



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

„Soziale Arbeit und Demenz“

Sinnliche Zugänge bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz

vorgelegt von:

Thorid Garbe

urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2019-0277-1

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

Zweitprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck

Neubrandenburg, den 06.06.2019

„Lass uns bedenken, dass wir sterben müssen,
auf dass wir klug werden.“

(Psalm 90,12)

Für Oma

Inhalt

Einleitung.....	3
1. Demenz	4
1.1. Phänomenologie	4
1.2. Epidemiologie	6
1.3. Ätiologie	8
1.4. Psychodiagnostik	10
1.5. Intervention	13
1.6. Prävention.....	14
2. Ansätze zum Umgang mit Menschen mit Demenz	16
2.1. Naomi Feil und die Validation	17
2.2. Tom Kitwood und die person-zentrierte Pflege	23
3. Menschen mit fortgeschrittener Demenz	29
3.1. Charakterisierung.....	29
3.2. Mögliche Zugänge.....	30
4. Sinnliche Zugänge zu Menschen mit fortgeschrittener Demenz	31
4.1. Fühlen	32
4.2. Riechen.....	34
4.3. Schmecken	35
4.4. Hören	35
4.5. Sehen	37
5. Soziale Arbeit und Demenz	39
5.1. Aufgaben Sozialer Arbeit in der Arbeit mit Demenzerkrankten.....	40
5.2. Plädoyer für person-zentrierte Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz.....	41
6. Zusammenfassung	42
7. Literaturverzeichnis	44
 Eidesstattliche Erklärung	 47

Einleitung

Kennen Sie das Thema Demenz aus Ihrem persönlichen Umfeld? Wie würden Sie mit einer Person umgehen, die apathisch in ihrem Bett liegt und keine Regung zeigt, wenn sie angesprochen wird? Wie würden Sie versuchen, zu dieser Person einen Zugang zu bekommen? Eine Antwort auf diese Fragen soll meine Bachelorarbeit geben.

Ich kenne die Erkrankung aus meinem persönlichen Umfeld. Bei den Besuchen meiner Oma mit schwerer Demenz konnte ich feststellen, wie diese aus ihrem Zustand der inneren Zurückgezogenheit wieder aufwachte, wenn ich ihr lang genug einfühlsame Aufmerksamkeit schenkte. Besonders reagierte sie auch auf meinen Gesang und mein Klavierspiel. Diese Beobachtungen führten mich zu der Annahme, dass sinnliche Anregungen Zugänge zu Menschen im Stadium einer fortgeschrittenen Demenz schaffen können. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich daher die Thematik Demenz untersuchen und die Frage beantworten, *welche sinnlichen Zugänge Sozialarbeiter*innen in der Arbeit mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz nutzen können, um zu einer angemessenen Lebensbewältigung beizutragen.*

Aufgrund des gewählten Arbeitsfeldes und der Klientel, ist die Arbeit an der Schnittstelle zur Altenpflege angesiedelt und wird neben einer allgemeinen Übersicht zu Demenz auch viele pflegerische Aspekte beinhalten. Sie soll zu einer Verknüpfung beider Professionen beitragen und den sozialarbeiterischen Horizont erweitern.

Zu Beginn der Arbeit wird ein allgemeiner Überblick über die Thematik Demenz gegeben. Dazu wird zunächst das Phänomen Demenz erläutert, um anschließend die Verbreitung und Verteilung von Demenzen zu beleuchten. Weiter werden die Ursachen von Demenzen dargestellt und wichtige Demenzformen ausführlicher vorgestellt. Außerdem wird hier eine Kritik am medizinischen Verständnis der Ursachen von Demenz angeführt. Anschließend wird das Diagnoseverfahren einer Demenz erläutert, um im darauffolgenden Kapitel auf die medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten eingegangen. Den Überblick abschließend, wird die Prävention einer Demenz besprochen. Hier wird auch eine Theorie von Nehls zur Entstehung bzw. Vorbeugung von Demenz kurz erläutert.

In Vorarbeit auf die Fragestellung dieser Arbeit wird im zweiten Abschnitt die Validation von Naomi Feil und der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood zum Umgang mit Menschen mit Demenz vorgestellt. Dabei wird auch kurz Carl Rogers humanistische Psychologie und seine drei klientenzentrierten Haltungen sowie Erik Eriksons Theorie der Entwicklungs- und Lebensstadien und Abraham Maslows Bedürfnistheorie beleuchtet.

Im dritten Abschnitt wird dann fokussierend eine Charakterisierung der Menschen mit fortgeschrittener Demenz vorgenommen und argumentiert, warum diese besonders über die

Sinne gut erreicht werden können. Hierbei wird keine Unterscheidung nach Demenzformen vorgenommen, da davon auszugehen ist, dass jede demenziell erkrankte Person auf sinnliche Reize anspricht.

Anschließend werden im vierten Teil verschiedene Möglichkeiten sinnlicher Zugänge zu diesen Menschen vorgestellt. Diese sind nach den Sinnen sortiert und mit Anwendungsmöglichkeiten auf Sozialarbeiter*innen bezogen.

Im letzten Abschnitt wird die Soziale Arbeit im Handlungsfeld Demenz beleuchtet. Dazu wird ein Einblick in die Aufgaben Sozialer Arbeit in stationären Einrichtungen sowie ein konkretes Beispiel der Tätigkeiten eines Sozialen Dienstes in einem Altenheim gegeben. Abschließend wird ein kurzes Plädoyer erfolgen, warum Soziale Arbeit für die person-zentrierte Arbeit am Menschen mit Demenz geeignet ist und wie sie sich darüber hinaus für diese und die Arbeitsbedingungen in diesem Bereich einsetzen sollte.

In der Arbeit werden geschlechtliche Formulierungen nach Möglichkeit vermieden. In allen anderen Fällen werden mit der Genderstern-Schreibweise alle Geschlechter angesprochen. Des Weiteren wird für den Ausdruck „Menschen mit Demenz“ synonym die Abkürzung „MmD“ verwendet.

1. Demenz

Demenz ist heutzutage ein allgegenwärtiges und umfangreiches Thema. Viele kennen das Krankheitsbild aus ihrem privaten Umfeld, doch oft ist das Wissen über die Krankheit nur marginal vorhanden. Als Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfrage wird daher im Folgenden ein umfassender Überblick über die Thematik gegeben.

1.1. Phänomenologie

Der Begriff der Demenz existiert in seinem heutigen Verständnis etwa seit 1850.¹ Er leitet sich von dem lateinischen Wort *dementia* (Unverstand, Wahnsinn) bzw. *demens* ab, welches, ohne Verstand‘ bedeutet.² Einige Autoren fragen jedoch, ob dem demenziell erkrankten Menschen tatsächlich Unverstand unterstellt werden kann.³

¹ vgl. Karenberg, *Geschichte der Demenz und ihrer Behandlung*. (Internetquelle)

² vgl. Wahrig Herkunftswörterbuch, *Demenz*. (Internetquelle)

³ vgl. Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 15

Demenz ist ein Oberbegriff für all jene Erkrankungen des Gehirns, die über einen langen Zeitraum fortschreitend den Verlust geistiger Fähigkeiten zur Folge haben.⁴ Genauer gesagt wird hier von einem „demenziellen Syndrom“ gesprochen, da diese Krankheit eine Kombination verschiedener Symptome beschreibt.⁵ Nach der 10. internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ist Demenz

“ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“⁶

Kriterien für das Vorliegen einer Demenz sind nach ICD-10 die Abnahme des Gedächtnisses und kognitiver Fähigkeiten. Dies bedeutet, dass sich die erkrankte Person einerseits neue Informationen schlechter merken, sowie vergangene Erlebnisse weniger erinnern kann. Zum anderen kommt es zu Störungen des Urteils- und Denkvermögens, wie z.B. Schwierigkeiten beim Erkennen von Zusammenhängen oder dem Planen von Tätigkeiten. Bei beiden Kriterien muss gesichert sein, dass es für die gezeigten Symptome keine andere Ursache gibt. Im Weiteren ist eine Verminderung der emotionalen Kontrolle und des Antriebs oder ein verändertes Sozialverhalten zu beobachten. Hierbei muss mindestens eins der folgenden Merkmale erkennbar sein: emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder die auffällige Veränderung des Sozialverhaltens. Diese Zustände müssen für mindestens sechs Monate vorliegen, da sonst keine gesicherte, sondern nur eine vorläufige Diagnose gestellt werden kann. Demenzen können darüber hinaus zusätzliche Symptome wie z.B. Wahnvorstellungen und Depressionen aufweisen.⁷

Eine Demenz wird nach der ICD-10 in drei Schweregrade unterteilt: leicht, mittelgradig und schwer. Der Schweregrad wird anhand der Einschränkung des Gedächtnisses oder der kognitiven Fähigkeiten bestimmt, wobei immer nach der schwersten Beeinträchtigung bemessen wird.⁸

Eine leichte Demenz ist dadurch gekennzeichnet, dass das Behalten und Erinnern neuer Informationen herabgesetzt (Vergessen von Terminen, Verlegen von Gegenständen), aber ein

⁴ vgl. Psyhyrembel, *Klinisches Wörterbuch*. S. 444

⁵ vgl. Pflege.de, *Demenz – Demenzformen, Symptome & mehr*. (Internetquelle)

⁶ Dilling u. a., *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. S. 24

⁷ vgl. Dilling u. a., *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. S. 25f

⁸ vgl. Dilling u. a., *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. S. 27

selbstständiges Leben dennoch möglich ist. Komplizierterer Aufgaben und Freizeitaktivitäten können jedoch nur noch mit erheblicher Schwierigkeit bzw. nicht mehr ausgeführt werden.⁹

Bei einer mittelgradigen Demenz wird nur gut Verinnerlichtes behalten, neue Informationen können nur sehr kurz und selten erinnert werden. Grundlegende Informationen über die eigene Person oder vertraute Personen sind nicht mehr abrufbar. Dadurch kommt es zu erheblichen Einschränkungen in der Autonomie im Alltag.¹⁰

Im Stadium der schweren Demenz können die Betroffenen keine neuen Informationen behalten und Erinnerungen an lang Vergangenes treten nur bruchstückhaft zutage. Gedankengänge sind für diese Menschen nicht mehr nachvollziehbar und sie sind nicht mehr in der Lage, ihren Alltag ohne Unterstützung zu bewältigen.¹¹

Da jeder Mensch individuell ist, unterscheiden sich die Krankheitsverläufe und die Stadien sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen. Einheitlich ist jedoch, dass die Einschränkungen im Verlauf der Krankheit immer gravierender werden.¹²

Demenzen werden weiter in primäre und sekundäre Demenzen unterteilt. Primäre Demenzen bilden mit ca. 90% den größten Anteil und sind die Formen von Demenz, *„die ihren Ursprung in einer bislang nicht genau geklärten Degeneration (Rückbildung, Verfall) der Nervenzellen im Gehirn haben.“*¹³ Sie gelten als irreversibel. Die Alzheimer-Demenz (AD) ist die bekannteste Demenzform dieser Gruppe. Sekundäre Demenzen *„haben ihren Ursprung zwar ebenfalls in geschädigten Hirnregionen, [...] treten [jedoch] als Folge und Begleiterscheinung anderer Körperkrankheiten auf.“*¹⁴ Werden diese Grunderkrankungen behandelt, kann es teilweise zur Heilung der Demenz kommen. Sie gelten daher als reversibel.¹⁵

1.2. Epidemiologie

*„Die Demenz ist weltweit eine der Hauptursachen für Behinderung und Abhängigkeit von älteren Menschen.“*¹⁶ Nach der WHO gab es im Jahr 2017 weltweit ca. 50 Mio. Menschen mit Demenz. Schätzungen zur Folge soll die Anzahl der Erkrankten bis zum Jahr 2030 auf ca. 80 Mio. ansteigen.¹⁷ Die Alzheimer-Demenz ist mit 60% die häufigste demenzielle Erkrankung, gefolgt von der vaskulären Demenz und der Mischform beider Demenzen mit jeweils 15%. Die

⁹ vgl. Förstl, *Demenzen in Theorie und Praxis*. S. 7

¹⁰ vgl. Förstl. S. 7

¹¹ vgl. Förstl. S. 7

¹² vgl. Pflege.de, *Demenz – Demenzformen, Symptome & mehr*. (Internetquelle)

¹³ Payk, *Demenz*. S.35

¹⁴ Payk, *Demenz*. S. 41

¹⁵ vgl. Falk, *Basiswissen Demenz*. S. 70f

¹⁶ World Health Organization, *Dementia*. (Internetquelle)

¹⁷ vgl. World Health Organization, *10 facts on dementia*. (Internetquelle)

restlichen 10% bilden deutlich selteneren Demenzformen, wie z.B. die Lewy-Körperchen-Demenz oder die Parkinson-Demenz.¹⁸

Demenzen können sich in unterschiedlichen Lebensaltern entwickeln. In Deutschland waren nach Zahlen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. im Jahr 2016 rund 1,7 Mio. Menschen von Demenz betroffen. Dies teilt sich in ca. 1,63 Mio. Menschen, die nach dem 65. Lebensjahr und ca. 25.000 Personen, die vor dem 65. Lebensjahr erkrankten, auf. 2016 gab es in der hauptsächlich von Demenz betroffenen Altersgruppe „65+“ geschätzt knapp 317.000 Neuerkrankungen. Dabei treten die meisten in den Altersgruppen 75–79 (69.700) und 80–84 (72.800) auf. Das Risiko an einer Demenz zu erkranken, steigt dabei mit zunehmendem Alter auf bis zu 12% bei den über 90-Jährigen an. Wird die Bevölkerungsentwicklung und der derzeitige Stand von Prävention und Therapie berücksichtigt, steigt die Zahl der demenziell erkrankten Menschen um rund 40.000 Personen pro Jahr.¹⁹

Prognosen gehen davon aus, dass 2020 knapp 10% der Menschen über 65 Jahren an Demenz erkrankt sein werden. In der gleichen Altersgruppe könnte es bis zum Jahr 2060 eine Steigerung auf 12,4% geben.²⁰

Bei der Verteilung der Erkrankung nach Geschlecht, erkranken Frauen mit zunehmendem Alter deutlich häufiger an Demenz als Männer. Insgesamt sind ca. zwei Drittel der Menschen mit Demenz Frauen. Als Hauptgrund für diesen deutlichen Unterschied, wird die höhere Lebenserwartung von Frauen und die Beobachtung, dass Frauen trotz Demenz scheinbar länger leben, vermutet.²¹ Europäischen Studien zur Folge liegt die durchschnittliche Krankheitsdauer bei 3 bis 6 Jahren, kann jedoch auch stark davon abweichen.²²

Im Laufe der Erkrankung kommt es bei etwa zwei Dritteln der erkrankten Personen zu einer Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung. Als Gründe werden dafür weniger die zunehmende Unfähigkeit zur Alltagsbewältigung, sondern die schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten der Menschen mit Demenz gesehen. Schätzungen zur Folge befinden sich in Deutschland derzeit ca. eine halbe Million Demenzerkrankter in stationären Einrichtungen. Die durchschnittliche Betreuungszeit beträgt zwei bis drei Jahre.²³

¹⁸ vgl. Kulbe, *Basiswissen Altenpflege*. S. 86

¹⁹ vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, *Informationsblatt 1*. S. 1ff (Internetquelle)

²⁰ vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft, *Informationsblatt 1*. S. 5 (Internetquelle)

²¹ vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft, *Informationsblatt 1*. S. 4 (Internetquelle)

²² vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft, *Informationsblatt 1*. S. 4 (Internetquelle)

²³ vgl. Jahn und Werheid, *Demenzen*. S. 16

1.3. Ätiologie

Die Ursachen für eine Demenzerkrankung sind sehr unterschiedlich. Jahn und Werheid nennen hier: Neurodegeneration, vaskuläre Prozesse, ernährungsbedingte Mangelerscheinungen, internistische Erkrankungen, wie Bluthochdruck und Hirntumore sowie Substanzmissbrauch (Alkoholismus).²⁴

Hauptvertreter der neurodegenerativen Demenzen ist die Alzheimer-Demenz. Diese wurde Anfang des 20. Jh. von Alois Alzheimer erstmals in dem Artikel „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* beschrieben.²⁵ Nach der ICD-10 wird die Alzheimer-Demenz in die früh beginnende (vor dem 65. Lebensjahr) und die – wesentlich häufiger auftretende – spät beginnende Demenz (nach dem 65. Lebensjahr) eingeteilt. Alzheimer-Demenzen zeichnen sich dadurch aus, dass der Abbau von Neuronen und Synapsen eher langsam vonstattengeht und sich Eiweißablagerungen, so genannte Plaques, bilden.²⁶ Bei den Betroffenen kommt es zu „Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, Störungen des Denk und Urteilsvermögens sowie Veränderungen der Persönlichkeit.“²⁷ Diese Diagnose „wird [nur] dann gestellt, wenn keine andere demenzverursachende Krankheit gefunden wird.“²⁸

