

Das Korsakow-Syndrom ist eine Krankheit, bei der die eigene Persönlichkeit, die Familie, das Umfeld und somit die Lebensqualität durch die Sucht verändert und an Grenzen geführt wird. Sie zählt zu einer der vielen Demenzformen, man spricht im Moment von bis zu 50 Demenzformen. Es ist zwar eine Anzahl an kleineren Gruppen, fordert aber das persönliche Umfeld des Erkrankten besonders heraus.

Fallbeispiel

Mit der Diagnose Korsakow-Syndrom wurde Herr F. mittlerweile 60 Jahre alt, konfrontiert. Er lebt seit circa drei Jahren aufgrund seines Krankheitsbildes in einem Pflegeheim. Wie es dazu kam, möchte ich Ihnen aus Gesprächen und der Biografiearbeit in diesem Artikel vorstellen.

Herr F. wurde 1953 als Erster von drei Söhnen einer Familie in Süddeutschland geboren. Einen besonderen Schicksalsschlag erlebten die Eltern und er, als sein ältester Bruder im Alter von 18 Jahren bei einem Arbeitsunfall zu Tode kam. Nach dem Schulabschluss erlernte Herr F. den Beruf des Bierbrauers, in diesem Beruf arbeitete er auch viele Jahre seines Lebens. Hier kam er verstärkt in Kontakt mit dem Alkohol. Es ging mit der Zeit soweit, dass allein die Dämpfe in der Brauerei ihn zu regelmäßigem Alkoholkonsum verführten. Zusätzlich entwickelte er sich zu einem starken Raucher.

Er verliebte sich bereits in jungen Jahren in seine jetzige Ehefrau. Die beiden heirateten sehr früh und haben gemeinsam drei Kinder großgezogen. Obwohl er später den Arbeitsplatz wechselte, kam er ohne ärztliche Hilfe nicht mehr von seiner Alkoholsucht los. Er musste zum Entzug stationär aufgenommen werden. Der intensive Alkoholkonsum hatte bei ihm bereits körperliche und vor allem geistige Veränderungen bewirkt. Diese deutliche Veränderung seines Verhaltens hinterließ auch Spuren in der Familie; sie war u. a. mit der „Verwahrlosung“ und seinem Verhalten überfordert. Frau und Kinder kamen an ihre Grenzen; sie stimmten schweren Herzens der Aufnahme in ein Pflegeheim zu. Herr F. zog 2011 in eine offene stationäre Pflegeeinrichtung ein (integrativer Ansatz). Hier fand er sehr schnell wieder Möglichkeiten, an Zigaretten und Alkohol zu kommen, denn der Ausgang war ihm ja nicht verwehrt. Seine Persönlichkeitsänderungen durch die Erkrankung und den ständigen Genuss von Alkohol erschwerte das Führen der offenen Pflegeeinrichtung für alle Beteiligten, sowohl die Mitbewohner als auch das Pflegepersonal. Nach Rücksprache mit der Familie und seinem zuständigen Facharzt wurde Herr F. auf Antrag in die beschützte Station eingewiesen (segregativer Ansatz – siehe die Kästen am Schluss des Beitrags).

Diese Situation erleichterte dem Personal die Kontrolle, weil Herr F. keinen Zugang zu Alkohol mehr hatte. Jedoch brachte er ständig seinen Wunsch zum Ausdruck: „Ich möchte heim“. Dies war aber aus vielerlei Gründen nicht mehr möglich. Sein Ein und Alles war die Zigarette. Man hatte den Eindruck, das sei für ihn das Wichtigste im Tagesablauf. Er erhielt an einem bestimmten Ort (siehe Raucherpausenplan) seine Zigarette. Über einem grünen Sofa hing ein Plan und eine gut ablesbare Uhr mit den Zeiten der Zigarettenausgabe. Dort musste er sich aufhalten, um jeweils seine Zigarette zu bekommen.

Was bleibt

Vergessen, Verwirrung, Veränderung.

Was bleibt ist ein Mensch!

Angst, Aggression, Anstrengung.

Was bleibt ist ein Mensch!

Unsicherheit, Hilflosigkeit, Herausforderung.

Was bleibt ist ein Mensch!

Mit Sehnsucht und Liebe, Freude und Leid, Bedürfnissen nach Zuwendung und Geborgenheit.

