

**Integrative Validation:** Nicole Richard modifizierte das Validationsverfahren von Naomi, indem sie sich ausschließlich auf die Gefühlswelt des Menschen mit Demenz konzentriert, sie wahrnimmt und wertschätzt, um so ein Vertrauensverhältnis aufbauen zu können.

*Literaturtipps zum Weiterlesen:*

- Integrative Validation. <http://www.integrative-validation.de/start.htm>

**Mäeutik:** Das Konzept beinhaltet eine „erlebnisorientierte Pflege“ von Dr. Cora van der Kooij. Mäeutik soll den Pflegenden klar machen, was sie innerlich – intuitiv – bereits wissen, um dieses methodisch und bewusst im Team umzusetzen. Auch hier erhalten Begrifflichkeiten wie „Intimität“, „Sicherheit“ und „Geborgenheit“ einen neuen Inhalt, in dem das gefühlsmäßige Erfahren des Pflegenden und des Klienten im Vordergrund steht (Kooij 1997, Demenz III/59).

*Literaturtipps zum Weiterlesen:*

- C. van der Kooij. Ein Lächeln im Vorübergehn. Huber; 2007
- U. Schindler, Hrsg. Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Vincentz; 2003

## Biografisches Arbeiten

Unsere „Geschichte“ macht jeden von uns zu einer einzigartigen Person und nur unsere Geschichte vermittelt uns, wer wir sind. Bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind, gehen diese Anteile der Persönlichkeit zunehmend verloren. Ein Zugang für die betroffene Person zu sich selbst ist, wenn sie in die Lage versetzt wird, sich zu erinnern. Durch das biografische Arbeiten gelingt es, noch vorhandene Ressourcen zu mobilisieren, Selbstvertrauen zu stärken und die Identität länger zu erhalten. Außerdem erfahren die Bezugspersonen mehr über Verhalten, Gefühle und Konflikte des Klienten, denn nur eingebettet in die Geschichte des Betroffenen können wir sie verstehen.

Es gibt eine Vielzahl von Biografiebögen, die mit dem Betroffenen gemeinsam erarbeitet und durch Fremdanamnese ergänzt werden können. Es geht überwiegend um die subjektive Wahrnehmung der Lebensgeschichte und weniger um die Objektivität der Geschichte. Deshalb spiegeln die Geschichten der Betroffenen die Wirklichkeit wider und brauchen grundsätzlich keine Überprüfung. Ebenso eignen sich halbstrukturierte Gespräche, Genogramme, Fotoalben und eigene kreative Zugänge, die während der gemeinsamen Arbeit zum Tragen kommen können.

Demenziell erkrankte Menschen haben, wie alle andere auch, das Recht, nur das zu erzählen, was sie freiwillig erzählen möchten. Wenn der Klient etwas Belastendes ansprechen möchte, wird er es von sich aus tun. Ein Rückblick kann traumatische Erlebnisse wachrufen, und es muss immer berücksichtigt

werden, dass Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen als Schutz des Ichs vor bedrohlicher, individueller Überforderung unbedingt respektiert werden müssen.

Die **Reminiszens-Therapie (REM)** nach *Robert Butler* ist eine spezielle Ausrichtung der Erinnerungsarbeit. REM stützt sich auf die theoretische Annahmen der Lebensaufgaben von Erikson wie auch das Verfahren der Validation. Jedoch sieht Butler die Rückschau nicht als eine Regression, sondern als ein Prozess, um zur Ich-Integrität zu gelangen.

## Merke

## M!

Die Begriffe „Biografiearbeit“, „Erinnerungsarbeit“ und „Reminiszens“ haben in der Fachwelt unterschiedliche Bedeutung. In der Praxis werden sie nicht immer deutlich voneinander unterschieden.

### Literaturtipps zum Weiterlesen:

- B. Kerkhoff, A. Halbach. Biografisches Arbeiten. Beispiele für die praktische Umsetzung. Vincentz; 2002
- H. Ruhe. Methoden der Biografiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. Beltz; 2003
- E. Bliminger et al. Lebensgeschichten. Biografiearbeit mit altem Menschen. Vincentz; 1996
- R. Butler. The life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. Psychiatry. 1963; 26: 65–76

## Kognitive Ansätze

Es liegt nahe, dass sich kognitive Trainingsmethoden an den kognitiven Fähigkeiten der Klienten ausrichten. Die Methoden gehen über Computerprogramme, kognitive Studien mit Bewegungseinheiten (SIMA), Gedächtnistraining nach Fransiska Stengel bis hin zu der 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg. Bei allen Methoden soll Spaß und Freude wie körperliche Bewegung und das Einbeziehen der Sinneskanäle für das subjektive Wohlbefinden im Training Bestandteil sein. Keine Trainingsstudie hat bislang die Wirksamkeit über die Zeit des Trainingsprogramms hinaus empirisch ausreichend belegt. Ein recht bekannter kognitiver Ansatz ist das Realitätsorientierungstraining (ROT).