Recht ähnlich zur Alzheimer-Demenz ist die Lewy-Körperchen-Demenz, die nach ihrem Entdecker F.H. Lewy benannt ist. Hier kommt es bei den Betroffenen zu Verwirrheitszuständen, sowie „optische Halluzinationen, starke Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit und der Aufmerksamkeit sowie leichte Parkinsonsymptome (unwillkürliches Zittern der Hände, Steifigkeit der Bewegungen). Außerdem kommt es häufig zu Stürzen oder kurzzeitiger Bewusstlosigkeit.“²⁹

Bei der frontotemporalen Demenz (Demenz bei Pick-Krankheit) kommt es zuerst zu einem Abbau der Nervenzellen in den Gehirnbereichen, die für die Steuerung der Emotionen und des Sozialverhaltens zuständig sind. Sie tritt häufig zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auf und hat starke „Veränderungen der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens, wie Enthemmung, Aggressivität oder übermäßiges Essen etc.“³⁰ zur Folge, welches für Angehörige oft als sehr belastend erlebt wird.³¹

²⁴ vgl. Jahn und Werheid, Demenzen. S. 17

²⁵ vgl. Nehls, *Die Alzheimer-Lüge Die Wahrheit über eine vermeidbare Krankheit*. S. 17

²⁶ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 21

²⁷ Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 21

²⁸ Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 20

²⁹ Falk, *Basiswissen Demenz*. S. 62

³⁰ Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 22

³¹ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps. S. 22

Vaskuläre Demenzen entstehen durch Durchblutungsstörungen im Gehirn. Diese werden durch kleine Schlaganfälle, welche die Verbindungen zwischen den Nervenzellen zerstören, verursacht. Die betroffenen Hirnregionen werden dadurch mit zu wenig Sauerstoff versorgt und das Gewebe stirbt ab. Als wichtige Risikofaktoren für diese Form der Demenz gelten Diabetes mellitus, Bluthochdruck, ein erhöhter Cholesterinspiegel sowie Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum.³²

Eine vaskuläre Demenz entwickelt sich meist sehr schnell. Typisch sind *„ein schubartiger Verlauf, bei dem abrupte Verschlechterungen der Symptomatik auftreten können.“*³³ *„Die klinische Symptomatik der vaskulären Demenz ähnelt der Alzheimer-Demenz und kann mit früh auftretenden Gangstörungen, motorischer Unsicherheit und häufigen Stürzen, Blasenstörung (mit häufigem Harndrang) und Persönlichkeitsstörungen sowie Stimmungsänderungen verbunden sein.“*³⁴

Wie bereits beschrieben, wird nach derzeitigem biomedizinischem Verständnis die Degeneration der Nervenzellen, als Ursprung für den Großteil der Demenzerkrankungen gesehen. Wodurch allerdings dieser Degenrationsprozess ausgelöst wird, ist bis heute nicht endgültig geklärt.³⁵ Daher wird auch von verschiedenen Seiten Kritik an dieser Sichtweise geübt.

Einer dieser kritischen Vertreter ist Tom Kitwood, dessen person-zentrierter Ansatz in der Arbeit mit MmD in Kapitel 2.2. vorgestellt wird. Er kritisiert die gängige Hypothese, dass ein oder mehrere Faktoren X die neuropathische Veränderung der Nervenzellen auslösen und dadurch eine Demenz entstünde. Dieses Standardparadigma, wie er es nennt, kritisiert er in für ihn drei problematischen Merkmalen.³⁶

Zuerst übt er an der allgemeinen Vorstellung Kritik, dass Demenz einen organischen Ursprung habe. So gab es in den USA eine Studie mit Nonnen, bei der herausgefunden wurde, dass laut der Autopsie der postum entnommenen Gehirne, alle – zu Lebzeiten hochbetagt und doch geistig fit – eine Demenz im Endstadium hätten haben müssen.³⁷ Ihre Gehirne waren von Plaques geradezu übersät.

Als Zweites sieht er die Vorstellung einer linearen Kettenreaktion der Verursachung von Demenz als problematisch. Seiner Meinung nach würde die Annahme, Demenz entstünde aus genetischen Veranlagungen, den biologisch komplexen Systemen nicht genügend Rechnung

³² vgl. Falk, *Basiswissen Demenz*. S. 69

³³ Falk, *Basiswissen Demenz*. S. 69

³⁴ Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 26

³⁵ vgl. Payk, *Demenz*. S. 35

³⁶ vgl. Kitwood. S. 74

³⁷ vgl. Dialog- und Transferzentrum Demenz, *Bahnbrechende Studien aus der Forschung: Die Nonnenstudie*. (Internetquelle)

tragen. Bildlich schreibt er: „*Ein Schnittmuster verursacht nicht das Schneiden eines Kleidungsstückes.*“³⁸

Drittens meint er, dass der teils sehr schnelle Fortschritt einer Demenz dem allgemeinen Standardparadigma widerspricht, dass neuropathische Prozesse, insbesondere im Alter, eher langsam voranschreiten.³⁹

Andere Autoren, wie z.B. Michael Nehls stellen außerdem die Frage, inwieweit dieses biomedizinische Standardparadigma nicht auch wirtschaftliche Interessen der Medizin und Pharmaindustrie unterstützt und dieses somit beibehalten wird.⁴⁰

1.4. Psychodiagnostik

Generell gilt: ein frühzeitiges Erkennen und die Diagnose der Krankheit ist hilfreich. So wird Betroffenen und ihren Angehörigen die Möglichkeit gegeben, rechtzeitig Vorkehrungen zu treffen und Handlungsspielräume für die Zeit mit der Erkrankung zu erschließen. So können sie den sich verändernden Lebensumständen adäquat begegnen. Des Weiteren können Interventionen in einem frühen noch leichten Stadium einer Demenz den Fortschritt deutlich verlangsamen und zu der allgemeinen Verbesserung des Wohlbefindens beitragen.⁴¹

Die Schwierigkeit einer solchen Frühdiagnose liegt jedoch in der Abgrenzung zu normalen Alterserscheinungen. „*Demenz wird als Schwellenerkrankung charakterisiert, da vor dem klinisch relevanten Stadium oftmals eine Phase mit minimalen Symptomen durchlaufen wird, welche noch keine gravierenden Auswirkungen auf die Alltagskompetenzen haben,*“⁴² Diese Vorstufe wird leichte kognitive Störung bzw. Mild Cognitive Impairment (MCI) genannt. Hier liegt ein wichtiger Fokus der aktuellen Forschungen, um durch zielgerichtete Interventionen den Ausbruch einer Demenz künftig verhindern bzw. hinauszuzögern zu können.⁴³

Eine gesicherte Diagnose der Demenz wird in zwei Schritten erreicht. In einem ersten Schritt wird geprüft, ob die vorhandenen Symptome einer Demenz zuzuschreiben sind. Hierbei ist differentialdiagnostisch auszuschließen, dass nicht eine Depression oder ein Delir (Verwirrheitszustand) Ursache für das Nachlassen geistiger Fähigkeiten sind. Liegt eine Demenz vor,

³⁸ Kitwood, *Demenz*. S. 75

³⁹ vgl. Kitwood. S.74ff

⁴⁰ vgl. Nehls, *Die Alzheimer-Lüge Die Wahrheit über eine vermeidbare Krankheit*. S. 166ff

⁴¹ vgl. Falk. S. 38f

⁴² Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 23

⁴³ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps; Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 18

wird in einem zweiten Schritt ermittelt, um welche Form der Demenz es sich bei den gezeigten Symptomen handelt. Dies geschieht durch das Ausschließen anderer körperlicher Ursachen.⁴⁴

Zu Beginn des Diagnoseverfahren steht eine umfangreiche Anamnese. Dazu werden der Betroffene und Angehörige oder Bezugspersonen nach der Erkrankung befragt. Dies betrifft den aktuellen Zustand, wann und wie sich dieser entwickelt hat und wie sich dieser im Alltag auswirkt. Hierbei wird auch auf weitere Symptome wie Depression und andere psychologische Auffälligkeiten geachtet. Außerdem werden nach eigenen früheren und Erkrankungen in der Familie erfragt.

In der Familien- und Sozialanamnese wird der berufliche und persönliche Lebensweg, sowie die aktuelle soziale Lebenssituation ermittelt. Hierzu zählen auch eine Medikamentenanamnese und das Befragen nach Drogen oder Alkoholmissbrauch.⁴⁵

Anschließend folgen intensive Untersuchungen der körperlichen und psychischen Verfassung. Hierfür werden durch Laboruntersuchungen von Blut- und Urinproben ursächliche Grunderkrankungen oder Infektionen ausgeschlossen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf vaskuläre Risiken, wie Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen, die Schilddrüsenfunktion, den Wasser- und Elektrolythaushalt und den Vitaminhaushalt gelegt. Gerade bei alleinstehenden alten Menschen kann es hier durch nachlässige Eigenversorgung zu Mangelerscheinungen kommen.⁴⁶

Weitere intensive Untersuchungen richten sich auf das Gehirn. Hier werden durch CT (Computertomografie) und MRT (Kernspintomografie) überprüft, ob z.B. einflussnehmende Tumore oder vaskuläre Schädigungen vorliegen. Durch ein EEG (Elektroenzephalogramm) wird die Funktion der Hirnströme, der Stoffwechsel und die Durchblutung gemessen.⁴⁷

Um die psychische Verfassung zu ermitteln, werden kognitive Kurztests eingesetzt. Mittels dieser Tests soll die Gedächtnisleistung, Orientierungsfähigkeit, Handlungsplanung, Konzentration und Sprache untersucht und bewertet werden.⁴⁸ Der wohl bekannteste Test ist der sogenannte Uhrentest, bei dem die zu untersuchende Person ein Uhrenziffernblatt mit korrekter Uhrzeit zeichnen soll. Je fortgeschrittener eine Demenz ist, umso weniger wird die Person in der Lage sein, sowohl Uhrzeit als auch Ziffernblatt korrekt zu zeichnen. Da dieser Test allein nicht aussagekräftig ist, wird er in immer Verbindung mit folgenden Tests durchgeführt.⁴⁹

Der Minimal-Mind-Status-Test (MMST) ist ein international geläufiger Screening-Test (Suchtest). In elf Fragen „werden die Bereiche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Sprache, Anweisungen befolgen [und] Nachzeichnen

⁴⁴ vgl. Falk, *Basiswissen Demenz*. S. 48

⁴⁵ vgl. Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 28

⁴⁶ vgl. Falk, *Basiswissen Demenz*. S. 41

⁴⁷ vgl. Falk. S. 42f

⁴⁸ vgl. Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 29

⁴⁹ vgl. Falk, *Basiswissen Demenz*; Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 46; S. 29

[abgeprüft und mit insgesamt maximal 30 Punkten] *bewertet*.⁵⁰ Besonders viele Punkt sind in den ersten drei Kategorien zu erreichen. Eine Demenz wird diagnostiziert, wenn das Ergebnis bei weniger als 20 Punkten liegt.⁵¹

Der DemTect ist im Gegensatz zum MMST auch zur Frühdiagnostik von Demenzen geeignet. Die fünf Aufgaben des Tests umfassen drei Gedächtnistests für Wörter und Zahlen: eine Aufgabe, bei der Nummern in Zahlwörter und umgekehrt aufgeschrieben werden müssen und eine Aufgabe, „*bei der eine Minute lang Gegenstände genannt werden müssen, die es in einem Supermarkt zu kaufen gibt*“.⁵² Die Ergebnisse werden in Punkte umgewandelt, wobei das Alter der Person berücksichtigt wird. Die Auswertung des Tests unterscheidet sich nach den Altersgruppen „unter“ und „über 60 Jahren“.⁵³

Um bei einer beginnenden Demenz Verwechselungen mit einer Depression auszuschließen, werden zusätzlich noch zwei Fragebögen zur Selbsteinschätzung der Personen eingesetzt. Durch diese Fragebögen entsteht ein genaueres Bild über das Wohlbefinden der Person.⁵⁴

Ein Aspekt, die bei solchen Tests beachtet werden sollte, ist der sogenannte Cut-Off-Wert, der darüber bestimmt, ob eine Person als dement diagnostiziert wird oder nicht. So kann es bei Personen, deren Punktzahl sich in der Nähe des Cut-Off-Wertes befindet, leicht zu einer Fehleinschätzung kommen. Dies stellt sich als weiterer Grund heraus, weshalb es wichtig und notwendig ist, mehrere Testverfahren anzuwenden und somit eine umfassende Diagnostik vorzunehmen.⁵⁵

Bei dem diagnostischen Verfahren braucht es von den Ärzt*innen „*nicht nur fachlich-technisches Können, sondern auch Einfühlungsvermögen und ein besonders behutsames Vorgehen in der Diagnostik [...]*“.⁵⁶ Auch ist es wichtig den diagnostischen Vorgang transparent und verständlich zu gestalten. Im Falle der Demenzdiagnose wird gefordert, diese und die daraus resultierenden Konsequenzen den Betroffenen und deren Bezugspersonen behutsam und verständlich zu vermitteln.⁵⁷ Im weiteren Verlauf kann hier zur klinischen Sozialarbeit vermittelt werden, die informierend und beratend unterstützen und begleiten kann.⁵⁸

⁵⁰ Falk, *Basiswissen Demenz*. S. 44

⁵¹ vgl. Falk. S. 43f

⁵² Falk. S. 45

⁵³ vgl. Falk. S. 45

⁵⁴ vgl. Falk. S. 46

⁵⁵ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 25f

⁵⁶ Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 28

⁵⁷ vgl. Schilder und Philipp-Metzen. S. 28

⁵⁸ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 27

1.5. Intervention

Die meisten Demenzen gelten als irreversibel. Dennoch gibt es durch medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen die Möglichkeit, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen und die Symptome abzumildern.⁵⁹ Darüber hinaus zielen diese darauf ab, die Eigenständigkeit der betroffenen Person und die gesellschaftliche Teilhabe so lange wie möglich zu erhalten. Teilhabe (Partizipation) ist nach der WHO „*das Einbezogen sein in eine Lebenssituation*.“⁶⁰ Außerdem sollen pflegende oder betreuende Angehörige entlastet werden.⁶¹

Unabhängig davon, ob medikamentös oder nicht-medikamentös interveniert wird, sollte dies immer individuell auf die Person angepasst stattfinden. Dazu sind die persönlichen Problemlagen und Ressourcen der Betroffenen zu eruieren.⁶² Besonders bei den nicht-medikamentösen Interventionen, sollten die Wünsche und Eigenheiten der Betroffenen berücksichtigt werden. So können nach Möglichkeit das Wohlbefinden und die Lebensqualität erhalten bleiben.⁶³

Die medikamentöse Behandlung von Demenz setzt auf Antidementiva. Diese sollen die Neurotransmission zwischen den Nervenzellen – in ihrem synaptischen Spalt – verbessern. Neurotransmitter sind chemische Botenstoffen, die für die Übermittlung von Informationen zwischen den Nervenzellen verantwortlich sind.⁶⁴ Durch die Verbesserung der Neurotransmission kann das Nachlassen kognitiver Funktionen verlangsamt und die Alltagsfähigkeit der Erkrankten mehrere Monate lang erhalten werden. Bei Nebenerkrankungen wie Depression, werden zusätzlich Antidepressiva und in späteren Demenzstadien auch Neuroleptika eingesetzt.⁶⁵

Der Einsatz dieser drei Medikamentengruppen wird jedoch inzwischen kontrovers diskutiert.⁶⁶ Nicht nur wegen des Verhältnisses von Wirkung und Nebenwirkung, sondern „*auch vor dem Hintergrund kommerzieller Interessen der Herstellerfirmen*.“⁶⁷

Immer mehr Bedeutung in der Behandlung demenziell erkrankter Personen erhalten die nicht-medikamentösen, psychosozialen Interventionen. Diese sind auch in der Behandlung von Depressionen einsetzbar und empfehlenswert. Karakaya et al. zählen zu diesen Inter-

⁵⁹ vgl. Kulbe, *Basiswissen Altenpflege*. S. 89

⁶⁰ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, *ICF Version 2005*. (Internetquelle)

⁶¹ vgl. Jahn und Werheid, *Demenzen*. S. 69

⁶² vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 20

⁶³ vgl. Kulbe, *Basiswissen Altenpflege*. S. 89

⁶⁴ vgl. Neurolab. *Neurotransmitter und ihre Funktion*. (Internetquelle)

⁶⁵ vgl. Jahn und Werheid, *Demenzen*. S. 84ff

⁶⁶ vgl. Jahn und Werheid. S. 86

⁶⁷ Jahn und Werheid. S. 86

Ausführlich bei Nehls, *Die Alzheimer-Lüge*, S. 166-169.

ventionen kognitive Verfahren, wie z.B. kognitives Training, Realitätsorientierung (ROT) und die Selbsterhaltungstherapie (SET). Neben körperlichen Aktivitäten und Ergotherapie gehören auch kreative Therapieansätze, wie Kunst-, Musik- und Tanztherapie, sowie sensorische Verfahren, wie Aromatherapie, Massagen und Lichttherapie dazu. Als letzten Punkt werden auch angehörigenbasierte Verfahren, wie Trainings- und psychoedukative Gruppen genannt. Laut der medizinischen S3-Leitlinie „Demenzen“, können die meisten dieser nicht-medikamentösen, psychosozialen Interventionen im Allgemeinen empfohlen werden. Die Wirksamkeit hängt dabei jedoch stark vom individuellen Zustand und den persönlichen Vorlieben der Betroffenen ab.⁶⁸

1.6. Prävention

Trotz intensiver Forschung ist bislang kein Durchbruch in der Behandlung von Demenzen erreicht worden. Daher rückt die Prävention dieser Krankheit mehr und mehr in den Fokus der Wissenschaft. Generell wird postuliert: die beste Prävention einer Demenz ist ein gesunder Lebensstil.⁶⁹

Aber was bedeutet „gesunder Lebensstil“? Michael Nehls hat dazu ein Hexagramm der sechs grundlegenden menschlichen Bedürfnisse entwickelt, deren Balance seiner Theorie zur Folge maßgebend für das geistige und körperliche Wohl eines Menschen sei. Die Balance dieser Bedürfnisse entspreche einem gesunden Lebensstil.