Was bleibt ist ein Mensch. Immer!

Mathilde Tepper

Da Herr F. Schwierigkeiten mit der zeitlichen und situativen Orientierung hatte, kam in kurzen Abständen immer wieder die Frage „Bekomme ich jetzt meine Zigarette?“ Das Pflege- und Betreuungspersonal bemühte sich, ihm durch die zeitliche und örtliche Orientierung Strukturen im Alltag zu bieten. Manchmal klappte es ganz gut, dann gab es wieder Tage, an denen er dauernd nach der Zigarette fragte. In unregelmäßigen Abständen gab es Tage, an denen er sehr tief schlief und

nicht geweckt werden konnte. Zu solchen Zeiten hatte er auch kein Bedürfnis nach einer Zigarette. Da hiess es für das Personal gut zu beobachten, denn die Flüssigkeitszufuhr sowie die Nahrungsaufnahme waren an solchen Tagen auch fast unmöglich. Man hatte den Eindruck, er klinke sich an solchen Tagen von seiner Umwelt aus. Die Toilettegänge erfolgten meist selbstständig, ab und zu nässte er ein, akzeptierte aber keine Hilfsmittel.

Am nächsten Tag war alles wieder anders. Die Zigarette war Dauerthema. Volle Erwartung stand Herr F. schon fünf Minuten, nachdem er eine Zigarette geraucht hatte, beim Personal und fragte nach der nächsten Zigarette. Seine Orientierungseinschränkung war so ausgeprägt, dass er nicht mehr wusste, wann er die letzte Zigarette geraucht hatte. Seine verbale Forderung nach der Zigarette konnte durch Verständnisschwierigkeiten auch manchmal sehr aggressiv klingen. Für solche Situationen hatte das Personal zum Schutz einheitliche Grenzen vereinbart. Ziel der Pflege- und Betreuungsarbeit ist, Herr F. durch konzeptionelle Unterstützung, angepasste Angebote und eine klare Tagesstruktur seinen gewohnten Alltag zu bieten.

Kurze Darstellung der Tagesstruktur von Herrn F.

Er schläft gerne. Spätestens um 9.00 Uhr wird er mit viel Motivation und manchmal mit viel Überredungskünsten zur Morgentollette angehalten. Für die Durchführung braucht er Anleitung. Frühstückseinnahme erfolgt im Speisesaal. Er isst sehr schnell, hat kein Maß. Man gewinnt den Eindruck, er hat keine Zeit (seine zeitliche Orientierung ist verloren gegangen). Schon ist er wieder unterwegs und fragt die nächste Person, die ihm begegnet, nach der Zigarette.

Das tägliche Zeitungsvorlesen besucht er gerne. Die Spielrunde „Mensch ärgere dich nicht“ oder einfache Kartenspiele wie auch das Kegeln werden je nach Wochenplan angeboten. Am liebsten spielt er mit einer Betreuungsperson zu zweit. Durch sein dauerndes Fragen wird er in Gruppen als störend wahrgenommen. Sein Bewegungsdrang lässt ihn auch nicht lange konzentriert bei einem Spielangebot bleiben. Weitere Mahlzeiten zu festen Essenszeiten werden extrem schnell eingenommen. Seine Unruhe treibt ihn ständig um, schon wieder ist er unterwegs oder sucht selbstständig sein Bett auf, oder fragt unaufhörlich nach seiner Zigarette. Dieses erfolgt je nach Tagesform. Angebote wie gemeinsames Singen nimmt er – je nach Befinden – gerne wahr. Er hat schon immer gerne gesungen. Auch jahreszeitliche Feste, die für alle Stationen im Pflegeheim ausgerichtet werden, sind für ihn sehr wichtig, besonders im Zusammenhang mit musikalischen Angeboten, die er gerne mag. Jedoch



