



SPRECHEN SIE DEMENZISCH?

Eine Einführung und Vorbereitung auf die Wissenschaftliche Weiterbildung Demenz im Krankenhaus

Studienbrief

Autorin:

Prof. Dr. Katharina Gröning

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	s	05
I. Sozialwissenschaftliche Verstehenszugänge zu den Demenzen und ihre Bedeutung für die Pflege demenzieller alter Menschen	s	14
I.1 Alter als Trauma. Bausteine einer verstehenden Gerontologie für die Arbeit mit Demenz im Krankenhaus	s	16
I.2 Verluste und ihre Bedeutung für die Demenz	s	17
I.3 Demenz und Angst	s	19
I.4 Demenz und Macht	s	21
I.5 Demenz und Scham	s	23
I.6 Die historischen Dimensionen des Lebenslaufes und die Bedeutung für die Demenz	s	24
I.6.1 Die Lebenslaufstrukturanalyse	s	25
I.6.2 Kriegstraumatisierungen und ihre Bedeutung für die Demenz	s	27
I.6.3 Die Gestalthaftigkeit der erzählten Biografie	s	29
II. Vom anerkennenden Umgang mit Demenz	s	31
II.1 Das Erleben von Demenz	s	32
II.2 Die Sicht der Angehörigen	s	34
II.3 Bedürfnisse dementer Menschen	s	34
II.3.1 Bedürfnis nach Trost	s	35
II.3.2 Bedürfnis nach Einbeziehung	s	35
II.3.3 Bedürfnis nach Beschäftigung	s	35
II.3.4 Bedürfnis nach Identität	s	36
II.3.5 Bedürfnis nach Bindung	s	36
II.4 Zugangswege zu Personen mit Demenz	s	37
II.5 Hilfen zur Kommunikation nach J. Powell	s	39
II.5.1 Die „normale“ Kommunikation	s	40
II.5.2 Kommunikation und Demenz	s	41
II.5.3 Probleme mit Konzepten	s	42
II.5.4 Alte und neue Erinnerungen	s	42
II.5.5 Erinnerungen mit Gefühlen	s	43

II.5.6	Wie ist auf Probleme bei der verbalen Kommunikation zu reagieren?	s	43
II.5.7	Vermeide Konfrontation (Avoid confrontation)	s	44
II.5.8	Handle zweckmäßig (Be practical)	s	44
II.5.9	Kläre das Gefühl (Clarify the feelings and comfort)	s	44
II.6	Validation	s	48
II.6.1	Was ist Validation?	s	48
II.6.2	Theoretische Annahmen	s	50
II.6.3	Ziele desorientierter alter Menschen	s	51
II.6.4	Bindungstheoretische Fundierung	s	54
II.6.5	Techniken der Validation	s	55
II.7	Die Interaktion nach Friedemann Schulz von Thun	s	61
II.7.1	Die ankommende Nachricht ist ein Machwerk des Empfängers	s	62
II.7.2	Wie empfängt der demente Mensch eine Nachricht?	s	63
III.	Grundlagen für einen Umgang mit demenziell Erkrankten im Krankenhaus	s	65
III.1	Milieugestaltung	s	66
III.2	Pflege- und Betreuungskonzept	s	68
III.3	Gerontopsychiatrischer Pflegeprozess	s	70
III.4	Die Arbeit mit der Familie	s	72
	Literaturverzeichnis	s	73

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland leben derzeit ca. 1-1,2 Millionen demenzkranke Menschen. Jedes Jahr werden ca. 200 000 neue Fälle diagnostiziert, davon mehr als die Hälfte mit Alzheimer Demenz. Von den demenziell erkrankten Menschen stellt diese spezielle Demenz die größte Gruppe dar. Der Beginn einer (primären) Demenz ist schleichend und wird von den Angehörigen zunächst nicht erkannt. Gleichwohl ist die Demenz, auch die Alzheimer Demenz, mehrheitlich an das Erreichen eines hohen Lebensalters gebunden. Bezogen auf den gesamten Lebenslauf tritt die Demenz also im letzten Lebensabschnitt auf und verbindet sich mit den Entwicklungsaufgaben und Entwicklungskrisen dieser letzten Phase des Lebens. Dies macht es aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Sicht grundsätzlich schwer, die Demenz ausschließlich als Krankheit isoliert vom Prozess des hohen Lebensalters und vor allem seinen Entwicklungskrisen zu betrachten. Auch aus der Perspektive der Angehörigen, um die es hier in erster Linie gehen soll, werden meist neben den speziellen, der Krankheit zuzuordnenden Problemen, Alltagsprobleme, Beziehungsprobleme und Probleme der Entwicklungsaufgaben und Entwicklungskrisen des hohen Lebensalters benannt – Verluste, Angst vor dem Sterben und Wunsch zu sterben, Kampf ums Leben, Ablehnung des Lebens, Lebensbilanzen und damit zusammenhängende Schamgefühle oder auch offene, aber sozial unangemessene Zuneigung oder Ablehnung – das sind nur einige Beispiele einer alltagsbezogenen Betrachtung des hohen Lebensalters im Zusammenhang mit Demenz. Dieser alltagsbezogene und psychodynamische Aspekt des Lebens mit und der Pflege von demenziell Erkrankten soll im Folgenden im Mittelpunkt des Studienbriefs stehen, doch zunächst einige „harte Fakten“.

Geriatrische Medizin und biologische Psychologie (vgl. Rockstroh 2011, S. 112 ff) unterscheiden zwischen den degenerativen Demenzen, vor allem Morbus Alzheimer, wo es zu einem Absterben von überwiegend cholinergen Neuronen kommt, den vaskulären Demenzen, die auf Durchblutungsstörungen des Gehirns zurückgeführt werden, den Mischformen und den Pseudodemenzen. Die Alzheimerdemenz ist mit 50% der Erkrankungen die häufigste Demenzform, gefolgt von den vaskulären Demenzen mit bis zu 30%, den Mischformen mit 10-15% und den Pseudodemenzen, deren Ursache vor allem depressiver Natur ist.

Die Kurve der Erkrankungsraten bei Demenz steigt jenseits des 80sten Lebensjahrs steil an und es gibt Lehrmeinungen, die besagen, dass wir alle an Demenz erkranken, wenn wir nur alt genug würden. Da die große Mehrheit der Demenzerkrankungen mit

Hochaltrigkeit einhergeht bzw. mit ihr stark ansteigt, wird heute zunehmend von einer teilweise verstärkten, gerafften Organalterung des Gehirns als Ursache der Demenzen ausgegangen, so dass die Langlebigkeit der modernen Gesellschaften als zentraler Faktor für das verbreitete Auftreten der Demenzen gilt. Neben diesen Altersdemenzen – vor allem der Alzheimer Demenz und der vaskulären oder Multiinfarktdemenz, treten auch die sogenannten präsenilen Demenzen vor dem 60sten Lebensjahr auf und sind für den/die Betroffene(n), wie für die die Angehörigen schmerzlich und verzweifelnd. Bei Familien, die z.B. die Alzheimersche Krankheit vererben (ein Haupttypus der präsenilen Demenz), ist z.B. der Ausgangspunkt eine kleine Abweichung vom genetischen Plan, der den Eiweißstoffwechsel steuert. Vererbte präsenile Demenz heißt:

- Das Alter ist bei allen Erkrankten relativ gleich
- Demenz kommt in jeder Generation vor
- Krankheitsverlauf und Symptome sind sehr ähnlich

Die Ursachen dieser Erkrankung sind recht gut erforscht: Das Vorläuferprotein des im Gehirn abgelagerten Amyloids auf Chromosom 21 mutiert (vermehrte Produktion oder verlängerte Version A Beta 42). Das Präsenelin auf Chromosom 14 mutiert (bekannt sind 37 Formen). Hier handelt es sich um eine häufigere und aggressivere Form der Alzheimer Krankheit. Präsenelin 2 auf Chromosom 1 mutiert (diese Form ist bei Wolga-Deutschen bekannt, wobei das Alter des Krankheitsausbruches bei durchschnittlich 61 Jahren liegt. Insgesamt erklären die genetischen Ursachen aber nur einen Teil der Krankheit. Selbst bei eineiigen Zwillingen liegt nach gegenwärtigem Kenntnisstand die Häufigkeit des Erkrankens nur bei 50 %. Weitere wichtige genetische Risikofaktoren bezeichnen eine Veränderung auf Chromosom 19 (verlängertes Apolipoprotein E), wobei es auch Menschen mit dieser Ausstattung gibt, die nicht erkranken.

Bei der Alzheimer Demenz besteht eine Hirnatrophie (vgl. Rockstroh 2011, S. 113), die sich im Schwund grauer und weißer Hirnsubstanz äußert. Der Verlust der grauen Hirnsubstanz führe, so Rockstroh 2011, S. 113 zu einer Vertiefung der Furchen (Sulci und Fissuren) bei gleichzeitiger Verflachung der Hirnwindungen. Der Verlust der weißen Hirnsubstanz äußere sich in der Erweiterung der Ventrikel. Die histologischen Veränderungen bestünden aus Neurofibrillen (fädige Ablagerungen des Tau Proteins) und senilen Plaques (Beta-Amyloid-Pepide).

Nach Rockstroh gelten als Umweltrisiken Gehirntraumen, geringe Schulbildung, Bewegungsmangel, Ernährungsmangel der Vitamine C und E, Neurotoxine wie Aluminium, Pestizide, Düngemittel, Klebstoff, elektromagnetische Felder, Nikotin und Hypertonie (Rockstroh 2011, S. 116). Die sehr breiten, unspezifischen und qualitativ sehr verschiedenen Umweltrisiken lassen Zweifel an der Belastbarkeit der Studien zu.

Neben den genetischen und Umweltrisiken Faktoren gelten seit den 1990er Jahren traumatische Faktoren für die Entstehung von Demenzen als gesichert (Teising 2000). Zu berücksichtigen ist hier, dass der Prozess des Alters selbst traumatisch erlebt werden kann und dass im Alter lebensgeschichtliche Traumatisierungen kumulieren. Insbesondere der psychodynamische Ansatz geht davon aus, dass vor Ausbruch der Krankheit psychosoziale Belastungsfaktoren feststellbar sind. Persönlichkeitsmerkmale wie Unsicherheit, Unselbstständigkeit und Empfindsamkeit, die Bereitschaft, sich vor allem in der Ehe und Partnerschaft unterzuordnen, Fremdbestimmung, der Verlust sozialer Kontakte und besondere Schamtraumatisierungen werden als Faktoren genannt. Insbesondere die psychologischen Schulen haben sich deshalb mit nicht medikamentösen Formen der Hilfe befasst. Im Mittelpunkt steht dabei zum einen das Konzept der Rehabilitation, zum anderen stärker verstehensorientierte und symptom-akzeptierende Psychotherapie- und Pflegekonzepte.

Als kein medizinisch lösbares Problem bezeichnet die Ärztin und Pflegeforscherin Katharina Heimerl (2012) die Demenz: „Aus medizinisch-neurologischer Sicht wird unter Demenz keine einheitliche Krankheit, sondern ein Syndrom verstanden“, (Heimerl 2012). Dies bedeute eine Vielfalt von Einflüssen und eine Kombination von kognitiven Symptomen und Verhaltensänderungen. Berechtigt sei, so Heimerl die Gewissheit, dass Demenz eine unheilbare Krankheit sei, ebenso berechtigt die Zweifel, ob es sich um eine Krankheit im engerem Sinne handelte. Heimerl macht auf die Kentucky Nun Study aufmerksam, die der amerikanische Forscher David Snowdon (2001) an der Universität von Minnesota durchgeführt hatte. Ca. 700 Ordensschwestern haben an der Studie teilgenommen, um vergleichende ähnliche Lebensbedingungen zu gewährleisten. Obwohl nach ihrem Tod in den jeweiligen Gehirnen deutliche neuropathologische Zeichen für Alzheimer gefunden worden waren, so Heimerl (2012) hatten manche Schwestern ihre geistige Klarheit bis zu ihrem Tod bewahrt. Umgekehrt macht Heimerl auch auf die Pseudodemenzen aufmerksam, wenn zwar die klinischen Symptome einer Demenz bestünden, jedoch nach dem Tod keine oder keine über die altersentsprechenden Zeichen hinausgehende Erkrankung im Gehirn

gefunden werden könne. Heimerl zitiert in diesem Zusammenhang Tom Kitwood, der 2004 den Standpunkt vertreten hat, dass sowohl die Alzheimer als auch die vaskuläre Demenz nicht dem Kriterium der klassischen Krankheiten entsprechen.

Im Stadium einer beginnenden Demenz nehmen vordergründig die kognitiven Fähigkeiten ab. Die Gründe für diese Desorientierung, für die Störungen des Gedächtnisses, der Sprache, des Denkens und anderer psychischer Funktionen liegen im Verfall von Nervenzellen begründet. Ein schwerer Verlust von Nervenzellkontakten steht am Ende einer Kette von Stoffwechselfvorgängen. Plaques verwirbeln und verknoten die Verbindungen von Nervenzellen und blockieren auf diese Weise Informationen. Das Gewicht des Gehirns schrumpft. Die betroffene Person nimmt ihre kognitiven und intellektuellen Defizite in der Weise wahr, dass sie neue Informationen schnell vergisst, Gegenstände verlegt, dass ihr Namen von Bekannten nicht mehr einfallen. All dieses löst Gefühle der Angst und zunehmenden Unsicherheit aus, Angst davor, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren und Angst davor, dass andere Menschen diese Leistungseinbußen bemerken. Unterlaufene Fehler werden meist geleugnet und andere dafür verantwortlich gemacht. Vor allem im Kontext der Ehebeziehung beginnt eine Zeit des Stresses und des Streites. Auf der Suche nach Orientierung werden die Personen zunehmend verunsichert, verlieren den Mut und fühlen sich nur in der unmittelbaren Umgebung ihrer nächsten Angehörigen sicher. Im weiteren Verlauf der Demenz verändern sich Kommunikationsprozesse unaufhaltsam, indem das verbale Ausdrucksvermögen sinkt. Die demente Person kann nicht mehr das ausdrücken, was sie denkt, und zu dem Unverstandensein kommt die Angst, Verzweiflung und Aggression. Und wenn, wie oft, auch das Sprachverständnis gestört ist, stellt all das eine immense Überforderung dar. Eine demenziell erkrankte Person kommt sich oft verlassen und einsam vor und zieht sich sozial zurück. Ein Stück Sicherheit und Geborgenheit findet sie, indem sie z. B. der Bezugsperson permanent folgt oder ihr immer wieder dieselben Fragen stellt (vgl. Trilling 2001, S. 25 ff.).

Nach Wojnar (2001a) ziehen sich demente Menschen aus dieser angstbesetzten und bedrohlichen Realität zurück und fliehen in eine „traumähnliche Welt der Erinnerungen“ (a.a.O., S. 40), wo sie sich wieder jung, gesund, leistungsfähig und nützlich fühlen. Viele beginnen auch, eine Fassade aufzubauen, um ihre kognitiven Leistungseinschränkungen so lange wie möglich vor der Umwelt zu verbergen. So erwähnt Goffman (1996) aus dem Zusammenhang von Beobachtungen in der Psychiatrie, dass Vermeidungsstrategien und protektive Manöver der sicherste Weg sind, einer Bedrohung des Images zu begegnen (Goffman 1996, S. 21). Da es wichtig ist, was andere von einem halten, muss ein Bild aufgebaut werden.

In dem Roman ‚Hannas Töchter‘ von Marianne Fredriksson offenbart Greta ihr Erleben des Älterwerdens: „Das Arbeiten fällt mir langsam schwer. Nicht körperlich, sondern vom Kopf her. Ich bringe alles durcheinander und kann nicht mehr rechnen“. Dann beschreibt die Freundin, was sie an Greta sah: „Dann verging ein halbes Jahr, und ich musste zusehen, wie sie mehr und mehr die Zusammenhänge verlor. Sie konnte nicht den einfachsten Gedankengang verfolgen, alles zerfiel in kleinste Teilchen. Nur wenig später musste sie in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden“ (Fredriksson 1997, S. 311/312). An anderer Stelle wird ebenfalls ein Einblick in die Erlebenswelt einer Person mit Demenz gegeben, aber auch gezeigt, welche Anstrengungen es erfordert, sich keine Blöße zu geben: „... als die Krankheit mich beschlich. Ihr denkt vielleicht, es begann mit Vergesslichkeit, etwa dass man in seine Küche geht, um etwas zu holen und inzwischen vergessen hat, was es war. Das kam immer öfter vor. Ich kämpfte dagegen an, indem ich mir bestimmte Gewohnheiten für das Alltägliche zurechtlegte. Erst dies, dann das, dann ... Es wurden fast Rituale, und im Großen und Ganzen funktionierte es, ich pflegte und besorgte den Haushalt und hielt meine Angst auf Distanz. ... Aber die Krankheit begann schon vorher damit, dass ich keine ... Verbindungen mehr hatte. Wenn jemand mit mir sprach, hörte ich nicht, was gesagt wurde, sah nur den Mund sich bewegen. Und wenn ich sprach, hörte mir keiner zu. Ich war einsam“ (Fredriksson 1997, S. 143). In dieser Schilderung zeigt sich ein großer Teil des subjektiven Dilemmas. Um ihre Autonomie und damit ihren Status als mündige Rechtsträgerin nicht zu gefährden, wird eine Fassade aufgebaut, die umgekehrt einsam macht und hinter der die Verzweiflung wächst.

Die Hilfe- und Therapieformen für demenziell erkrankte alte Menschen lassen sich sehr unterschiedlichen theoretischen Schulen der Gerontologie und Geriatrie in der Bundesrepublik zuordnen. Am verbreitetsten und ältesten sind lerntheoretisch begründete Hilfeformen und gehören zur Interventionsgerontologie, wie das Realitätsorientierungstraining, das Gedächtnistraining, die aktivierende Pflege und Techniken der Rehabilitation und Prävention, wie Verhaltensmodifikation oder Gesprächstherapie. Sie sind seit den 1970er, spätestens seit den 1980er Jahren in der Altenhilfe, der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie fest institutionalisiert. Unter Interventionsgerontologie versteht Baltes (1990) einen gezielten und programmatischen Versuch, etwas oder jemanden zu verändern. Unterschieden werden der eher eng gefasste Begriff der Krisenintervention und der weiter gefasste Begriff der sozialen Intervention. Interventionsgerontologische Ansätze lassen sich im Kern nach folgenden Kategorien

unterscheiden: Verhaltensorientierte Interventionstechniken mit dem Repertoire des operanten Lernens, in der Regel Verknüpfung von Reizen mit gewünschten Reaktionen und milieutherapeutische Ansätze, die auf eine Verbesserung der Wohn- und Alltagsökologie zielen. Schließlich ist das Training der Realitätsorientierung sowie das Gedächtnistraining zu nennen, d. h. eine ständige Darbietung des Hier und Jetzt durch qualifiziertes gerontopsychiatrisches Personal. Neben den interventionsgerontologischen Ansätzen ist die geriatrische Rehabilitation zu nennen, die vor allem mit den Instrumenten Beschäftigungs- (der Begriff ist etwas veraltet) und Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie, Psychomotorik, Musiktherapie und tagesstrukturierenden Maßnahmen (z. B. Hauswirtschaft, Freizeitangebote) arbeitet. Der Erfolg vor allem interdependenter und interdisziplinärer rehabilitativer Hilfen für die demenziell Erkrankten (und ihre Angehörigen) ist nicht zu bestreiten.

Lerntheoretische Konzepte für demenziell Erkrankte vor allem im Kontext gezielter rehabilitativer Interventionen hatten ihren Höhepunkt Ende der 1980er Jahre. Ihre Erfolge sind nachgewiesen, ihre Ziele, Demenzen zum Stillstand zu bringen und verlorene Kompetenzen wieder zu erlangen, waren jedoch nicht nachhaltig. Dies gilt auch für ihre Kombinationen mit pharmakologischer Therapie. Die institutionelle Strenge der lerntheoretischen begründeten Konzepte (Konsequenz) hat in den 1990er Jahren vor allem ethische Kontroversen um die Legitimität der Interventionen ausgelöst. Den lerntheoretischen und rehabilitativen Konzepten wurde eine mangelnde Personensorientierung, mangelnde Anerkennung und ein Mangel an Respekt gegenüber dem Alter vorgeworfen. Den bis dahin mit Demenz vorwiegend befassten Disziplinen Medizin und Psychologie wurde von Seiten der Erziehungswissenschaft und Sozialpädagogik, später von der Pflegewissenschaft eine mangelnde ethische Fundierung, eine fehlende Idee des „guten Lebens“, mangelnde Alltagstauglichkeit, eine Beschränkung der Erkenntnisse auf den institutionellen Rahmen der Klinik und eine Ignoranz der Biografie sowie der pathogenen institutionellen Faktoren vorgeworfen. Die massive Kritik an der Rehabilitation und Interventionsgerontologie hat dazu geführt, dass die Rehabilitation heute pragmatischer eingesetzt wird und sich deutlicher an den ethischen und institutionskritischen Faktoren orientiert. Dazu gehört vor allem, die Demenzen nicht nur isoliert als Krankheit zu betrachten, sondern das ganze Leben des betroffenen Menschen einzubeziehen. Vor allem eine Sensibilität für die Hochaltrigkeit und ihre Entwicklungsaufgaben werden eingeklagt. Und last but not least ist deutlich geworden, dass die Angehörigen für den Demenzerkrankten die zentrale Ressource darstellen. Sie sind als Koproduzenten der Wohlfahrt von Anfang an zu berücksichtigen und weniger als „Familiensystem“ zu pathologisieren.