Ins Zentrum seines Hexagramms stellt Nehls den Lebenszweck bzw. -sinn, der er evolutionsbiologisch in der Weitergabe des Erbguts begründet sieht. Dies meine allerdings nicht zwangsläufig die Zeugung von Nachkommen, sondern könne auch durch soziales Engagement und Austausch befriedigt werden. Um diesen gefühlten Lebenssinn erfüllen zu können, brauche es zum einen Energiezufuhr durch Nahrung und zum anderen die Umsetzung dieser Energie in körperliche und geistige Aktivität (Bewegung). Gleichzeitig könne ohne Bewegung keine Nahrung herbeigeschafft oder zubereitet werden. Weiter brauche der Mensch – Nehls beschreibt dies als Selbst – sein Umfeld. Auch diese bedingen sich gegenseitig. So bilde sich im Laufe eines Lebens durch das Umfeld ein Selbst, welches gleichzeitig auch Einfluss auf das Umfeld nimmt. Alle diese Bereiche stehen in Beziehung zueinander und sind eingebettet in die Zeit. Der Mensch braucht Zeit zum Essen, zum Wachsen und, um mit anderen Menschen in Austausch zu sein. Alles diene dem Lebenszweck sein Erbgut in irgendeiner Form weiterzugeben. Stellt der Mensch einen anderen Lebenszweck z.B. Reichtum oder Macht in den Mittelpunkt seines Lebens, käme es Nehls Ansicht nach über kurz oder lang zu inneren

⁶⁸ vgl. Tesky, *Praxishandbuch Altersmedizin*. S. 322ff

⁶⁹ vgl. Jahn und Werheid, *Demenzen*. S. 86f

Konflikten.⁷⁰ Dies erzeuge Stress und sei Nährboden für sämtliche Erkrankungen; so auch Demenz. Ebenso Sorge die Vernachlässigung bzw. das Überstrapazieren einer der anderen Bereiche für ein ungesundes Ungleichgewicht und damit einem erhöhten Risiko für eine Demenzerkrankung.⁷¹

Gestützt wird Nehls Theorie durch zahlreiche Forschungen. Exemplarisch soll hier kurz die wissenschaftlichen Beobachtungen zu den Bewohnern Okinawas, einer Inselgruppe im Süden Japans, angeführt werden. Dort war auffällig, dass die Menschen besonders alt wurden – oft über hundert Jahre – und diese dabei geistig und gesundheitlich äußerst vital blieben.⁷²

Ursprünglich wurde von einer genetischen Veranlagung ausgegangen, doch es zeigte sich, dass dieser Umstand auf ihre Lebensweise zurückzuführen war. Bevor mit der Errichtung US-amerikanischer Militärstützpunkte nach dem Zweiten Weltkrieg nach und nach der westliche Lebensstil Einzug erhielt, lebten diese Menschen dort sehr traditionell. Sie ernährten sich sehr fettarm und kohlenhydratreich (viel Obst und Gemüse, wenig Fleisch, Fisch, Ei) von einheimischen Produkten, welche sie auch selbst verarbeiteten. Außerdem galt es als unschicklich über das Sättigungsgefühl hinaus zu essen. Typisch waren eigene händische Landwirtschaft (Bewegung und geistige Aktivität) und darüber hinaus ein großer sozialer Zusammenhalt in den Dörfern. Nicht zuletzt wird auch der kulturell veranlagte Respekt den Vorfahren und Älteren gegenüber als Beitrag zu deren Langlebigkeit angesehen.⁷³

Mit den Amerikanern kamen Fast-Food-Ketten, Autos, Maschinen und ein modernerer Lebensstil nach Okinawa. Dies verführte vor allem die jungen Generationen und sorgt bei diesen nun zunehmend für typisch westliche Zivilisationskrankheiten. Durch einen Anstieg des Fettgehaltes der Ernährung von zehn Prozent in den 60er Jahren auf heute dreißig Prozent, leidet inzwischen fast jeder zweite Mann zwischen 20 und 69 an Übergewicht. Dazu sind die Zahlen von Leberschäden, Herz- und Nierenversagen und Diabetes deutlich angestiegen. Außerdem konnte festgestellt werden, dass es bei den Nachkriegsgenerationen um das 55. Lebensjahr häufig zu Erkrankungen kommt, die hauptsächlich auf den Lebensstil zurückzuführen sind.

Auch die Forschungen explizit zu Demenzerkrankungen kommen zu dem Ergebnis, dass Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Übergewicht im mittleren Alter, Depression, körperliche Inaktivität, Rauchen und ein niedriger Bildungsstand als sogenannte Risikofaktoren einer Demenz gelten.⁷⁴ Sie werden stichprobenartig ermittelt und beschreiben ein gewisses statis-

⁷⁰ An dieser Stelle könnte auch darüber nachgedacht werden, warum es neurowissenschaftlich und bio-energetisch wichtig wäre, im Hinblick auf das Lebensende diese inneren Konflikte zu bearbeiten. Eine zufriedenstellende Antwort auf diese Frage würde allerdings das Format einer Bachelorarbeit sprengen und wird daher ausgespart.

⁷¹ vgl. Nehls, *Die Alzheimer-Lüge Die Wahrheit über eine vermeidbare Krankheit*. S. 173ff

⁷² vgl. Lill, *Vom Verschwinden der Hundertjährigen*. (Internetquelle)

⁷³ vgl. Lill, *Vom Verschwinden der Hundertjährigen*. (Internetquelle)

⁷⁴ vgl. Jahn und Werheid, *Demenzen*. S. 87

tisches Risiko, welches im Einzelfall allerdings nicht zwangsläufig eine Erkrankung zur Folge hat.⁷⁵ Daher werden im Gegenzug – ganz im Sinne Nehls – als Schutzfaktoren eine gesunde, ausgewogene Ernährung, körperliche, geistige und soziale Aktivität empfohlen.⁷⁶

In Bezug auf die geistige Aktivität ist hier der Begriff der Plastizität des Gehirns zu nennen. Dieser besagt, dass die neuronalen Verschaltungen im Gehirn, die sich im Laufe des Lebens bilden, nicht starr, sondern veränderbar sind. So können z.B. Verhaltensmuster geändert oder neue dazugelernt werden.⁷⁷ Um nun einer Demenz vorzubeugen, ist es daher ratsam, diese besondere Fähigkeit des Gehirns zu nutzen und statt in den Alltagstrott zu verfallen, sich immer wieder neuen Herausforderungen zu stellen. Dazu sind auch eine gesunde Ernährung und körperliche und soziale Aktivität notwendig und förderlich.

Diese bereits genannten Präventionsansätze werden zu der primären Prävention gezählt. Sie hat den Ansatz, die Entstehung einer Demenz zu vermeiden. Durch Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitschecks und weiteren Maßnahmen, werden im Bereich der Sekundärprävention Frühstadien der Demenz erkannt und können somit rechtzeitig behandelt werden. Damit soll das Fortschreiten der Erkrankung verhindert bzw. verlangsamt werden. Lässt sich dies nicht verhindern bzw. wird eine Demenz erst spät erkannt, sollen durch medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien die weiteren Folgen der Erkrankung reduziert werden. Dies wird als Tertiärprävention bezeichnet.⁷⁸

In diesem letzten Präventionsbereich haben sich auch eine einfühlsam zugewandte und person-zentrierte Umgangsweise mit MmD als hilfreich und sinnvoll erwiesen. Ansätze für diesen Umgang haben Naomi Feil und Tom Kitwood entwickelt. Feils Validation und Kitwoods person-zentrierte Pflege werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt.

2. Ansätze zum Umgang mit Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz verlieren durch die Abnahme ihrer geistigen Fähigkeiten zunehmend die Kontrolle ihres emotionalen Verhaltens und später die Fähigkeit der Kommunikation. Es kann zu aggressivem oder apathischem Verhalten kommen, welches die Arbeit mit dementen Menschen oft herausfordernd macht. Die Validation und der person-zentrierte Ansatz geben eine Haltung und Werkzeuge an die Hand, die für ein besseres Verständnis des Verhaltens

Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentstehung.

⁷⁵ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps. S. 28f

⁷⁶ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps. S. 29

⁷⁷ vgl. Kampfhammer, *Plastizität im Nervensystem*. (Internetquelle)

⁷⁸ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S. 28

und einen besseren Umgang sorgen sollen. So kann bei den MmD zu einer angemessenen Lebensbewältigung beigetragen werden.

2.1. Naomi Feil und die Validation

Nachdem Naomi Feil ihren Master in Sozialarbeit erworben hatte, begann sie in einem Altenheim tätig zu werden. Zunächst arbeitete sie mit orientierten, gesunden Älteren, ab 1963 dann mit desorientierten⁷⁹, sehr alten Menschen. Dabei stellte sie fest, dass ihr anfänglicher Ansatz, diese desorientierten Menschen an der Realität zu orientieren und sie damit zu konfrontieren, zu Irritation, Rückzug oder Feindseligkeit bei diesen führte. Von diesen Beobachtungen ausgehend, entwickelte sie die Methode der Validation.⁸⁰

Validation leitet sich von dem englischen Begriff „valid“ ab und bedeutet „gültig“. Kerngedanke der Validation ist es, das subjektive Erleben des demenzerkrankten Menschen als gültig anzuerkennen.⁸¹ Zu diesem Erleben gehören Gefühle wie Ängste, Trauer, Wut, aber auch Freude, die in individuellen Verhaltensweisen ausgedrückt werden. Ein Beispiel für Validation ist folgende Situation. Eine desorientierte 80-Jährige sagt: „Ich gehe jetzt in die Schule.“ Der Validationsanwender antwortet: „Schön, hast du deinen Schulranzen schon gepackt und ein Pausenbrot dabei?“ Durch die Anerkennung des subjektiven Erlebens und den damit verbundenen Gefühlen soll sich der Mensch mit Demenz *„in seiner Wirklichkeit und Zeit angenommen und gestärkt fühlen.“*⁸² So könne es laut Feil bei dem Betroffenen zu einer Verarbeitung der zugrundeliegenden Gefühle, somit zu einer Reduktion von Stress und gleichzeitig einer Steigerung des Selbstwertgefühls kommen.⁸³

Zu Beginn einer validierenden Arbeit mit einer desorientierten Person, steht das Sammeln von Informationen über die zu validierende Person. Neben den biografischen und medizinischen Daten sollte nach Feil das Augenmerk auch auf frühere Beziehungen, Bedürfnisse, unvollendete Lebensaufgaben und Ambitionen gelegt werden. Ebenso wichtig ist das Erfragen des Verhaltens in Konflikt- und Krisensituationen und den Umgang mit den körperlichen und sozialen Verlusten des Alters. Auch der Bezug zur Religion kann erfragt werden. Die Informationen können durch eine achtsame Befragung des Betroffenen selbst, seinen Angehörigen und nahen Personen eingeholt werden. Außerdem geben die eigenen Beobachtungen während des Gesprächs mit der Person Hinweise auf z.B. verdrängte Emotionen und konflikt-

⁷⁹ Feil verwendet aus Achtung vor MmD den Begriff Desorientierung. Dieser ist als gleichbedeutend zu „demenziell erkrankt“ anzusehen und wird der Einheitlichkeit halber in diesem Kapitel verwendet.

⁸⁰ vgl. Feil und Klerk-Rubin, *Validation*. S.11ff

⁸¹ vgl. Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 90

⁸² Kulbe, *Basiswissen Altenpflege*. S. 90

⁸³ vgl. Feil und Klerk-Rubin, *Validation*. S. 15

reiche Erinnerungen oder Beziehungen. Für die Befragung des desorientierten Menschen sollten laut Feil „Hier-und-Jetzt“ oder „Damals-und-Dort-Fragen“ verwendet werden. So kann für desorientierte Menschen die Frage „Waren sie oft krank in ihrem Leben?“ leichter beantwortet werden, als die Frage „Wie oft waren sie krank?“. Die Informationen und weiteren Beobachtungen der desorientierten Person sollten über einen Zeitraum von zwei Wochen gesammelt werden.⁸⁴

Durch die Gespräche und die Beobachtungen können in einem zweiten Schritt Rückschlüsse auf die Phase der Desorientierung gezogen werden. Feil hat durch ihre eigenen langjährigen Beobachtungen vier Phasen bestimmt, die im Zuge der fortschreitenden Desorientierung auftreten. Diese werden im weiteren Verlauf näher erläutert. Anschließend sollte die desorientierte Person im Rahmen von regelmäßigen Besuchen validiert werden. Dabei ist die Regelmäßigkeit und Kontaktzeit von der Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit der zu validierenden Person und dem Zeitbudget des Validationsanwenders abhängig.⁸⁵

Für eine gute Validation braucht es in erster Linie eine grundlegend einfühlsame Einstellung dem Menschen gegenüber. Validation folgt dabei dem humanistischen Menschenbild und klientenzentrierten Ansatz, den der Psychologe und Psychotherapeut Carl Rogers prägte.⁸⁶ Dieses Menschenbild beinhaltet, dass der Mensch grundsätzlich vertrauenswürdig sei, eine Aktualisierungstendenz habe, d.h. sich entwickeln und selbstverwirklichen möchte und nach Anerkennung und Wertschätzung strebe. Darüber hinaus bräuchten Menschen den Austausch mit anderen Menschen und seien in der Lage ihre Grundeinstellungen, Selbstkonzepte und Verhaltensweisen zu verändern. Dafür benötigten sie ein empathisches, wertschätzendes und authentisches Umfeld.⁸⁷ Dies entspricht den drei Haltungen, die Rogers klientenzentrierten Ansatz ausmachen.

Die erste Haltung nach Rogers ist das Echt-Sein. Er nennt es auch Kongruenz, was bedeutet, dass die Gedanken und Gefühle, die der Therapeut bzw. die gesprächsführende Person nonverbal, also über Mimik und Gestik ausdrückt, kongruent sind (übereinstimmen) mit dem, was er verbal äußert. Dies bedeutet auch, dass die gesprächsführende Person sichtbar und dadurch für den anderen (an)greifbarer wird.⁸⁸

Mit Wertschätzung ist gemeint, dass das Gegenüber in seinem Sein bedingungslos anerkannt und respektiert wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ebenso jede Handlung dieser Person bedingungslos akzeptiert werden muss.⁸⁹

⁸⁴ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 80ff

Feil geht hier bereits von einer stationären Pflegesituation aus.

⁸⁵ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 85

⁸⁶ vgl. Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 91

⁸⁷ vgl. Böhnisch, *Sozialpädagogik der Lebensalter: eine Einführung*. S. 219f

⁸⁸ vgl. Böhnisch. S. 223f

⁸⁹ vgl. Böhnisch. S.223

Empathie ist das einführende Verstehen des Anderen. Es ist die emotional-kognitive Resonanz mit dem anderen, welches es der angesprochenen Person ermöglicht sich angenommen, verstanden und bestätigt zu fühlen. Dadurch kann sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln.⁹⁰

Nach Rogers sind die wertschätzende und empathische Haltung *„jedoch nur dann von Bedeutung, wenn sie wirklich sind [...]“*.⁹¹ Daher ist für ihn das Echt-Sein die wichtigste Haltung, welche zuerst entwickelt und integriert werden sollte.⁹²

Die zweite Voraussetzung für Validation ist nach Feil eine *„Entwicklungstheorie für alte, mangelhaft orientierte und desorientierte Menschen, die uns hilft ihr Verhalten zu verstehen.“*⁹³ Dies bedeutet zum einen, das bereits beschriebene umfangreiche Sammeln von Wissen über die zu validierende Person. Zum anderen bezieht sich Feil hier auf die Theorie der Entwicklungs- und Lebensstadien des Psychoanalytikers Erik Erikson.