1. Zigarette	um 09.00 Uhr
2. Zigarette	um 10.00 Uhr
3. Zigarette	um 11.00 Uhr
4. Zigarette	um 12.30 Uhr
5. Zigarette	um 13.00 Uhr
6. Zigarette	um 14.00 Uhr
7. Zigarette	um 14.45 Uhr
8. Zigarette	um 16.00 Uhr
9. Zigarette	um 17.00 Uhr
10. Zigarette	um 18.30 Uhr
11. Zigarette	um 19.00 Uhr
12. Zigarette	um 20.00 Uhr

ist häufig zu beobachten, dass die Unruhe ihn einholt, er laut wird, nach seiner Zigarette fragt und somit sein Umfeld stört. Ist diese Störung mit gutem Zureden nicht zu unterbinden, wird er wieder auf seine beschützende Station begleitet. Der regelmäßige Gottesdienstbesuch, an den er früher gewohnt war, ist im Heim aufgrund seiner Unruhe leider nur begrenzt möglich. Man hat manchmal den Eindruck, die Örtlichkeit, die ihm früher wichtig war, ist für ihn nun nicht mehr vorhanden. Am Wochenende bekommt er Besuch von seiner Frau und seinen Kindern. Die erste Frage ist „Habt ihr Zigaretten mitgebracht?“ Ist dies nicht der Fall, kann eine aggressive verbale Kommunikation entstehen. So bringt die Familie mittlerweile grundsätzlich Zigaretten mit, um so eine für alle angenehme Situation zu schaffen. Eine geregelte Unterhaltung ist nur schwer möglich, man nutzt die Vorlieben des Herrn F. und spielt gemeinsam „Mensch ärgere dich nicht“ oder macht bei angenehmen Wetter einen gemeinsamen Spaziergang. Der

Abschied scheint ihm immer weh zu tun. „Nimmst du mich mit nach Hause?“ fragt er grundsätzlich seine Frau. Durch Ablenkungsmechanismen des Personals kann dieses Problem im Moment recht schnell in Vergessenheit geraten, jedoch ist es am nächsten Wochenende wieder präsent.

Restimee

Beim Gespräch mit der Stationsleitung erschien mir eine Äußerung sehr wichtig: „Das Verhalten ist wie bei einem kleinen Kind.“ Dauendes Fragen, Ablenken, braucht Anleitung bei der Tagesstruktur. Seine Selbstständigkeit ist sehr eingeschränkt. Auf die Frage, wie es Herr F. auf der beschützenden Station ginge, erhalte ich folgende Antwort: „Wir vom Personal haben den Eindruck, dass er sich in seiner derzeitigen Situation wohlfühlt.“

Ruth Wetzel

Der integrative Ansatz

Menschen mit Demenz werden zusammen mit allen anderen pflegebedürftigen Bewohnern betreut, behandelt und gepflegt. Ziel dieser integrativen Form ist es, durch Aktivierung und Forderung die noch vorhandenen Ressourcen im Zusammenleben mit den psychisch gesunden Menschen zu stärken. Motto: „Ich gehöre dazu.“ Der integrative Ansatz wirkt einer Stigmatisierung entgegen. Jedoch kommen geistig gesunde Bewohner mit den teils schwierigen Verhaltensweisen der demenzzkranken Menschen an ihre Grenzen. So können Ängste und Konflikte entstehen, die das Personal professionell begleiten muss, und dies zusätzlich zu ihren pflegerischen Aufgaben. Grundvoraussetzungen für diese bedürfnisorientierte Betreuungsform sind ein angepasstes Pflege-, Betreuungs- und Wohnkonzept (z. B. alltagsorientiertes Konzept), eine passende Gestaltung des Wohnbereiches sowie gerontopsychiatrisch geschultes Personal.

Der segregative Ansatz

Nach dieser Betreuungsform werden Menschen mit Demenz und um die Uhr nach festgelegten Prinzipien in einem Wohnbereich betreut. Ziel des segregativen Ansatzes ist die Aktivierung und Erhaltung der gesunden Persönlichkeitsanteile