Bei der Entwicklung demenzsensibler Pflege und Behandlung spielt die Berücksichtigung der institutionellen Abläufe eine wichtige Rolle. Für den Demenzerkranken sind zunächst einmal alle Ärzte und Pflegenden eine Bedrohung, fremd und beängstigen. In der komplexen Institution Krankenhaus, die Koproduction, zumindestens aber Duldung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen verlangt, geht der erkrankte Mensch psychisch her verloren (Schaeffer/Wingefeld 2008). Beide Autoren sprechen aufgrund dieser mangelnden Koproductionsfähigkeit der Patienten mit Demenz von einer „nursing disease“. Mangels wirksamer Behandlungsmethoden komme der Pflege eine entscheidende Bedeutung zu. Institutionskritische Ansätze gehen davon aus, dass die auf Rationalität und Lenkung beruhenden Institutionen, in denen hochaltrige Menschen untergebracht sind, wie z. B. Heime und Krankenhäuser, durch ihr Regelwerk Verlassenheitsgefühle und Verzweiflung, die bei der Demenz sowieso schon vorhanden sind, vertiefen und durch meist unbeabsichtigte, aber fahrlässige Beschämungen die Situation für die Erkrankten noch schlimmer machen. Die zumeist historischen Analysen der Institutionen innerhalb dieser Ansätze, z. B. die Geschichte der Krankenhäuser, die Geschichte der Medizin, die Geschichte der Altenheime, hat institutionskritische Erkenntnisse hervorgebracht, die sich um Probleme struktureller Gewalt, Probleme der Aggression bei der Behandlung und Rehabilitation der demenziell erkrankten Menschen drehen, aber auch um Probleme der unbewussten Botschaften wie der Verbindung von Krankheit und Schuld (Foucault 1982, Attali 1981) und der Beschämung im Sinne einer geminderten Wertigkeit der erkrankten Menschen und daraus folgend einer gestuften Würde (Gröning 1998) und „Verunreinigung“ von Patienten (Goffman 1973), was sich ebenfalls nachhaltig auf das Würdegefühl auswirkt. Seit den 1990er Jahren haben sich diese Ansätze zu einer eigenen Richtung in der Arbeit mit demenziell Erkrankten entwickelt, die als ökologische Gerontologie bezeichnet werden kann.

Zu diesen Ansätzen für die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen gehört vor allem der kritische Blick auf die Abläufe und die Regularien der Institutionen, in denen die altersverwirrten und demenziell erkrankten Menschen versorgt und behandelt werden. Vor allem die Ansätze der ökologischen Gerontologie wie sie von Erich Schützendorf und Erwin Böhm geprägt wurden, sind hervorzuheben. Titel wie „In Ruhe verrückt werden dürfen“ und „Verwirrt nicht die Verwirrten“, mit denen Erwin Böhm, Erich Schützendorf und Helmut Wallrafen-Dreisow sich in der Fachöffentlichkeit einen wichtigen Platz erobert haben, zeugen davon, dass nicht nur die demenziell erkrankten Menschen ein Problem sind, sondern dass spezifische, hoch rationalisierte und technisierte Umwelten die Verwirrtheit und Desorientierung steigern und

Angst und Flucht auslösen. Es gibt vor allem in den Krankenhäusern der Akutmedizin kaum einen Ort, der Sicherheitsgefühle und Geborgenheit, Bindung und Beruhigung vermittelt, weshalb das Krankenhaus als potenziell traumatisch für die demenziell erkrankten Menschen angesehen werden muss.

Gerade Erich Schützendorf hat sich bundesweit damit einen Namen gemacht, die Probleme im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen immer auch institutionskritisch zu betrachten und die Aggressivität von instrumentellen und zweckrationalen Abläufen in Altenheimen und Krankenhäusern zu hinterfragen. Er hat in seinen vielfältigen Arbeiten darauf hingewiesen, dass demenziell erkrankte Menschen andere Bedürfnisse haben, die ihren gestressten, aggressiven und beschleunigten Helfern, Pflegern und Behandlern meist vollständig entgehen. Er hat aufgezeigt, dass Phänomene die der Krankheit zugeordnet werden, in der Beziehung zwischen Erkrankten und ihren Helfern begründet sind und sich lösen lassen, wenn die Bedürfnisse der demenziell erkrankten Menschen, ihre verlangsamte Informationsverarbeitung, ihre Bedürftigkeit nach Trost und Zuneigung, ihr Sicherheitsbedürfnis und ihr Sosein, d.h. ihre Eigenarten, nicht ständig kritisch beobachtet und defizitär beschrieben, sondern respektiert und befriedigt werden. Allerdings geraten dann die Pflegenden und Helfenden in Konflikte mit der Institution. Hier zeigt sich der Konflikt um die Professionalisierung, denn nur eine als Profession anerkannte Pflege wird in der Lage sein, gegenüber der Institution und ihrem Regelwerk entsprechende Freiräume für die Erkrankten zu schaffen.

Schließlich ist für den Umgang mit altersverwirrten Personen im Krankenhaus noch der Ansatz der „verstehenden“ Gerontologie zu nennen. Ihr bekanntester Vertreter ist wohl der Psychoanalytiker und Psychiater Hartmut Radebold. Interessant an seinem Ansatz ist, dass Radebold und seine Kollegen die Demenz aus einer massiven Spannung zwischen Wünschen und Mangelsituationen alter Menschen erklären. Demenzen werden in dieser Perspektive nicht unabhängig vom Lebenslauf, von seinen Entwicklungsaufgaben betrachtet. Demenzen werden zudem als lebensweltliche Antwort auf Bedingungen des Alters und des Alterns betrachtet. Ähnlich wie schon zuvor beim institutionskritischen Ansatz ist hier Hilfe und Professionalität weniger in einer Intervention, sondern in einer verstehenden und einführenden, alltagsorientierten und das ganze Leben des erkrankten einbeziehenden Haltung des Pflegepersonals im Sinne der Identifikation mit dem Klienten zu sehen. Dieser Ansatz fokussiert entsprechend eine hermeneutisch begründete Kommunikation.

Anders als die Medizin ist die Pflege in Bezug auf ihre Konzepte zum Umgang mit alten, demenziell erkrankten und verwirrten Menschen auf verstehende sozialpsychologische und sozialwissenschaftliche Ansätze besonders angewiesen. Demenzen, insbesondere ihre Inhalte, also was demenziell erkrankte Menschen mehrheitlich kommunizieren, müssen vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte, der Entwicklungsaufgaben und -krisen des hohen Lebensalters und der Andersartigkeit alter, dementer Menschen verstanden werden. Ziel ist es, für demente Menschen Umwelten zu schaffen, die ihnen Sicherheits- und Geborgenheitsgefühle geben und Angst und Scham mindern. Für diese verstehende Gerontologie ist psychoanalytisches, institutionskritisches und alltagsorientiertes Denken in der Pflege bedeutsam. Wie vermeide ich Angst und Scham in der Pflege? Welche Abläufe sind angsterregend, stellen potenziell Gewalt dar, wie z. B. Fixierungen, der generelle Einsatz des Katheters? Welche Behandlungsformen legen das Ausgeliefertsein und die Verletzlichkeit des Körpers offen und rufen Protest und Verweigerung hervor? Welche Hilfen brauchen der demenziell Erkrankte und der Angehörige, um den Alltag auch nach dem Krankenhaus gelingender zu gestalten? Dies sind die Fragen, die neben rehabilitativen und interventionsgerontologischen Akzenten eine Weiterentwicklung der Pflege und Behandlung in den Krankenhäusern bedeuten könnten.

Neben den Aspekten des speziellen Verstehens der Psychodynamik von Demenz vor allem auf der Folie der Anerkennungstheorie und der Alltagstheorie haben sich in der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie der Lebensalter und des Lebenslaufes, Erkenntnisse aus der Zeitgeschichte und der Biografieforschung als wichtig erwiesen. Geschlechtersensible Praxis und Erkenntnisse der Geschlechterforschung ergänzen und konkretisieren diese wissenschaftlichen Ansätze. Schließlich ist eine bindungstheoretische Fundierung der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen zu nennen. Letztlich bauen viele wesentliche Innovationen der vergangenen 20 Jahre im Bereich der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen auf bindungstheoretischen Erkenntnissen direkt auf oder sind mit der Bindungstheorie ebenso wie mit der Anerkennungsethik kompatibel. Dies gilt auch für Ansätze, denen mangelnde Wissenschaftlichkeit vorgeworfen wird oder die, weil sie von Praktikern stammen, als unwissenschaftlich und intuitiv gelten, wie z. B. der Ansatz der Validation nach Naomi Feil.

Aus Platzgründen wird in diesem Studienbrief auf die Institutionsanalyse ebenso wie auf die Erklärungen und Schilderungen der geriatrischen und diagnostischen Aspekte der Demenz verzichtet. Diese Aspekte finden sich in den Fachzeitschriften und

Fachbibliotheken in hohem Maße. Der vorliegende Studienbrief fokussiert dagegen pflegerische und alltägliche Aspekte im Umgang mit demenziell Erkrankten und will mit seiner Darstellung eines Pflegekonzeptes zugleich Hinweise für die Integration der Pflege demenziell Erkrankter in Krankenhäusern geben. Der Studienbrief umfasst drei Teile: Zunächst werden die sozialwissenschaftlichen und sozialpsychologischen Grundlagen des Umgangs mit Demenz erläutert, in einem zweiten Teil geht es um die Performanz, das den Umgang mit demenziell veränderten Patienten beschreibt, und schließlich wird im Teil drei das Krankenhaus als Institution fokussiert.

I. Sozialwissenschaftliche Verstehenszugänge zu den Demenzen und ihre Bedeutung für die Pflege demenzieller alter Menschen

Der Sozialpsychologe Erik Erikson bezeichnet die Bewältigung des Alters als Entwicklungsaufgabe der Ich-Integrität im Lebenslauf. Ich-Integrität im Gegensatz zur Verzweiflung hat bei Erikson viel mit der Annahme des eigenen Lebens und der Auseinandersetzung mit dem historischen Schicksal zu tun. Integrität heißt, dass trotz vieler Rückschläge und Enttäuschungen der eigene Lebensweg, die eigene Person, das eigene so Gewordensein akzeptiert werden kann. Für ihn ist das Alter eine doppelte Erfahrung. Zum einen schließt sich der Lebenskreislauf, zum anderen wird die Generativität, die Tatsache auch nur eine Generation zu sein und in einer Kette von Generationen zu leben, zu einem wichtigen Grundgefühl des alten Menschen. Diese Gewissheit, dass das Lebendige weitergeht, begrenzt die Verzweiflung über das Ende des eigenen Lebens und wie Wirklichkeit des Todes und fördert nach Erikson eine wohlwollende Einstellung zur nächsten Generation. Dass auch die eigenen Sterblichkeit richtig und gut ist, hat mit dem Ur-Vertrauen in das Leben zu tun, welches in der frühen Kindheit durch gute Bindungen entsteht und viel von der Verzweiflung über die Tatsache der eigentlichen Endlichkeit und des Todes aufwiegt. Das Gefühl der Zufriedenheit kann sich dann einstellen, wenn man selbst weiß, dass man zum Lebensstrom einen kleinen Beitrag geleistet hat. Der Identitätszuwachs des Alters lautet nach Erikson „Ich bin das, was von mir überlebt“ (Conzen 1996, S. 155). Zu diesem Prozess der Identitätsfindung im Alter gehören auch das Betrauern von vertanen Chancen, von Benachteiligung und Ungerechtigkeit, das Betrauern der Lasten des Alters und ein gewisser Protest gegen den Körper, der „aus der Reihe tanzt“. Traurigkeit im Alter ist demnach nichts Pathologisches, sondern gehört zum Alterungsprozess

dazu, ebenso wie die Suche nach Trost in menschlichen Beziehungen, in der Spiritualität und der Religion und in der Natur. Überwiegt jedoch das Gefühl, das Leben versäumt zu haben, nicht sein Leben gefunden zu haben, nicht zu wissen, was von einem überlebt und wird der Wunsch, noch einmal ganz von vorne anzufangen, übermächtig, kann aus der Verzweiflung Ekel erwachsen (Conzen 2000). Eine feindliche Haltung zur nachfolgenden Generation und zur Welt, eine verächtliche Missachtung von Menschen, die einem helfen wollen, eine Entwertung der eigenen Person und der Menschen, die um einen herum leben, kann die Folge sein. Conzen schreibt in seinem Buch über Erik Erikson, dass es wahrscheinlich keine Gruppe abgeklärter integrierter Senioren einerseits und verzweifelter Misanthropen andererseits gibt (Conzen 1997). Wahrscheinlich schwanke das Erleben älterer Menschen zwischen diesen beiden Polen und Grundgefühlen hin und her. Aber insbesondere aus der Annahme, auch der negativen Seiten des eigenen Daseins, ergeben sich für Erikson die wichtige Tugend der Integrität und die besondere Stärke des alten Menschen. Neben Erikson, der jede Entwicklung als Lösung von bestimmten psychischen und normativen Krisen ansah, haben sich weitere Psychologen, Psychoanalytiker und Sozialforscher mit der Frage der Entwicklungsaufgaben des höheren Erwachsenenalters befasst. Alle sind sich mit Erikson einig, dass im Alter ein echter Entwicklungsprozess stattfindet. So sagt C. G. Jung, dass sich jenseits des 40sten Lebensjahres für Männer und Frauen die Möglichkeit ergibt, sich ihrer jeweils gegengeschlechtlichen Anteile bewusst zu werden und diese in ihre Persönlichkeit zu integrieren. Nach Radebold kommen weitere wichtige Aufgaben dazu (vgl. Radebold 1992, S. 62), wie die andere Bewertung der Weisheit im Unterschied zur Bewertung der körperlichen Kräfte und der Schönheit, die Wertschätzung des Sozialen im Vergleich zur Sexualisierung der menschlichen Beziehungen, emotionale Flexibilität gegenüber emotionaler Verarmung, geistige Beweglichkeit gegenüber geistiger Starrheit und schließlich Aufgaben des Loslassens. Insbesondere für Pollock (1981, vgl. Radebold 1992) ist die Entwicklung im Alter ein ständiger Trauer-Befreiungsprozess. „Die grundsätzliche Einsicht ist, dass Teile des Selbst, wie es einmal war oder wie man hoffte, dass es sein sollte, nicht länger möglich sind. Während des Durcharbeitens der Trauer über ein verändertes Selbst, über den Verlust von anderen, über unerfüllte Hoffnungen und Wünsche wie auch Gefühle über andere reale Verluste und Veränderungen zeigt sich zunehmend die Fähigkeit, der Realität zu begegnen, wie sie ist und wie sie sein kann. Vergangenheit wird wirklich Vergangenheit und wird unterscheidbar von der Gegenwart. Dabei erweist sich dieser Trauer-Befreiungsprozess genereller als die Trauer-Reaktion nach dem Tod einer wichtigen Bezugsperson (Pollock bei Radebold 1992, S. 65).

Erik Eriksons Theorie der Entwicklungsaufgaben des Lebenszyklus und seine Alterstheorie sind für eine gerontopsychiatrische Pflege und Sozialarbeit besonders deshalb wichtig, weil sie die gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie Depression, Angsterkrankungen, Demenzen und Suizidalität alter Menschen nicht isoliert betrachten, als würde die Krankheit den gesunden Menschen im Alter quasi überfallen. Vielmehr spielen die Einstellungen zum Leben, die Biografie, die Beziehungen im Lebenslauf, die Lebensstile und Daseinstechniken eine wichtige Rolle für die Erkrankungen ebenso wie die historische Zeit. Auf diese Weise betrachtet gerät nicht nur das Pathologische, sondern der ganze Lebenslauf und der Alltag des Patienten in den pflegerischen und sozialarbeiterischen Blick, auch hinsichtlich jener Frage, was denn nach dem Krankenhaus für einen Patienten und seine Angehörigen hilfreich sein kann.

I.1 Alter als Trauma. Bausteine einer verstehenden Gerontologie für die Arbeit mit Demenz im Krankenhaus

In seinen Arbeiten zur Entwicklungspsychologie des Alters und zur Psychodynamik alter Menschen hebt Hartmut Radebold (1992) die lebensgeschichtlichen Verluste besonders hervor. Sie sind es, die den psychischen und in der Folge auch den körperlichen Alterungsprozess auslösen. Es seien insbesondere Verluste und Trennungen – und zwar sowohl auf der Ebene der Objekte (Bezugspersonen) als auch auf der Ebene des Selbstwertgefühls (des Narzissmus, des Stolzes), die das Verhältnis des alten Menschen zu sich selbst und zu seiner Umwelt kennzeichneten. Aus Verlusten und Trennungen ergäbe sich für das Ich des alten Menschen die Notwendigkeit zu immer neuen Anpassungsleistungen bei gleichzeitig geminderten Chancen zur Bedürfnisbefriedigung, was durchaus zur Überforderung führen könnte. Altern sei also deshalb so belastend, weil der betroffene Mensch immer wieder wichtige und wertvolle Objekte verliert – und dies unwiederbringlich. Auch der Psychosomatiker Dieter Beck spricht davon, dass sich die psychischen Probleme ab der Lebensmitte um die Themen des Verlustes und der narzisstischen Kränkung, d. h. der Kränkung des Selbstwertgefühls zentrieren. Beck weist zudem darauf hin, dass die Trennungen und Verluste, die ab der Lebensmitte spürbar werden, eben weil sie zum ersten Mal weniger korrigierbar sind für den Prozess des Alters bedeutend sind. Sie können in Alterskrisen und Lebenskrisen münden. Altern zeichnet sich durch Verluste gerade der Objekte und Chancen aus, die zum Ich dazugehörig empfunden werden: der

Ehepartner, die Eltern, die Kinder, aber auch die Schönheit, der Beruf, die Wohnung, der Erfolg, die Bedeutung, die Anerkennung. Der Unterschied zu früheren Lebensphasen sei außerdem der, dass die Verluste nicht mehr oder schwerer zu ersetzen seien. Die Objekte gehen also meist unwiederbringlich verloren, was bedeutet, dass die Trauerarbeit längere Zeit in Anspruch nimmt. Teilt man die Verluste in verschiedene Kategorien, so lassen sich Gruppen ausmachen:

- Verluste, die unmittelbar körperlich sind bzw. vom Körper ausgehen,
- Verluste von Bezugspersonen bzw. geliebten Menschen,
- Verluste von Rollen, Funktionen und Status bzw. Prestige.

Die von Radebold (1992) beschriebene Erfahrung des umfassenden Verlustes im Alter hat er zu einer Traumatisierungstheorie ausgearbeitet. Die Spannung entsteht zwischen einem gleichbleibenden Begehren (Zeitlosigkeit des Unbewussten), den geringer werdenden Chancen zur Bedürfnisbefriedigung und den Verlusten. Hinzu tritt, dass gerade bei Krankheit der Körper als Ort der Identität quasi ausfällt.

I.2 Verluste und ihre Bedeutung für die Demenz

Es ist einsichtig, dass traumatische Verluste zum sozialen Rückzug führen bzw. diesen begünstigen. Der Rückzug kann sowohl als Moratorium, als Besinnung auf sich selbst, aber auch als Abwehr im Sinne einer Vermeidung anderer, glücklicherer Menschen verstanden werden. Die Anerkennung des zunehmenden Alleinseins im Alter mündet beim alten Menschen wiederum in eine narzisstische Besetzung des eigenen Körpers, der als einziger Bundesgenosse übrig bleibt, nachdem die Beziehungen durch die Zeit und Trennungen unzuverlässig und fragil erscheinen. In der Lebensphase der Hochaltrigkeit wird dann dieser Körper durch Krankheiten zum Gegner des Selbstes, was wiederum starke Entfremdungsgefühle und Hass auslösen kann, der sich wiederum in Klage und dem Wunsch zu sterben ausdrückt. Wenn Jean Amery in seinem Buch über das Altern sagt, es sei ein sich „Selbst fremd werden“ und ein „Aus der Welt gehen“, dann beschreibt er diese Entwicklungsprozesse. Der Körper, der immer ein Spiegel des Selbstes war, fällt als Quelle von Kompetenz, von Kraft, von Attraktivität aus und wird zur Last. Manchmal ist der Schmerz ein Mittel, das Gefühl der Selbstentfremdung zu begrenzen. Das ist dann die Haltung der Wehwehchen, der Schmerzen und des Klagens darüber.

Der Ruf nach Pflege kann zur Belastung für die Pflegenden werden, vor allem, wenn der betroffene Patient seinem Körper die verantwortliche Selbstpflege verweigert, weil er ihn nicht mehr anerkennt, aber gleichzeitig von anderen gepflegt und umsorgt werden will und darin fordernd und unersättlich ist. Das ist im Alltag dann der Ärger der Angehörigen, wenn die Diabetes nicht beachtet wird, sich der alte Mensch kräftemäßig übernimmt, für die Anerkennung anderer seinen Gesundheitszustand verleugnet und dann wider zum Pflegling wird.

Weiterhin: Die im hohen Alter zu beobachtende Selbstentfremdung, wie zum Beispiel das Nichterkennen des eigenen Spiegelbildes, verweist auf eine Störung des Identitätsgefühls, die im hohen Alter häufig zu beobachten ist. Besonders die PsychoanalytikerInnen haben auf eine Verbindung zwischen Scham und Verlust hingewiesen. So schreibt Edith Jacobson bereits 1959, dass das Zentrum des Entfremdungsgefühls, dem die Depression zugrunde liegt, ein narzisstischer Konflikt ist. Scham über einen nicht mehr attraktiven, nicht mehr erfolgreichen und nicht mehr gesunden Körper nehmen zu. Dies ist ein wichtiges, wenn auch wenig beachtetes Gefühl.

