beste zu hoffen.
Ich habe "Delirium" und "Demenz" als zwei deutlich voneinander verschiedene Symptome beschrieben, die jedoch zusammen auftreten können. Während es aus technischen Gründen gegeben ist, auf diese Weise zu argumentieren ("Demenz" benötigt Langzeittherapie, während "Delirium" nach notfallmässigem Eingreifen ruft), gibt es tatsächlich ein recht breites Ueberlappen beider Begriffe, wie auch Pitt (1991) dargestellt hat.

Die Probleme der Pflegenden

Der Hauptrückhalt der Dementenbetreuung im Alltag ist die Unterstützung der Angehörigen von Alzheimerpatienten. Dies bedingt eine den Verhältnissen angepasste Versorgung mit Gemeindeschwestern mit Psychiatrieausbildung, Tageskliniken und -zentren, Sozialarbeitern, sowie die Bildung von Angehörigengruppen. All dies muss gut koordiniert werden. Die Moral der Pflegenden und ihre Fähigkeit zurechtzukommen, müssen entsprechend ihren Bedürfnissen unterstützt werden, damit es zu keiner Krise kommt. Immer wieder einsetzende Entlastungspflege kann den so dringend benötigten Ausgleich schaffen. - Die spitalexterne Pflege genügt jedoch leider nicht immer, speziell wenn die Pflegeperson selbst vor der Erkrankung keine gute Beziehung zum nunmehr dementen Familienmitglied hatte. Viele alte Menschen haben keine engen Verwandten, die behilflich sein können und es ist schwer (und oft unmenschlich), alte Leute in prekären Verhältnissen allein zu Hause zu lassen, weshalb Demenz auch das grösste Risiko beinhaltet, dass jemand in eine Langzeitinstitution eintreten muss.
Ich wende mich zum Schluss den am weitesten verbreiteten Problemen pflegender Angehöriger zu:

Eine Studie von Argyle und Kollegen (1985) untersuchte Patienten, welche in eine Psychogeriatrische Abteilung eintreten mussten, da ihre Angehörigen sie nicht mehr länger zu Hause pflegen konnten, um die Art der Probleme herauszufinden, die bei der Pflege entstanden: wie oft sie auftraten und wie sie von den Pflegenden toleriert wurden. Die Anzahl der von den Pflegenden rapportierten Probleme war durchschnittlich hoch (12.3), am schwerwiegendsten waren Verhaltensschwierigkeiten. In Tabelle 2 sind die meistgenannten Schwierigkeiten aufgelistet, die von den Pflegenden jedoch gut vertragen wurden.

Tabelle 2: Von den Pflegenden gut tolerierte Probleme:

	Prozentsatz der von Pflegenden genannten Probleme
Geschmälertes Sozialleben	74%
Verlegenheit	58%
Angstgefühle od. Depression	51%
Schwierigkeiten beim Anziehen	69%
Unfähigkeit sich selber zu waschen	48%
Urininkontinenz	50%

(nach Argyle et al, 1985)

Die meisten Pflegenden müssen sich mit einer Verringerung von Sozialkontakten und hin und wieder mit Schamgefühlen, bedingt durch das Verhalten der Dementen, abfinden, wozu sie jedoch gute Miene machen. Eine Anzahl von ihnen entwickelt selber Anzeichen von Angst und Depression. Genaue Information zur richtigen Zeit über die Art der Demenz und vorhandene Hilfsdienste und das Wissen um Entlastungsmöglichkeiten erleichtert das Leben der Pflegenden, sogar wenn sie keinen Gebrauch davon machen. Hilfe und Unterstützung ist bei den meisten Pflegenden angezeigt, bei einer Minderheit auch der Einsatz von Psychopharmaka.

Praktische Hilfe, wie zum Beispiel die Möglichkeit, einen Waschservice zu benützen, scheint bei einigen Problemen naheliegend zu sein. Wirksame Hilfe basiert aber stets auf dem richtigen Erfassen des in einer bestimmten Situation Notwendigen.

Beispielsweise gehören Schwierigkeiten beim Anziehen zum Alltag bei Dementen, ihnen können jedoch ganz verschieden Probleme zugrunde