unter Gleichgesinnten. Man spricht häufig auch von einem geschützten Bereich. Die Konfrontation mit geistig gesunden Mitbewohnern entfällt. Es kann ein therapeutisches Milieu hergestellt werden, in dem sich die Bewohner daheim und verstanden fühlen. Jedoch muss darauf geachtet werden, dass eine Stigmatisierung entstehen kann. Sie leben in ihrer heilen Welt und erfahren zu wenig Normalität. Das neue Konzept mit kleinen Wohneinheiten von bis zu 12 Personen in einer geschützten Umgebung, einem gemeinsamen zentralen Ort wie einer Wohnküche, bietet der Gruppe Sicherheit und Orientierung. Ich fühle mich „daheim“. In diesen Häusern wird meist nach dem alltagsorientierten Konzept gelebt, betreut und gepflegt. Mitarbeit bei den anfallenden Aufgaben des Alltags bietet dem Menschen mit Demenz eine zeitliche Struktur. Alltägliche hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die sie noch kennen, wecken Ressourcen. Sie erleben im Tun Kompetenzen („Ich kann noch etwas“), die sie mit Freude erfüllen. Grundvoraussetzungen für diese Betreuungsform ist gerontopsychiatrisch geschultes Fachpersonal mit wertschätzender Haltung und eine passende Gestaltung des Wohnbereiches. Es ist klar, dass der Betreuungsbedarf dieses Klientel sehr hoch ist, da die immer wiederkehrende Anleitung kleinster alltäglicher Dinge sehr viel Zeit beansprucht.

3. Bewusstseinsveränderung

Bei Korsakow-Erkrankten beobachtet man häufig eine heitere Gemütsstimmung, dann wieder Antriebs- und Teilnahmslosigkeit. Sie schlafen viel und häufig. Kognitive Fähigkeiten bleiben häufig erhalten, nur das Erlernen von neuen kognitiven Fähigkeiten ist fast unmöglich.

Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf das Leben eines Betroffenen?

Je nach Schweregrad der Schädigungen fehlt ein Teil der Erinnerung; dies hinterlässt eine Verunsicherung. Bei starken Schädigungen kann es sogar dazu führen, dass Erkrankte beim morgendlichen Aufwachen nicht wissen, wo sie sind. Für diese Menschen bedeutet dies, auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein. Durch die Konfabulation schaffen sich die Betroffenen eine Möglichkeit, sich nicht immer mit dem Vergessen auseinandersetzen zu müssen. Allerdings kann dies in Familien und bei anderen sozialen Kontakten zu peinlichen Situationen führen. Bemerkungen wie: „Das kann doch nicht stimmen; du sprinnst dir was zurecht!“, zerstört den Schein einer gesunden Person, den die Kranken gerne aufrechterhalten wollen. Da diese Betroffenen häufig intellektuell kaum beeinträchtigt sind, erleben sie das Erkennen der Beeinträchtigungen ihres Gedächtnisses als sehr schmerzlich. Sie benötigen Hilfe, um einen geregelten Tagesablauf zu führen, ihre Motivation – insbesondere am Morgen aufzustehen – fehlt häufig. Sie benötigen Anleitungen und Strukturen für den Alltag. Termine müssen erinnert werden. Die regelmäßige Einnahme von Medikamenten braucht auch Unterstützung. Die krankheitsbedingte Antriebslosigkeit und die Problematik, sich neue verbale Dinge wie z. B. Namen zu merken, führt sehr schnell zum Rückzug und zur Vereinsamung.

Was brauchen Menschen, die an dem Korsakow-Syndrom leiden?

Vorrangiges Ziel ist die Schaffung eines schützenden und strukturierenden Wohn- und Lebensumfeldes. Dies soll Sicherheit geben und das eigene Erleben stabilisieren und stärken. Viele Menschen mit diesem Krankheitsbild haben häufig sehr lange Zeiträume mit lebensgefährlichen Risiken erlebt ohne die genannten Strukturen. Pflegeheime und spezialisierte Suchteinrichtungen bieten heute verstärkt Betreuungs- und Behandlungsplanung an. Der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood zeigt alle überschneidenden Bedürfnisse wie Identität, Trost, Bindung, Einbeziehung und Beschäftigung, die sich zu dem zentralen Bedürfnis nach Liebe vereinen.

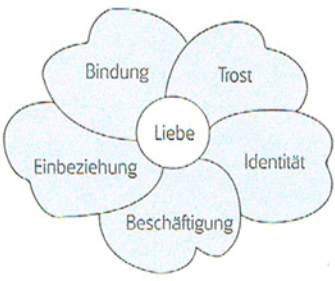


Abbildung 1: „Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz“
Das Bedürfnismuster variiert entsprechend der Persönlichkeit und der Lebensgeschichte, und oft steigt die Intensität eines manifesten Bedürfnisses mit dem Fortschreiten der kognitiven Beeinträchtigungen. Dieses beobachtet man sehr häufig bei Menschen, die an dem Korsakow-Syndrom leiden. Sie brauchen Unterstützung zur Stärkung des Selbstbewusstseins, der Selbstachtung und Selbstbestimmung, die zur „Liebe“ führen kann.