I.3 Demenz und Angst

Demenzielle Erkrankungen zeichnen sich regelmäßig durch Störungen des Netzwerkes aus, welches den Erkrankten umgibt. Die Störungen des Netzwerkes, d. h. der sozialen Beziehungen, der Interaktionen stehen in direktem Zusammenhang mit den starken Ängsten, die den Verlauf demenzieller Erkrankungen begleiten. Die Geriater Martin Haupt und Alexander Kurz (1990) berichten, dass Demenzkranke nicht nur zu Beginn, sondern auch im weiteren Verlauf der Erkrankung z.B. noch bei mittelgroßer Demenz ihre kognitiven Leistungseinschränkungen in unerwartet differenzierter Weise wahrnehmen. Sie antworteten auf diese Beeinträchtigung mit Unsicherheit, Ratlosigkeit, Ängstlichkeit und Verzweiflung. Die Reaktionen seien denen gesunder Menschen sehr ähnlich. Sie seien nachvollziehbar und empfindbar. Das Bedürfnis Demenzkranker nach Zuwendung, Akzeptanz und Nähe sei sehr ausgeprägt. Als Angstformen im Verlauf der Demenz nennen Haupt und Kurz (1990, S. 211f) insbesondere verschiedene Verlustängste, die an Selbstzeugnissen und Fallbeispielen illustriert werden. Folgende Ängste werden identifiziert:

- die Angst vor Verlust der Kommunikationsfähigkeit und vor Erschütterung des Selbstwertgefühles,
- die Angst vor Verlust der sozialen Stellung, die Angst vor Verlust von Status und Position,
- die Angst vor Verlust der eigenen Autonomie,
- die Angst vor Verlust der Achtung anderer,
- die Angst, sich selbst zu verlieren und von anderen beherrscht zu werden,
- die Angst, anderen zur Last zu fallen und
- die Angst, sich schämen zu müssen.

Die Angst vor Beschämung begleiten alle Ängste.

Johannes Kipp (1994) bezeichnet demenzielle Symptome wie das Weglaufen, das Schreien, die Orientierungsstörung als Erkrankung und als Selbstheilungsversuch. Die Erkrankten versuchten assoziativ, die Wirklichkeit bzw. das, was sie davon begriffen, festzuhalten. Sie versuchten laufend, Orientierung herzustellen.

Das für Demenzkrankheiten typische Sich-Hineinversetzen in biografisch gute Zeiten, das in Äußerungen wie „ich muss zur Arbeit“, „ich heiße XY“, „ich muss jetzt die Kühe melken“ etc. aufscheint, wird als Ich-Regression bezeichnet und ist ein Versuch der Psyche, mit der Angst vor der Gegenwart umzugehen, indem die Vergangenheit in die Gegenwart geholt wird. Diese Form der Ich-Regression mindert wie alle anderen Regressionen vor allem die Todesängste, die mit einer Orientierung in der Realität unbedingt auftauchen würden. Es ist deshalb nicht empfehlenswert, sich in einen Kampf um eine Realitätsorientierung zu begeben, weil dann entweder Flucht ausgelöst oder die Ängste bzw. Depressionen und starke Trauerreaktionen stimuliert würden. Ich-Regressionen zeigen an, dass die Fähigkeit zum Phantasieren, die Wunschproduktion als Selbstheilungskraft noch erhalten ist. Sie ist eine wichtige Ressource für den Patienten. Daneben ist die so genannte Objektregression im Sinne der Rückkehr zu einem guten Objekt, meist der Person der Mutter, zu beobachten. Die Patienten suchen einen imaginären Ort, den es nicht mehr gibt, den Ort, an dem sie ihre Ängste früher überwinden konnten: Mutters Schoß, Mutters Hand, Mutters Rockzipfel. Auch Objekt-Regressionen stehen im Dienste der Angstbewältigung. Es werden neben der Mutter auch weitere Objekte gesucht, die Halt bieten. Das sind Kinder, der Partner oder andere nahe stehende Personen oder imaginäre Orte wie „zu Hause“, was für Geborgenheit steht. Manchmal werden mit „zu Hause“ auch die verlorene Heimat und die abgeschnittenen Wurzeln beschrieben. Nach Kipp ist die Demenz also Ursache und Wirkung zugleich. Sie ist Angstquelle und Angstbewältigung. Die Phantasietätigkeit, das Verschwimmen von Realität und Phantasie legt deshalb auch die innere Realität eines Menschen offen, also jenen Teil, der nach dem Modell von Luft und Ingham (1955) nur dem Selbst bekannt war (vgl. dazu das Kapitel zur Scham).

I.4 Demenz und Macht

„Um jeden Menschen“, schreibt Georg Simmel in seiner Soziologie, „liegt eine ideelle Sphäre, in die man nicht eindringen kann, ohne den Persönlichkeitswert des Individuums zu zerteilen. Einen solchen Bezirk legt die Ehre um den Menschen“ (Simmel 1968, S. 265).

Der Soziologe Erving Goffman nennt diese ideelle Sphäre die „Heiligkeit der Person“. Diese Heiligkeit würde in symbolischen Handlungen entfaltet und bestätigt. Dazu zählt Goffman die Ehrerbietung und das gute Benehmen. Nach Goffman kann Ehrerbietung viele Formen annehmen, er unterscheidet jedoch zwei Gruppen: Rituale der Vermeidung (avoidance rituals) und Rituale der Zuvorkommenheit (presentational rituals). Ersteres bedeutet, dass es vermieden wird, in die „ideelle Sphäre“ eines Menschen einzudringen, wobei diese Sphäre größer zu sein scheint, je höher die Schicht ist, der jemand angehört. Letzteres bedeutet die ausdrückliche Anerkennung der ideellen Sphäre. Patienten, insbesondere demente Patienten entehren, beabsichtigt und unbeabsichtigt, durch ihr Verhalten immer wieder das Pflegepersonal, manchmal auch andere Patienten und schließlich sich selbst. Gleichwohl ist die Selbstachtung der Pflegenden und der Pflegepersonen auch vom Verhalten des Patienten abhängig und kann von ihm durch Entehrungen beeinträchtigt werden. Eine besonders krasse Form des Eindringens in die ideelle Sphäre des Personals stellen sich selbst entweihende Handlungen der Patienten dar, Handlungen, mit denen die Patienten ihre eigene ideelle Sphäre zerstören. Dazu gehört insbesondere das Sich-Beschmieren mit Kot und andere Formen der Verunreinigung (Goffman 1973).

Verunreinigungen hat zuerst Goffman in Anstalten beobachtet und beschrieben (Goffman 1973). Interaktionsanalytisch ist das Beschmieren der eigenen Person mit Kot die extremste Form der Selbstentweihung. Die Person, die so etwas tut, zeigt, dass sie der Ehrerbietung durch andere nicht würdig ist oder diese aus Protest nicht will. Verunreinigungen am Körper kommen normalerweise in der frühen Kindheit und der Pubertät vor. In letzterer sind sie beabsichtigt, um die Macht der Eltern zu begrenzen oder zu provozieren. In der frühen Kindheit sind sie ein Zeichen der Deprivation, d.h. der Frustration von existenziellen Bedürfnissen nach Sorge, Bindung, Halt und Liebe. Der Körper wird während der Pubertät auch gesellschaftlich zum Träger des sozialen Protestes (Douglas 1994). Ein verwahrlostes Outfit ist bei Jugendlichen Pflicht und wird von der Gesellschaft in einem gewissen Rahmen toleriert. Weiterhin ist die

Verunreinigung des Körpers schon immer ein Mittel in totalen Institutionen gewesen, um den Willen von Menschen zu brechen. Besonders die Erzeugung von Ekel durch Verweigerung der Pflege und Vorenthaltung der Hygiene oder der Zurschaustellung der körperlichen Gebrechlichkeit gehören zu den Mitteln der Erzeugung von psychologischen Extremsituation und starker Scham. Dies ist heute natürlich nicht mehr der Fall, aber auch die Offenlegung der Intimsphäre, die Offenlegung der Ausscheidung, durch für alle sichtbare Urinbeutel etc., die Übermedikation, Fixierung und die Zurschaustellung von Nacktheit sind Techniken der Verunreinigung, die psychologische Wirkung vor allem auf alte und demente Patienten haben. Dies liegt auch daran, dass in der Kommunikation zwischen Pflege, Ärzten und Patienten bei einem jungen Patienten Rituale der Zuvorkommenheit und der Ehrerbietung deutlich zu beobachten sind, auch wenn dieser z. B. Hilfe bei der Ausscheidung braucht. Bei älteren und gerade bei hochaltrigen und verwirrten Patienten nehmen diese Zeichen der Ehrerbietung ab. Wie groß das Ausmaß von Verunreinigungen ist, muss allerdings in eigenen Pflegeanalysen und Pflegequalitätserhebungen festgestellt werden.

Umgekehrt: Beabsichtigte Selbstentweihungen gerade von demenziell erkrankten Patienten gegenüber Pflegenden und Bezugspersonen sind auch für die Pflegenden eine große Belastung. Dazu gehören Sexualisierung, Beschmutzung der Pflegepersonen, Aggressivität und Gewalt als extreme Formen. Diese Verhaltensweisen von dementen Patienten werden als ein Angriff auf das Ethos der Berufsgruppe verstanden, nicht als Antwort auf empfangende Aggression, Vernachlässigung oder im Extremfall Gewalt. Sie machen die Pflegenden hilflos und führen zu institutionellen Reaktionen wie Verlegungen, Sedierung, Fixierung oder eine Kombination von allem.

Institutionell gesehen sind Selbstentweihungen Gegenbemächtigungen. Selbstentweihungen können verstanden werden als Antwort auf empfangene Entweihungen durch die Pflegenden wie Duzen, Fordern, schlechtes Benehmen, aber auch Distanz, emotionale Unberührbarkeit oder Pflegehandlungen und Pflegefehler gehören dazu. Inwieweit es sich bei diesen extremen Formen der Zerstörung der „eigenen Heiligkeit“, in dem man sich z. B. mit Kot beschmiert, um schwere Deprivationen im Sinne von Vereinsamungssyndromen und damit zusammenhängenden schweren Angstzuständen (kommt bei Heimbewohnern und allein lebenden demenzielle erkrankten Personen, um die sich niemand kümmert manchmal vor) oder um einen Rückfall in die anale Schmierlust im Sinne des Protestes (gegen die als mächtig erlebten Professionellen oder Bezugspersonen) handelt, muss jeweils in der konkreten Szene gedeutet werden. Die Deutung und Kommunikation, insbesondere auch diesen Verhaltens, liefern wichtige Hinweise für die Pflegeplanung und den Umgang mit Demenz.

I.5 Demenz und Scham

Zunehmende körperliche Gebrechlichkeit mündet fast automatisch in Scham und in Beschämungen, da die mangelnde Beherrschung des Körpers und der Ausfall von Körperfunktionen offen zu Tage treten. Der Unterschied zwischen dem, wie ich bin, und dem, wie ich sein möchte, wird jeden Tag schmerzlich bewusst. Gerade der Verlust der körperlichen Autonomie, der Verlust an Grundkompetenzen, wie z. B. sich die Haare zu waschen, sich zu pflegen, sich sauber zu halten, also die eigene „Herstellung eines zivilen und ansprechenden Körpers“ zieht Schamgefühle und sozialen Rückzug nach sich. Eine Antwort auf die Scham ist die Depersonalisation, man nimmt einfach nicht mehr wahr, dass man z. B. schmutzig ist und übel riecht. Auf diese Weise wird auch die Bloßstellung, die die Annahme der Hilfe mit sich bringen würde, verhindert. Im Zusammenhang mit Demenz sind Schamgefühle besonders zu berücksichtigen, denn sie beeinflussen die demenzielle Symptomatik und die Verhaltensauffälligkeiten.

Die Bedeutung der Scham für die Demenz wird in klinischen Organisationen häufig übersehen, obwohl gerade sie, durch ihre lange Geschichte hindurch eine besondere Art haben, mit der Krankheit, dem gebrechlichen und sterbenden Körper und vor allem mit mangelnder Zurechnungsfähigkeit umzugehen. Beschrieben wurde die institutionelle Antwort auf das Verrückte, das Kranke und das Irrationale von Wissenschaftlern wie Michel Foucault, Erving Goffman, Jaques Attali. Sie alle gehen von einem strukturellen Macht- und Gewaltverhältnis zwischen den nicht mündigen Patienten, der Klinik und ihren Akteuren aus. Im Bereich der Demenz gehört besonders Erich Schützendorf zu denjenigen, die auf die strukturelle und institutionelle Gewalt in der Versorgung demenziell Erkrankter früh aufmerksam gemacht haben. Die Ansprüche der Institutionen, dass demenziell erkrankte Menschen sich in einen beschleunigten und hoch komplexen Ablauf einfügen können, ist im Krankenhaus fast immer nur um den Preis der Sedierung, der Fixierung und der aggressiven Bevormundung zu haben. Neben der Brechung des Willens ist hier vor allem die Entwertung der demenziell erkrankten Patienten zu nennen, die beschämend wirkt. Die verobjektivierenden Diagnosen zu den Perspektiven selbstständiger Lebensführung gehen immer einher mit Botschaften gestufter Wertigkeit. Klaus Dörner spricht von einer institutionellen Umwandlung von Menschen in Sachen (Dörner 1994). Diagnosen haftet die Tendenz an, über den Wert eines Menschen seine Würde zu relativieren, weshalb

gerade hochaltrige Menschen große Angst vor der Diagnose Demenz haben. Die Folge ist nicht nur Scham, Unsicherheit, Rückzug, sondern auch Aggression, Flucht und Kampfverhalten der demenziellen Patienten.

I.6 Die historischen Dimensionen des Lebenslaufes und die Bedeutung für die Demenz

Seit Demenz ein Thema für die Sozialwissenschaften bzw. eine sozialwissenschaftlich inspirierte Pflegewissenschaft ist, also seit den 1980er Jahren, ist die Forderung laut geworden, den Erzählungen und Lebensäußerungen demenzieller Menschen mehr Beachtung zu schenken und diese auf der Folie ihrer Biografie zu verstehen, auch wenn den gesunden Menschen die Erzählungen verwirrt erscheinen. Aufmerksames Zuhören gilt als zentrale Tugend im Umgang mit demenziell Erkrankten. Mit diesem Anspruch hielten Biografiebögen in die Alten- und geriatrische Pflege Einzug, die alltägliche Lebensgewohnheiten von Bewohnern aufnehmen sollten. Die Bedeutung der Biografie war nun einerseits Bestandteil der professionellen Pflege, andererseits war das biografische Verstehen in den Institutionen und bei den Professionellen begrenzt. Probleme der Pflege, wie „Unsauberkeit“ der Bewohnerinnen und Bewohner, z.B. die Ablehnung sich jeden Tag zu duschen oder die Kleider zu wechseln, Gewohnheiten wie das Horten von Nahrungsmitteln, imaginäre Lebenswelten gar stellten einerseits eine große Herausforderung dar, andererseits war es für viele Pflegende nicht vorstellbar, wie sich Biografie und Symptom in konkreten Pflegesituationen zueinander verhielten. Eine Lösung für Pflegeprobleme schien die Biografiearbeit nicht unbedingt zu bieten, obwohl sich der Zusammenhang von Biografie und Pflegeproblemen geradezu aufdrängte: das Verweigern von Pflegehandlungen, vor allem das Entkleiden, die Pflege des Körpers, der Verbrauch von frischer Wäsche, das Verstecken von Essen, das Festhalten an unpraktischen Kleidungsstücken, wie Mieder und Leibchen, Strumpfhalter und Hüftgürteln, das Festhalten an unpraktischen Frisuren – um nur einige häufige Probleme zu nennen. Ohne biografisches Verstehen gibt es letztlich in der Pflege demenziell Erkrankter keinen Zugang zur Person, damit kaum kommunikative Brücken und Identifizierungen und damit schließlich das Problem der Verlorenheit des/der Erkrankten, der/die sich nicht mehr mitteilen kann. Für die praktische biografische Arbeit haben sich zunächst Lebenslaufstrukturanalysen als hilfreich erwiesen, zum zweiten kommt der gestalt- und milieutheoretischen Biografiearbeit

– hier geht es um die Biografie als Ganzes und die Genese des Habitus – unter Beachtung von lebensgeschichtlichen Traumatisierungen eine große Bedeutung zu. Beide Zugänge sind Instrumente des Verstehens und in der Arbeit mit demenzuell Erkrankten unabdingbar. Vor allem die Lebenslaufstrukturanalyse lässt sich gut in den Krankenhaushalltag integrieren und lohnt sich besonders im Bereich der Geriatrie.

I.6.1 Die Lebenslaufstrukturanalyse

Seit den 1940er Jahren ist bekannt, dass der Lebenslauf eines Menschen bestimmten Stufen, Phasen und Prozessen folgt. Das Älterwerden wird nicht nur als biologischer Prozess aufgefasst, sondern gilt zunehmend als psychisch stark beeinflusst. Unterschieden werden unterschiedliche Zeiten, die sich auf den Lebenslauf auswirken: die kalendarische Zeit, die soziale Zeit und die historische Zeit. Alle drei Zeiten sind nur in der Interdependenz verstehbar. So sagt das kalendarische Alter lediglich wie alt jemand ist, während die soziale Zeit jene Zeit ist, die kulturell und sozial festgelegte bestimmte Entwicklungsaufgaben beinhaltet. Jede Kultur legt ihre Zeiten von Erwachsenwerden, Sich-Verselbständigen, Elternschaft, Alter etc. fest. Sie definiert, was sozial normal, früh, spät, zu früh, zu spät und unerwünscht ist. Sie definiert, welche Lebensereignisse in welcher Reihenfolge in den Lebenslauf eintreten sollten und welche sich verdrehen dürfen. Der Lebenslauf ist dadurch sozial normiert. Diese soziale Normierung entscheidet über Ansehen, Anerkennung, sozialen Aufstieg und soziale Benachteiligung. Mit der Erfüllung der Aufgaben der sozialen Zeit verbinden sich Ehrbarkeit und gesellschaftliche Integration. Die historische Zeit beschreibt demgegenüber noch einmal einen anderen Aspekt – Generationen teilen das gleiche historische Schicksal. Mit der Geburt tritt eine Generation in das Weltgeschehen ein und teilt bestimmte historische Erfahrungen, die in den sozial normierten Lebensphasen in ihren Lebenslauf eintreffen. Die historischen Ereignisse können sozial normierte Entwicklungsschritte vorziehen, verschieben, ganz auflösen und unmöglich machen oder verdichten. So entstehen Kontinuitäten, Diskontinuitäten und kritische Lebensereignisse im Lebenslauf, die schicksalhaft sind, während andere biografische Wendepunkte zum Beispiel durch freie Entscheidungen hervorgerufen sind und auch vertreten werden können. Aus dem Verhältnis von kalendarischer, sozialer und historischer Zeit ergibt sich eine Struktur des Lebenslaufes. Eine Lebenslaufstruktur wird erhoben, indem die drei Zeiten in Beziehung gesetzt werden und auf diese Weise als Schicksale exploriert werden können.

Beispiel:

Soziale Zeit	kalendarische Zeit	historische Zeit	Bemerkungen
Geburt	1936	NS-Zeit,	4te v. 7 Ki., 3 Ju.
Säuglingszeit	1936-1938		Fam. arm, von GM aufgez.
Kleinkind	1939	Ausbruch Krieg	Vater weg, sie sieht den Vater nicht mehr wieder, dieser trennt sich v. Fam.
Grundschulkind	1941-1945	Krieg, Flucht Vertreibung von Millionen	nach Tschechien Mutter, 7 Kinder, Eltern der Mutter, gehen 1946 wieder zurück nach Schlesien
Schulzeit/Pubertät	1945-1950	Nachkrieg	mit 15 Arbeit, o. Ausbildung
Jugend	1950-1955	Nachkrieg	Heirat mit 19
Etc. etc.			

Die Rekonstruktion der Lebenslaufstruktur hilft, sich über den Habitus und die Bedürfnisse einer Person klarer zu werden. Bei der vorliegenden Person, die heute ca. 75 Jahre alt ist, haben wir es mit der Kohorte der Kriegskinder zu tun, deren Leben und Schicksal zum einen durch die materiellen Verhältnisse, einen allgemeinen Mangel, Armut der jeweiligen historischen Zeit und zudem durch potenziell traumatische Ereignisse wie Flucht, Vertreibung, Hunger, Todesängste und Trennung geprägt sind. Unsere Patientin beginnt mit 15 Jahren zu arbeiten, d.h. sozial erwachsen zu sein, während sie auf Kindheitsjahre zurückblickt, die von Verlusten, Flucht, und Vertreibung geprägt sind. Der Lebenslauf in den ersten Jahren erscheint von Krisen und Diskontinuitäten geprägt, zuerst geht der Vater in den Krieg, dann flieht die Familie, geht jedoch wieder zurück. Als vierte von sieben Geschwistern ist sie weder als Älteste, noch als Jüngste, noch als eines von vier Mädchen etwas Besonderes. Dass ist mit 19, also noch vor der Grenze der Volljährigkeit heiratet ist ebenfalls bemerkenswert, aber in der jeweiligen historischen Zeit üblich.

I.6.2 Kriegstraumatisierungen und ihre Bedeutung für die Demenz

Die Forschung zur Kriegstraumatisierung erlebt derzeit eine kleine Konjunktur, was vor allem an drei Zugängen liegt. Zum einen haben sich Selbsthilfegruppen zur Kriegstraumatisierung von so genannten Kriegskindern gegründet, also Menschen, die 1945 Kinder waren, zwischen 1935 und 1945 geboren sind und deren Lebenssituation in ihren ersten Lebensjahren von Krieg, Nachkrieg, Flucht, Vertreibung geprägt war. Neben der unmittelbaren materiellen Not und der dauernden Angst um Leib und Leben zeichnet sich diese Generation dadurch aus, dass ihre Eltern entweder real abwesend oder selbst traumatisiert waren, weshalb Bindungen zu diesen Eltern schwerlich aufgebaut werden konnten und den Kindern häufig die Rolle zukam, ihre Eltern psychisch am Leben zu erhalten. Zum zweiten melden sich die Kinder der Kriegskinder, also Personen, die ca. zwischen 1955 und 1965 geboren sind, zu Wort. Diese Kinder gelten allgemein schon als Wohlstandskinder und als glückliche Generation, die in gesicherten Verhältnissen und Frieden aufwachsen konnte. Heute sprechen diese Kinder der Kriegskinder über die andere Seite ihrer Kindheit (vgl. z. B. Ustorf 2008, Bode 2009). Diesen Kindern geht es um die transgenerationale Weitergabe von Kriegstraumatisierung und die Beziehungen zu ihren vom Krieg traumatisierten Eltern. Diese Kinder der Kriegskinder zeigen auf, dass die Vergangenheit in der Gegenwart gerade im hohen Alter der nun pflegebedürftigen Eltern weiter wichtig ist. Ein dritter Forschungszugang schließlich ist jener der Frauenbewegung, der vor allem durch die Arbeit der Altenpflegerin Martina Böhmer (2000) eine Bedeutung für die Pflege erfahren hat. Böhmer interessiert sich vor allem für die Spätfolgen von Kriegstraumatisierung besonders sexueller Gewalt und die Bedeutung für die Pflege von hochaltrigen und demenziell erkrankten Frauen. Die Forschungslage für eine historisch fundierte Biografiearbeit in der Pflege ist heute also viel besser als vor 20 Jahren, trotzdem ist der Forschungsstand insgesamt noch dünn und schwierig.