Eriksons Theorie besagt, dass jeder Mensch in den verschiedenen Lebensaltern bestimmte Aufgaben zu bewältigen habe. So sei die Aufgabe im Säuglingsalter ein Grundvertrauen zu entwickeln. Kann dies z.B. durch die mangelhafte Fürsorge der Mutter nicht entstehen, würde sich die Aufgabe so lange erhalten, bis die Person sie für sich gelöst hat. Eine unzureichende Bewältigung der Aufgabe wirke sich auf die weiteren Entwicklungsstadien und ihre spezifischen Aufgaben aus.⁹⁴

Im frühkindlichen Alter ginge es nach Erikson um die Entwicklung von Autonomie, gefolgt von Initiative und Eifer im Spiel- und später Schulalter. Werden diese Aufgaben nicht gemeistert komme es laut Erikson zu Scham und Zweifel, Schuldgefühlen und Minderwertigkeitsgefühlen. Im Jugendalter bilde sich Identität oder der Zweifel aus, im jungen Erwachsenenalter Intimität oder Isoliertheit. Erwachsene hätten die Aufgabe Generativität zu entwickeln. Erikson schreibt dazu: *„Generativität [...] umfaßt Fortpflanzungsfähigkeit, Produktivität und Kreativität, also die Hervorbringung neuen Lebens, neuer Produkte und neuer Ideen einschließlich einer Art Selbstzeugung, die mit der weiteren Identitätsentwicklung befaßt ist.“*⁹⁵ Die Nichterfüllung dieser Aufgabe führe zu Stagnation. Im Alter solle die Aufgabe der Integrität, welches Erikson als *„eine Art erfüllte und gelöste Anteilnahme am Leben im Angesicht des Todes“*⁹⁶ mit dem Wort Weisheit beschreibt, erfüllt werden. Seine Antithese dazu ist die Verzweiflung.⁹⁷

⁹⁰ vgl. Böhnisch. S. 222f

⁹¹ Rogers u. a., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. S. 162

⁹² vgl. Rogers u. a. S. 162

⁹³ Feil und Klerk-Rubin, *Validation*. S. 15

⁹⁴ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 24ff

⁹⁵ Erikson und Klüwer, *Der vollständige Lebenszyklus*. S. 86

⁹⁶ Erikson und Klüwer. S. 78

⁹⁷ vgl. Feil und Klerk-Rubin, *Validation*. S. 26

Feil hat aus den Beobachtungen ihrer eigenen Arbeit noch das Stadium des hohen Alters hinzugefügt. Sich auf die Theorie Eriksons stützend, ist sie der Meinung, dass Personen in diesem Stadium die Aufgabe hätten, noch unerledigten Aufgaben ihres Lebens aufzuarbeiten, um in Frieden sterben zu können. Geschehe dies nicht, weil körperliche und soziale Verluste geleugnet werden oder die Auseinandersetzung mit der Aufgabe verweigert wird, komme es zum Vegetieren.⁹⁸ Vegetieren beschreibt die letzte der von Feil entwickelten vier Phasen desorientierter Menschen. Diese hat sie anhand psychischer und physischer Merkmale bestimmt, die sie in ihrer Arbeit mit desorientierten Menschen beobachtete.⁹⁹

Charakteristisch für die erste Phase der mangelhaften Orientierung sind Personen, die an ihren gesellschaftlichen Rollen festhalten, aber bisher verdrängte Konflikte an gegenwärtigen Personen ausagieren. Für Menschen in dieser Phase sind nach Feil Sprache, Verstand und rationales Denken sehr wichtig. Gefühle hingegen werden geleugnet. Daher werden auch Berührungen und Blickkontakt eher zurückgewiesen und stattdessen Kontrolle und klare Urteile geschätzt. Körperlich sind für Menschen in dieser Phase ein klarer Blick, eine oft steife, angespannte und verschlossene Haltung typisch. Bewegungen sind präzise und zielgerichtet.¹⁰⁰ Diese Phase lässt sich dem Stadium einer leichten bis mittelgradigen Demenz zuordnen.

Personen in der zweiten Phase – der Zeitverwirrtheit – verlieren nach Feil das Gefühl für Zeit und tauchen mehr und mehr in die Vergangenheit ab. Sie verlieren die Kontrolle über sich selbst, ihr soziales und emotionales Verhalten und das Kommunikationsvermögen. Grundlegende Gefühle, wie Angst, Trauer, Wut, und Freude werden ausgedrückt. Sie werden offener für Berührungen, Blickkontakt und weitere die Sinne – und damit auch Emotionen – ansprechenden Zugänge. Die Muskeln sind entspannt, die Schultern hängen oft nach vorn. Sie haben einen klaren Blick, starren aber oft ziellos in die Ferne. Bewegungen sind graziös, der Gang schlurfend.¹⁰¹ Diese Phase kann einer mittelgradigen Demenz zugeordnet werden.

Die dritte Phase ist geprägt von sich wiederholenden Bewegungen. Die Sprache wird unverständlich und die betroffenen Personen ziehen sich zunehmend in vorsprachliche Bewegungen und Laute aus der frühen Kindheit zurück. *„Körperteile werden zu Symbolen, Bewegungen ersetzen Worte.“*¹⁰² Gefühle und Bedürfnisse werden ungehemmt ausgedrückt und sollen unmittelbar befriedigt werden. Die Körperhaltung ist entspannt, es kommt zu Inkontinenz. Der Blick ist ziellos bzw. oft bleiben die Augen geschlossen.¹⁰³

⁹⁸ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 33ff

⁹⁹ vgl. Feil und Klerk-Rubin. 67

¹⁰⁰ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 70ff

¹⁰¹ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 73ff

¹⁰² Feil und Klerk-Rubin. S. 75

¹⁰³ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 75ff

In der letzten und vierten Phase ziehen sich die Personen völlig in sich selbst zurück und verschließen sich vor der Außenwelt. Auf Berührungen und Blickkontakt wird kaum oder gar nicht reagiert. Der Körper ist erschlafft und die Aktivität auf ein existenzielles Minimum zurückgefahren. Die Augen bleiben meistens geschlossen; der Blick ist leer.¹⁰⁴ Diese letzten beiden Phasen entsprechen einer mittelgradig bis hauptsächlich schweren Demenz.

Diese Phasen sind nicht statisch, sondern die Personen können innerhalb kurzer Zeit, auch innerhalb eines Tages zwischen den Phasen wechseln. Meist ist allerdings eine Phase vorherrschend.¹⁰⁵

Eine weitere Theorie, die Feil in ihr Konzept der Validation mit einbezieht ist die Bedürfnistheorie des Psychologen Abraham Maslow. Zusammen mit Rogers war er einer der wichtigsten Vertreter der humanistischen Psychologie.¹⁰⁶ Maslow behauptete, dass der Mensch zuerst seine existenziellen Bedürfnisse, durch z.B. Nahrungsaufnahme und das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit befriedigen müsse, bevor er nach Erfüllung der sozialen Bedürfnisse und später den psychologischen Bedürfnissen, wie Anerkennung, Wertschätzung und Selbstverwirklichung strebe. Dargestellt wird dies in Form der Bedürfnispyramide.¹⁰⁷

Feil ist der Meinung, dass sich diese Theorie zu einem gewissen Grad auch auf alte desorientierten Menschen anwenden lässt, bzw. zumindest zu einem besseren Verständnis ihrer Bedürfnisse beiträgt. Nach Feil haben desorientierte, alte Menschen – neben den Grundbedürfnissen nach Versorgung und Sicherheit – auch ein Bedürfnis nach Anerkennung, Status, Identität und Selbstwert. Ebenso das Bedürfnis Gefühle auszudrücken, um dadurch Aufmerksamkeit zu erlangen und das Bedürfnis gebraucht und respektiert zu werden, sich geliebt und geborgen zu fühlen und umsorgt zu werden. Ebenso beschreibt sie das Bedürfnis „nach sensorischer Stimulation, taktilen, visuellen, auditiven, olfaktorischen [riechen], gustatorischen [schmecken] und auch sexuellen Ausdrucksmöglichkeiten.“¹⁰⁸ Dem übergeordnet sieht sie das grundlegende Bedürfnis die unerledigten Aufgaben aufzuarbeiten, um in Frieden mit dem Leben abschließen zu können.¹⁰⁹

Um diese Bedürfnisse validierend befriedigen zu können, braucht es als dritte Voraussetzung die Anwendung spezifischer Techniken. Diese variieren je nach Phase der Desorientierung. Grundsätzlich gilt, dass der Validationsanwender zentriert, d.h. mit sich selbst gut verbunden sein muss, damit er mit voller Aufmerksamkeit die körperlichen Charakteristika der zu validierenden Person wahrnehmen und beobachten kann. Darüber hinaus gilt, dass – neben

¹⁰⁴ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 78f

¹⁰⁵ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 67

¹⁰⁶ vgl. Nestmann, Engel, und Sickendiek, *Das Handbuch der Beratung*. S: 217f

¹⁰⁷ vgl. Feil und Klerk-Rubin, *Validation*. S. 22

¹⁰⁸ Feil und Klerk-Rubin. S. 23

¹⁰⁹ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 23

den drei Grundhaltungen nach Rogers – Aussagen der Personen nicht angezweifelt oder beurteilt werden und Gespräche ruhig, klar und auf Augenhöhe geführt werden. Außerdem sollte ein Satz nur eine Mitteilung enthalten und diese durch Mimik, Gestik und Tonfall verstärkt werden. Danach sollte Zeit zum Verstehen eingeräumt werden.¹¹⁰

In der Kommunikation mit desorientierten Menschen sollte nach Feil immer das bevorzugte Sinnesorgan angesprochen werden. Dieses bildet sich in den ersten Lebensjahren aus und ist durch Beobachtung zu identifizieren. Feil empfiehlt dem favorisierten Sinnesorgan entsprechend passende Sprache zu verwenden. So gelten „bemerken, vorstellen und erinnern“ als visuelle Wörter, „hören, laut, klar, klingt wie“ als auditive Worte. Zu den kinästhetischen, auf die Körperwahrnehmung bezogenen Wörtern, gehören Aussagen wie: „spüren, scherzvoll, ich bin in Kontakt mit, fühlt sich an wie“. ¹¹¹ Ebenso zur Kommunikation gehören Techniken wie das Umformulieren von Kernaussagen, die Wahl mehrdeutiger Formulierungen (er, sie, es, jemand) und das Fragen nach dem Extrem (Polarisieren) bzw. dem Gegenteil. ¹¹²

Während der Interaktion sollten die Emotionen der betreffenden Person beobachtet und das eigene Verhalten daran angepasst werden. ¹¹³ Der Validationsanwender sollte zudem versuchen die Bedürfnisse aus dem gezeigten Verhalten abzuleiten, um diese dann zu validieren. So kann eine wiegende Körperbewegung nach Feil, als ein Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit verstanden werden. Ab der dritten Phase empfiehlt Feil das Spiegeln (Nachahmen) von Körperbewegungen und Atem der desorientierten Person. Auch hier ist es die Aufgabe, die hinter den Bewegungen liegenden Bedürfnisse aufzuspüren und zu validieren. ¹¹⁴

In Phase I sind die desorientierten Personen noch in der Lage Gegenwart und Vergangenheit zu unterscheiden. Feil empfiehlt daher das Erinnern durch behutsame Fragen. So können Gefühle geweckt und ausgedrückt werden. ¹¹⁵ Desorientierte Personen in den späteren Phasen zeigen ihre Gefühle zwar zumeist offener, verlieren jedoch mehr und mehr die Fähigkeit der bewussten Erinnerung über Sprache. Dadurch wird der sinnliche Zugang wichtiger. So empfiehlt Feil ab Phase II die verankerten Berührungen. *„Verankertes Berühren heißt, dass man die besondere Stelle (oft das Gesicht) findet, an der die Berührung Gefühle und Erinnerungen aus vergangen Beziehungen erweckt.“* ¹¹⁶ So kann ein sanftes Streicheln der Wange an das Streicheln der Mutter aus Kindertagen erinnern. Wichtig dabei ist, dass die

¹¹⁰ vgl. Demenzportal. *Validation bei Demenz – Die Grundsätze*. (Internetquelle)

¹¹¹ vgl. Feil und Klerk-Rubin, *Validation*. S. 85

¹¹² vgl. Feil und Klerk-Rubin. Kapitel 3. S. 87 – 94

¹¹³ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 93

¹¹⁴ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 97

¹¹⁵ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 88

¹¹⁶ Feil und Klerk-Rubin. S. 92

Berührungen bewusst und gefühlvoll stattfinden.¹¹⁷ Ebenso ab Phase II spricht sich Feil für die Verwendung von Musik aus. Klänge speichern sich besonders tief im Gedächtnis ab und können auch bei weit fortgeschrittener Demenz noch Erinnerungen und Gefühlsregungen hervorrufen.¹¹⁸

Nach Feil sind Langzeitziele der Validation: alte, bisher unverarbeiteter Konflikte zu lösen, das gelebte Leben zu rechtfertigen und das Selbstwertgefühl wiederherzustellen. Stress und die Medikamentengabe sollen reduziert und stattdessen die verbale und nonverbale Kommunikation gefördert und verbessert werden. Dies zielt darauf ab, die Eigenständigkeit in der eigenen Häuslichkeit solange wie möglich zu erhalten und einem Rückzug in das Vegetieren vorzubeugen bzw. dieses zu verhindern.¹¹⁹ Das Erreichen dieser Ziele trägt zu einer angemessenen Lebensbewältigung bei.

Auch wenn die Wirksamkeit der Validation wissenschaftlich noch nicht eindeutig belegt werden konnte, wird die Validation in der Arbeit mit demenzerkrankten Menschen als hilfreiches Instrument angesehen. Praktizierende geben an, dass sie sich handlungssicherer fühlen und die Arbeit dadurch stressfreier wird. Dies ist nach Stoppe auch auf das akzeptierende Verständnis für die alten, desorientierten Menschen zurückzuführen, welches Feil postuliert.¹²⁰ Kritik kommt hingegen am theoretischen Rahmen der Validation. So sei die *„psychodynamische Deutung des Verhaltens von Personen mit Demenz [...] einseitig und widersprüchlich [...] Beziehe man das Verhalten demenziell erkrankter Menschen zu stark auf frühere Konflikte, bestehe das Risiko, Mängel in der sozialen Umgebung zu übersehen.“*¹²¹ Ebenfalls wird Feils Behauptung, durch Validation könne die Vergangenheit aufgearbeitet und der Krankheitsverlauf verändert werden, kritisch gesehen.¹²²

2.2. Tom Kitwood und der person-zentrierte Ansatz

Der Psychologe Tom Kitwood kam während der 80er Jahre als Doktorvater mit dem Thema Demenz in Berührung. Durch die dadurch entstandenen Kontakte zu Pflegepraktikern und intensiven Auseinandersetzungen mit der damaligen Literatur, gelangte er immer mehr zu der Ansicht, dass einige Symptome der Demenz *„eher auf ein Versagen im Verständnis und in der Pflege, als auf ein strukturelles Versagen des Gehirns zurückzuführen sein könnten.“*¹²³ Nach

¹¹⁷ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 92

¹¹⁸ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 94

¹¹⁹ vgl. Feil und Klerk-Rubin. S. 15

¹²⁰ vgl. Stoppe, *Demenz*. S. 117

¹²¹ Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 93

¹²² vgl. Schilder und Philipp-Metzen. S. 93

¹²³ Kitwood, *Demenz*. S. 23

zahlreichen Untersuchungen im Arbeitsgebiet Demenz entwickelte Kitwood als Antwort auf das damals sehr medizinische Verständnis der Demenz den Ansatz der person-zentrierten Pflege demenziell erkrankter Menschen. Ebenfalls im Sinne Rogers humanistischer Psychologie ist es sein Anliegen, den *Menschen* und nicht seine Erkrankung in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu hat er den Begriff des Person-Seins geprägt.¹²⁴

Kitwood entwickelte den Begriff des Person-Seins aus drei Formen der Auslegung: der Transzendenz, der Ethik und der Sozialpsychologie. Unter Berücksichtigung dieser definiert er Person-Sein als einen *„Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen.“*¹²⁵ Kriterien des Person-Seins sind für ihn nach Quinton: das Bewusstsein des Selbst, Rationalität, die Macht zu handeln, Moralität und die Fähigkeit Beziehungen zu knüpfen. Weiter bezieht er hier auch Martin Bubers Konzept des Ich-Du und Ich-Es-Modus des „In-der-Welt-Seins“ mit ein.¹²⁶ Bubers *„zentrale Behauptung ist die, dass Beziehung grundlegend ist; eine Person zu sein, bedeutet, mit Du angesprochen zu werden.“*¹²⁷

Der „Ich-Du-Modus“ Bubers meint dabei laut Kitwood *„das Auf-den-anderen-Zugehen, das Sich-Öffnen, Spontaneität – eine Reise in unerschlossenes Gebiet.“*¹²⁸ Dies bedeutet auch das Wagnis einzugehen, in der Begegnung mit dem Du mit den eigenen Gefühlen und den des anderen konfrontiert zu werden. Laut Buber kann es dadurch jedoch auch zu Freude und Erfüllung kommen.¹²⁹