liegen Als Beispiel sei das Unvermögen vieler Alzheimerpatienten sich anzuziehen genannt, wobei die Unfähigkeit sich zu erinnern, was man anziehen möchte, als Grund genannt wird, ebenso auch Schwierigkeiten mit der Koordination der Bewegungen beim Anziehen oder einfach körperliche Einschränkungen. Eine spezielle Therapie vermag in solchen Fällen auch lernunfähigen Dementen Strategien zu vermitteln, mit denen solche Probleme überwunden werden können.
Im Verlauf einer Demenz entwickelt sich oft Urininkontinenz. Behebbare Gründe dafür, wie Harnwegsinfekt, Verstopfung, Stress-Inkontinenz oder Prostataprobleme, müssen gesucht und behandelt werden, in vielen Fällen jedoch ist der Harndrang bedingt durch das Fehlen einer neurologischen Steuerung, welche eine Blasenmuskelschwäche bewirkt. Hier gibt es eine ganze Anzahl Behandlungsmöglichkeiten, von denen einige bei zugrundeliegender Demenz wirksamer sind als andere (Ouslander, 1990). Verhaltenstherapeutisch orientierte, patientenbezogene Verfahrensweisen schliessen Bio-Feedback ein, sowie Blasentraining, bedingen jedoch adäquate kognitive Funktionen sowie die Motivation des Patienten. Toilettentraining ist nur möglich, wenn die Pflegenden mit dem Patienten die möglichen Entleerungsmechanismen einüben und ihn unterstützen. Hin und wieder kann als Ziel erreicht werden, dass der Patient nicht mehr einnässt, aber die Prozedur kann auch dazu führen, dass sich Patient und Pflegende ständig aneinander reiben. Möglicherweise wirkt unter diesen Umständen ein fixierter Toiletten-Stundenplan besser: Schuld trägt dann die Uhr, anstelle des quengelnden Betreuers. Auch Imipramin oder andere Anticholinergica können wertvolle Hilfe leisten, wobei jedoch auch an die Nebenwirkungen gedacht werden muss. Je stärker die kognitive Beeinträchtigung des Patienten, desto schlechter ist die Wirkung, selbst mit einer Kombination von Verhaltenstraining und Medikamenten bei der Behandlung der Dranginkontinenz. (Castleden et al, 1985).

Die alltäglichen Probleme, welche die Pflegenden schwer belasten können, sind in Tabelle 3 aufgelistet: Aggression, Beschimpfung, Umherirren, Urin- und Stuhlinkontinenz, "Probleme von denen man nicht gerne spricht" (Argyle et al, 1985). Diese Verhaltensstörungen sind sehr schwierig zu beeinflussen, belasten aber das Pflegeverhältnis enorm und können zu Beschimpfung der dementen Person und zu Tätlichkeiten führen. Hilfestellung ist hier natürlich die beste Methode, um Misshandlungen vorzubeugen (Bennett, 990).

Tabelle 3: Von den Pflegenden schlecht tolerierte Probleme:

	Prozentsatz der von Pflegenden genannten Probleme
Aggression	35%
Beschimpfung	27%
Umherirren	30%
Kotschmieren	23%
Urininkontinenz	24%
gestörte Nachtruhe	48%
Rastlosigkeit tagsüber	52%

(nach Argyle et al, 1985)

Oft werden Psychopharmaka benötigt, einschliesslich Phenothiazine und Depot-Neuroleptika, um Erregung, Rastlosigkeit und Aggression zu dämpfen; die Dosierung muss jedoch sorgfältig überwacht werden, um eine zu starke Sedierung oder eine weitere Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und der Mobilität zu verhindern. Meist wird hier Thioridazin verwendet, obschon es keinen fundierten Beweis für eine bessere Wirksamkeit gibt, als bei andern ähnlichen Medikamenten.
Die Auswahl eines verträglichen Schlafmittels ist ebenfalls recht schwierig. Die Pflegenden müssen jedoch zu ihrem angemessenen Schlaf kommen, damit sie belastbar bleiben. Oft werden Medikamente mit relativ kurzer Halbwertzeit verschrieben (z.B. Temazepam oder Chlormethiazol), es gib jedoch keine Medikamente, die in allen Fällen helfen.
Obschon Rastlosigkeit und Umherirren in Frühstadien der Alzheimer'schen Krankheit Probleme bereiten, können im Spätstadium Immobilität und Sturztendenz im Vordergrund stehen. Die Rolle der Physiotherapie bei MA ist bis heute bei diesen Patienten noch nie richtig untersucht worden und erst jetzt werden Instrumente geschaffen, um den Mobilitätsgrad von Patienten zu messen (Pomeroy, 1990).

Schlussfolgerung

Was kann bei der Alzheimer'schen Krankheit behandelt werden? - Es ist sehr zu hoffen, dass die Forschung auf Medikamente stossen möge, welche auf die Kernsymptome von MA wirken, dem pathologischen Prozess Einhalt gebieten oder ihm sogar vorbeugen können.

In der Zwischenzeit benötigen die Kranken und die sie Pflegenden Hilfe durch eine Reihe von Massnahmen: Diagnose-Dienst, Spitexhilfe und gutgeführte Heime. Allgemeinpraktiker halten eine Schlüsselrolle beim Koordinieren einer umfassenden medizinischen und sozialen Antwort auf die Probleme dementer Patienten (Philp, 1989). Ich habe das Feld der"Behandlung" breit gelassen: selbst wenn Aerzte wirksame Medikamente verschreiben können, ist noch Platz vorhanden für psychologische, verhaltens- und umgebungsbezogene Hilfestellungen, um die Probleme der Leidenden und der sie Pflegenden meistern zu helfen. Die Alzheimer-Forschung und die Behandlung der Alzheimer'schen Krankheit sind komplexe Bereiche und aus der Zusammenarbeit vieler Disziplinen kann deshalb nur Nutzen gezogen werden. Die Alzheimer'sche Krankheit kann als Modell dafür dienen, dass die Pflege und Betreuung betagter Menschen eine herausfordernde und lohnende Aufgabe ist.

Die Referenzen werden auf Anfrage gerne bekanntgegeben, Tel. 01/216 43 59.