Über den gesellschaftlichen Umgang mit den Kriegsfolgen sagt Bertram von Stein in seinem Beitrag zu den Flüchtlingskindern, dass die Vertreibung und die Lebensbedingungen nach dem Krieg ein Tabu waren (2008, S. 183). Auch heute, 50 Jahre nach Kriegsende, sei es immer noch verpönt, Flucht und Vertreibung der Bevölkerung aus den deutschen Ostgebieten zu erwähnen. Die Gefahr, eine revanchistische Außenseiterposition zugewiesen zu bekommen, missverständliche Diskussionen, das Aufrechnen der Schuld, die heikle politische Frage der Vertriebenen, vor allem ihre politische

Einvernahme, haben es in Deutschland faktisch lange Zeit unmöglich gemacht, sich mit Biografien und Lebensschicksalen der Generation der Flüchtlingskinder, ihrer Eltern, mit Schicksalen von Vertriebenen und Kriegsopfern, die Deutsche waren, fundiert im Sinne einer Sozialpsychologie, Psychoanalyse und Generationentheorie auseinander zu setzen. Dies erschwert heute praktisch eine wirklich professionelle Pflege hochaltriger Menschen in allen Einrichtungen der Altenhilfe und im Krankenhaus vor allem die Anwendung der für die Demenz so wichtigen Biografiearbeit. Die Einrichtungen der Altenhilfe sind deshalb betroffen, weil, wie Naomi Feil es ausgedrückt hat, das Leben im hohen Alter noch einmal verstanden werden will. Im Krankenhaus kommt es aufgrund der psychischen Dimensionen des Behandlungserlebens regelmäßig zu Flashbacks in die Zeiten von Krieg und Nachkrieg, welche von den jungen Pflegekräften und Ärzten in der Regel gar nicht verstanden werden. Trivialisierung und Beschämung sind hier zumeist die Antworten mit der Folge, dass die Patienten immer unruhiger werden oder ganz schweigen.

Auch die Familien sind irritiert. Denn obwohl diese Menschen alt sind, Pflege und Hilfe brauchen und unter dem Eindruck von Lebensende und Demenz beginnen, biografisches Material zu erzählen, sind ihre Erzählungen kaum ihrer bisherigen Biografie sinnhaft zuzuordnen. Manchmal hat es den Anschein, als erzählten die Personen das Leben eines anderen Menschen, wenn Material zu Tage tritt, von dem die Familie noch nie etwas gehört hat und was dann der Demenz und nicht der Realbiografie zugeordnet wird. Manchmal treten Affekte und vor allem Ängste und Verfolgungsgefühle, Projektionen und in der Folge Aggressivität auf und rufen Hilflosigkeit und Ärger bei den sorgenden Pflegenden und Therapeuten vor. Vielen Familien sind die traumatischen Seiten der Biografie ihrer Eltern unbekannt und sie reagieren auf die Erzählungen ihrer hochaltrigen Eltern mit Abwehr und Ärger. Dass hochaltrige Menschen biografisches Material erzählen, welches gesellschaftlich tabuisiert ist, hat bereits Gabriele Rosenthal in den 1990er Jahren von ihren Untersuchungen berichtet. Sie hat Beobachter, Opfer und Täter im Kontext der NS-Zeit biografisch interviewt und eine Theorie des biografischen Erzählens entwickelt, die ebenfalls für die Arbeit mit demenziell Erkrankten sinnvoll ist.

I.6.3 Die Gestalthaftigkeit der erzählten Biografie

Gabriele Rosenthal spricht von der Ganzheit eines Lebenslaufes, vor allem in der Perspektive des erzählten Lebenslaufes. Menschen wollen ihr Leben und ihr biografisches Schicksal als eine sinnhafte und gute Einheit, als Ganzes begreifen, das ist eine wesentliche Voraussetzung für ihre Identität. Eine sinnhaft erfahrene Biografie, wie schmerzlich sie auch immer sein mag, hilft das Leben als Ganzes anzunehmen und die letzte Lebensphase zu akzeptieren. Ausgangspunkt einer gestalttheoretischen Betrachtung von erzähltem Leben für die Biografiearbeit ist, dass die einzelnen Teile dessen, was berichtet wird, in einem logisch oder psychodynamisch sinnhaften Zusammenhang stehen, auch wenn dieser sich nicht sofort erschließt. Die Gesamtgestalt der Biografie ist eine zentrale Logik jeder Erzählung zum eigenen Leben. In der Demenz zerbricht nun die Gestalt des gelebten Lebens krankheitsbedingt, wodurch die verinnerlichte Ordnung der gelebten Biografie berührt wird. Das Zerschneiden oder Zerfallen der Gesamtgestalt des gelebten Leben ist nicht nur angstausslösend, demenziell Erkrankte suchen nach ihrer Identität, indem sie die erinnerbaren Teile ihre Biografie immer wieder erzählen und so den Versuch unternehmen, ihr Leben sinnhaft zu ordnen und sich auf diese Weise ihrer Identität zu vergewissern. Dies gelingt immer schwerer, vor allem weil die Ereignisse und Abfolgen des Lebenslaufes nicht mehr richtig erinnert werden können. Das beunruhigt und macht Angst. Zum einen wird in der Demenz die Gestalt der Biografie neu erzählt, wodurch Zuhörer verunsichert werden, zum zweiten werden nun auch solche Tatsachen erzählt, die vorher verschwiegen wurden, aber trotzdem wahr sind und zum dritten nimmt das Chaos, der unverstandene Teil der Biografie zu. Rosenthal sagt, dass jede biografische Erzählung Chaos und unverstandenes Material hat, das in eine Gestalt eingefügt werden muss. Demenzerkrankte Personen sind jedoch darauf angewiesen, dass die Gestalthaftigkeit ihrer Wahrnehmung und Biografie kommunikativ immer wieder von außen durch ihr Umfeld wieder hergestellt wird.

Das Erzählen setzt Erinnerungsarbeit voraus, wobei in Bezug auf die Erinnerung zwischen Gestalten, Figuren und Mustern einerseits und Chaos andererseits unterschieden werden kann. Gestaltetes ist wesentlich besser erinnerbar als Ungestaltetes, d. h. dass es sich zumeist erst während der Erzählung zeigt, welche Teile mühelos gestalthaft erinnert und erzählt werden können, wo nach Worten gesucht wird und während des Erzählens eine Gestalt entwickelt wird und was eben ungestaltet oder chaotisch

ist. Die Mühe, für Erlebnisse und Erfahrungen eine Sprache zu finden, etwas in Worte ausdrücken zu können, verweist auf die besondere Produktivität des Erzählens. Insofern sind Wiederholungen, eine gewisse Gespanntheit oder auch Abbrüche einer Erzählung kein bedauerlicher Irrtum, sondern verweisen auf den Gesamtzusammenhang der Gestalt. Erzählen heißt gleichzeitig für jemand anderen übersetzen, der zuhört. Erzählt wird immer jemandem, wodurch Erzählen auch gleichzeitig Bewusstwerden bedeutet, stärker als Sich-Erinnern. Im Erzählprozess selbst tauchen Ereignis-Aspekte und Strukturen sozialer Prozesse auf, welche der Akteur nicht wahrgenommen hat. Es aktualisieren sich ebenfalls Gefühle. Der Erzähler tritt sich in der Erzählung gewissermaßen selbst gegenüber und wird zum Betrachter und Zuhörer seiner eigenen Erzählung. Insofern ist der Erzählprozess durch diese Außenperspektive mehr als ein Erinnerungsprozess. Scham- und Peinlichkeitsgefühle können entstehen. In der Arbeit mit demenziell Erkrankten gehört es zur besonderen Kunst, die Erzählungen vor allem im Rahmen der zerfallenden Gestalt trotzdem zu schätzen und sich die Mühe zu machen, das Erzählte in eine Gesamtgestalt zu integrieren. Bisher ist diese Methode vor allem von Naomi Feil entwickelt und beschrieben worden. Dabei geht Feil aber von einer logischen Gestalt der Erzählungen von demenziell Erkrankten aus und nimmt an, dass vor allem die späte Verarbeitung des Lebens die Kommunikation von demenziell Erkrankten beeinflusst. Bewiesen ist das aber nicht. Beiwesen ist nur, dass die Erzählungen von biografischem Material bei demenziell Erkrankten der Vergewisserung der Identität dienen. Dabei werden bestimmte Lebensabschnitte, die für die Identität prägend sind, die Kindheit, die Arbeit, die Sorge für Nahestehende, die Unterstreichung des Habitus durch bestimmte Daseinstechniken von den Erzählern, auch wenn sie demenziell sind, besonders hervorgehoben und ggf. Immer wieder erzählt.

II. Vom anerkennenden Umgang mit Demenz

Tom Kitwood ein englischer Sozialpsychologe, entwickelte den personenzentrierten Ansatz Anfang der 1990er Jahre. Im Mittelpunkt seiner Überlegungen steht der demente Mensch als Person. Für Kitwood ist das Personsein „ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (Kitwood 2000, S. 27). Ein ganz wesentlicher Aspekt für den Umgang mit dementen Menschen liegt im Erhalt des Personseins. Auch ist dieses das oberste Ziel einer qualitativ hochwertigen Demenzpflege. Bei Anerkennung des vollen Menschseins soll der Bezugsrahmen nicht länger die „Person-mit-DEMENZ“, sondern die „PERSON-mit-Demenz“ sein. Es geht Kitwood um die die Einzigartigkeit von Personen, um Beziehung als zentrales Element (Kitwood 2000, S. 25). Nach Kitwood hat sich das Personsein infolge des Einflusses der Individualisierung auf zwei Kriterien reduziert: die Autonomie und die Rationalität. Bei Nichterfüllung dieser Kriterien werden oftmals Menschen aus dem Kreis der „Personen“ ausgeschlossen. Hierzu gehören neben alten Menschen auch Menschen mit Behinderungen und insbesondere an Demenz Erkrankte. Wenn man Demenz verstehen will, ist es entscheidend, Personsein im Sinne von Beziehung zu sehen, denn selbst bei sehr schwerer kognitiver Beeinträchtigung ist meist eine Begegnung und ein „In-Beziehung-Treten“ noch möglich (Kitwood 2000, S. 32).

II.1 Das Erleben von Demenz

Dem subjektiven Erleben der Krankheit Demenz wurde lange Zeit keine Bedeutung geschenkt. Eines der ermutigenden Zeichen heute ist, dass Menschen mit Demenz zumindest echte Subjektivität zugebilligt wird (Kitwood 2000, S. 107). Die Voraussetzung für eine adäquate Betreuung von Demenzkranken ist die Nachvollziehbarkeit des Erlebens aus der Sicht der Betroffenen. Es kann nur dann eine gute Betreuung Demenzkranker verwirklicht werden, wenn es gelingt, die innere Welt der Kranken, d. h. ihre Wahrnehmungen, das Erleben und die Denkvorgänge zu verstehen und in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen, was in der Praxis jedoch oft äußerst schwierig ist, da ihr sprachliches Vermögen i. d. R. eingeschränkt ist und sie nicht selbst über die Erfahrungen mit ihrer Krankheit berichten können. Kitwood nennt verschiedene Zugangswege, wie man einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz gewinnen kann (Kitwood 2000, S. 111-118).

1. Aufmerksames und strukturiertes Zuhören, aber auch phantasievolles Lauschen auf das, was demente Menschen im Alltag sagen, ist von Bedeutung. Insbesondere ist zu beachten, dass demente Menschen über Ereignisse der Vergangenheit in Bildern und Metaphern erzählen und diese auf ihre gegenwärtige Situation beziehen. Zu einem guten Zuhören kann der Einsatz von Bildern und Gegenständen gehören, auf die Menschen Aspekte ihres eigenen Erlebens projizieren können.
2. Es ist möglich, aus dem Verhalten, bzw. aus dem Handeln und den Handlungsversuchen von Menschen mit Demenz zu lernen. Im Verlauf einer Demenz und bei aktuellem Verlust von Fähigkeiten wird oftmals auf verfügbare Ressourcen zurückgegriffen, von denen einige in der frühen Kindheit erlernt worden sind. Eine einst bedeutungsvolle Person wird ihrer Angst über ihren Bedeutungsverlust Ausdruck verleihen wollen, was verbal durch Schreien oder handelnd durch Beißen oder Boxen geschehen kann. Eine Reihe repetitiver Bewegungen wie das Reiben und Zwicken von Körperteilen, ein Hin-und-her-Schaukeln oder das Zusammenknüllen von Kleidungsteilen kann als eine Form der Eigenstimulation verstanden werden, die den Personen Beschäftigung und Sicherheit geben.
3. Menschen, die eine Krankheit mit demenzähnlichen Merkmalen wie z. B. eine Depression durchgemacht haben und sich an das Erlebte erinnern

- können, können Einblicke in die Tiefen ihres Erlebens geben, die gekennzeichnet sind von Panik, Selbstvorwürfen und Verzweiflung.
4. Ein Einsatz der eigenen poetischen Vorstellungskraft ist ein weiterer Weg, das Erleben von Personen mit Demenz zum Ausdruck zu bringen. z. B. hat John Killick (1994, in: Kitwood 2000, S. 116) viele Stunden in Gesellschaft mit dementen Menschen verbracht und hat seine Eindrücke in Gedichtform wiedergegeben.
 5. Schließlich gibt es noch die Möglichkeit des Rollenspiels, in dem Betreuende (jedoch nur unter professioneller Anleitung) den Part einer Person mit Demenz übernehmen und sich in einer nachgeahmten Umgebung, in der die Pflege bzw. Versorgung stattfindet, auslebt. Hierbei kann die Erfahrung sowohl verwirrend als auch erhellend sein. Intensive Gefühle wie Angst, Wut, Furcht vor Verlassenwerden, das Verlangen Chaos zu stiften, das Gefühl des Betrogenseins und der Isolation können erlebt werden. Kitwood bezeichnet das Rollenspiel als einer der mächtigsten Wege zum Verständnis der Demenz, weil die Akteure sich weit über einen lediglich intellektuellen Zugriff hinaus einem echten „Ausgesetztsein“ nähern (Kitwood 2000, S. 118). Jedoch sagt er auch, dass trotzdem die Erlebenswelt der dementen Personen nicht vollständig erfasst werden kann, unabhängig von dem gewählten Zugangsweg.

Je nach Persönlichkeitstyp und Biografie sind das Erleben einer Demenzerkrankung und der Umgang damit sehr unterschiedlich. Auch bezüglich der Krankheitseinsicht können große Unterschiede bestehen. Das eine Extrem bilden Menschen mit sehr geringer Krankheitseinsicht, die dazu neigen, ihre Krankheit zu verleugnen und anderen die Schuld für Defizite und Fehler zu geben. „Nach und nach hüllt sie die Demenz dann wie ein undurchdringlicher Nebel ein. Bei manchen Gelegenheiten dringen beim Zusammenbruch psychischer Abwehrmechanismen kraftvolle, rohe Emotionen nach außen“ (Kitwood 2000, S. 110). Eine andere, geringere Gruppe akzeptiert die Demenzerkrankung ohne Abwehrreaktion und hat somit eine Chance, sie auf relativ positive Weise zu erleben (Kitwood 2000, S. 110-111).

II.2 Die Sicht der Angehörigen

Das Erleben der Demenz aus der Sicht Angehöriger, insbesondere pflegender Angehöriger, wird in der Literatur meist unter dem Aspekt von Belastung beschrieben. Im Einzelfall ist der Grad der Belastung verschieden, ausschlaggebend ist besonders die Belastungsverarbeitung, die im Wesentlichen von der Qualität der emotionalen Beziehung zwischen der dementen Person und dem betreuenden Familienmitglied abhängt. Die Diagnose Demenz eines Familienmitgliedes wirkt auf die Familienangehörigen oft erdrückend und bedrohlich. Durch die überwiegend negative Schilderungsweise des Krankheitsverlaufes in Informationsmaterialien wird die Demenz als eine hoffnungslose Katastrophe empfunden (vgl. Trilling 2001, S. 33 ff). Zu Beginn einer Demenz stehen Gefühle von Schmerz und Trauer im Vordergrund, erst im weiteren Verlauf der Krankheit spielen weitere Emotionen wie Angst (besonders die Angst vor Verlusten), Scham, Schuld, Ekel und Aggressionen eine zentrale Rolle (vgl. Breidert 2001, S. 44). All das hindert zunächst und manchmal auch nachhaltig daran, sich dem Kranken offen und wertschätzend zuzuwenden und auch „demenzisch“ zu lernen.

II.3 Bedürfnisse dementer Menschen

Ein Mensch kann ohne die Befriedigung seiner Bedürfnisse als Person nicht existieren. Kitwood (2000) nennt als allumfassendes Bedürfnis das nach Liebe und sagt, dass Menschen mit Demenz oft ein unverhülltes und beinahe kindliches Verlangen danach zeigen. Mit dieser Liebe ist eine „großzügige, verzeihende und bedingungslose Annahme, ein emotionales Geben von ganzem Herzen, ohne die Erwartung einer direkten Belohnung“ (Kitwood 2000, S. 121) gemeint. Verschiedene weitere, sich überschneidende Facetten, die sich um das zentrale Bedürfnis nach Liebe gruppieren, sind: Trost, Einbeziehung, Beschäftigung, Identität und primäre Bindung. Bei Menschen mit Demenz, die verletzlicher sind als gesunde Individuen und weitaus weniger in der Lage, die zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse notwendigen Initiativen zu ergreifen, sind diese Bedürfnisse besonders sichtbar (Kitwood 2000, S. 121-125).

II.3.1 Bedürfnis nach Trost

Bei einer Demenz, in der die Person mit einem Gefühl von Verlust ringt – gemeint ist das Versagen von Fähigkeiten, der Abschied von geliebten Menschen durch Tod oder das Ende eines langgehegten Lebensstils –, hat Trost eine besondere Bedeutung. Er impliziert die Gefühle wie Zärtlichkeit, Nähe, Sicherheit und das Lindern von Schmerz. Dieses Bedürfnis nach Trost dürfte bei Personen mit Demenz besonders ausgeprägt sein.

II.3.2 Bedürfnis nach Einbeziehung

Teil einer Gruppe zu sein ist ein ausgeprägtes Bedürfnis von Menschen allgemein. Das Bedürfnis nach Einbeziehung tritt bei Menschen mit Demenz sehr ausgeprägt zutage, was sich in der Neigung zum Anklammern oder Umhergehen, in einem Verhalten, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und im Ausdruck verschiedener Formen des Protestes zeigt.

II.3.3 Bedürfnis nach Beschäftigung

Beschäftigt zu sein bedeutet auf ganz persönlich bedeutsame Weise und mit den zu Verfügung stehenden Kräften einer Person in den Lebensprozess eingebunden zu sein. Die Art der Beschäftigung kann eine Mitarbeit an einem Projekt oder auch das Spielen sein. Werden Menschen ihrer Beschäftigung beraubt, beginnen ihre Fähigkeiten nachzulassen und die Selbstachtung geht verloren. Menschen mit Demenz haben oft große Freude, wenn sie helfen können oder an Aktivitäten oder Ausflügen teilnehmen.

II.3.4 Bedürfnis nach Identität

Eine Identität zu haben, bedeutet zu wissen, wer man ist, sowohl im Erkennen als auch im Fühlen. Es bedeutet, eine Geschichte zu haben und umfasst das Spannen eines roten Fadens vom vergangenen zum gegenwärtigen Leben. In der „alten Kultur“ der Demenzpflege werden durch extreme Institutionalisierung und Beseitigen des Kontaktes mit der Vergangenheit demente Menschen ihrer Identität beraubt. Neuere Konzepte stellen dar, dass trotz Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen Identität erhalten werden kann. Zwei Dinge scheinen von essentieller Bedeutung zu sein. Zum einen ist es die detaillierte Kenntnis der jeweiligen Biografie des Menschen. Selbst wenn die Person selbst nicht mehr in der Lage ist, an der narrativen Identität festzuhalten, können andere es in lenkender und unterstützender Weise tun. Zum zweiten ist es ein Entgegenbringen von Empathie, die es dem Gegenüber ermöglicht, sich in seiner Einzigartigkeit als Person zu empfinden.