Das Gegenteil der Ich-Du-Beziehung ist die Ich-Es-Beziehung. Diese ist von Distanz, Kühle und Depersonalisierung geprägt. Kitwood hatte besonders diese Art der Beziehung während seiner Forschungen in den 80er Jahren zu der Pflegekultur von Demenzerkrankten häufig beobachtet. Er gab diesen depersonalisierenden Verhaltensweisen des Pflegepersonals gegenüber den Menschen mit Demenz den Namen „maligne, bösartige Sozialpsychologie“. „Maligne“ bedeutet ein unbewusstes, also nicht in böser Absicht, jedoch sehr verletzendes, abwertendes, das Person-Sein schädigendes Verhalten gegenüber den zu betreuenden Personen. Dabei kann es auch zum Untergraben des körperlichen Wohlbefindens kommen. Zum Beispiel durch mangelnde Fürsorge, wie Möglichkeiten der Bewegung – auch im Freien – zu schaffen. Ein solches malignes Verhalten ist laut Kitwood *„Teil [des] kulturellen Erbes.“*¹³⁰ Seine Liste malignen Verhaltens zählt 17 Punkte. Dazu gehören zunächst Betrug, das Verurteilen zur Machtlosigkeit, Infantilisieren, Einschüchtern, Etikettieren, Stigmatisieren,

¹²⁴ vgl. Kitwood. Kapitel 1. S. 19 - 28

¹²⁵ Kitwood. S. 31

¹²⁶ vgl. Kitwood. S. 34

¹²⁷ Kitwood. S. 35

¹²⁸ Kitwood. S. 35

¹²⁹ vgl. Kitwood. Kapitel 2. S. 30 - 38

¹³⁰ Kitwood. S. 91

Überholen, Entwerten, Verbannen und zum Objekt erklären. „Zur Machtlosigkeit“ verurteilen meint *„jemandem [...] die Unterstützung beim Abschluss begonnener Handlungen [verweigern].“*¹³¹ Infantilisieren ist eine väterlich bzw. mütterlich autoritäre Behandlung der zu betreuenden Person. Wird das Verhalten der demenzerkrankten Person hauptsächlich auf ihre Erkrankung zurückgeführt und die Interaktion mit dieser durch dies negativ bestimmt, spricht Kitwood von Etikettierung. Weitere Punkte seiner Liste malignen Verhaltens lauten: Ignorieren, Zwang, Vorenthalten, Anklagen, Unterbrechen, Lästern und Herabwürdigen.¹³²

Über diese aktiven Verhaltensweisen hinaus gibt es auch noch die Vernachlässigung. Dies ist dann der Fall, wenn Menschen mit Demenz die meiste Zeit der Tages ohne menschlichen Kontakt erleben.¹³³

Zur Identifizierung dieses malignen Verhaltens seitens des Personals und der Reflexion darüber, hat Kitwood die Beobachtungsmethode Dementia Care Mapping (DCM) entwickelt. Dieses wird hauptsächlich im stationären Pflegebereich eingesetzt und soll die Qualität sichern und diese weiterentwickeln. *„Es handelt sich um ein strukturiertes und standardisiertes Erhebungsverfahren, dass das Verhalten von Menschen mit Demenz, ihr Wohlbefinden und ihre Affektäußerungen und die Interaktion zwischen Personal und Bewohnern [...] erfasst.“*¹³⁴

Dazu wird eine Gruppe von bis zu acht Personen von ausgebildeten Dementia-Care-Mappern über einen längeren Zeitraum, für mindestens sechs Stunden am Tag beobachtet. Der Fokus liegt dabei auf dem Verhalten der Bewohner*innen in verschiedenen Situationen des Alltags und welches Wohlbefinden bzw. Unwohlsein daraus abgeleitet werden kann. Dieses wird in mit einer Skalierung von +5, bei absolutem Wohlbefinden, bis zu einem extremen Unwohlsein, z.B. Wut oder Apathie mit -5 bewertet. Darüber hinaus werden Einflüsse der Umwelt erfasst, *„die sich negativ auf das Selbstverständnis und den Selbstwert von Menschen mit Demenz auswirken.“*¹³⁵ Gemeint sind damit die oben angeführten Punkte malignen Verhaltens. Ebenso werden positive Ereignisse und Einflüsse im Umfeld des Demenzerkrankten vermerkt. Im Anschluss werden diese Daten *„ausgewertet, analysiert und in sogenannten Feed-back-Sitzungen mit dem Pflorgeteam durchgearbeitet.“*¹³⁶ Dies soll das Pflegepersonal dazu anregen eigenes pflegerisches Verhalten zu reflektieren und zu verändern. Dieses Instrument hat damit auch einen supervisorischen Charakter. So soll eine stetige Verbesserung der Gesamtsituation, insbesondere aber der Erhalt des Person-Seins der Demenzerkrankten, erreicht werden.¹³⁷

¹³¹ Kitwood. S. 91

¹³² vgl. Kitwood. S. 91ff

¹³³ vgl. Kitwood. S. 95f

¹³⁴ Stechl und Beyreuther, *Praxishandbuch Demenz*. S. 100

¹³⁵ Stechl und Beyreuther. S. 100

¹³⁶ Stechl und Beyreuther. S. 100

¹³⁷ vgl. Stechl und Beyreuther. S. 100f

Ausgehend von sieben Zugängen zum Erleben einer Demenz, hat Kitwood seine Theorie der psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz aufgestellt. Über selbstverfasste Berichte von Menschen mit Demenz und von Personen mit ähnlichen Symptomen, wie Depression oder Meningitis, Aussagen Betroffener in Interview- oder Gruppensituationen sowie Aussagen, die in alltäglichen Situationen getroffen werden, eigenen Beobachtungen und Rollenspielen kann dieses Erleben in Erfahrung gebracht werden.¹³⁸

Aus diesen Zugängen ergeben sich für Kitwood drei Erfahrungsbereiche einer Demenz. Zum ersten Erfahrungsbereich zählen die Gefühle. Er beschreibt diese als *„subjektive Zustände [...], in denen Emotionen klar mit spezifischen Bedeutungen assoziiert sind, z.B. Wut über die Unsensibilität des Nachbarn [...] oder ein Gefühl der Nutzlosigkeit aufgrund der Unfähigkeit, den Haushalt führen zu können.“*¹³⁹ Der zweite Bereich entspricht den allgemeinen Zuständen. Dazu zählt Kitwood die Zustände Schrecken, Elend und Leid, Wut und Chaos (Verwirrtheit). Diese Zustände beschreibt er als diffus, da sie *„nicht an spezifische Situationen, Personen oder Objekte gebunden [sind].“*¹⁴⁰

Auf diese allgemeinen Zustände folgt das Ausgebranntsein. Dies tritt auf, wenn das Nervensystem wegen zu langer Überbeanspruchung in einen Erschöpfungszustand wechselt. In verschiedenen Stadien kommt es dann von Depression über Verzweiflung und Erschöpfung zu Apathie und Vegetieren. Hier gilt, ähnlich wie bei Feil, dass die Stadien immer wieder neu und in verschiedene Richtungen durchlebt werden können. Die dabei auftretenden Gefühle, können laut Kitwood, unter gewissen Umständen verarbeitet und neue positivere Gefühle „dazugelernt“ werden. Hilfreich ist dafür das Wissen um die psychischen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz.¹⁴¹

Bedürfnisse sind nach Kitwood etwas *„ohne dessen Befriedigung [ein Mensch] nicht einmal minimal als Person funktionieren kann.[...] [Diese gründen für ihn] in unserer evolutionären Vergangenheit und sind eng mit der Funktionsweise unseres Nervensystems verbunden.“*¹⁴²

Außerdem sind die jeweiligen Begrifflichkeiten der Bedürfnisse immer vor dem bezeichnenden kulturellen Hintergrund zu verstehen.¹⁴³

Seine Bedürfnistheorie stellt sich, anders als Maslows Bedürfnispyramide, nicht als Hierarchie, sondern in einer Art Verbund dar, die dem Bild einer Blume ähnelt. In das Zentrum dieser „Blume“ stellt er das Bedürfnis nach Liebe. Darunter versteht er nach Grey-Davidson *„eine großzügige, verzeihende und bedingungslose Annahme, ein emotionales Geben von ganzem*

¹³⁸ vgl. Kitwood, *Demenz*. Kapitel 6.3. S. 132 - 140

¹³⁹ Kitwood. S. 141

¹⁴⁰ Kitwood. S. 141

¹⁴¹ vgl. Kitwood. Kapitel 6.4. S. 140 - 143

¹⁴² Kitwood. S. 144

¹⁴³ vgl. Kitwood. S. 144

*Herzen, ohne die Erwartung einer direkten Belohnung.*¹⁴⁴ Die Blütenblätter dieser "Blume" bestehen aus den Bedürfnissen Trost, primärer Bindung, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung. Kitwoods Ansicht nach seien diese Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz deutlicher sichtbar, weil sie durch ihre Erkrankung weniger in der Lage sind, diese durch Eigeninitiative selbst zu befriedigen. Zudem fällt der kognitive Kontrollmechanismus dieser weg. Die Ausprägung der Bedürfnisse ist bei jeder Person unterschiedlich und intensiviert sich meist mit Fortschreiten der Demenz.¹⁴⁵

Trost versteht Kitwood als *„eine Art Wärme und Stärke, [...] die es [dem anderen] ermöglicht, intakt zu bleiben, wenn er zu zerfallen droht.“*¹⁴⁶ Bei dem Bedürfnis nach primärer Bindung bezieht er sich auf John Bowlby, der behauptete, *„dass Bonding [Bindung] eine transkulturelle Universale und seiner Natur nach instinktähnlich ist. [Bindung bildet] eine Art Sicherheitsnetz [...], vor allem in den ersten Lebensjahren.“*¹⁴⁷ Kitwood nimmt an, dass dieses Bedürfnis nach Bindung und dem damit verbunden Gefühl nach Sicherheit auch bei Menschen mit Demenz bestehen bleibt und sich bei verunsichernden Umständen sogar verstärkt.¹⁴⁸

Ein weiteres „Blütenblatt“ ist das Bedürfnis nach Einbeziehung. Evolutionär betrachtet war es überlebenswichtig Teil einer Gruppe zu sein und hat sich bis heute erhalten. Demenzerkrankte können laut Kitwood dieses Bedürfnis in *„aufmerksamkeitsheischenden Verhalten, [wie] der Neigung zum Anklammern oder Umhergehen oder in verschiedenen Formen des Protests und der Zerrissenheit [zeigen].“*¹⁴⁹ In der Entwicklung von Pflegeangeboten ist es hierbei wichtig, eine gute Balance zwischen Einbeziehung und dem Erhalt der Individualität zu finden.¹⁵⁰

Einbeziehung kann gut mit dem Bedürfnis nach Beschäftigung verknüpft werden. *„Beschäftigt zu sein bedeutet, auf eine persönlich bedeutsame Weise und entsprechend den Fähigkeiten und Kräften einer Person in den Lebensprozeß einbezogen zu sein.“*¹⁵¹ Findet dies nicht statt, kommt es insbesondere bei Menschen mit Demenz mehr und mehr zu einem Rückzug und Nachlassen der Fähigkeiten. Auch hier ist es wichtig mit viel Feingefühl das Bedürfnis zu befriedigen, ohne dabei bevormundend und vorwegnehmend zu sein.¹⁵²

Über Beschäftigung kann auch das Bedürfnis nach Identität befriedigt werden. Identität *„bedeutet zu wissen, wer man ist, im Erkennen und im Fühlen.“*¹⁵³ Da dies im Laufe der Demenz den Betroffenen immer mehr verloren geht, ist es nach Kitwood besonders wichtig,

¹⁴⁴ Kitwood. S. 144

¹⁴⁵ Kitwood. S. 145f

¹⁴⁶ Kitwood. S. 146

¹⁴⁷ Kitwood. S. 146

¹⁴⁸ vgl. Kitwood. S. 146f

¹⁴⁹ Kitwood. S. 147

¹⁵⁰ vgl. Kitwood. S. 147f

¹⁵¹ Kitwood. S. 148

¹⁵² vgl. Kitwood. S. 148

¹⁵³ Kitwood. S. 148

einerseits durch Wissen über die Lebensgeschichte der Person diese durch Erzählungen am Leben zu erhalten. Andererseits kann die Identität durch eine empathische „Ich-Du-Beziehung“ gepflegt und erhalten werden.¹⁵⁴

Die Befriedigung dieser Bedürfnisse ist Teil Kitwoods benigner Sozialpsychologie, dem Gegenentwurf zur malignen Sozialpsychologie. Diese „*stärkende und stützende Sozialpsychologie*“¹⁵⁵ hat den Erhalt des Person-Seins zum Ziel. Dies wird durch eine Reihe von positiven Interaktionen erreicht, die Kitwood ermittelt und beschrieben hat.¹⁵⁶

Interaktion ist nach Kitwood „*nicht einfach nur das Reagieren auf Signale, sondern das Erfassen von Bedeutungen, die von anderen übermittelt werden. Es beinhaltet Reflexion, Antizipation, Erwartung und Kreativität.*“¹⁵⁷ Zu positiven Interaktionen mit MmD zählt er das Anerkennen, Verhandeln, Zusammenarbeiten, Spielen, Timalation, Feiern und Entspannen. Verhandeln meint das Befragen nach „*Vorlieben, Wünschen und Bedürfnissen, statt den Vermutungen anderer angepasst zu werden.*“¹⁵⁸ Timalation ist der würdigende (griech. *timao*) sensorische Zugang zu Menschen mit Demenz.¹⁵⁹

Drei weitere Interaktionsarten sind mehr psychotherapeutischer Natur. Dazu zählen das Validieren, Halten und Erleichtern. Das Halten ist metaphorisch an das mütterliche Halten eines leidenden Kindes angelehnt. Erleichtern meint die Übernahme von Teilhandlungen, um „*eine Person in die Lage zu versetzen, etwas zu tun, das sie ansonsten nicht tun könnte.*“¹⁶⁰ Alle diese Interaktionen können zu einer angemessenen Lebensbewältigung beitragen.

Interaktionen können aber auch von der Person mit Demenz ausgehen. So kann diese durch z.B. singen die Pflegeperson animieren mit einzustimmen. Kitwood nennt dies „schöpferisch sein“. Mit der Interaktion „Geben“ meint er, wenn Betroffene Dankbarkeit, Besorgnis oder Zuneigung gegenüber dem Pflegepersonal ausdrücken.¹⁶¹

Der positive Einfluss des person-zentrierten Ansatzes Kitwoods auf Menschen mit Demenz konnte durch zahlreiche wissenschaftliche Studien nachgewiesen werden. So traten nach dessen Einsatz bei Betroffenen seltener Agitation, Aggression und Unruhe auf. Auch konnte der Einsatz von Neuroleptika erheblich gesenkt werden. Allerdings wurde auch ermittelt, „*dass die Umsetzung des [person-zentrierten Ansatzes] einen echten kulturellen Wandel innerhalb der gesamten Organisation erfordert.*“¹⁶² Daher lautet auch eine Kritik, dass Kitwood ein zu

¹⁵⁴ vgl. Kitwood. S. 148f

¹⁵⁵ Kitwood. S. 154

¹⁵⁶ vgl. Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 39

¹⁵⁷ Kitwood, *Demenz*. S. 155

¹⁵⁸ Kitwood. S. 159

¹⁵⁹ vgl. Kitwood. S. 159ff

¹⁶⁰ Kitwood. S. 162

¹⁶¹ vgl. Kitwood. S. 161ff

¹⁶² Kitwood. S. 286

hohes Pflegeideal fordere ohne konkrete Handlungshinweise, wie etwa bei Feil, zu geben. Dies könne zu einer Überforderung des Pflegepersonals führen.¹⁶³ Generell gilt hier, dass es in dem Bereich der person-zentrierten Pflege noch weiterer Forschung bedarf.¹⁶⁴

Sowohl Feil als auch Kitwood beziehen sich in ihren Haltungen zu Menschen mit Demenz auf Rogers humanistisches Menschenbild. In beiden Ansätzen ist seine Trias „Echtheit, Empathie und Wertschätzung“ grundlegend. Beide fordern dazu auf, in den Menschen mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Interventionen zu stellen. Durch die verschiedenen Interventionen sollen diese befriedigt, Gefühle verarbeitet und somit Stress abgebaut werden, welches zu einer angemessenen Lebensbewältigung beiträgt. Beide bieten dazu eine Reihe bedürfnisorientierte Handlungen und Interventionen an.

3. Menschen mit fortgeschrittener Demenz

In den folgenden zwei Kapiteln wird zunächst eine Charakterisierung der Menschen im Stadium einer fortgeschrittenen, schweren Demenz vorgenommen. Dabei werden die teils schon genannten Merkmale noch einmal zusammengetragen und erweitert. Anschließend wird erläutert, warum es wichtig ist, zu diesen Menschen Zugang zu schaffen und warum dies gerade über die Sinne gut möglich ist.