Tipps für einen besseren Umgang mit einem Menschen, der am Korsakow-Syndrom leidet

- Empathie (einführendes Verstehen)**
Aufgabe des Beraters ist es, die innere Realität seines Gegenübers sowie wie möglich wahrzunehmen und zu verstehen und das Verständene zu kommunizieren. Empathie besteht also aus drei Komponenten: Wahrnehmen, Verstehen und Mitteilen, wobei dieses Mitteilen verbal und nonverbal erfolgen kann. Empathie richtet sich auf das, was der Ratsuchende erlebt.
- Positive Wertschätzung**
Ich nehme an, dass persönliches Wachsen und Änderung bei einer Person eher auftritt, je mehr der Therapeut und Berater eine warme, positive, akzeptierende Einstellung bei sich selbst gegenüber dem erlebt, was in dem Patienten vor sich geht. Das bedeutet, dass der Psychotherapeut seinen

Klienten in nicht besitzergreifender Weise umsortiert, als eine Person mit Entwicklungsstörungen. Das schließt die offene Bereitschaft mit ein, den Klienten zu akzeptieren, wie auch immer sein Fühlen im Moment sein mag – feindselig oder liebevoll, sich aufwendend oder sich unterwerfend, selbststark oder selbstverachtend. (Rogers 1962, zitiert nach Tausch und Tausch 1979, Seite 66f)

Selbstkongruenz (Echtheit)

Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut und Berater seiner selbst gewahr ist, dass ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern, dass er sie auch durch sein Sein und Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann. Es bedeutet, dass es sich um eine direkte, personale Begegnung mit dem Klienten handelt, eine Begegnung von Person zu Person. Es bedeutet, dass man selbst ist und sich nicht verleugnet. (Rogers 1977 Seite 26)

Weitere Tipps

- Der Mensch, der am Korsakow-Syndrom leidet, ist krank!
- Formulieren stets einfache Sätze mit einfachen Anweisungen.
- Schenken Sie dem Menschen Zuwendung, Anerkennung und Aufmerksamkeit.
- Vermeiden Sie Diskussionen.
- Korrigieren Sie den Menschen nicht.
- Erkennen Sie, dass die Sichtweise des Menschen die für ihn gültige ist.
- Achten Sie auf körperliche Signale und gehen sie emotional darauf ein.
- Lenken Sie ab, anstatt zu konfrontieren.
- Bewahren Sie Geduld und Gelassenheit.
- Achten Sie auf Ihre eigene Körpersprache.
- Stellen Sie Fragen, möglichst einfach, die er mit ja oder nein beantworten kann.
- Geben Sie Anweisungen in einzelnen Schritten, also nacheinander.
- Nutzen Sie Vorlieben des Betroffenen aus seiner Biografie als Gesprächsthemen.
- Nutzen Sie die Verständigungsmöglichkeiten der Gestik, Mimik, des Vormachsens.
- Beziehen Sie die Aggressionen des Menschen nicht auf sich, selbst wenn er sie gegen sie richtet.
- Wir achten sorgfältig auf Anzeichen, die auf einen Aggressionsschub hindeuten. In diesem Fall sollte man nicht in Panik verfallen, sondern beruhigend auf den Kranken einwirken.
- Holen Sie sich bei anhaltend aggressivem Verhalten Hilfe beim Fachpersonal.
- Uns ist es bewusst, dass die erfundenen Geschichten zum Krankheitsbild gehören; nicht korrigieren, es als für ihn geltend akzeptieren.
- Regelmäßige, gleichmäßig wiederkehrende Kontakte sind für die Tages- oder Wochenstruktur des Betroffenen sehr wichtig.

Verwendete Literatur:
Demenz, Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Tom Kitwood
Cornelius Bornmann, Pädagogische Handlungsmöglichkeiten in der Arbeit mit Korsakowkranken
Oliver Sacks, Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte

Ruth Wetzel

1 Tom Kitwood, Demenz - Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen
2 Tom Kitwood, Demenz - Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen Seite 122