II.3.5 Bedürfnis nach Bindung

John Bowlby (1969) entwickelte die Theorie der Bindung, die für die soziale Spezies Mensch von großer Bedeutung ist. Als einer der wichtigsten Bausteine für die menschliche Entwicklung bildet die primäre Bindung ein Sicherheitsnetz, das gerade in den ersten Lebensjahren relevant ist, in denen die Welt voller Ungewissheiten und Unwägbarkeiten ist. Doch auch in späteren Phasen des Lebens trägt erfahrene Bindung dazu bei, ein stabiles, inneres Gleichgewicht zu entwickeln und die soziale Anpassung zu sichern. Der Verlust einer primären Bindung kann das Gefühl der Sicherheit unterhöhlen, was besonders dann verheerende Auswirkungen auf das Individuum haben kann, wenn innerhalb kurzer Zeit mehrere Bande reißen. Im höheren Lebensalter wird Bindung suchendes Verhalten als ein wesentliches Verhaltensmuster angesehen, um die gewünschte, als positiv erlebte Nähe zu einer Person zu bekommen oder aufrecht zu erhalten. Diese gewünschte Nähe umfasst Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Schutz und Geborgenheit, sowie den Wunsch, gewärmt und genährt zu werden. Auch bei Demenz bleibt das Bedürfnis nach primärer Bindung bestehen und kann sogar so stark sein wie in der Kindheit (vgl. auch Stuhlmann 2004, S. 49/50). Eine Gewissheit der Nähe und Wärme wird auch durch den Gebrauch

von Übergangsobjekten vermittelt, wie sie Winnicott (1987) bei der Entwicklung von Kleinkindern beschrieben hat. Mit Übergangsobjekten sind unbelebte Objekte wie eine (Schmuse-)Decke, eine Puppe, ein Tier aus Stoff oder allgemein etwas Weiches gemeint, die Kleinkinder im Übergang zwischen der Phase der engsten Verbundenheit mit der Mutter und einer Phase der Loslösung gerne mit sich herumtragen. Das Übergangsobjekt wird zu einem Vermittler von Sicherheit, Wärme und Vertrauen und somit zum nährenden und tröstenden Begleiter. In der Altenpflege hat die Arbeit mit Übergangsobjekten z. B. als „Puppentherapie“ (Stuhlmann 2004, S. 95) Eingang gefunden. Auch im Umgang mit dementen Menschen spielen Puppen und Stofftiere eine besondere Rolle. Sie wirken zum einen als Stärkung der Person, indem sie „eine Brücke zur verlorenen, alten Welt“ (Klessmann 1999, S. 112) darstellen, zum anderen dienen sie der selbstgesteuerten Regression. Die Aktivitäten werden auf einen bindungsrelevanten Vorgang des Versorgens und Bemutterns gelenkt, wodurch soziale Kommunikation ermöglicht und gefördert wird, die nicht Zurückweisung oder Unverständnis riskieren muss. Weiterhin wirkt die Möglichkeit der Beteiligung von Bezugspersonen bindungsstärkend, weil diese in den Interaktionsprozess mit einbezogen werden können (Stuhlmann 2004, S.95). Das Wiederaufleben einer engen Beziehung über Stofftiere und Puppen bei Menschen mit Demenz beschreibt Edda Klessmann (1999) ausführlich. Sie bezeichnet die spielerische Ausdrucksmöglichkeit von emotionalen Empfindungen durch den Dialog mit Übergangsobjekten als „psychohygienische Entlastungsfunktion“ (Klessmann 1999, S. 112). Eine Befriedigung dieser beschriebenen Bedürfnisse alter, dementer Menschen bildet die Grundlage einer personenzentrierten Pflege.

II.4 Zugangswege zu Personen mit Demenz

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, einen Zugang zu „PERSON(en)-mit-Demenz“ (Kitwood 2000, S. 25) zu gewinnen und einen Einblick in ihre subjektive Welt zu erhalten. Wie schon erwähnt, sind nach Kitwood eine wesentliche Voraussetzung für einen guten Umgang, die Qualität der Pflegebeziehung und die Interaktionsfähigkeit der betreuenden Personen. Auch Christian Müller-Hergl (1998) schließt sich der Auffassung von Kitwood an und sagt sogar, dass Demenzkranke durch zwischen-menschliche Beziehung zu „heilen“ seien. Da unsere Gesellschaft ihre Mitglieder meist durch Verstand und Arbeit definiert, so Müller-Hergl, werden Demenz-Betroffene selten als

vollwertige Menschen wahrgenommen und behandelt. Ihnen wird zugemutet, sich in einer Welt zurechtzufinden, die von den Vorstellungen kognitiv gesunder, arbeitender Menschen geprägt ist. Dabei wird übersehen, dass der Demenzkranke den Verlust seiner kognitiven Fähigkeiten sowie die Auflösung innerer und äußerer Strukturen als Ende seiner Persönlichkeit erlebt und mit massiver Angst reagiert. Manche „Verhaltensstörungen“ demenziell Erkrankter haben daher nicht nur biologische, sondern auch soziale Ursachen (insbesondere das Trio aus Angst, Anonymität und Macht). Diese Erkenntnis hat in neuerer Zeit dazu geführt, andere Ansatzpunkte zu wählen, denn die Art und Weise, wie man mit Personen mit Demenz umgeht, lässt sich leichter beeinflussen als die neuropathologischen Veränderungen im Gehirn. Nach Müller-Hergl stützt sich der Umgang mit Demenz-Kranken auf mindestens vier elementare Säulen. Dabei handelt es sich um die Gefühle, etwas wert zu sein, etwas tun zu können, mit anderen in Kontakt treten zu können und über Hoffnung und Urvertrauen verfügen zu können. Um an dieser „positiven Personenarbeit“ anzusetzen, bedarf es entsprechender Bereitschaft und Einstellungen bei den Betreuenden. Das beinhaltet u. a.:

- Selbst mit Chaos und Zerfall klarzukommen
- Im Patienten die Person und nicht die Demenz zu sehen
- Die Person anzuerkennen und zu würdigen
- Den Kranken ernst zu nehmen, seine Gefühle wertzuschätzen und echt zu bleiben
- Mehr Wert auf die Person als auf die Funktion zu legen
- Funktionen für den Kranken zu übernehmen (wie Strukturierung, Haltvermittlung, Impulskontrolle), ihm Dinge zu erleichtern und lustvolle Momente zu schaffen
- Sich gemeinsam (im Kontakt miteinander) freuen, mit ihm spielen und feiern und „zwecklos“ zusammen sein.

Durch eine gute Gestaltung der Beziehung lassen sich Sekundärsymptome wie Unruhe, Weglaufen, Angst, Apathie, Aggression, Schreien etc. günstig beeinflussen. (Müller-Hergel 1998, <http://www.demenz-spektrum.de>). Eine der großen Herausforderungen an die Begleitung von Menschen mit Demenz ist es, den Kontakt zu ihnen herzustellen, ihn zu halten und über das Kommunizieren eine gemeinsame Beziehungsebene zu finden. Doch durch eine häufig vorkommende Beeinträchtigung des Sprachzentrums ist eine verbale Verständigung nicht immer ausreichend möglich. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass die Betroffenen oft unter den Erinnerungsschwächen leiden

oder so verzweifelt sind, dass eine persönliche Annäherung erschwert wird und der Versuch einer Kommunikation für alle Beteiligten nervenzehrend sein kann.

Im Bereich der Interaktion mit Dementen sind in den letzten Jahren eine Reihe von Kommunikationsansätzen entstanden, die den Umgang mit dementen Personen erleichtern und Überforderung und Eskalation vermeiden helfen. Hierzu zählen kognitive Ansätze wie der von Jenny Powell, die vor allem durch verhaltensmodifizierende Vorschläge aufzeigt, wie sich Kommunikation mit dementen Menschen verbessern lässt. Zum anderen sind es Einführungen in die Methode der Validation, die über ein Bemühen um das Verstehen der subjektiven Erlebniswelt dementer Menschen hilft, Schamsituationen zu vermeiden. Weiterhin lassen sich mit Hilfe des Kommunikationsmodells von Friedemann Schulz von Thun Verhaltensweisen und Sprachstile analysieren und neue Wege zu einem besseren Umgang miteinander finden.

II.5 Hilfen zur Kommunikation nach J. Powell

Jenny Powell (2003) hat konkrete Hilfestellungen entwickelt, die es Pflegenden und den Angehörigen ermöglichen, mit einer dementen Person in Kontakt sprachlich zu kommen und sowohl ihr Wohlbefinden als auch das ihrer betreuenden Begleiter zu stärken. Sie verbindet die klientenzentrierte Vorgehensweise (Rogers 1977, 1993), in der die Echtheit und ein präzises einführendes Verstehen seitens der betreuenden Person und eine bedingungslose Annahme des Gegenübers gefordert sind, mit praktischen Anleitungen und verhaltensmodifizierenden Vorschlägen für den Pflege- und Familienalltag.

Powells Ausführungen befassen sich damit,

- wie der „normale“ Kommunikationsprozess verläuft und warum er bei älteren Menschen gestört sein kann,
- inwiefern eine demenzielle Erkrankung die Kommunikation beeinflussen kann und
- welche Ideen und Tipps es gibt, verschiedene Kommunikationswege aufrecht zu erhalten.

II.5.1 Die „normale“ Kommunikation

Eine Voraussetzung für den Sprach- und Verstehenszugang mit Dementen ist die Kenntnis des Ablaufes einer „normalen“ Kommunikation. Menschen kommunizieren miteinander, um ihre Bedürfnisse, Meinungen und Gefühle auszudrücken. Ihre Kommunikation ist dann erfolgreich, wenn die Gedanken einer Person von der anderen verstanden werden. In der Regel haben wir von den Worten, die wir in unserer alltäglichen Sprache verwenden, in unserem Kopf ein „Konzept“, was eine Ansammlung vieler Bilder bedeutet. Diese Bilder setzen sich aus im Gehirn gespeicherten Erinnerungen von Ereignissen und Dingen zusammen. Über den bloßen Begriff „Apfel“ beispielsweise können wir die Form, die Farbe und den Geruch eines Apfels in uns hochkommen lassen. Wir wissen, wie er sich anfühlt und dass er an einem Baum wächst. Dieses wird als „semantische“ Erinnerung oder als „Konzepterinnerung“ (Powell 2003, S. 9) bezeichnet. Zusätzlich zur semantischen Erinnerung sind auch persönliche Erinnerungen im Gehirn gespeichert, die mit gemachten Erfahrungen und persönlich erlebten Ereignissen verbunden sind, wie beispielsweise ein Apfel geschmeckt hat, der am Tag zuvor gegessen wurde. Dieses bezeichnet man als „episodische Erinnerung“ (a.a.O.).

- Stufe 1 Um bei dem Beispiel eines Apfels zu bleiben: Es erfolgt ein Gedanke, eine nonverbale geistige Vorstellung davon, wie ein Apfel riecht, aussieht und schmeckt, und der Beschluss, einen Apfel zu essen.
- Stufe 2 Es muss das passende Wort aus dem Sprachareal des Gehirns gefunden werden, das zu dem Wunsch nach dem Apfel, also dem Konzept, passt.
- Stufe 3 Die Wörter, die am besten zu einem Konzept passen, werden ausgewählt und zu einem Satz formuliert, z. B.: „Ich hätte gerne einen Apfel“.
- Stufe 4 Der Zuhörer muss in der Lage sein, das in gesprochene Sprache transferierte Konzept des Sprechers zu hören und aufzunehmen.
- Stufe 5 Die akustisch wahrgenommenen Wörter werden dann zu seinem Sprachareal weitergeleitet, wo sie mit den bereits gespeicherten Wörtern, das sind die, die er in seinem Leben erlernt hat, verglichen werden.
- Stufe 6 Nachdem die Wörter im Sprachareal des Zuhörers angekommen sind, werden sie in nonverbale Vorstellungen, also Konzepte, umgesetzt. Erst jetzt versteht der Zuhörer, was der Sprecher gemeint hat.

Einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert hat bei der Übermittlung von Konzepten die nonverbale Kommunikation, die gleichzeitig mit der verbalen Kommunikation oder auch ganz ohne Wörter, nämlich durch Mimik, Gestik, Tonfall, sowie Augenkontakt die Gefühle ausdrücken kann (Powell 2002, S. 11-12, vgl. auch Schulz von Thun 1981, 1996). Zu diesen Ausführungen von Jenny Powell lassen sich Parallelen aus den Theorien des Kommunikationspsychologen Friedemann Schulz von Thun (1996) einfügen, der drei verschiedene Vorgänge auseinander hält, aus denen sich die innere Reaktion des Empfängers aufbaut und die für die innere Klarheit und die Fähigkeit zum Feedback von großer Bedeutung sind:

- Etwas wahrnehmen, d. h. etwas sehen (z. B. einen Blick), etwas hören.
- Etwas interpretieren, d. h. das Wahrgenommene mit einer Bedeutung versehen. Diese Interpretation kann richtig oder falsch sein. Wichtig ist das Bewusstsein, dass es sich um eine Interpretation handelt.
- Etwas fühlen, d. h. auf das Wahrgenommene und Interpretierte mit einem eigenen Gefühl antworten, „wobei die eigene seelische Bodenbeschaffenheit mit darüber entscheidet, was für ein Gefühl ausgelöst wird“ (Schulz von Thun 1996, S. 72).

Man kann erst dann sicher annehmen, dass man verstanden worden ist, wenn eine entsprechende Rückmeldung des Gegenübers erfolgt ist. Dies wird Feedback genannt, gemeint ist „die Begegnung mit dem Empfangsresultat“, die eine „innere Reaktion“ des Gegenübers auf die aufgenommene Nachricht ist (Schulz von Thun 1996, S. 69).

II.5.2 Kommunikation und Demenz

Bei Personen mit Demenz treten Probleme mit Konzepten, also bestimmten Vorstellungen von Dingen und Ereignissen, auf. Auch Patienten mit Schlaganfällen, Kopfverletzungen, Hirnerkrankungen und der Parkinsonschen Krankheit können hiervon betroffen sein. Eine Person mit Demenz hat oft Schwierigkeiten, sowohl bestimmte Wörter für ihre Gedanken zu finden, als auch die Worte anderer Menschen zu verstehen (Aphasie oder Dysphasie). Diese Sprachstörungen sind eine Folge der Beschädigung der Sprachareale im Gehirn. Menschen mit Demenz können sowohl mit Wörtern als auch mit der Ausbildung von Konzepten Schwierigkeiten haben, jedoch sind letztere der häufigere Grund für ihre kommunikativen Beeinträchtigungen.

II.5.3 Probleme mit Konzepten

Das Problem für eine Person mit Demenz ist, sowohl eigene Konzepte auszubilden, als auch die Konzepte anderer zu verstehen. Die Bilder, die im Kopf entstehen, fügen sich nicht zu einem erkennbaren Ganzen zusammen, es erscheinen vielmehr imaginäre Bilder, die verwirrend sind und für die betroffene Person nur schwer einen Sinn ergeben. Das geistige Festhalten an einem Konzept kann für diese Menschen so schwer sein, wie Sand in der Hand zu behalten. Dieses führt zu Schwierigkeiten beim logischen Denken, beim Schlussfolgern und beim Treffen von Entscheidungen, also bei der eigenen Konzeptbildung. Die Autoren Konrad Maurer und David Prvulovic führen diese Schwierigkeiten im Umgang mit kognitiven Konzepten darauf zurück, „dass die Gestalt zerfällt“ (Maurer Prvulovic 2009, S. 363ff). Sie benutzen die Gestalttheorie nach Wertheimer und Ehrenfels, um am Beispiel des an Demenz erkrankten Grafikers Carolus Horn zu erklären, welche Verbindungsfunktionen durch die Demenz zerstört werden, so dass eine gestalthafte und damit sinnhafte Wahrnehmung für die betroffenen Personen nicht mehr möglich ist. „Allen Gestaltgesetzen ist gemeinsam, dass sie die Art und Weise beschreiben, wie unser Gehirn den mit potenziell unendlich vielen Bildinformationen ausgefüllten Seheindruck in bedeutsame Strukturen und Formen organisiert“, (Maurer Prvulovic 2009, S. 363). Zusammengehörende Strukturen, Formen, Objekte oder Personen können als solche wahrgenommen werden. Die Synchronisierungsleistungen des Gehirns bewirken die Kompetenz der Gestaltwahrnehmung und Gestaltperzeption. Am Beispiel des Grafikers Carolus Horn haben die Verfasser eine Ausstellung kommentiert, die den Titel trägt: „Wenn aus Wolken Spiegeleier werden“. Diese Ausstellung gibt Hinweise auf die veränderte visuelle Wahrnehmung demenzerkrankter Personen. Im Endstadium der Krankheit so (Maurer und Prvulovic 2009, S. 371) sei der „Verlust jeglicher Objekt und Gestaltstruktur zu erkennen“.

II.5.4 Alte und neue Erinnerungen

Geistige Bilder und alte Erinnerungen sind normalerweise im Gedächtnisspeicher abgelegt. Immer neue kommen hinzu, die irgendwann zu alten Erinnerungen werden. Ein Mensch mit einer leichten Demenz hat oft wenig Probleme, alte Erinnerungen

abzurufen, die aus einer Zeit stammen, bevor die Erkrankung begonnen hat, denn hier war die Speicherfähigkeit noch in Ordnung. Doch bei weiter voranschreitender Demenz werden auch alte Erinnerungen in Mitleidenschaft gezogen. Schwierig ist es in der Regel für einen dementen Menschen, neue Erinnerungen abzurufen. So kann z. B. das Erinnerungsvermögen so gestört sein, dass er nicht mehr weiß, was er morgens gegessen hat. Diese neue Erfahrung kann dann nicht ins Gedächtnis abgespeichert werden, um später darauf zurückgreifen zu können.

II.5.5 Erinnerungen mit Gefühlen

Es gibt jedoch neue Dinge und Begebenheiten, an die ein Mensch mit Demenz sich durchaus gut erinnern kann. Das sind Erinnerungen, die mit starken Gefühlen assoziiert sind. Das kann der Verlust eines Freundes oder Verwandten, oder auch ein freudiges Ereignis sein. Man kann sagen, dass Gefühle dem Gedächtnis helfen, das Ereignis abzuspeichern und es somit potentiell in den Speicher für „alte Informationen“ aufzunehmen.

II.5.6 Wie ist auf Probleme bei der verbalen Kommunikation zu reagieren?

Die meisten Kommunikationsprobleme lassen sich dadurch erklären, dass die Betroffenen Schwierigkeiten haben, imaginäre Bilder, Konzepte und Erinnerungen abzurufen. Ihre Verhaltensweisen und Kommentare sind in Wirklichkeit nur ein Versuch, den Wirrwarr im Kopf, also die durcheinander gebrachten Konzepte, zu entwirren und darin einen Sinn zu finden. Ausgehend davon hat Jenny Powell einen Problemlösungsansatz entwickelt, in dem sie Scham vermeidend in einem Dreischritt behutsam versucht, einen Menschen mit Demenz zu begleiten und anzuleiten, dass er sich nicht so fühlt, als würde seine Selbstständigkeit in Frage gestellt. In den Schritten: „Handle nach dem Motto ABC“ (Powell 2000, S. 20) skizziert sie einen demenzgerechten Umgang folgendermaßen:

II.5.7 Vermeide Konfrontation (Avoid confrontation)

Einen Menschen mit Demenz mit seinen Fehlern zu konfrontieren, ist nicht kommunikationsfördernd, sondern beschwört eher eine schlechte Atmosphäre herauf, die niemandem nützt. Stattdessen schlägt Powell eher unverbindliche Aussagen wie: „Ach wirklich?“ oder „Ich weiß nicht“ vor.

Es lässt sich hierzu ein Vergleich zu den Techniken des „passiven Zuhörens“ von Thomas Gordon (Patientenkonferenz 1997, S. 83f) ziehen, wo durch zugewandte Körperhaltung, Aufmerksamkeitsbekundungen und einfache, nicht wertende Kommentare wie: „Ach, interessant“ oder „Ach ja?“, oder „Hm“, „Tatsächlich?“ dem Gegenüber Wertschätzung entgegengebracht wird.

II.5.8 Handle zweckmäßig (Be practical)

Wenn sich kritische Situationen vorhersehen lassen, sollte man eine praktikable Lösung dafür finden.

II.5.9 Kläre das Gefühl (Clarify the feelings and comfort)

Formuliere die Gefühle des Gegenübers und spende ihm Trost (falls er ängstlich oder aufgeregt ist) – Clarify the feelings and comfort. Menschen mit Demenz geraten oft wegen ihrer Irritierungen in emotionale Erregung. Es ist für sie hilfreich, wenn ihr Handeln an ein für sie möglicherweise empfundenes Gefühl angebunden wird. So kann man ihnen vorschlagen, was man glaubt, welches Gefühl sie haben könnten. Das kann der Person helfen, sich zu beruhigen. Rogers (1993) beschreibt dieses Vorgehen als einführendes Verstehen (Empathie), was bedeutet, „die Erlebnisse und Gefühle des Klienten präzise und sensibel zu erfassen“ (Rogers 1993, S. 23). Es ist ein „Verstehen durch kommentierende Bemerkungen, die sich nicht nur auf das beziehen, was dem Klienten bewusst ist, sondern auf die nebelige Zone am Rande der Gewahrnehmung“ (Rogers 1993, S 24). Im Folgenden ein Beispiel nach Powell (2000, S. 28, weitere ausführliche Problemlösungsstrategien sind auf den Seiten 24-37 zu finden).

Das Problem:

„Er hört nicht auf, über die Vergangenheit zu sprechen.“

Warum?

- Er hat Probleme mit neueren Erinnerungen. Das Gedächtnis hat nur die alten Erinnerungen gespeichert, mit denen es arbeiten und funktionieren kann.
- Er fühlt sich sicherer, wenn er über etwas spricht, an das er sich gut erinnern kann.

Handle nach dem Motto ABC:

A: Vermeide Konfrontation (Avoid Confrontation)

- Sage nicht: „Nicht schon wieder die Vergangenheit“ oder „Das habe ich doch schon hundert Mal gehört!“
- Versuche unverbindlich zu reagieren, falls Du es wirklich nicht mehr ertragen kannst, die Geschichte zu hören. Zum Beispiel mit: „Das stimmt.“

B: Handle zweckmäßig (Be practical)

- Versuche, eine positive Einstellung zu den Erzählungen zu bekommen, wenn es offensichtlich ist, dass das Gegenüber es genießt, über die Vergangenheit zu sprechen. Wenn er die Vergangenheit und die Gegenwart vermischt, versuche vorsichtig, das, was er sagt, in den richtigen Kontext zu stellen. Zum Beispiel: „Ja, das stimmt. Das war vor einer langen Zeit, da lebstest Du noch in Düsseldorf.“
- Alte Erinnerungen lassen sich mithilfe eines Tagebuches oder eines Erinnerungsalbums hervorrufen.