3.1. Charakterisierung

Nach der ICD-10 sind Menschen im Stadium einer schweren Demenz nicht mehr in der Lage neue Informationen abzuspeichern. Früher Gelerntes ist nur noch fragmentarisch abrufbar und selbst nahe Angehörige werden nicht mehr erkannt. Nachvollziehbare Gedankengänge sind kaum bzw. nicht mehr vorhanden.¹⁶⁵ Die verbale Kommunikation ist erheblich eingeschränkt, sodass Gespräche kaum möglich sind. „Selbst die Ja-Nein-Kommunikation [ist] nicht mehr zuverlässig möglich.“¹⁶⁶ Hinzu kommt, dass die Konzentrationsfähigkeit stark herabgesetzt ist.¹⁶⁷ Das hat zur Folge, dass nur noch eine Handlung z.B. Haare kämmen ausgeführt werden kann. Oft nur mit Unterstützung und unter ständiger Beobachtung. Dies betrifft auch die eigene

¹⁶³ vgl. Schilder und Philipp-Metzen, *Menschen mit Demenz*. S. 39

¹⁶⁴ vgl. Kitwood, *Demenz*. Kapitel „Forschungslage zur PCC. S. 285 - 288

¹⁶⁵ vgl. Horst Dilling u. a., *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. S. 25

¹⁶⁶ Stechl und Beyreuther, *Praxishandbuch Demenz*. S. 43

¹⁶⁷ vgl. Stechl und Beyreuther. S. 43

Körperpflege. Hierbei kommt es zu Harn- und Stuhlinkontinenz. Darüber hinaus brauchen diese Menschen oft selbst beim Gehen oder Sitzen Unterstützung.¹⁶⁸

Menschen im fortgeschrittenen Demenzstadium stützen sich auf sensorische Reize. *„Mit Berührung und Bewegung verbundene Aktivitäten werden als angenehm empfunden.“*¹⁶⁹

Manche neigen dazu wieder Gegenstände in den Mund zu stecken. Frühkindliche Reflexe, wie der Greifreflex melden sich gelegentlich zurück.¹⁷⁰ Zu diesem Stadium sind ebenfalls die Phasen III und IV nach Feil mit ihren körperlichen und psychischen Charakteristika hinzuzählen (s.o.).

Da sich die Menschen in dem Stadium einer schweren Demenz immer mehr in sich selbst zurückziehen, ist es umso wichtiger, einfühlsam und validierend auf sie einzugehen. Dafür müssen Zugänge geschaffen werden.

3.2. Mögliche Zugänge

Aufgrund der bereits beschriebenen kognitiven Einbußen wird es gerade im Stadium einer fortgeschrittenen schweren Demenz immer schwieriger, auf verbaler, kognitiver Ebene einen Zugang zu Menschen mit Demenz zu bekommen. Daher bieten sich hier Zugänge über die Sinne an.

Schon im Mutterleib bilden sich die Sinnesorgane aus und der Fötus beginnt seine Umwelt wahrzunehmen. Die entsprechenden Sinne lauten: Fühlen, Riechen, Schmecken, Hören, Sehen. Nach der Geburt geben die Sinnesreize dem Neugeborenen einen Eindruck von der Welt. Erst deutlich später entwickeln sich Sprache und Verstand.

Jeder Sinnesreiz, der über die Organe aufgenommen wird, wird als elektrischer Impuls an die Nervenzellen weitergeleitet. Diese lösen im Gehirn Prozesse aus, die eine Reaktion z.B. in Form des Handhebens von der heißen Herdplatte zur Folge hat.¹⁷¹ Damit solche prägenden Ereignisse schon nach einmaligem Erleben abgespeichert werden, braucht es *„eine hohe synaptische Plastizität, also die sofortige und starke Veränderung von Synapsenstärken. Diese Fähigkeit ist im [...] Archicortex sehr ausgeprägt und macht insbesondere den Hippocampus zum perfekten Speicher für alle unsere einmaligen persönlichen Erfahrungen, die für uns potentiell lebenswichtige, sprich: emotionale Bedeutung haben.“*¹⁷² Daher nennt Nehls den Hippocampus auch „Tor der Erinnerung“.¹⁷³

¹⁶⁸ vgl. Bowlby Sifton, *Das Demenz-Buch*. S. 134

¹⁶⁹ Bowlby Sifton. S. 134

¹⁷⁰ vgl. Bowlby Sifton. S. 134f

¹⁷¹ vgl. Spektrum.de. *Sinnesphysiologie*. (Internetquelle)

¹⁷² Nehls, *Die Alzheimer-Lüge Die Wahrheit über eine vermeidbare Krankheit*. S. 95

¹⁷³ vgl. Nehls. S. 74ff

Ausgehend davon, dass Erinnerung aus Sinnesreizen bestehen und zusätzlich die kognitiven, sprachlichen Funktionen des Gehirns bei fortgeschrittener Demenz bereits nicht mehr vorhanden sind, ist es naheliegend und logisch sinnliche Reize zu nutzen, um einen Zugang zu bekommen. Zugang meint dabei, das Erreichen einer emotionalen Reaktion.

Wie bereits dargestellt plädieren auch Feil und Kitwood für den Einsatz sinnlicher Reize, um Zugang zu MmD zu erhalten. In der Arbeit mit Menschen mit Demenz haben dabei zwei sinnesorientierte Ansätze Einzug erhalten, die ihre Ursprünge zunächst in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung hatten.

1975 stellte der Sonderpädagoge Andreas Fröhlich das Konzept der basalen Stimulation vor.¹⁷⁴ Dieses sieht vor, einer Deprivation durch Isolation und Reizlosigkeit durch regelmäßig durchgeführte Stimulation der Sinne entgegenzuwirken. Dazu werden erkrankte Menschen durch z.B. geschmackvolle Lebensmittel, intensive Gerüche, musikalische Reize oder Massagen stimuliert.¹⁷⁵

Das Snoezelen entwickelte sich während der 80er Jahren im holländischen Raum. Nach Schwanecke ist Snoezelen *„eine Form von Tiefenentspannung, welche durch eine Umgebung ermöglicht wird, in der störende Umweltreize abgeschirmt und gezielt einzelne oder kombinierte Sinnesreize angeboten werden können.“*¹⁷⁶ Diese Angebote finden in der Regel in speziell für die einzelnen Sinne eingerichteten Räumen statt.¹⁷⁷

Den einzelnen Sinnen entsprechend werden nun aus dem Repertoire der Basalen Stimulation und dem Snoezelen verschiedene Angebote vorgestellt, die auch für Sozialarbeiter*innen eines Altenheims und ohne tiefgreifendere Ausbildung anwendbar sind.

4. Sinnliche Zugänge zu Menschen mit fortgeschrittener Demenz

Die Sinnesorgane bilden sich schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft aus. Ab dem siebten Schwangerschaftsmonat werden diese besonders entwickelt. So nimmt der werdende Mensch bereits im Mutterleib die Umwelt wahr.¹⁷⁸ Lassen der Verstand und die kognitiven Fähigkeiten nach, zieht sich der MmD wieder in sich selbst, eine vorsprachliche Wahrnehmung und die nonverbale Kommunikation zurück. So werden auch Bedürfnisse und Gefühle zunehmend über die Körpersprache ausgedrückt.¹⁷⁹

¹⁷⁴ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 1

¹⁷⁵ vgl. Stoppe, *Demenz*. S. 118

¹⁷⁶ Schwanecke, *Snoezelen*. S. 15

¹⁷⁷ vgl. Schwanecke, Kapitel „Was ist Snoezelen“. S. 13. – 16

Snoezelen setzt sich aus den Wörtern „snuffelen“ (schnuppern) und „doezelen“ (schlummern) zusammen.

¹⁷⁸ vgl. Spork, *Gesundheit ist kein Zufall*. S. 160ff

¹⁷⁹ vgl. Feil und Klerk-Rubin, *Validation*. S. 75ff

Um diese wahrzunehmen und entsprechend zu interpretieren, braucht es seitens der betreuenden Person Einfühlungsvermögen, Geduld, Zeit und Mut sich auf die Gefühle und Reaktionen und damit auch die Lebensgeschichte des MmD einzulassen.¹⁸⁰ Ebenso sind eine hohe Anpassungsfähigkeit, Konzentration und Gegenwärtigkeit, Akzeptanz auch von negativen Gefühlsäußerungen und Intuition wichtig.¹⁸¹ Voraussetzung ist dafür „eine klare Bewußtheit der eigenen körperlichen Präsenz sowie der physischen und psychischen Begrenzung.“¹⁸²

Für den Einsatz sinnlicher Reize gilt generell, dass diese im angemessenen Maß und unter Berücksichtigung der jeweiligen Vorlieben und Bedürfnisse eingesetzt werden sollten. Hierbei spielt auch die kulturelle Prägung eine wichtige Rolle.

4.1. Fühlen

Der wichtigste Sinn des Menschen ist der Tastsinn. Das dafür zuständige Organ ist die den gesamten Körper überspannende Haut. Damit ist es das größte und auch unmittelbarste Sinnesorgan, denn nur über den direkten Kontakt kann die Umwelt erfahren werden. Für die Wahrnehmung dieser befinden sich durchschnittlich ca. 70 Rezeptoren auf einem Quadrat-zentimeter Haut. Die Haut entwickelt sich als erstes Organ zusammen mit dem Nervensystem schon während der Embryonalzeit. Ohne dieses Organ wäre der Mensch den äußeren Einflüssen schutzlos ausgeliefert und damit nicht überlebensfähig. Über die Haut nimmt der Mensch Kälte, Wärme, Berührung und Schmerz wahr. Alle weiteren Sinneseindrücke ergänzen das Gesamtbild.¹⁸³

Das Arbeiten mit demenzerkrankten Menschen ist eine beiderseits berührende Arbeit. Die meisten körperlichen Berührungen sind dabei pflegerischer Natur. Berührungen können jedoch auch außerhalb dieser stattfinden und von Sozialarbeiter*innen geleistet werden. Generell gilt, dass Berührungen bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz immer nur von einer Person ausgeführt werden, kontinuierlich und rhythmisch erfolgen sollten und währenddessen die Kontaktintensität achtsam aufgebaut wird. Durch verbale Ankündigung und sanftes Berühren z.B. der Schulter sollte eine bewusste berührende Maßnahme begonnen (Initialberührung) und ebenso wieder beendet werden. Das gibt der demenziell erkrankten Person Orientierung und dadurch Vertrauen und Sicherheit. Außerdem sollen Berührungen als akzeptabel und unterstützend, statt angreifend vermittelt werden. Ziel einer Berührung ist es,

¹⁸⁰ vgl. Specht-Tomann und Tropper, *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*. S. 138

¹⁸¹ vgl. Nelson, *Die Kraft der heilsamen Berührung*. Kapitel 3. S. 39 – 46

¹⁸² Nelson. S. 43

¹⁸³ vgl. Hulsege, Verheul, und Rick, *Snoezelen*. S. 17

das Körperempfinden des MmD zu fördern, Emotionen und Erinnerungen zu wecken und ihn aus seiner Zurückgezogenheit zu holen.¹⁸⁴

Für die Berührung werden hauptsächlich die Hände benutzt. Diese haben „die besondere Fähigkeit, sich dem Körper anzupassen [...] und dem Betroffenen damit zusätzliche Informationen über seinen Körper [...] zu liefern.“¹⁸⁵ Dabei empfiehlt es sich die Berührungen mit der gesamten Hand und einem gewissen Druck auszuüben. Die Berührung bekommt dadurch eine gewisse Verbindlichkeit, welches dem Berührten ein Gefühl von Sicherheit geben kann. Punktuelle Druckstellen sollten vermieden werden, da diese als schmerzhaft erlebt werden könnten.¹⁸⁶

Die basale Stimulation führt auch noch die vibratorische und die vestibuläre¹⁸⁷ Anregung an. Bei der erstgenannten können durch Vibrationen an Füßen und Händen eine „tiefe Entspannung bei gleichzeitiger Wachheit und Aufmerksamkeit [beobachtet werden].“¹⁸⁸ Für Sozialarbeiter*innen ohne physiotherapeutische Kenntnisse ist es möglich, durch eine sitzende oder liegende Position hinter der zu behandelnden Person die eigenen Körperschwingungen z.B. beim Sprechen zu übertragen. Dadurch können diese wieder ein Gefühl für ihren Rücken und Körper entwickeln. Dies erfordert allerdings ein gewisses Maß an Selbstbewusstsein und -vertrauen.

Die räumliche Orientierung kann durch sanftes Schaukeln der Arme und Beine verbessert werden. Dazu werden diese in ein Tuch gelegt, und schwingend hin und her bewegt. So kann wieder mehr Körpergefühl hergestellt, die Körperhaltung stabilisiert und Spannungen in den Muskeln normalisiert werden.¹⁸⁹

Für solche Behandlungen braucht es eine gute Kenntnis über die Bedeutungen und Auswirkungen von Körperkontakt auf Betroffene. Außerdem sollte über das eigene Verständnis und die eigene Haltung zu Berührungen reflektiert worden sein. Hat die behandelnde Person selbst Hemmungen und fühlt sich in der Anwendung unwohl, ist es ratsam – ganz im Sinne der Kongruenz mit sich selbst und damit auch der betroffenen Person – von einer solchen abzusehen.¹⁹⁰

Zusätzlich zu diesen bereits genannten Möglichkeiten können auch vertraute Objekte oder Materialien ertastet und erfüllt werden. Ebenso können zusammen mit den Sozialarbeiter*innen der eigene Körper ertastet oder Temperaturunterschiede durch z.B. warmes und

¹⁸⁴ vgl. Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. Kapitel 4. S. 51 – 66

¹⁸⁵ Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. S. 61

¹⁸⁶ vgl. Bienstein und Fröhlich. S. 61f

¹⁸⁷ Die räumliche Orientierung betreffend.

¹⁸⁸ Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. S. 66

¹⁸⁹ vgl. Bienstein und Fröhlich. Kapitel 4. S. 66 – 72

¹⁹⁰ vgl. Bienstein und Fröhlich. S. 54ff

kaltes Wasser an den Händen gefühlt werden. Der sozialarbeiterischen Kreativität sind dabei keine Grenzen gesetzt.¹⁹¹

Darüber hinaus sind auch leichte Massagen möglich. Dabei können wohlriechende Öle und Lotionen verwendet werden, die gleichzeitig auch den Geruchssinn ansprechen.

4.2. Riechen

Mit ungefähr 20 Mio. Riechzellen in der Nase gilt die Nase das empfindlichste Organ. Schon wenige Duftmoleküle genügen, um z.B. die Gefahr von Feuer zu riechen. Der Geruchssinn entwickelt sich bereits in der fötalen Phase. Dabei speichern sich die Duftstoffe, die über die Nahrungsaufnahme der Mutter in das Fruchtwasser gelangen zusammen mit den dabei empfundenen Emotionen ab. So kommt der Säugling bereits mit den Geschmacks- und Geruchsvorlieben der Mutter auf die Welt. Prägende Gerüche werden ein Leben lang behalten und können auch hochbetagte Menschen zurück in eine emotionale Situation der Kindheit versetzen.¹⁹²

Dies macht sich auch die Arbeit mit MmD zunutze, wenn gezielt vertraute Gerüche eingesetzt werden, um Erinnerungen und Reaktionen zu wecken. So kann der Geruch von Rosen an Sommertage im eigenen Garten erinnern. Rosenduft kann dabei in Form von echten Blumen, aber auch hochwertigem ätherischem Öl eingesetzt werden. In Verbindung mit fetten Ölen, wie z.B. Mandelöl können diese bei Massagen oder in der täglichen Pflegeroutine Anwendung finden. Sie können auch als Badezusatz oder als purer Duft über eine Duftlampe ihre Wirkung entfalten. Ebenso können Aromen bei Schlafstörungen, funktionellen Schmerzzuständen, Verdauungsstörungen, Erkältungen und Hauterkrankungen hilfreich sein. So wirke Lavendel *„im körperlichen Bereich schlaffördernd, immunstimulierend und schmerzlindernd. Im psychischen Bereich ausgleichend, beruhigend, angstlösend und antidepressiv.“*¹⁹³ Da es bei ätherischen Ölen zwar zu wenigen, jedoch Kontraindikationen und Nebenwirkungen kommen kann, sollte zuvor umfangreiches Wissen im Bereich der Aromatherapie gesammelt werden.¹⁹⁴

Neben diesen etwas anspruchsvolleren Anwendungen kann der Geruchssinn aber auch durch kräftig und wohlriechendes Essen bzw. Nahrungsmittel angeregt werden. Dabei empfiehlt es sich diese Gerüche auch zu verbalisieren, um die Wahrnehmung zu verstärken.

¹⁹¹ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 106

¹⁹² vgl. Hatt und Dee, *Die Nase ist ein Wunderwerk*. (Internetquelle)

¹⁹³ Gündling, *Aromatherapie bei Demenz*. S. 289

¹⁹⁴ vgl. Gündling, *Aromatherapie bei Demenz*. S. 288f

Hierzu gibt es eine Reihe gut aufbereiteter Literatur.