C: Formuliere die Gefühle und spende Trost

(falls er ängstlich oder aufgeregt ist) (Clarify the feelings and comfort)

- Zum Beispiel: „Das scheint Dich sehr traurig zu machen.“

Hier einige Alltagsbeispiele:

- Wenn ein alter, dementer Mensch immer wieder fragt: „Wo ist meine Mutter, ich muss zu meiner Mutter gehen“, macht es wenig Sinn, ihn mit einer Tasse Kaffee abzulenken oder gar ihm beizubringen, dass seine Mutter längst tot ist. Dieser Mensch ist zeitlich nicht orientiert, die Vergangenheit erscheint ihm als Gegenwart. Er fühlt sich verloren, allein und verängstigt. Vielmehr sollte man hier das dahinterliegende Bedürfnis erfassen und seine Emotion verbalisieren: „Du musst Deine Mutter sehr vermissen?“ oder „Bei Deiner Mutter ist es schön? Da fühlst Du Dich geborgen?“ oder „wie alle brauchen eine gute Mutter“, „eine gute Mutter ist wichtig“.
- Wenn Wörter vertauscht oder die richtigen Worte nicht gefunden werden, kann es sein, dass das Gehirn ein falsches Wort für das gesuchte Konzept (das geistige Bild) auswählt. Evtl. ist dem Betroffenen auch das Konzept unklar, so dass er gar nicht das richtige Wort finden kann. Der Betreuende sollte diesen Fehler unkommentiert lassen oder ihm bei der Suche behilflich sein, wenn er darum bittet. Das möglicherweise beschämende oder auch Ärger hervorrufende Gefühl des Klienten kann gemildert werden durch die Aussage: „Ich weiß, es ist schrecklich, wenn man nicht das richtige Wort findet“, oder: „Ich kenne das, es ist furchtbar, wenn einem das Wort auf der Zunge liegt und man kann es nicht aussprechen.“
- Wenn eine alte, verwirrte Person immer wieder sagt, dass sie zur Arbeit gehen müsse, kann es sein, dass sich imaginäre Konzepte bzw. Bilder vermischen und undeutlich werden. Sie kann sie nicht mehr auseinanderhalten, es werden Vergangenheitserfahrungen im Heute gegenwärtig. Eine Antwort: „Du gehst doch gar nicht mehr arbeiten“ würde zur Verärgerung oder Aufregung der Person führen. „Dein Beruf war wirklich interessant“ oder „Jetzt bist du pensioniert, da musst Du nicht immer jeden Morgen so früh aufstehen“, oder auch eine Ablenkung ganz anderer Art wäre eine mögliche Intervention. Um dem Gegenüber zu zeigen, dass man ihn versteht und seine Gefühle akzeptiert, wäre es hilfreich zu sagen: „Du vermisst Deine Arbeit wohl sehr? Sie hat Dir viel Spaß gemacht.“

Äußere Hilfen

Beim Umgang mit dementen Menschen ist es wichtig, sich einiger scheinbarer Äußerlichkeiten bewusst zu werden.

1. Statt Fragen zu stellen, während man herumläuft, sollte der Kopf während des Gespräches dem Menschen zugewandt sein. Auch ein Kontakt in Augenhöhe, das Ansprechen mit dem Namen und/oder ein leichtes Berühren am Arm kann den Gesprächsbeginn erleichtern. Hintergrundgeräusche, wie vom Radio oder Fernseher, sollten ausgeschaltet sein.
2. Die Art des Sprechens ist wichtig. Einfache, kurze Sätze mit der Betonung auf wichtigen Wörtern, in deutlicher Sprache, evtl. mit Wiederholungen, können vom Gegenüber besser verstanden werden. Bei Erwähnung einer Person oder eines Gegenstandes ist es hilfreich, mit dem Finger darauf zu zeigen.
3. Offene Fragen, die in einer „normalen“ Kommunikation eher gesprächsfördernd sind, sollten vermieden werden. Fragen, auf die man mit „Ja“ oder „Nein“ antworten kann, sind hier die besten. Z. B. „Möchtest Du gerne einen Kaffee trinken?“
4. Die Verwendung konkreter Begriffe wie: „Es regnet stark“ anstatt „Es regnet Bindfäden“ ist angezeigt, weil Menschen mit Demenz manchmal Redewendungen wörtlich nehmen.

II.6 Validation

Demenz und in diesem Zusammenhang die damit einhergehenden kognitiven Defizite sind nicht allein vor dem Hintergrund genetischer und pathophysiologischer Veränderungen zu sehen, sondern haben immer auch etwas mit somatischen, emotionalen und sozialen Defiziten im Prozess des Alterns zu tun. Aus diesem Grunde spielt die psycho-emotionale und psycho-soziale Situation eines jeden Betroffenen eine wichtige Rolle. Der Begriff Demenz, ins Deutsche übertragen „ohne Geist“, als generelle Bezeichnung von Verwirrtheit ist äußerst fragwürdig. Desorientierte, alte Menschen sind jedoch keineswegs ohne Geist, sie sind im Gegenteil äußerst kreativ auf der Suche nach ihrer verlorenen Identität, ihrem verlorenen Selbstwertgefühl und ihrer verlorenen Würde, so Naomi Feil (2000). Und diese Identität suchen sie nicht im Hier und Jetzt, sondern in der Vergangenheit, einer Zeit, in der sie noch etwas zu sagen hatten, als sie noch ‚Wer‘ waren und eine wichtige Rolle spielten.

II.6.1 Was ist Validation?

Die Amerikanerin Naomi Feil entwickelte das Konzept der Validation in den 1980er Jahren. In ihrer Arbeit als Sozialarbeiterin, in der sie mit dementen Menschen zu tun hatte, machte sie wichtige Erfahrungen: „Ich gab das Ziel der Orientierung auf die Realität auf, als ich bemerkte, dass die Gruppenmitglieder sich immer dann zurückzogen oder zunehmend feindseliger wurden, wenn ich sie mit der unerträglichen Realität der Gegenwart zu konfrontieren versuchte“ (Feil 2000, S. 9). Ihre Erfahrung war, dass die Personen in ihrer Erlebniswelt gefangen blieben und nur dann auf andere Gruppenmitglieder reagierten, wenn Gefühle sondiert und in Erinnerung gerufen oder wenn im Gespräch mit ihnen an biografische Erfahrungen angeknüpft wurde.

Naomi Feil entwickelte das Konzept der Validation für einen verstehenden Umgang mit alten, desorientierten Menschen. Ihrem Betreuungskonzept liegen Grundprinzipien der humanistischen, behavioralen und analytischen Psychologie zugrunde. „Valid“ heißt, etwas ist gültig. Das Verhalten, das Denken, vor allem aber das Fühlen und die daraus hervorgehenden Verhaltensweisen des alten Menschen, werden als gültig bezeichnet. Sie resultieren aus den Erfahrungen eines langen Lebens, das bald zu

Ende geht und sind in seinem Gesamtkontext zu verstehen. Validation ist eine Kommunikationsmethode mit sehr alten, desorientierten Menschen. Aber sie ist zugleich auch eine Grundhaltung ihnen gegenüber. Validation heißt im übertragenen Sinne auch „Wertschätzung“ (oder auch bedingungsloses Akzeptieren, vgl. Rogers 1993, S. 27f, s. auch Hackney u. Cormier 1993, S. 26f, hier gibt es Übungen dazu). Um die innere Erlebniswelt desorientierter Menschen zu erreichen, ist ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen (einführendes Verstehen, Empathie, vgl. Rogers 1993, S. 23f, s. auch Hackney u. Cormier 1993, S. 24f, mit Beispielen) nötig, um zu erkennen, was hinter den Gefühlen, Antrieben, Äußerungen und Handlungen desorientierter Menschen steht. In einem Interview sagt Feil, dass Validation „mehr ist als Empathie, denn man muss seine ganze Energie und Konzentration darauf verwenden, sich in die oft völlig chaotisch erscheinende Welt des geistig Verwirrten zu begeben. Sonst können wir ihn nicht erreichen. Diese Techniken kann man lernen“ (Feil 2002, www.aerztezeitung.de/docs/2002/12/12).

„Dabei ist es sehr hilfreich, wenn man etwas von der Lebensgeschichte des alten Menschen kennt. Denn vieles, was wirr erscheint, hat tatsächlich einen realen Hintergrund im Leben dieses Menschen gehabt“ (Feil 2002, www.aerztezeitung.de/docs/2002/12/12).

Es handelt sich bei der Validation also nicht um eine Therapie, sondern um ein Umgangsprinzip. Die persönliche Sichtweise des dementen Menschen wird dabei in den Mittelpunkt gestellt, wobei bestimmte Verhaltensregeln seitens des Betreuenden einzuhalten sind. Der subjektiven Realität des Betroffenen wird ein hoher Stellenwert eingeräumt, er soll nicht korrigiert oder in Frage gestellt werden.

II.6.2 Theoretische Annahmen

Feil stützt sich auf die Identitätsentwicklungstheorie von Erikson (1966, vgl. Conzen 1996) und ergänzt sie um ein weiteres, neuntes Lebensstadium, das sie „Hohes Alter“ (Feil, 2000, S. 21), das Alter jenseits der Integrität nennt und dessen Aufgabe darin besteht, Vergangenheit aufzuarbeiten und alte Gefühle und nicht bewältigte Probleme zu klären. Es entspringt einem zutiefst menschlichen Bedürfnis, in Frieden zu sterben. Diese Menschen „brauchen jemanden, der ihnen zuhört, der ihre Gefühle bestätigt“ (a.a.O.).

Feils Konzept basiert u. a. auf folgenden Annahmen:

- Der Patient soll akzeptiert werden, ohne bewertet zu werden.
- Er ist ein einzigartiges Individuum.
- Ein negatives Gefühl, das von ihm ausgedrückt und dann von einem vertrauten Zuhörer bestätigt und validiert wird, wird schwächer, geleugnete und ignorierte Gefühle werden stärker.
- Jeder Mensch muss lebensphasenspezifische Entwicklungsaufgaben lösen. Eine nicht bewältigte Lebensphase zeigt sich im späten Alter wieder.
- Wenn das Kurzzeitgedächtnis versagt, stellen sehr alte Menschen durch frühe Erinnerungen das Gleichgewicht wieder her. Oft sehen sie mit dem inneren Auge.
- Es gibt immer einen Grund hinter dem Verhalten eines desorientierten Menschen.
- Jeder Mensch ist wertvoll, egal wie verwirrt er auch sein mag (Feil 2000, S.13).

II.6.3 Ziele desorientierter alter Menschen:

Naomi Feil ist der Frage nachgegangen, warum sich alte, desorientierte Menschen gerne in die Vergangenheit zurückziehen.

Sie kommt zu dem Schluss (Feil 2000, S. 35):

- dass sie sich gerne aus der schmerzhaften Gegenwart des Nichtgebrauchtwerdens zurückziehen,
- dass sie Angenehmes aus der Vergangenheit wiedererleben wollen,
- dass Langeweile durch Stimulierung sensorischer Erinnerungen gelindert wird,
- dass unbewältigte Konflikte durch Ausdrücken von Gefühlen gelöst werden sollen,
- dass sie sich insgesamt danach sehnen, das Gefühl von persönlicher Würde zu spüren, ihre Identität und ihren inneren Frieden wiederzufinden.

Wie man sich den Rückzug eines sehr alten, desorientierten Menschen in die Vergangenheit vorstellen kann, soll ein sehr einfaches Beispiel aus dem „normalen“ Alltagsleben demonstrieren (in Anlehnung an Ignatius 2002):

Ich sitze in einem Zug und schaue zum Fenster hinaus. Verschiedene Landschaften ziehen an mir vorbei. Plötzlich trete ich in mein Vergangenheitserleben ein. Ich erinnere mich an die Bilder meines vergangenen Urlaubs. Ich sehe Menschen vor mir, mit denen ich in diesem Urlaub zusammen war. Ich höre sie reden und mich selbst antworten. Das Bild des Hotelzimmers von damals kommt in meinen Blick. Ich sehe den Strand, an dem ich gebadet habe. Geräusche, Gerüche, Stimmen sind mir plötzlich gegenwärtig. Auch Empfindungen rühren mich an. Plötzlich kommt der Schaffner auf mich zu und reißt mich mit dem Satz: „Die Fahrkarten bitte“ aus meinen Erinnerungen. Ich kehre in die Realität zurück (nach Ignatius 2002).

Dieses Zurückschalten in die Realität können desorientierte alte Menschen nicht mehr leisten, sie verbleiben in ihrem Vergangenheitserleben. Dabei ist wichtig für den Umgang mit ihnen zu wissen: Wenn die Sehkraft nachlässt, sehen sie mit dem inneren Auge, wenn das Gehör schwindet, hören sie Stimmen aus der Vergangenheit, wenn

sie wegen der vielen somatischen, sozialen und emotionalen Defizite nicht mehr am gemeinschaftlichen Leben teilhaben können, sprechen sie mit Menschen ihrer Vergangenheit, die sie in sich sehen, hören, fühlen und erleben.

Beispiel: „Sie sehen eine alte Frau am Tisch sitzen, sie gestikuliert, spricht „stumm“ – es ist jemand da, den sie kennt. Dem Auge des Orientierten jedoch bleibt dies verborgen, und es wird abfällig bemerkt: „Die Person ist verwirrt!“ (Ignatius 2002).

Orientierte und Desorientierte finden oft keine gemeinsame Kommunikationsebene. Sie kommunizieren auf unterschiedlichen Verständnisebenen: der kognitiv-gegenwartsbezogenen und der emotional-vergangenheitsbezogenen Ebene. In diesem Unvermögen einander zu verstehen kommt es leicht zu Stresssituationen und zu gegenseitiger Aggression. Und wenn keinerlei Kommunikation mehr stattfindet, wenn nur noch korrigiert oder abgewunken wird, weil alles nur dummes Zeug ist, was diese alten Menschen sagen, ziehen sie sich in eine vorsprachliche Phase zurück, die ersetzt wird durch Bewegungen und Klänge. Naomi Feil nennt dies das Stadium „sich wiederholender Bewegungen“.

Beispiel: „Eine sehr alte, desorientierte Person sitzt auf einem Stuhl, sie wiegt den Körper hin und her, den Mund zu Saugbewegungen geformt, summende, schnalzende Laute. Sie ahmt die Bewegung ihrer Mutter nach, die das Kleinkind wiegte, sie saugt an der Mutterbrust, sie holt auf diese Weise ihre Mutter zurück, um Sicherheit und Geborgenheit zu fühlen“ (Ignatius 2002).

Eine wenig angemessene Reaktion wäre, die desorientierte Person mit Psychopharmaka zu sedieren, um ihr Bedürfnis nach Bewegung auszuschalten. Damit würde man sie „stumm“ machen und die ihr mögliche „Kommunikation“ unterbinden. Dieses Wiedererleben von angenehmen Gefühlen aus der Vergangenheit kann beantwortet werden mit Spürenlassen von Nähe, evtl. Berührung, dem Sprechen mit ruhiger Stimme wie etwa: „ Es ist schön, so geschaukelt und versorgt zu werden?“

Validation korrigiert die desorientierten alten Menschen nicht. Es ist im Alter von 90 Jahren nicht wirklich wichtig zu wissen, wer der Bundespräsident ist oder welches Datum wir heute haben. Jedoch ist es von Bedeutung, zu verstehen, wenn gesagt wird:

„Haben Sie meine Mutter gesehen? Ich suche meine Mutter. Eben saß sie noch neben mir, jetzt ist sie weg. Ich bin in Sorge, denn ich weiß nicht, wohin sie gegangen ist.“

Für diese alte Person, die ihre Mutter vermisst, ist im Moment wichtig, die Mutter mit ihrem „inneren Auge“ zu sehen. In Gegenwart der Mutter fühlt sie sich sicher, behütet und angenommen, wie in der Kindheit. Es würde wenig Sinn machen, sie in die Realität zurückzuholen und ihr zu sagen: „Ihre Mutter ist längst tot! Hören Sie auf, nach ihr zu rufen.“ Besser ist es, empathisch zu reagieren, gleichsam für einen Moment in den ‚Schuhen der anderen‘ zu gehen und zu spiegeln, was sie empfunden hat: „Ihre Mutter ist ganz wichtig für Sie. Sie möchten, dass sie bei Ihnen ist?“ Es schafft auch Erleichterung, eine wertschätzende, akzeptierende, zuhörende Person um sich zu haben. Ausgesprochene Gefühle werden dann schwächer. Ignorierte und geleugnete Gefühle dagegen werden immer stärker und drückender. Naomi Feil nennt als Grund für eine Desorientierung alter Menschen auch das Leugnen körperlicher und sozialer Verluste. Ein alternder Körper weist Veränderungen auf, die vom Menschen akzeptiert werden müssen. Ein Leugnen dieser Verluste führt spätestens im hohen Alter zu einem Rückzug in die innere Welt, und wenn Schwerhörigkeit hinzukommt und nur noch mit dem ‚inneren Ohr‘ gehört wird, führt vielleicht die Frage: „Macht’s Spaß?“ zu einem Verstehen von: „Du bist nass“. Das ruft Schamgefühle hervor, so wie der vielleicht jetzige alte Mann es früher empfand, als er sich als kleiner Junge in die Hose gemacht hat (a.a.O. S. 22). Scham stellt eine Traumatisierung dar, die mit dem Bewusstwerden der eigenen Schwäche einhergeht und mit dem Wunsch verbunden ist, sich zu verbergen. Wer sich schämt, verachtet sich und wird sich fremd (vgl. Gröning 1998, S. 46/47). Somit ist Scham ein weiterer Grund für einen Rückzug. Weitere Verluste des Alters sind eine Beeinträchtigung des Seh- und Hörvermögens, Einschränkungen des Muskelapparates und des Gehirns. Letzteres kann bewirken, dass der alte Mensch nicht mehr weiß, wo er sich aktuell befindet. Auf der sozialen Ebene sind der Verlust der Arbeit und der Rolle zu beklagen. Der Tod von nahe stehenden Menschen beraubt sehr alte Menschen der sozialen Anregung, wodurch grundlegende menschliche Bedürfnisse nach Anerkennung, Bestätigung und Berührung unbefriedigt bleiben. Keine oder zu wenig Stimulierung führt zu einem Verlust von Identität.

II.6.4 Bindungstheoretische Fundierung

Stuhlmann (2004) beschreibt seinem „Konzept der sicheren Basis“ (Stuhlmann 2004, S. 101ff), dass im alltäglichen Leben von Menschen Strukturen für einen guten Umgang miteinander von Bedeutung sind. Strukturen beinhalten klar bestimmbare, einzelne Elemente, die sich in einer vorhersagbaren Weise wiederholen. Hierdurch entstehen Muster, Rhythmen, Schablonen oder Rituale. In Phasen von länger andauerndem Mangel an Struktur kann das Störungsbild des Hospitalismus eintreten: die Kranken schaffen sich selbst einfachste Strukturen der Selbststimulation, indem sie stereotyp mit dem Oberkörper vor- und zurückschaukeln.

Auch bei Personen mit Demenz lassen sich in einer Weise Situationen beobachten, in der diese versuchen, sich einen haltenden Rahmen zu schaffen. Durch ein ständiges Wiederholen von Fragen, von Worten oder von Handlungen schaffen sie sich eine Struktur aus vorhersehbaren und sich wiederholenden Elementen. Gelegentlich sind diese Menschen auf Rituale und feste Umgebungsbezüge festgelegt und reagieren unruhig auf kleinste Veränderungen. Stellt eine Person mit Demenz z. B. ständig dieselbe Frage, ist sie oft nicht primär an einer richtigen Antwort interessiert, sie möchte vielmehr eine Bestätigung oder einen Beweis, dass sie sich sicher fühlen kann und dass alles in einer vorhersehbaren Weise um sie herum ablaufen wird. Daher sind Fragen mit den Inhalten: „Wann kommt ...?“ oder „Wann müssen wir nach ...?“ nicht selten. Sie geben einen Hinweis auf das Erleben von Unsicherheit. Sie sind Ausdruck eines Bindungsbedürfnisses und zu verstehen als eine Sehnsucht oder Suche nach Wahrgenommenwerden, nach Bestätigung und nach Sicherheit, da das eigene innere Gefühl der Verlässlichkeit und Vorhersagbarkeit nicht ausreicht. Die Schaffung klarer Strukturen und Abläufe, bis hin zu Ritualen, sind hierbei eine Hilfestellung und dienen als ein Element der sicheren Basis. Unterstützend können hier Formulierungen helfen wie: „Wir kommen gut miteinander aus“, „Zusammen können wir was erreichen“, „Gelernt ist gelernt“, oder „Gut, dass sie uns helfen wollen“ (Stuhlmann 2004, S. 105).

II.6.5 Techniken der Validation

Menschen, die mit dementen Personen nach dem Konzept der Validation umgehen wollen, müssen in der Lage sein, ihre eigenen Urteile und Erwartungen hinten anzustellen, um die Beweggründe hinter der Verwirrtheit zu begreifen. „Sie brauchen nur acht Minuten am Tag: acht Minuten ehrliches, offenes, urteilsfreies, mitfühlendes Kommunizieren und Zuhören“ (Feil 2004, S. 49). Jedoch gesteht die Autorin auch ein, dass das Validieren eines nahen Familienangehörigen sich von der Validation eines Freundes, Bekannten, Klienten oder Fremden unterscheidet. In Familienbeziehungen, die komplex und oft voller emotionaler Fallen sind, dauern Verhaltensmuster auch dann noch an, wenn sie schon nicht mehr notwendigerweise passen oder funktionieren. Rollen, Abhängigkeiten und Gewohnheiten erschweren oft schon ohne Demenz den Umgang miteinander. Die „Techniken“ der Validation (Feil 2004, S. 49-62) sollen nun näher erläutert werden:

Technik 1: Zentrieren

Um sich zu zentrieren, auf die eigene Mitte zu besinnen, sollte man sich auf seinen Atem konzentrieren, um möglichst viel Ärger, Frustration und Enttäuschung herauszulassen. Hierdurch öffnen sich Pflegende für die Gefühle der Menschen, mit denen sie umgehen. Eigene Gefühle werden für diesen Zeitraum beiseite gelassen. Ebenso sind neben der Atemübung kreatives Visualisieren oder Meditieren eine gute Möglichkeit, für den Moment der Validation eigene Gefühle zu vergessen.

Technik 2: Verwenden von eindeutigen, nichtwertenden Wörtern, um Vertrauen herzustellen

Alte Menschen, die damit beschäftigt sind, ihr Leben zu resümieren und aufzuarbeiten, ziehen sich zurück, wenn man sie mit ihren eigenen Gefühlen konfrontiert. Um mit ihnen erfolgreich zu kommunizieren, sollte vermieden werden, sie etwas zu fragen, das sie zwingt, ihre Empfindungen einzugestehen. Stattdessen sollten Tatsachenfragen gestellt werden mit den Fragewörtern: wer, wo, wann, was und wie. Die Frage, warum sie etwas taten, sollte vermieden werden.

Ein Beispiel:

Eine 80-jährige Frau klagt darüber, dass die Tochter ihr den Schmuck stehle. Anstatt mit ihr zu streiten, konzentriert sich die Tochter auf ganz sachliche Fragen: „Wer stiehlt Dir die Juwelen, Mutter?“ Die Mutter denkt nach und antwortet: „Na, Du weißt schon, die xy. Sie glaubt ...“ „Was nimmt sie mit?“ fragt die Tochter weiter?“ „Das letzte, was sie mir gestohlen hat, waren die schwarzen Ohringe, die Dein Vater mir geschenkt hat.“ „Das waren Deine Lieblingsohrringe, Vater hat Dir wunderschöne Sachen gegeben. Er wusste eben genau, was Dir gut stehen würde.“ „Wann hat er sie Dir geschenkt?“ „Gleich nach der Hochzeit, wir waren gerade in den Flitterwochen...“, antwortet die Mutter. Ihr Zorn wurde validiert; indem sie sich an ihren Ehemann erinnert, hört sie auf mit den Beschuldigungen (Feil 2004, S.52).

Technik 3: Wiederholen

Bestätigend für Menschen ist, wenn sie hören, dass das, was sie gesagt haben, bei dem anderen auch angekommen ist. Dazu ist es hilfreich, dass der Hörende das Gesagte noch einmal mit seinen Worten wiederholt und dabei dieselben Schlüsselwörter verwendet (s. Paraphrasieren, Hackney u. Cormier 1993, S. 61). Auch auf den Klang der Stimme und die Sprachmelodie sollte eingegangen werden.

Technik 4: Extreme einsetzen

Bei dieser Technik fordert man die Person auf, bei einer Beschwerde an das Schlimmstmögliche zu denken. Hierbei werden Gefühle dann intensiver ausgedrückt und es soll dadurch Erleichterung herbeigeführt werden. Ein Beispiel, wie eine Tochter validierend mit der Beschwerde ihrer Mutter umgeht, weil ihr das Essen nicht schmeckt: „Ist das das schlechteste Hühnchen, das Du jemals gegessen hast?“ Die Tochter weiß, dass die Mutter ihren Ärger über ihr schlechtsitzendes Gebiss loswerden muss. Ebenso weiß sie, dass die Mutter jemanden braucht, der sich ihren Ärger anhört. Es wird nicht immer leicht sein, in solchen Situationen die ausreichende emotionale Distanz zu wahren, weil Beschwerden auch, je nach Tagesform der Tochter, emotional verletzen können. Doch indem die alte Mutter ihren Ärger ablassen kann, besteht die Möglichkeit, dass sich ihre Angst verkleinert.

Technik 5: Sich das Gegenteil vorstellen

Sich das Gegenteil vorzustellen bedeutet, sich an eine bereits bekannte Lösung des jeweiligen Problems zu erinnern. Ein Beispiel:

Eine 85-jährige Frau beklagt sich bei einer Pflegenden darüber, dass jede Nacht ein fremder Mann ihr Zimmer betritt. „Dieser Mann ist letzte Nacht wieder da gewesen.“ Validierend fragt die Pflegende, ob sie sich an Zeiten erinnern kann, in denen der Mann nicht kam. „Gibt es Nächte, in denen er nicht kommt?“ „Mein Gott, ja, jetzt, wo ich darüber nachdenke, fällt es mir wieder ein. Als Irmgard (die Tochter) gestern bis spät in der Nacht bei mir gewesen ist, war er nicht da. Aber sobald sie weg war, tauchte er wieder auf.“ Die Pflegende wiederholt (paraphrasierend) die Worte der Frau: „Sie meinen, dieser Mann kommt immer dann, wenn Sie allein sind? Wenn die ganze Nacht jemand bei Ihnen wäre, würde dieser Mann Sie nicht belästigen?“ „Wissen Sie, ich war in meinem ganzen Leben nie allein. Mein Mann war immer bei mir. Es war schrecklich, als er starb.“ „Was haben Sie gemacht, als er tot war?“ „Ich hatte solche Angst, dass ich mir alle Bilder geholt habe, und sobald die Nacht kam, habe ich seinen Lieblingswalzer gespielt. Ich bin die ganze Nacht aufgeblieben, habe die Bilder betrachtet, und seine Lieblingsmusik angehört. So habe ich die Nacht überstanden“ (nach Feil 2004, S. 54-55).

Die validierende Pflegerin hat die alte Frau dazu gebracht, sich daran zu erinnern, wie sie mit einer ähnlichen Lage früher im Leben fertig geworden ist. Zusammen schauen sie sich nun die Bilder an und rufen Erinnerungen an den Ehemann der Frau wach. Von nun an hat die Frau ihr Muster wiedergefunden, mit ihrer Angst umzugehen. Validation bedeutet im umfassenderen Sinne auch, in die Lebensgeschichte zu gehen, an alte Erinnerungen anzuknüpfen und zu schauen, wie mit ähnlichen Situationen umgegangen worden ist.

Technik 6: Erinnern

Wie oben erwähnt, führt das Erforschen der Vergangenheit dazu, dass man bereits bekannte Methoden zur Lösung eines Problems wieder einsetzt, was zur Folge hat, dass die verwirrte Person mit dem aktuellen Problem besser umgehen kann. Hilfreich ist hierbei, die Worte „immer“ oder „nie“ zu verwenden. Etwa: „War es schon immer so, dass sie so schwer schlafen konnten? Auch, als ihr Mann noch am Leben war?“ Möglicherweise wird hierdurch eine Erinnerung wach gerufen, die längst vergessen war und nun wieder auflebt.

Technik 7: Ehrlichen, engen Augenkontakt halten

Eine ehrliche Anteilnahme kann durch einen engen Augenkontakt vermittelt werden. Sogar ältere Menschen, die nicht mehr gut sehen, können den konzentrierten Blick einer validierenden Pflegerin fühlen. Menschen ohne Zeitgefühl, die herumwandern und ständig nach einem Elternteil suchen, hören mit dem Herumgehen auf, wenn die validierende Person ihnen direkt in die Augen schaut. Aus ihr wird dann vielleicht ein Elternteil, der sich um sie kümmert, und die zeitverwirrten Menschen fühlen sich sicher und geliebt. Ihre Angst verringert sich, manchmal nehmen sie sogar die Gegenwart wieder wahr.

Technik 8: Mehrdeutigkeit

Man kann oft mit zeitverwirrten Personen kommunizieren, wenn man Mehrdeutigkeit der Worte zulässt, auch wenn man den Sinn dahinter gar nicht versteht.

Wenn z. B. der verwirrte Mensch ruft: „Die Katagänge tun mir furchtbar weh!“ kann die Pflegeperson darauf mit der Frage reagieren: „Wo tun sie furchtbar weh? Das Fürwort „sie“ ersetzt das unbekannte Wort „Katagänge“.

Die Wörter „er“, „sie“, „es“, „jemand“ und „etwas“ ersetzen die Begriffe, die nicht im Wörterbuch stehen. Der Einsatz dieser Technik verhindert durch das Aufrechterhalten einer Kommunikation, dass die verwirrten Menschen in das Vegetieren, den Dämmerzustand, hinab gleiten.

Technik 9: Klar, sanft und liebevoll sprechen

Ungeduldiges und unfreundliches Sprechen mit Verwirrten kann häufig dazu führen, dass diese zornig werden oder sich zurückziehen. Eine klare, sanfte Stimme lässt unter Umständen Erinnerungen an eine geliebte Person wieder wach werden und hilft auch, Stress abzubauen.

Technik 10: Gefühle der Person erkennen und zurückmelden (spiegeln)

Unter orientierten Menschen ist das Spiegeln von Emotionen eine normale Angelegenheit. Wenn wir jemandem ein schreckliches Ereignis mitteilen, fühlen wir uns verstanden, wenn uns unser Gegenüber seine Betroffenheit, in verbaler und nicht-verbaler Weise zum Ausdruck bringt. Geschieht das nicht, fühlen wir uns abgewertet, nicht ernst genommen und es kommt zu Frustration.

Wie erleben diese Situation desorientierte, demente Menschen? Dadurch, dass Orientierte die Äußerungen Nichtorientierter nicht wertschätzen, sie banalisieren oder abwertend auf Äußerungen reagieren, erzeugen sie Aggression. Diese Aggression wiederum erzeugt Gegenaggression.

Ein Beispiel: Eine 86-jährige, desorientierte Frau, die im Hause ihres Sohnes und ihrer Schwiegertochter lebt, sagt: „Ich muss noch die Kaninchen füttern. Die Kaninchen haben noch nichts gehabt. Sie haben Hunger.“ Völlig überrascht reagiert der Sohn: „Mutter, das ist doch Unsinn, wir haben doch seit zehn Jahren keine Tiere mehr. Auch keine Kaninchen. Nun beruhige Dich doch mal.“ Die alte Frau lässt sich nicht umstimmen. Es kommt zu Diskussionen, Reibereien und Streit zwischen dem Sohn und der alten Frau, weil der Sohn sie in die (in seine) Realität zurückholen will.

Wie hätte die Familie reagieren können? Wie sähe ein Gespräch auf der Basis der Validation aus? Was hätte der Sohn und die Schwiegertochter hinter den Äußerungen, Handlungen und Antrieben erkennen können und der alten Frau zurückspiegeln können?

Wenn Frau S. äußert, dass sie die Tiere versorgen muss, steht vielleicht dahinter, dass sie die Jahrzehnte lang gelebte Rolle vermisst. „Du hast Deine Tier immer gut versorgt“, könnte die Antwort der Familie sein. „Wie viele Kaninchen musst Du versorgen?“ könnte eine weitere Frage gelautet haben. Damit will der Fragende die alte Frau keinesfalls verballhornen, sondern er begibt sich in die Welt der Desorientierten

hinein. „So viele! Da hast Du aber viel Arbeit“ wäre eine wertschätzende Haltung. „Was musst Du noch tun außer Füttern?“ Als Antwort wird Frau S. möglicherweise aufzählen, dass sie den Garten immer gut in Schuss hat und dass Beeren und Gemüse gut stehen. Das ist für den Winter gut, wenn man Einkochtes essen kann. Der Sohn könnte nun die Rolle herausheben, die sie einst hatte und diese bestätigen. „Eine fürsorgende Frau, immer fleißig“. Er würde sehen, wie sich die Mutter beruhigte, wie ihre Mimik sich veränderte. Vielleicht würde sie ihn streicheln und ihn als seinen Sohn von damals sehen. Höchstwahrscheinlich wäre sie zufrieden und würde vergessen, die Kaninchen füttern zu müssen, die in Realität gar nicht vorhanden sind.

Mit der in diesem Beispiel verwendeten Technik des Validierens sind Emotionen beobachtet und mit gleichen Emotionen empathisch beantwortet worden.

Technik 11: Berühren

Nicht alle Menschen mögen gerne berührt werden. Doch ist zu beobachten, dass Zeitverwirrte, die ihre „Rüstung“ (Feil 2004, S. 60) verloren haben, nicht mehr gut sehen oder hören können und zu wenig Anreize und Informationen bekommen. Sie haben jedoch vielleicht das Bedürfnis, die Gegenwart des anderen Menschen zu spüren. Im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz wissen sie vielleicht nicht mehr, wo sie sind. Um mit ihnen zu kommunizieren, müssen Pflegende in ihre Welt gehen und sie so berühren, wie sie von einer geliebten Person berührt worden sind (vgl. Feil 2004, S. 61).

Technik 12: Musik einsetzen

Wenn Worte schwinden, kehren in früheren Zeiten erlernte und gut bekannte Melodien wieder zurück. Demente Menschen, die nicht mehr sprechen können, sind oft in der Lage, ein Gute-Nacht-Lied oder einen Schlager aus alten Tagen von Beginn bis zum Ende zu singen. Es kommt vor, dass sie nach Beendigung des Liedes dann ein paar Worte sprechen.

Ziele von Validation

Angesichts der erlittenen Beschämungen über die wahrgenommenen Defizite seitens der dementen Personen und der erlebten Trauer darüber auf der Seite der betreuenden

Angehörigen sind im Folgenden die Ziele zusammengefasst, die es gilt, mit Hilfe der Validation zu erreichen (Feil 2000, S. 11, vgl. Ignatius 2002):

- Wiederherstellen des Selbstwertgefühls und der Würde alter Menschen
- Reduktion von Stress
- Rechtfertigung des gelebten Lebens
- Lösen von unausgetragenen Konflikten der Vergangenheit
- Verhindern des Rückzugs in das „Vegetieren“
- Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Reduktion von Psychopharmaka

II.7 Die Interaktion nach Friedemann Schulz von Thun

Der Kommunikationstheoretiker Schulz von Thun, der sich damit beschäftigt hat, wie Menschen miteinander umgehen, ordnet einer verbalen Mitteilung vier Aspekte zu, die in einer Aussage enthalten sind: der Sachaspekt, der Beziehungsaspekt, der Selbstoffenbarungs- oder Selbstkundgabeaspekt und der Appellaspekt.

1. Im Sachaspekt vermittelt eine Aussage eine sachliche Information.
2. Im Beziehungsaspekt kommt zum Ausdruck, wie der Sprechende sich in Bezug auf den Angesprochenen sieht, was er von ihm hält und wie er die Beziehung zwischen sich und dem anderen definiert. Daraus ergibt sich für den Hörenden ein Gefühl von Akzeptanz und Wertschätzung oder Herabsetzung, Bevormundung und Ablehnung.
3. Mit Selbstoffenbarungs- oder Selbstkundgabeaspekt meint Schulz von Thun, dass jeder Mensch in einer Botschaft an eine andere Person auch etwas über sich und seine aktuelle Befindlichkeit preisgibt.
4. Der Appellaspekt beinhaltet das, was in einer Aussage an Aufforderung an den Hörenden mitklingt. Er stellt den Versuch des Senders dar, den Empfänger in seinem Handeln, Fühlen und Denken in bestimmter Weise zu beeinflussen.

Diese vier Aspekte werden bildlich als vier Seiten eines Quadrates dargestellt (Nachrichtenquadrat), wodurch die grundsätzliche Zusammengehörigkeit aller Dimensionen in einer Aussage verdeutlicht wird, die immer als vierdimensionale Angelegenheit verstanden wird. Das Bild zeigt auch, dass jede Nachricht verschiedene Botschaften gleichzeitig enthält, die wie die Seiten eines Quadrates gleichrangig sind, wenn auch im konkreten Fall der eine oder andere Aspekt stärker in den Vordergrund tritt (Schulz von Thun 1996, S. 13/14).

Dieses Kommunikationsmodell ist für die verbale und nonverbale Kommunikation anwendbar. Und es ist übertragbar auf den Umgang mit Personen mit Demenz, wenn man hier die spezifischen Defizite beachtet.

II.7.1 Die ankommende Nachricht ist ein Machwerk des Empfängers

Eine Nachricht kann nach diesem Modell eine Vielzahl von Botschaften enthalten, teils implizit, teils explizit, teils absichtlich vom Sender hineingetan, teils unabsichtlich ‚hineingerutscht‘. Doch kommt es sehr auf den Empfänger an, was er mit der Nachricht macht, wie er also seine Ohren in unterschiedlichem Maße auf Empfang schaltet.

Ferner kommen noch Übersetzungsaufgaben für den Sender wie für den Empfänger hinzu, denn die zu übermittelnden Gedanken, Absichten und Kenntnisse müssen vom Sender in vernehmbare Zeichen übersetzt werden (kodieren). Die Zeichen werden zum Empfänger übermittelt. Nicht mit gesendet werden Bedeutungen, die der Sender mit den Zeichen verbindet. Das empfangende Gehirn verbindet mit diesen Zeichen wieder Bedeutungen, die sich nicht unbedingt mit denen des Senders decken müssen (dekodieren) (Schulz von Thun 1996, S. 61, vgl. Gordon 1997, S. 85/86).

II.7.2 Wie empfängt der demente Mensch eine Nachricht?

Die Vorgänge des Kodierens und Dekodierens gelingen nur, wenn Sender und Empfänger ein vergleichbares Bedeutungsmuster haben. Um sich dessen zu vergewissern, bedarf es der Fähigkeit, sich über Kenntnisse, Absichten, Gedanken und Empfindungen, also den inneren Zustand, auszutauschen. Wie schon an anderer Stelle erwähnt, kann man also erst dann sicher annehmen, dass man verstanden worden ist, wenn eine entsprechende Rückmeldung des Gegenübers erfolgt ist. Das können demente Menschen wegen ihrer häufig eingetretenen kognitiven Defizite nicht. Bezogen auf das Nachrichtenquadrat wirken sich diese Defizite besonders im Sachaspekt aus, für den u. a. räumliche und zeitliche Orientierung notwendig ist.

Betreuende eines dementen Menschen müssen sich dem Aspekt der Selbstoffenbarung/Selbstkundgabe stärker widmen und ihr entsprechendes Ohr danach ausrichten. Die Nachricht einer Person mit Demenz vorwiegend mit dem Selbstkundgabebehr gehört, schließt für den Betreuenden ein, dass er überprüft, ob das Gesagte auch das Gemeinte ist (Der Code ist nicht die Botschaft!). Mit dieser besonderen Art dieses „diagnostischen Hörens“ verbindet sich eine wichtige Kommunikationsfähigkeit, nämlich die des aktiven Zuhörens, wie es Gordon (1972) in der Familienkonferenz beschrieben hat. In dem Bemühen, sich in die Gedankenwelt (nicht wertend) einzufühlen und die Botschaft zu entschlüsseln, lassen sich in scheinbaren Sachaussagen verborgene Gefühlsinhalte entdecken und rückübersetzen (vgl. Schulz von Thun 1996, S. 57).

Ein Beispiel soll das verdeutlichen:

Der demente, alte Vater, der seine Geldbörse zum wiederholten Male nicht findet, beklagt sich bei seinem Sohn: „Mein Geld ist weg. Ich bin bestohlen worden.“ Der herbei geeilte Sohn findet nach einigem Suchen das Geld an einem Platz, an dem es der Vater am Tag zuvor versteckt hat, um es in Sicherheit zu bringen.

Auf der Sachebene ist eine Verständigung zwischen Sohn und Vater diesbezüglich nahezu unmöglich. Der Versuch des Sohnes, einen vermeintlichen Diebstahl zu relativieren, scheitert, weil dem Vater momentan die Erinnerung fehlt, wo die Geldbörse sein könnte. Ebenso fehlt ihm die Erinnerung daran, dass jedes Mal in vergleichbaren Situationen das Geld vollzählig wiedergefunden wurde. Von daher ist es für den Sohn

vergebliche Mühe, sachlich und verbal zu argumentieren. Durch das wiederholte Auftreten dieser Szene ist das dem Sohn klar.

Für den Sohn ist die Aussage des Vaters wesentlich ein Appell, seinem Vater zu Hilfe zu kommen. Dabei spielt die Beziehungsebene eine Rolle. Er fühlt sich als Sohn für den Vater zuständig. Da für eine Person mit Demenz die Beziehung zu anderen Menschen ein wichtiger Halt ist, muss auf der Basis dieses Konzeptes den Beziehungsaspekten in den Aussagen eine große Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Selbstoffenbarung, die der Sohn in der Aussage seines Vaters auch hört, heißt: Er ist hilflos, und er fühlt sich bedroht. Möglicherweise bemerkt der alte Mann selbst seine Leistungseinbußen sehr stark. Vielleicht hat er Angst die Kontrolle zu verlieren. Fehler werden geleugnet und andere für das Verschwinden des Geldes verantwortlich gemacht. In der Suche nach Orientierung an der Realität tut ihm Nähe gut. Sicherlich ist er froh, dass sein Sohn gekommen ist. Wenn der Sohn in der Lage ist, die in den Sachaussagen seines Vaters verborgenen Gefühlsinhalte zu erkennen und einführend zu entdecken, kann er seinem Vater so begegnen, dass dieser sich ernst genommen fühlt. Vielleicht reduziert sich dann die Angst und sie können entspannt an verschiedenen Orten nach der verloren gegangenen Geldbörse sehen.

Wer demente Menschen betreut, muss somit wissen, dass in der Kommunikation mit ihnen die Sachebene eher in den Hintergrund tritt, und die Fähigkeit üben, die Selbstoffenbarung des Gegenübers besser wahrzunehmen. Die Beziehung kann dann für beide leichter gelingen und als unangemessene Forderungen gehörte Appelle könnten durch dieses Verständnis relativiert werden.

III. Grundlagen für einen Umgang mit demenziell Erkrankten im Krankenhaus

Für ein Konzept mit demenziell erkrankten Menschen im Krankenhaus sind vor allem bindungstheoretische, anerkennungstheoretische und verstehende Grundannahmen relevant. Bindungstheoretische Grundannahmen finden vor allem im Milieukonzept Berücksichtigung, welches für demenziell Erkrankte vertrauter gestaltet werden und mehr Geborgenheit vermitteln muss. Hier ist die Annahme handlungsleitend, dass demenziell erkrankte Personen „gehalten“ und ihre Symptome aufgenommen werden müssen (Containerfunktion), weil sie wenig psychische Verarbeitungskapazitäten von psychischer Spannung haben und mit Flucht reagieren, wenn sie Angst bekommen. Schließlich gilt es, für Demente Räume zu schaffen, in denen sich eine Synthese zwischen innerer Realität und äußerer Umwelt vollziehen kann. Anerkennungstheoretische Grundannahmen basieren zum einen auf der allgemeinen Anerkennungstheorie, zum anderen in personenzentrierten Ansätzen der Pflegewissenschaft, in ökologischen Ansätzen der Gerontologie und in alltagstheoretischen Ansätzen. Hierhin gehört die Idee, die Umwelt für demenziell Erkrankte und ihre Pflegepersonen so zu verändern, dass sich das Leben auf Station normalisiert (Normalisierungsprinzip) und demenziell erkrankte Personen nicht beschämt werden. Praktisch wird dieses Prinzip durch das Dementia Care Mapping (DCM) eingelöst, durch ein entsprechendes Pflegekonzept und durch besondere Angebote wie z. B. ein Nachtcafé.