4.3. Schmecken

In enger Verbindung zum Geruchssinn steht der Geschmackssinn. Über diesen Sinn kann die Nahrungsaufnahme und -verarbeitung gesteuert und kontrolliert werden. Die Empfindungen der Zunge geben Auskunft über Menge, Konsistenz und Temperatur der Nahrung, sowie die Geschmacksrichtungen süß, sauer, bitter und salzig. Zusätzlich gibt es auch noch die Geschmacksqualitäten scharf und herzhaft. Jeder Mensch entwickelt dabei eigene Vorlieben, die sich im Laufe des Lebens auch verändern können.¹⁹⁵ Entsprechende Vorlieben und Abneigungen sollten vor einer Stimulation nach Möglichkeit in Erfahrung gebracht werden.

Für eine Stimulation des Geschmackssinns empfiehlt sich die Gabe von Schaumkost. Dazu werden Nahrungsmittel oder Getränke küchentechnisch zu Schäumen verarbeitet. Diese haben den Vorteil, dass das Verschlucken vermieden wird, aber das Geschmackserlebnis vollständig erhalten bleibt.¹⁹⁶ Die Flüssigkeiten sollten dabei eine geschmackliche Klarheit haben d.h. jeweils nur ein Nahrungsmittel als Schaum aufbereitet werden. Hierbei können gezielt die Geschmackswahrnehmungen süß und sauer, bitter und salzig stimuliert werden. Ebenso kann mit der Temperatur und der Positionierung der Flüssigkeiten im Mund gespielt werden.¹⁹⁷

Eine weitere Möglichkeit ist das Schmecken kleiner Essensstücke, wie z.B. Apfel- oder Kuchenstückchen. Besonders reizvoll sind auch die Gabe von Brausetabletten. Diese sollte allerdings sehr wohldosiert verabreicht werden.¹⁹⁸ Passend dazu sagte Christel Bienstein, einmal: „*Eine wache Zunge macht einen wachen Geist.*“¹⁹⁹ Spätestens, wenn ein Himbeerkörnchen zwischen den Zähnen klemmt, kann dies jeder gesunde Mensch bestätigen. In abgemilderter Form gilt dies wohl auch für Menschen mit Demenz.

4.4. Hören

Ein Fötus reagiert ab der 16. Schwangerschaftswoche auf musikalische Impulse.²⁰⁰ Die Studie eines finnischen Forscherteams zeigte außerdem, „*dass sich Kinder nach der Geburt an die Musik erinnern können, die sie gegen Ende ihrer Zeit im Mutterleib gehört hatten.*“²⁰¹ Das Ohr nimmt dabei über die Schallwellen die Frequenz und Intensität dieser wahr. Über das beidseitige Hören kann außerdem die Richtung des Gehörten ermittelt werden. Weiter dient

¹⁹⁵ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 8f

¹⁹⁶ vgl. Stapel, *Gut Essen trotz Vergessen*. S. 66

¹⁹⁷ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 92

¹⁹⁸ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein. S. 92

¹⁹⁹ Nydahl und Nydahl-Bienstein. S. 95

²⁰⁰ vgl. Spork, *Gesundheit ist kein Zufall*. S. 164

²⁰¹ Spork. S. 164

auch dieses Organ, ähnlich dem Geruchssinn, der Identifizierung von Gefahr über eine weite Distanz. Diese Funktion bleibt auch im Schlaf erhalten. Hören ist eng mit Emotionen verknüpft. Daher sind Geschmackvorlieben und Wahrnehmungsmöglichkeiten individuell und sollten in der Arbeit mit MmD unbedingt berücksichtigt werden.²⁰²

Besonders wichtig in der Anwendung auditiver Reize ist die Eindeutigkeit. Zu viele auditive Reize führen zu Überforderung, in der Folge zu Stress und sind damit kontraproduktiv. Daher empfiehlt es sich, dass z.B. in der Ansprache von MmD immer nur eine Person sprechen sollte. Dies kann und sollte zudem mit einer Berührung kombiniert werden, da dies noch mehr Verbindlichkeit schafft.²⁰³

Neben diesem ersten Aspekt ist es auch wichtig, auf eine gute Ausgewogenheit zwischen Anregung und Stille zu achten. Daraus lässt sich bereits ableiten, dass eine musikalische Dauerbeschallung durch ein Radio bei MmD eher Stress hervorrufen und den Rückzug in sich selbst verstärken wird.²⁰⁴

Die basale Stimulation bietet eine große Bandbreite an auditiven Angeboten, die auch in der Arbeit mit Menschen im fortgeschrittenen Demenzstadium eingesetzt werden können. So können Sozialarbeiter*innen vertraute und geliebte Geschichten vorlesen, bekannte Musik oder Geräusche vorspielen. Nydahl und Bartoszek berichten, dass ein ehemaliger Autobastler auf die Motorengeräusche eines Mercedes reagierte. An dieser Stelle kann auch mit Angehörigen zusammengearbeitet werden. Diese können CDs mit gewohnten Geräuschen aufnehmen, Lieder einsingen oder persönliche Nachrichten einsprechen. Dabei ist es jedoch wichtig, dass diese positiv formuliert sind, z.B. „wir haben dich lieb“, statt „wir vermissen dich“.²⁰⁵ In Fällen von Schlafstörungen kann auch das Schnarchen des Ehepartners abgespielt werden, damit sich die Person weniger einsam fühlt.²⁰⁶ Zum Abspielen können Musikrekorder oder Kopfhörer verwendet werden. Dabei ist auf eine angemessene Lautstärke zu achten. Kopfhörer sollten nicht aufgesetzt, sondern mit etwas Abstand und nur einseitig an das Ohr gelegt werden, damit die hörende, meist bewegungseingeschränkte Person die Möglichkeit hat wegzuhören, indem sie z.B. den Kopf wendet. Das Hören von Musik kann unerwartete Reaktionen und Emotionen hervorrufen, da mit Musik individuelle Erinnerungen verknüpft sind. Daher sind diese genau zu beobachten, um gegebenenfalls zu intervenieren. Klassische Musik gilt im Allgemeinen jedoch als entspannend und das Wohlbefinden fördernd.²⁰⁷

²⁰² vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 9

²⁰³ vgl. Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. S.216ff

²⁰⁴ vgl. Bienstein und Fröhlich. S. 218

²⁰⁵ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 101ff

²⁰⁶ vgl. Stechl und Beyreuther, *Praxishandbuch Demenz*. S. 136

²⁰⁷ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 103ff

Eine ebenfalls beruhigende Wirkung kann ein gleichmäßiger Rhythmus, wie das Ticken eines Metronoms haben. Dabei ist wichtig, dieses dem Atemrhythmus der Person anzupassen. Dies vermittelt über das Geräusch gleichzeitig auch ein Gefühl für den eigenen Atem. Ebenfalls das Atemtempo nutzend, können Sozialarbeiter*innen bekannte, einfache Melodien summen oder Lieder singen. Dabei wird während der Atempause der Person mit Demenz ebenfalls pausiert bzw. eingeatmet. Um die Wahrnehmung vibratorisch zu verstärken, kann die Hand des Hörers auf dem Brustkorb der singenden Person platziert werden.²⁰⁸

Haben Sozialarbeiter*innen instrumentale Kenntnisse, können auch Instrumente vorgespielt werden. Hier kann zusätzlich auch der Tastsinn angesprochen werden, wenn zusammen mit der Person z.B. eine Saite gezupft wird.

Nicht selten leiden Menschen mit Demenz unter Schwerhörigkeit oder zeigen gegenüber Geräuschen ablehnende Reaktionen. Hierbei können Ohrstöpsel eingesetzt werden. Durch den Ausschluss äußerer Geräusche wird die innere Wahrnehmung und das Sich-selbst-Spüren gestärkt. Eine Zwischenvariante ist das Zuhalten der Ohren in den Atempausen der Person.²⁰⁹

Mit den heutigen technischen Möglichkeiten können Klänge auch mit visuellen Lichtreizen verknüpft werden. Dabei reagiert das Leuchtmittel auf die Frequenzen und Lautstärken der Musik. Diese sollten jedoch nur eingesetzt werden, wenn eine Überforderung der MmD ausgeschlossen werden kann.²¹⁰

4.5. Sehen

Die visuelle Wahrnehmung der Welt über die Augen bildet sich hauptsächlich nach der Geburt aus. Im Mutterleib entwickelt sich jedoch bereits die Hell-Dunkel-Wahrnehmung. Mit der Geburt erblickt der Mensch zum ersten Mal – im wahrsten Sinne des Wortes – das Licht der Welt. Zuerst können wir auf kurze Distanz, nach der Entdeckung eigener Körperteile auch auf weite Distanz erkennen. Nachfolgend schärft sich das Bild, sodass später auch Gesichter unterschieden werden können. Etwa gleichzeitig entwickelt sich das Farbsehen.²¹¹ Über die Fotorezeptoren werden im Gehirn erst *„Formen, Bewegungen, Entfernungen, Kontraste und Farben als dreidimensionale Bilder erkannt [...] Dann folgt das Erkennen auf der Basis von Erfahrung und Erlerntem [...], das schließlich mit Erinnertem verknüpft wird [...]“*²¹²

²⁰⁸ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein. Kapitel 2.10. S. 102 – 106

²⁰⁹ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein. S. 101

²¹⁰ vgl. Hulsegge, Verheul, und Rick, *Snoezelen*. S. 91ff

²¹¹ vgl. Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. S. 225f

²¹² Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 10

Im Alter schwindet die Sehkraft oft, sodass die visuelle Wahrnehmung nur noch auf kurzer Distanz möglich ist. Daher sollten visuelle Reize in Umrissen, Farbe und Kontrasten eine gewisse Klarheit haben. Kräftige, intensive Farben und starke Kontraste sind für alte Menschen besser wahrnehmbar. Voraussetzung für visuelle Anregung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist jedoch zuerst einmal Blickkontakt herzustellen. Dazu empfiehlt sich ein erster Kontaktreiz über eine Initialberührung, den Hör- und/ oder Geruchssinn.²¹³

Für eine visuelle Stimulation ist es bei bettlägerigen Personen ratsam, das Kopfende des Bettes anzuwinkeln. Dadurch entsteht ein weiteres, horizontales Blickfeld, sodass die Umgebung besser wahrgenommen werden kann. Zudem regt es die Körperwahrnehmung an.²¹⁴ Nachfolgend sollte zunächst mit der Qualität Hell-Dunkel gearbeitet werden. Zum Beispiel kann nach der Nachtruhe mit dem Leuchten der Nachttischlampe oder dem Öffnen der Gardinen in die Qualität „Hell“ gewechselt werden. Bewegungen seitens der Sozialarbeiter*innen sollten dabei langsam vonstattengehen, damit sie für den MmD nachvollziehbar bleiben und ihn nicht verunsichern. Dabei ist darauf zu achten, dass das Licht der Lampe nicht direkt in das Gesicht der Betroffenen scheinen sollte, damit es nicht zu einer Überreizung kommt.²¹⁵

Angehörige können angeregt werden vertraute Gegenstände und Bilder mitzubringen, um zu einer anregenden Raumgestaltung beizutragen. Bilder sollten dabei mind. in DIN A3 Größe gedruckt werden, damit sie gut erkennbar sind. Es empfiehlt sich diese am Rand des Blickfeldes zu positionieren. So ist die Person animiert zum Ansehen den Kopf zu bewegen.²¹⁶ Darüber hinaus kann der Raum mit vertrauten Möbeln eingerichtet werden, auch, wenn diese vielleicht nicht dem Geschmack des Personals entsprechen. Bei aller visuellen Anregung ist jedoch auch auf reizarme ausgleichende Flächen zu achten.²¹⁷

Eine „Anwendung“ bei der alle Sinne angeregt werden können ist ein kurzer Ausflug an die frische Luft. Dafür können die Personen im Rollstuhl z.B. auf den Balkon oder den Hof geschoben werden. Dies empfiehlt sich bei Sonnenwetter, sauberer Luft und ruhiger Umgebung. So kann der Duft von Salzwasser, der eine leichte Brise und das Kreischen der Möwen eine angenehme Atmosphäre schaffen und den Geist beleben.

²¹³ vgl. Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. S. 226

²¹⁴ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 110f

²¹⁵ vgl. Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. S. 228ff

²¹⁶ vgl. Nydahl und Nydahl-Bienstein, *Basale Stimulation*. S. 113f

²¹⁷ vgl. Bienstein und Fröhlich, *Basale Stimulation® in der Pflege*. S. 230ff

Grenzen einer sinnlichen Stimulation sind grundsätzlich zweierlei. Zum einen gilt es die eigenen persönlichen Grenzen und Vorlieben zu achten. Ein Übertreten dieser entspräche nach Rogers einer Inkongruenz mit sich selbst, widerspricht damit der Maxime der „Echtheit“ und wäre nicht im Sinne der Adressat*innen. Dies gilt ebenfalls für die Aspekte Empathie und Wertschätzung. Eine unliebsame Behandlung hilft wohl niemandem. Darüber hinaus gilt es die fachlichen Kompetenzen und professionellen Grenzen einzuhalten.

Zum anderen sind die persönlichen Grenzen der Menschen mit Demenz zu achten und nicht zu übertreten. Gerade diese Personen sind, wie bereits beschrieben, aufgrund des Verlustes der kognitiven Fähigkeiten, besonders sensibel und kaum mehr in der Lage Grenzüberschreitungen verbal zu äußern.²¹⁸ Es bedarf daher einer besonderen Vorsicht und Aufmerksamkeit.

5. Soziale Arbeit und Demenz

Soziale Arbeit ist

eine „praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin, [die] gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen fördert. [Grundlage sind] die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden.“²¹⁹

Im Bereich der Altenhilfe, speziell der Demenzpflege, steht sie zwischen der Medizin und der Altenpflege. Fachliche und gesetzliche Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es den betreffenden Personen Teilhabe und Inklusion zu ermöglichen.²²⁰ Dies geschieht über direkte oder indirekte Tätigkeiten, welche autonomie-, lebenswelt²²¹-, biografie- und kompetenzorientiert sind.²²²

Demenz ist ein Phänomen, welches sich in sämtlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit mit alten Menschen findet. Dazu gehören nach Zippel und Kraus exemplarisch: Soziale Arbeit in der Geriatrie und klinische Sozialarbeit in der Gerontopsychiatrie, Case- und Care Management und Wohnen im Alter, Interkulturelle Arbeit, Hospizbewegung und palliative Geriatrie,

²¹⁸ Dies fällt selbst gesunden Menschen oft schwer.

²¹⁹ Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit. *Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit*. (Internetquelle)

²²⁰ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Sozialarbeit und Soziale Arbeit*. (Internetquelle)

²²¹ Lebensweltorientierung meint nach der Theorie Hans Thierschs die individuellen Lebensrealitäten und Interessen der betreffenden Personen zu berücksichtigen und zu respektieren.

²²² vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps, *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz*. S: 146

Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen im Allgemeinen und für den Bereich Demenz, sowie ambulante und stationäre Altenhilfe.²²³ Die Soziale Arbeit mit MmD im stationären Bereich wird im folgenden Kapitel vorgestellt.

5.1. Aufgaben Sozialer Arbeit in der Arbeit mit Menschen mit Demenz

Seit den 1980er Jahren ist die Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen, wie Altenheimen verstärkt vertreten. Grund dafür ist die bessere Förderung von psychosozialen und pädagogischtherapeutischen Angeboten.²²⁴ Philipp-Metzen et al. schreibt: *„Aufgabenschwerpunkte sind milieuorientierte Arbeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigenarbeit und mitarbeiterbezogene Tätigkeiten.“*²²⁵ Diese finden meist in Gruppen statt und werden als Sozialer Dienst bezeichnet. Über die Einrichtung hinaus kann auch das Umfeld einbeziehende Gemeinwesenarbeit stattfinden z.B. durch Zusammenarbeit mit ansässigen Betrieben. Ziel in dem Bereich ist „der Erhalt bzw. die Steigerung von Lebensqualität der alten Menschen sowie die Sicherstellung ihrer Inklusion und Partizipation am sozialen Leben.“²²⁶

Konkreten Einblick in die aktuellen Aufgaben Sozialer Arbeit in einer stationären Einrichtung sollen nun die Erfahrungen einer Kommilitonin geben.²²⁷ Diese absolvierte ihr Pflichtpraktikum im Sozialen Dienst eines Altenheims. Sie berichtete:

*„Zu 95% Prozent bestand die Arbeit in der Erledigung organisatorischer Angelegenheiten. [Dies waren] die Abwicklung von Heimeinzügen, Interessent*innen-Gespräche, Angehörigengespräche (meistens auch nur dann, wenn Anträge neu zu stellen waren), Ansprüche gegenüber Trägern, wie Sozialämtern, Rentenversicherungen etc. geltend machen und die Kommunikation mit Trägern, wie z.B. Krankenkassen.“*

Über die soziale Betreuung der Menschen mit Demenz erzählte sie Folgendes:

„Für die soziale Betreuung war eine Musiktherapeutin zuständig, welche ebenso den Einsatz der Betreuungskräfte (nach § 43 b SGB XI) koordinierte. Diese waren in der Regel für die soziale Betreuung der Menschen mit Demenz zuständig. Die Betreuungsangebote fanden hauptsächlich in regelmäßigen Gruppen statt. Dabei fiel auf, dass diese Gruppen sehr heterogen waren; sprich in diesen Gruppen Menschen mit ganz unterschiedlichen Krankheitsbildern und unterschiedlichen Demenzstadien

²²³ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps. S. 146f

²²⁴ vgl. Philipp-Metzen, Fey, und Kamps. S. 149

²²⁵ Philipp-Metzen, Fey, und Kamps. S. 149

²²⁶ Philipp-Metzen, Fey, und Kamps. S. 149

²²⁷ Aus Datenschutzgründen möchte diese hier nicht namentlich erwähnt werden.

zusammen betreut wurden. [...] Bestimmte Konzepte, wie die von Naomi Feil oder die person-zentrierte Pflege wurden nicht bewusst angewendet. Der Alltag war überwiegend von Alltagsroutinen geprägt.