Das dritte Paradigma ist die verstehende Gerontologie, die auf die Gefühle der demenziell veränderten Menschen besondere Rücksicht nimmt und die Symptome und Verhaltensauffälligkeiten von Dementen vor allem psychodynamisch und nicht pathologisch erklärt. Symptome werden mit Traumatisierungen, Lebenskonflikten und Belastungen erklärt, um die Identifizierung mit den demenziell veränderten Menschen zu fördern. Empathie ist dabei eine wesentliche Haltung aller am Pflege- und Behandlungsprozess beteiligter Personen. Die verstehende Gerontologie fließt in die Diagnosen und Reflexionen ein.

III.1 Milieugestaltung

Im Milieu werden zentrale Bedürfnisse der Patienten und des Personals integriert und balanciert:

- der Wunsch, allein zu sein und nicht gestört zu werden (durch eine Anzahl von Einzelzimmern,
- in Gesellschaft zu sein und sich dort aufzuhalten, wo die wichtigsten alltäglichen Verrichtungen stattfinden, Begegnungsmilieu,
- sich mit anderen zu beschäftigen.

Weiterhin sind in das Milieukonzept potenzielle Möglichkeiten der Selbstversorgung und Aktivität integriert, sowie Möglichkeiten für verschiedene Beschäftigungen (hauswirtschaftliche Tätigkeiten, werkeln). Das Milieukonzept und das Pflegekonzept sind aufeinander bezogen und ergänzen sich, das heißt, beide legen einen Bedürfnisse tolerierenden, verstehenden Umgang mit Patienten und Patientinnen mit Demenz zugrunde. Das Milieukonzept zielt darauf ab, den Patienten/innen Geborgenheit, Vertrauen und das Gefühl zu vermitteln, nicht allein zu sein. Präsenz- und Begegnungsmilieu legen dieselben Grundbedürfnisse von Menschen mit Demenz zugrunde und entsprechen somit dem Pflegekonzept, welches ebenfalls durch den personenzentrierten Ansatz die Beziehungsseiten der Pflege betont und sich auf Wohlbefinden und Geborgenheit richtet. Ergänzt um die Dimension der Selbstbetätigung und Aktivität wird mit dem Milieu- und Pflegekonzept eine Kultur im Umgang mit Dementen begründet, in der es gelingt auch problematische Patienten aufzufangen.

Demente fühlen sich am sichersten in der Nähe ihrer Bezugspersonen. Wenn sie diese sehen und hören, haben sie nicht das Gefühl, ungeschützt zu sein. Auch wenn es also verführerisch ist, den Angehörigen zu versprechen, dass diese sich ausruhen können und man selbst als autonomer Professioneller das Ruder übernimmt – in der Praxis ist dies zumeist ein falsches Versprechen, weil die erkrankten Personen sich in der fremden Umgebung unsicher fühlen und sich erst beruhigen, wenn sie ihre Bezugspersonen in der Nähe wissen. Räume, von ca. 30 qm Größe, in denen auch Angehörige sich aufhalten können, in einer Café-Atmosphäre mit Beschäftigungs- und Bewegungsmöglichkeiten sind also nötig.

Erfahrungsgemäß sind die nachfolgend genannten Beschäftigungen und Tätigkeiten geeignet, das Wohlbefinden unterschiedlicher Patientengruppen zu fördern:

- Viele Frauen beschäftigen sich gern hauswirtschaftlich (Putzen, Schnippeln, Schälen, Bügeln und erzählen auch darüber gerne).
- Ebenso wichtig sind Möglichkeiten der Bewegung und Wanderung.
- Genauso kann die Beschäftigung mit dem eigenen Körper Wohlbefinden ermöglichen (sich frisieren, sich eincremen, sich mit Schmuck und Schals schön machen). Kleine geschützte, warme Ecken mit Frisierkommoden und großen Spiegeln werden gerne angenommen.
- Andere demenziell erkrankte Patienten räumen gern.
- Oftmals essen Menschen mit Demenz lieber mit den Fingern als mit dem Besteck.
- Männer haben auf ihren Lebenslauf bezogene, von den Bedürfnissen der Frauen unterscheidbare Bedürfnisse.

Wenn ein Haus viel investieren will, wird diesen Bedürfnissen durch die Bereitstellung von ausreichendem Platz, die Einrichtung von hauswirtschaftlichen und handwerklichen Zonen, die Bereitstellung von besonders angelegten Rundgängen, geschützten Gärten, sowie der Gestaltung von Spiegel- und Schönheitsecken Rechnung getragen. Die Flure sind so gestaltet, dass sie eine Anzahl von Nischen haben, die zum Verweilen und zum Sitzen einladen, die anregen oder beruhigen, z. B. Sitzecken mit Elementen, die vom Patienten leicht bewegt werden können. Dass demenziell erkrankte Menschen offene Räume mit hellem, weichem Licht bevorzugen und geschlossene, enge Räume als Stressquellen wahrnehmen, ist zu berücksichtigen.

Generell haben sich die Professionellen, wie auch die anderen kooperierenden Berufsgruppen aufgrund ihrer vorgängigen familialen, schulischen und beruflichen Sozialisation, Haltungen und Werte angeeignet und verinnerlicht, die für die Arbeit in gerontopsychiatrischen Pflege-Gruppen kontraproduktiv sein können, z. B.:

- Mitarbeiter sind zu schnell oder zu hektisch.
- Mitarbeiter agieren zu rational und vernünftig (und ernten nur Widerstand).
- Mitarbeiter üben Druck aus (manchmal weil sie selbst unter Druck stehen, manchmal weil sie die Demenz nicht ertragen).
- Mitarbeiter sind zu sehr handlungsfixiert und zu sehr problemlöseorientiert.
- Mitarbeiter sind zu angespannt und aggressiv.

Bei der Raumgestaltung wird deshalb auch die Perspektive der Pflegenden berücksichtigt: Vor jedem Patientenzimmer ist eine kleine Sanduhr angebracht, die erst einmal durchlaufen muss, bevor der/die Pflegende das Zimmer betritt. Diese Minute des Anhaltens dient der Sammlung und der Einstellung auf den Patienten und die bevorstehende Situation. Man kann so die Denkzeit nutzen, um sich zu überlegen, wie man dem Patienten begegnen will. Übergriffe werden dadurch vermindert. Die Milieugestaltung verändert in der Perspektive der Beschäftigten ihre Instrumentalität, ihre Zweckrationalität, ihre Ordnungsorientierung und ihre Geschwindigkeit.

III.2 Pflege- und Betreuungskonzept

Das Pflegeverhältnis wird grundsätzlich als Beziehung aufgefasst. Die Verhaltensweisen von Pflegepersonen werden in einem engen Zusammenhang gesehen mit den Verhaltensweisen, dem Erleben und der Beziehung. Im Sinne des Pflegeprozessmodells steht die fördernde Kommunikation, die Ermutigung, Unterstützung, Anleitung an erster Stelle. Damit sind neben den pflegerischen Verrichtungen entscheidende Handlungsformen professioneller Pflege beschrieben. Das Pflegekonzept bezieht das Netzwerk der Pflegebedürftigen, seine Angehörigen und seine Freunde mit ein. Ausgangspunkt der Pflege, ihrer Maßnahmen und Entscheidungen sind die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens, die verbunden sind mit Grundsätzen von fördernder Prozesspflege: Eine moderne Pflegekultur im Umgang mit demenziell veränderten Menschen nimmt ihren Ausgangspunkt bei den wichtigsten psychischen Bedürfnissen gerontopsychiatrisch veränderter Menschen. Die speziellen Symptome der Patienten werden nicht nur als Resultat hirnrnorganisch bedingter Abbauprozesse begriffen. Sie sind auch das Ergebnis von Frustration wichtiger psychischer Bedürfnisse und Ausdruck destruktiver Verstrickungen zwischen der pflegenden dementer Person und der Umwelt. Der Pflegeprozess demenziell veränderter Menschen verbindet entsprechend das Modell fördernder Prozesspflege mit den pflege- und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen zur Demenz. Zu wichtigen psychischen Bedürfnissen zählt für die Pflege und Betreuung insbesondere die Anerkennung, wie sie im Rahmen verschiedener personenzentrierter, pflegewissenschaftlicher Ansätze skizziert ist. Das Bedürfnis nach Anerkennung verstehen wir im Sinne von drei Dimensionen der Anerkennung:

- das Bedürfnis nach Liebe, Zuwendung, Bindung, Nähe und Zuneigung,
- das Bedürfnis nach Achtung und Respekt: Einbeziehung, Wahlmöglichkeiten, alltägliche Freiheiten, Fairness, Gerechtigkeit, Gegenseitigkeit sowie der Wunsch nach einem Rahmen sowie
- das Bedürfnis nach Wertschätzung: Wunsch nach Aktivität und Leistung, Wunsch nach Kontinuität und Wunsch nach Bestärkung und Lob und schließlich der Wunsch nach Gemeinschaft.

Zum anerkennenden Umgang mit Demenz gehört die Vermeidung des Schlechten. Unter dem Schlechten verstehen wir Schamsituationen, die Erzeugung von Angst- und Machtsituationen. Für die gerontopsychiatrischen Fallbesprechungen wird dementsprechend ein ‚Lasterkatalog‘ der Kommunikation mit zu vermeidenden Verhaltensweisen gegenüber den Patienten erstellt:

- Dominieren,
- Manipulieren,
- Überfordern,
- Dozieren,

um nur wenige Beispiele zu nennen. Der Lasterkatalog ist gleichzeitig eine diagnostische Grundlage für Problemsituationen in der Pflege und Betreuung. Es gilt das Prinzip, dass der demente Mensch sich nicht mehr oder nur wenig ändern kann. Ändern müssen sich dafür die Beziehung und die Interaktion. Umgekehrt gehört zur Pflege demenziell Erkrankter mit besonderer Symptomatik auch die Unterstützung des Guten. Dazu zählen wir:

- Förderung von Selbsttätigkeit und Selbstbeschäftigung,
- Förderung der Kommunikation,
- Förderung von Sinneserleben und
- Förderung von Gemeinschaftserlebnissen.

Auch hierzu wird ein Katalog erstellt. Beide Checklisten gelten als diagnostische Instrumente zur Gestaltung des Pflegeprozesses. Weitere Grundprinzipien der Pflege und Betreuung, die sich aus dem vorstehend dargestellten konzeptionellen Rahmen unmittelbar ableiten, sind:

III.3 Gerontopsychiatrischer Pflegeprozess

Für die Pflege in Trägerschaft werden die Orientierungen der AEDLs mit den Erkenntnissen aus der gerontopsychiatrischen Forschung eigens zusammengeführt:

1. Kommunizieren können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Sammeln von Informationen über die Biografie und Lebenswelt, um einen Zugang zur Gefühls- und Erlebenswelt zu finden. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies: Validation, Verhandlung und Anerkennung.
2. Sich bewegen können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies, dem Bewegungsdrang der zu pflegenden Person möglichst nachzugeben, Spaziergänge anzubieten, freie Bewegung zu ermöglichen. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies, im Bewegungsdrang des Patienten den Versuch zu sehen, sich von unangenehmen Gefühlen zu befreien sowie den Versuch, etwas zu suchen.
3. Vitale Funktionen aufrecht erhalten können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Ruhebedürfnis akzeptieren, Einreibungen etc. Dies entspricht den Grundsätzen gerontopsychiatrischer Pflege, insofern die „Körpersprache“ der Pflegeperson aner kennend ist und die Maßnahmen von Zuwendung getragen sind.
4. Sich pflegen können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies, vor allem die Berücksichtigung persönlicher Gewohnheiten bei der Körperpflege sowie die Achtung vor der Intimsphäre der Patienten und ggf. den Verzicht auf pflegerische Verrichtungen im vertretbaren Maß. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies, demente Formen der Selbstpflege zu erkennen und zu unterstützen, Akzeptieren von Schmierlust und Bereitstellung von entsprechenden Mitteln.
5. Essen und trinken können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Ess- und Trinkgewohnheiten akzeptieren und Wahlmöglichkeiten anbieten. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies, Mahlzeiten in einen gemeinsamen Handlungszusammenhang stellen, um die Motivation zum Essen und Trinken zu erhöhen (Obstsalat machen), beachten, ob der Patienten ausreichend Zeit zum Essen hat, Zwischenmahlzeiten anbieten.

6. Ausscheiden können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Kontinenzschema herausfinden, den Toilettengang unterstützen, bei Inkontinenz trösten und zum Kontinenztraining ermuntern. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies zusätzlich, in der Inkontinenz keine Absicht und keinen Angriff auf die eigene Person zu sehen.
7. Sich kleiden können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Akzeptanz der Kleidungsgewohnheiten und Verzicht auf die Herstellung eines Patientenhabitus. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies, Anerkennung und Wertschätzung auch extravaganter Kleidungsstile.
8. Ruhen, schlafen und entspannen können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Akzeptanz von Zubettgehzeiten und -ritualen sowie Akzeptanz von Nachtaktivitäten. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies das Gleiche.
9. Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Beschäftigungsmöglichkeiten anbieten, vertraute Beschäftigung herausfinden und fördern, Beschäftigungen wertschätzen, Feste feiern und auf Beschäftigungswünsche eingehen. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies, in äußerlich sinnlosen Tätigkeiten, wie herumräumen oder wischen den Versuch erkennen, sich zu orientieren und diese Beschäftigungen wertzuschätzen.
10. Sich als Mann oder Frau verhalten können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Akzeptanz der sexuellen Ausdrucksformen. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies, Takt im Umgang mit der Sexualität des Bewohners, Akzeptanz von Liebesgefühlen, Akzeptanz von Paarbildungen, deutliches, aber freundliches Verhalten bei sexuellen Übergriffen, Berücksichtigung des Geschlechts bei der Dienstplangestaltung. So sollten sexuell übergriffige demente Personen von einer Person gleichen Geschlechts gepflegt werden. Schließlich bedeutete dieser AEDL eine Bewusstheit des Pflegepersonals zu sexuellen Übergriffen in der Lebensgeschichte vor allem der Frauen und deshalb Widerstand gegen Intimpflege.
11. Für eine sichere und fördernde Umwelt sorgen können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Gefährdungen einschätzen können und abstellen, das Zimmer als Privatsphäre respektieren, die Sicherheitsbedürfnisse von Patienten akzeptieren. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies, die Ängste der dementen Patienten ernst nehmen und ihre Vorstellungen über eine Gefährdung nicht entwerten, Sicherheitsrituale akzeptieren.

12. Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können: Im Sinne der AEDLs bedeutet dies: Einbeziehung von Angehörigen und Hilfe beim Erhalt sozialer Kontakte. Im Sinne der Grundsätze zur gerontopsychiatrischen Pflege heißt dies zu akzeptieren, dass ein Patient nicht mehr allein sein kann, Akzeptanz des Anklammerns, Akzeptanz des Suchens (Suche nach der Mutter).
13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können: Im Sinne der AEDLs wie der gerontopsychiatrischen Pflege bedeutet dies: Akzeptanz der Religion und Spiritualität der Patienten, Biografiearbeit zu den existenziellen Erfahrungen, Abschiedlichkeit.

III.4 Die Arbeit mit der Familie

Die Familie ist grundsätzlich als Koproduzent bei der Wohlfahrtsproduktion auch im Bereich der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen zu betrachten. Dazu gehört, dass die Familie in die Arbeit einbezogen wird, dass sie im Umgang mit Demenz zunächst durch das Krankenhaus gebildet und dann an weitere Stellen weiter verwiesen wird. Alzheimer Selbsthilfe und regionale Bürgerinitiativen stellen wichtige Anlaufpunkte dar. Ebenso wichtig ist die Arbeit der Demenz-Service-Zentren und der gerontopsychiatrischen Beratungsstellen. Für die Beratung und Bildung von Familien muss zwischen Ehepartnern und Kindern als Angehörige deutlich unterschieden werden. Ähnlich wie im gesamten Modellprogramm gilt hier die Frage der Aktivierung des familialen Netzes als wesentlich für die Arbeit.

Literaturverzeichnis

Amery, Jean: Über das Altern. Stuttgart 2001

Attali, Jaques: Die kannibalische Ordnung. Frankfurt a. M. 1981

Baltes, Margret: Brennpunkt Gerontopsychiatrie. Internationale Pflegekonzepte zur Langzeitbetreuung in der Altenhilfe. Hannover 1990

Beck, Dieter: Krankheit als Selbstheilung. Frankfurt a. M. 1985

Böhm, Erwin: Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. 9. Aufl. Psychiatrie 1996

Böhmer, Martina: Die langen Schatten des Krieges. Springer 2008

Bode, Sabine: Die vergessene Generation: Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen. München 2009

Breidert, Ute: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern 2000

Chapman, Alan; Jackson, Graham A.; McDonald, Colin: Wenn Verhalten uns herausfordert. Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Demenz. Stuttgart 2004

Conzen, Peter: Erik H. Erikson. Leben und Werk, Stuttgart 1996

Dörner, Klaus: Die unwürdigen Alten – zwischen Familienidyll und geschlossener Gesellschaft. Gütersloh 1988

Douglas, Mary: Reinheit und Gefährdung, Berlin.1985

Feil, Naomi: Validation. München 2000

Feil, Naomi: Validation in Anwendung und Beispielen. München 2004

- Foucault, Michel:** Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a. M. 1982
- Fredriksson, Marianne:** Hannas Töchter. Frankfurt a. M. 1997
- Goffman, Erving:** Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation
Frankfurt a. M. 1996
- Goffman, Erving:** Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität,
Frankfurt a. M. 1967
- Goffman, Erving:** Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alter. Mün-
chen/Zürich 1973
- Gordon, Thomas:** Familienkonferenz. Hamburg 1972
- Gordon, Thomas:** Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. Hamburg
1996
- Gröning, Katharina:** Entweihung und Scham. Frankfurt a. M. 1998
- Hackney, Harold; Cormier, I. Sherylin:** Beratungsstrategien Beratungsziele.
München 1993
- Haupt, Martin; Kurz, Alexander:** Alzheimersche Krankheit, Erleben, Empfinden
und Reaktionsformen der Kranken. In: Zeitschrift für Gerontologie, Darmstadt, Heft
23, 1990, S. 211-213.
- Heimerl, Katharina:** Menschen mit Demenz haben uns etwas Wichtiges zu lehren.
Manuskript. Wiener Vorlesung am 19. 4. 2012.
- Ignatius, Jörg:** Validation – eine Möglichkeit, Würde, Selbstgefühl und Identität zu
bewahren. www.alzheimerforum.de/aai/HA-VeranstaltungenAP/Ignatius.pdf
- Jacobsen, Edith:** Das Selbst und die Welt der Objekte. Berlin 1998
- Killick, John; Allan, Kate:** Communication and the Care of People with Dementia.
Buckingham 2001

Kipp, Johannes: Psychotherapie Im Alter. Göttingen 1994

Kitwood, Tom: Demenz. Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern 2000

Klessmann, Edda: Wenn Eltern Kinder werden und doch Eltern bleiben. Die Doppelbotschaft der Altersdemenz. Bern 2006

Luft, Joseph: Einführung in die Gruppendynamik. Stuttgart 1971

Maurer, Konrad; Prvulovic, David: Wenn die Gestalt zerfällt. In: Hartwich, Peter; Barocka, Arnd (Hg.): Psychisch krank. Das Leiden unter der Schwere und Dauer. Sternenfels 2009.

Müller-Hergl, Christian: Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping (2002). Internet: www.kda.de/printarticles.php?id_art=108-12k

Müller-Hergl, Christian: 1998, http://www.demenz-spektrum.de/ds_98-2/ds_Demenz._zwischenme...)

Powell, Jenny: Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. KDA, Köln 2002

Radebold, Hartmut: Psychodynamik & Psychotherapie Älterer. Berlin 1992

Rockstroh, Sybille: Biologische Psychologie. München/Basel 2011.

Rogers, Carl: Therapeut und Klient. Frankfurt 1993

Rosenthal, Gabriele: Wie erzählen Menschen ihre Lebensgeschichte? Hermeneutische Fallrekonstruktion distinkter Typen. Forschungsbericht des Lehrprojektes „Biographie“. Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie. 1989

Rowe, John W. & Kahn, Robert L.: Successful aging. New York 1998

Schaeffer, Doris & Wingenfeld, Klaus: Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In Pflege und Gesellschaft, Jg. 13, H. 4, S. 293-305.

Schützendorf, Erich, Wallrafen-Dreisow, Helmut: In Ruhe verrückt werden dürfen. Frankfurt a. M. 1994

Schulz von Thun, Friedemann: Miteinander reden 1, Störungen und Klärungen. Hamburg 1996

Simmel, Georg: Gesamtausgabe. Frankfurt 1989 (1969)

Snowdon David: Aging with Grace. What the Nun Study teaches us about leading longer, healthier, and more meaningful lives. New York: Bantam, 2001.

von der Stein, Bertram: Von der Schwierigkeit eines Christenmenschen beim Sterben – Therapie, Grenzüberschreitung oder Hilfe? Psychotherapie im Alter. Gießen 2008

Stuhlmann, Wilhelm: Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt. München 2004

Teising, Martin: Die Angst vor dem Pflegefall – psychodynamische Betrachtungen. Wien 2000

Trilling, Angelika; Bruce, Errollyn; Hodgson, Sarah; Schweizer, Pam: Erinnerungen pflegen, Hannover 2001

Ustorf, Anne-Ev: Wir Kinder der Kriegskinder. Freiburg 2008

Winnicott, Donald W.; Neubaur, Caroline: Übergänge: Spiel und Realität in der Psychoanalyse. Frankfurt a. M. 1987

Wojnar, Jan: Aufgaben der Ärzte bei der Betreuung von Demenzkranken in Pflegeeinrichtungen. Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Berlin 2001