Auf den Einzelnen wurde in der Regel nicht eingegangen. Das mag zum Teil an der Tatsache liegen, dass der Arbeitsalltag von Betreuungskräften sehr durchgetaktet war und sie zusätzlich noch für die Zubereitung von Mahlzeiten zuständig waren. Zum anderen schien auch eine Art Hilflosigkeit im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen bei den Betreuungskräften Grund für dieses Verhalten zu sein. [Ihrer Meinung nach läuft Betreuung] ganz oft darauf hinaus, dass man damit beschäftigt ist, die grundlegendsten Bedürfnisse, wie Essen, Toilettengänge, Anziehen, Grundpflege zu stillen.“

Auch wenn dies nur ein Beispiel unter vielen ist, so macht es dennoch deutlich, dass die Soziale Arbeit hier nur geringfügig für die psychosoziale Versorgung demenziell erkrankter Menschen eingesetzt wird. Daher folgt nun ein kurzes Plädoyer für den stärkeren Einsatz Sozialer Arbeit bei Menschen mit Demenz.

5.2. Plädoyer für person-zentrierte Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz

Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession, die mit Menschen arbeitet, welche sich in herausfordernden Lebenssituationen befinden. Sie soll dabei unterstützen, diese zu meistern und zu einer angemessenen Lebensbewältigung beitragen.²²⁸

MmD befinden sich in einem herausfordernden, meist, letzten Lebensabschnitt. Durch ihre Erkrankung sind sie im Laufe der Zeit immer weniger in der Lage, sich für sich selbst und ihre Belange einzusetzen. Gerade im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz ist hier eine intensive Unterstützung und ein empathisches Gegenüber nötig, um die Bedürfnisse dieser Personen zu ermitteln und ihnen bei ihrer ganz persönlichen Lebensbewältigung zu helfen. Mit Bezug auf Feils Theorie, haben diese Menschen übergeordnet das Bedürfnis ihre unerlösten Lebenskonflikte zu bereinigen, damit sie in Frieden von dieser Welt gehen können. Soziale Arbeit hat die fachlichen und theoretischen Kompetenzen sowie die Aufgabe gerade mit herausfordernden Personengruppen zu arbeiten. Daher ist dafür zu plädieren, diese Profession auch stärker in der Arbeit mit MmD einzusetzen.

Wie bereits ausführlich dargestellt wurde, ist in der Arbeit mit MmD ein person-zentrierter und gerade im späteren Stadium einer Demenz ein die Sinne ansprechender Ansatz sinnvoll. Auch die Soziale Arbeit stellt in diversen Theorien den Menschen, seine Lebenswelt und Ressourcen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Darüber hinaus herrscht die Ansicht, dass der

²²⁸ S.o.

Mensch Experte seiner eigenen Problemlagen ist. So ist es auch hier naheliegend Sozialarbeiter*innen mehr in die direkte Arbeit mit MmD einzubeziehen.

Damit dies möglich ist, muss eine neue Pflegekultur etabliert werden. Auch hier kann und sollte die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle spielen. So hat sie nicht nur die Aufgabe sich für die Interessen der Klientel einzusetzen und im Sinne des Staates zu handeln, sondern auch – ihre eigene Profession vertretend – *„politische Prozesse zu initiieren und zu begleiten, aktiv an Planungsprozessen der Öffentlichen Hand mitzuwirken sowie die hierfür benötigten Kräfte zu mobilisieren.“*²²⁹ Auf die Arbeit mit MmD angewendet bedeutet das, sich im Sinne einer neuen, den individuellen Menschen achtende Pflegekultur, für bessere Arbeitsbedingungen einzusetzen, damit diese Arbeit zum einen für neues Personal attraktiver wird, zum anderen bereits tätige Fachkräfte entlastet, um dieser in ihrer Profession halten zu können.

6. Zusammenfassung

Demenz ist eine Erkrankung, die hauptsächlich zum Ende des Lebens auftritt. Diese hat zur Folge, dass die betroffene Person vergesslich wird, die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation verliert und sich letztendlich in sich selbst zurückzieht. Mit fortschreitender Erkrankung geht die Eigenständigkeit verloren, sodass es zu Pflegebedürftigkeit kommt.

Eine Demenz wird in die Schweregrade leicht, mittel und schwer eingeteilt. Darüber hinaus werden Demenzen in primäre und sekundäre unterschieden. Sekundäre Demenzen sind dabei Folgeerkrankungen.

Die Alzheimer-Demenz ist die häufigste Demenzform, gefolgt von den vaskulären Demenzen, einer Mischform beider und selteneren Formen, wie die Lewy-Körperchen-Demenz. Als Ursachen von Demenz gelten die Degeneration von Nervenzellen, vaskuläre Prozesse, eine mangelhafte Ernährung, Vorerkrankungen, wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck sowie übermäßiger Alkoholkonsum. Die Verursachung einer Demenz durch Nervendegeneration wird jedoch kritisch gesehen.

Für die Diagnostik einer Demenz gibt ein umfangreiches Verfahren, welches psychosoziale Befragungen, klinische Untersuchungen und Tests beinhaltet. Diese sollen eine gesicherte Diagnose ermöglichen. Ist eine Demenz diagnostiziert, können Medikamente – Antidementiva und weitere Neuroleptika – eingesetzt werden. Da diese eine Demenz jedoch nur aufhalten, aber nicht heilen können, sind nicht-medikamentösen Interventionen zunehmend von Bedeutung. Psychosoziale Angebote und therapeutische Verfahren können dabei den Zustand verbessern und Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen.

²²⁹ Deutscher Bund Sozialer Arbeit. *Berufsethische Prinzipien des DBSA*. S. 33 (Internetquelle)

Allgemein einer Demenz vorbeugend gilt ein gesunder Lebensstil. Dieser besteht laut Nehls dann, wenn den Aspekten „Selbst und Umfeld“ sowie „Ernährung und Bewegung“ ausreichend Zeit beigemessen wird, diese dem evolutionären Lebenszweck der Fortpflanzung dienen und sich dabei alle Aspekte in einer Balance befinden. Umgekehrt bedeutet dies, dass körperliche Inaktivität, mangelnde geistige Anregung und z.B. Rauchen eine Demenz begünstigen.

Im Hinblick auf den Umgang mit Menschen mit Demenz wurden die Validation nach Feil und der person-zentrierte Ansatz nach Kitwood vorgestellt. Beide stellen den Menschen mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Interventionen. Zu den Bedürfnissen zählen u.a. Geborgenheit, Liebe, Bindung, Trost, Identität, Einbeziehung und Beschäftigung. Dabei bauen beide Ansätze auf das humanistische Menschbild Rogers mit seiner Umgangsformel „Echtheit, Empathie und Wertschätzung“ sowie Eriksons Theorie der Lebensstadien und Maslows bzw. eigenen Bedürfnistheorien auf. Ziel beider Ansätze sind, durch bedürfnisorientierte Interventionen – das Wecken von Erinnerungen und Emotionen, welche im besten Fall verarbeitet werden können – zu einer angemessenen Lebensbewältigung beizutragen.

Mit diesen theoretischen und handlungspraktischen Grundlagen wurden sinnliche Zugänge zu Menschen mit fortgeschrittener Demenz vorgestellt. Charakteristisch für diese sind, dass sie sich in eine nonverbale Kommunikation und sich selbst zurückgezogen haben und intensive Unterstützung brauchen. Da der Mensch seine Umwelt zuerst über die Sinne wahrnimmt, wurde argumentiert, diese bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz anzusprechen. Über die einzelnen Sinne kann wieder ein Zugang zu diesen Personen hergestellt werden. Dazu zählen Anregungen über Berührung, das Riechen von Aromen, geschmackvolle Speisen, das Hören von Musik oder der Genuss von Sonnenstrahlen im Freien. Über diese Zugänge können die oben genannten Bedürfnisse befriedigt und so zu einer angemessenen Lebensbewältigung beigetragen werden.

Abschließend wurden in Theorie und anhand eines konkreten Beispiels die sozialarbeiterischen Aufgaben in einem Altenheim beleuchtet. Hier wurde deutlich, dass Sozialarbeiter*innen eher für die verwaltungstechnischen als für zwischenmenschliche Aufgaben eingesetzt werden. Daher wurde im Anschluss dafür plädiert, die theoretischen und fachlichen Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen zu nutzen und diese mehr in der Arbeit mit den Menschen mit Demenz einzusetzen. Darüber hinaus wurde an diese ebenso appelliert, sich im Sinne ihrer Berufsethik für die Belange der MmD und im Zusammenhang damit bessere Arbeitsverhältnisse einzusetzen, um zur Entwicklung einer neuen Pflegekultur beizutragen. Dies ist, vor dem Hintergrund des prognostizierten Anstiegs der Demenzerkrankungen, nicht nur für die jetzige, sondern insbesondere auch für die folgenden Generationen alter Menschen zu fordern.

7. Literaturverzeichnis

- Bienstein, Christel, und Andreas Fröhlich. *Basale Stimulation® in der Pflege: die Grundlagen*. 8., durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe, 2017.
- Böhnisch, Lothar. *Sozialpädagogik der Lebensalter: eine Einführung*. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Grundagentexte Pädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa, 2017.
- Bowlby Sifton, Carol. *Das Demenz-Buch: ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten*. Herausgegeben von Detlef Rüsing. Übersetzt von Elisabeth Brock. 2., überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber Programmbereich Pflege. Bern: Huber, 2011.
- Dilling, Horst, Werner Mombour, Martin H. Schmidt, E. Schulte-Markwort, Helmut Renschmidt, und Weltgesundheitsorganisation, Hrsg. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien*. 10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: Hogrefe Verlag, 2015.
- Erikson, Erik H., und Waltraud Klüwer. *Der vollständige Lebenszyklus*. 9. Auflage 2016. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 737. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1992.
- Feil, Naomi, und Vicki de Klerk-Rubin. *Validation: ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 11., durchgesehene Auflage. Reinhardts gerontologische Reihe 16. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2017.
- Hulsegge, Jan, Ad Verheul, und Otto Rick. *Shoezelen: eine andere Welt*. 10., unveränd. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verl, 2005.
- Jahn, Thomas, und Katja Werheid. *Demenzen*. Fortschritte der Neuropsychologie 15. Göttingen: Hogrefe, 2015.
- Kitwood, Tom M. *Demenz: der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Herausgegeben von Christian Müller-Hergl und Helen Güther. Übersetzt von Michael Herrmann. 7., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe, 2016.
- Nehls, Michael, und Wilhelm-Heyne-Verlag. *Die Alzheimer-Lüge Die Wahrheit über eine vermeidbare Krankheit*, 2017.
- Nelson, Dawn. *Die Kraft der heilsamen Berührung: alte Menschen, Kranke und Sterbende liebevoll umsorgen*. München: Kösel, 1996.
- Nestmann, Frank, Frank Engel, und Ursel Sickendiek, Hrsg. *Das Handbuch der Beratung*. 2. Auflage 2007. Tübingen: dgvt-Verlag, 2004.
- Nydahl, Peter, und Nydahl-Bienstein, Hrsg. *Basale Stimulation: neue Wege in der Intensivpflege*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1999.

- Philipp-Metzen, Heike Elisabeth, Tilman Fey, und Martin Kamps. *Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz: Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis*. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2015.
- Rogers, Carl R., Madge K. Lewis, John M. Shlien, und John K. Wood. *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Herausgegeben von Wolfgang M. Pfeiffer. Übersetzt von Ute Seeßlen. 22. Auflage, ungekürzte Ausgabe, Lizenzausgabe der Kindler Verlag GmbH, München. Fischer 42250. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2013.
- Schilder, Michael, und Heike Elisabeth Philipp-Metzen. *Menschen mit Demenz: ein interdisziplinäres Praxisbuch: Pflege, Betreuung, Anleitung von Angehörigen*. 1. Auflage. Pflegepraxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2018.
- Schwanecke, Friedrich. *Snoezelen: Möglichkeiten und Grenzen in verschiedenen Anwendungsbereichen*. 1. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verl, 2004.
- Specht-Tomann, Monika, und Doris Tropper. *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*. Berlin: Springer, 2000.
- Spork, Peter. *Gesundheit ist kein Zufall: wie das Leben unsere Gene prägt: die neuesten Erkenntnisse der Epigenetik*. 2. Auflage. München: DVA, 2017.
- Stapel, Katharina. *Gut Essen trotz Vergessen: Innovative Verpflegungskonzepte bei Demenz*. Wiesbaden: Umschau Zeitschriftenverlag GmbH, 2016.
- Stechl, Elisabeth, und Konrad Beyreuther, Hrsg. *Praxishandbuch Demenz: erkennen - verstehen - behandeln*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl, 2012.
- Stoppe, Gabriela. *Demenz: Diagnostik, Beratung, Therapie ; mit 2 Tabellen*. 2. Aufl. UTB Psychologie, Medizin, Gesundheitswissenschaften 2651. München: Reinhardt, 2007.

Internetquellen (ihrer Erscheinung nach)

- Karenberg, Axel, und Förstl, Hans. *Geschichte der Demenz und ihrer Behandlung*. URL: http://www2.psykl.med.tum.de/geschichte_history/karenberg_demenzen.html [Stand 04.06.2019]
- Wahrig Herkunftswörterbuch. *Demenz*. URL: <https://www.wissen.de/wortherkunft/demenz> [Stand 04.06.2019]
- Pflege.de. *Demenz – Demenzformen, Symptome & mehr*. URL: <https://www.pflege.de/leben-im-alter/krankheiten/demenz/> [Stand 04.06.2019]
- World Health Organization. *Dementia*. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [Stand 04.06.2019]
- World Health Organization. *10 facts on dementia*. URL: <https://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/> [Stand 04.06.2019]

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. *Informationsblatt 1*. PDF: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [Stand 04.06.2019]
- Dialog- und Transferzentrum Demenz. *Bahnbrechende Studien aus der Forschung: Die Nonnenstudie*. URL: <http://dzd.blog.uni-wh.de/index.html%3Fp=9977.html> [Stand 04.06.2019]
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. *ICF Version 2005*. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/component-d.htm> [Stand 04.06.2019]
- Neurolab. *Neurotransmitter und ihre Funktion*. URL: <https://neurolab.eu/infos-wissen/wissen/neurotransmitter/> [Stand 04.06.2019]
- Lill, Felix. *Vom Verschwinden der Hundertjährigen*. URL: <https://www.zeit.de/2013/39/japan-okinawa-alte> [Stand 04.06.2019]
- Kampfhammer, Josef. *Plastizität im Nervensystem*. URL: <https://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/plastizitaet-im-nervensystem/9979> [Stand 04.06.2019]
- Demenzportal. *Validation bei Demenz – Die Grundsätze*. URL: <https://demenz-portal.at/aktuelles/validation-bei-demenz-die-grundsaeetze/> [Stand 04.06.2019]
- Spektrum.de. *Sinnesphysiologie*. URL: <https://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/sinnesphysiologie/11856> [Stand 04.06.2019]
- Hatt, Hanns und Dee, Regine. *Die Nase ist ein Wunderwerk*. URL: <https://www.spektrum.de/kolumne/die-nase-ist-ein-wunderwerk/1610954> [Stand 04.06.2019]
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit. *Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit*. URL: <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html> [Stand 04.06.2019]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Sozialarbeit und Soziale Arbeit*. URL: <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/informationen-fuer-fachkraefte/pflege-therapie-und-sozialarbeit/sozialarbeit.html> [Stand 04.06.2019]
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit. *Berufsethische Prinzipien des DBSA*. PDF: <https://www.dbsh.de/fileadmin/redaktionell/pdf/Sozialpolitik/DBSH-Berufsethik-2015-02-08.pdf> [Stand 04.06.2019]

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, den 06.06.2019