Das **Realitätsoreintierungstraining (ROT)** wurde ansatzweise bereits 1958 von *J. Folsom*, später unter Mitarbeit von *Lucille Taulbee*, in den USA entwickelt. Primäre Zielsetzung des ROT ist die Verbesserung der zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung und des allgemeinen Gedächtnisses. Das ROT ist zum

einen ein 24-Stunden-Konzept, das darauf abzielt, den Alltag der demenziell erkrankten alten Menschen „rund um die Uhr“ so zu gestalten, dass ihre Orientierungsfähigkeit durch entsprechende Methoden und Umweltgestaltung unterstützt wird. Zusätzlich wird das ROT als Gruppe angeboten. In regelmäßig stattfindenden Gruppen werden verschiedene Aktivitäten (einfache Tätigkeiten, Singen, Vorlesen) durchgeführt, um einen Bezug zur Umwelt zu schaffen, wie etwa zur aktuellen Jahreszeit oder anstehenden Festen. Das ROT stellt geradezu ein gegensätzliches Konzept zur Validation dar.

*Literaturtipps zum Weiterlesen:*

- M. Hautzinger. Realitätsorientierungstraining. In: M. Linden, M. Hautzinger. Verhaltenstherapiemanual. Springer; 2008
- V. Maier. Kognitiv aktivierende Methoden bei Alzheimer Demenz: Gedächtnistraining, Realitätsorientierungstraining, Erinnerungstherapie, Selbst-Erhaltungstherapie & Validationstherapie. Vdm Dr. Müller; 2008

## Ökologische Zugänge

Demenzkranke sind besonders auf ihre Umwelt angewiesen, die sich dem jeweiligen Krankheitsverlauf anpasst und sowohl beschützend als auch stimulierenden Charakter aufweisen soll. Die Umwelt soll:

- übersichtlich sein und Sicherheit und Geborgenheit vermitteln; Funktionsfähigkeit und Kompetenzerhaltung unterstützen sowie maximale Bewegungsfreiheit gewährleisten (durch Wohnanpassung, adaptive Umwelt),
- Orientierung unterstützen, z. B. durch tagesstrukturierende Maßnahmen, kleine Gruppen; Milieugestaltung, die sich an Gewohnheiten der alten Menschen orientieren,
- im Pflegeheim Kontinuität zum bisherigen Leben herstellen durch individuelles Mobiliar, persönlichen Kleidungsstil etc.,
- physikalische Umweltfaktoren wie Beleuchtung, Temperatur, Gerüche und Geräuschkulisse an die Bewohner anpassen,
- stimulierend sein und soziale Kontakte fördern, z. B. Aktivitätsgruppen, Singgruppe, gemeinsame Ausflüge etc.,
- Rückzugsmöglichkeiten und Ruheräume schaffen, z. B. einen Snoezel-Raum. Unter der „Phantasieschöpfung der beiden Wörter „snuffeln“ (schnüffeln, schnuppern) und „doezelen“ (dösen, schlummern) versteht man einen Aufenthalt in einem gemütlichen, angenehm von leisen Klängen und Melodien und angenehmen Lichteffekten gestalteter Raum. Er kann von wohlriechenden Düften durchflutet sein, die schöne Erinnerungen wecken und zum Träumen animieren“. (Mertens 2002) Dabei sollen die Düfte und Klänge womöglich an alten Erinnerungen anknüpfen.

Für alle genannten Zugänge konnte in Studien keine eindeutige Wirksamkeit nachgewiesen werden, jedoch, und das ist evident, brauchen Betroffene deutlich weniger Psychopharmaka, wie z. B. Neuroleptika (S3-Leitlinie „Demenzen“ 2009). Alle genannten Verfahren unterscheiden sich in ihrem theoretischen Verständnis als auch von den Techniken, verfolgen aber das gleiche Ziel, nämlich dass sich die betroffenen Personen wohlfühlen und ihre Lebensqualität sich verbessert.

Alle oben erwähnten Verfahren und Zugänge sind ein fester Bestandteil in der Behandlung von demenziell erkrankten Menschen.

## Bedeutung für die Ergotherapie



Die Ergotherapie, deren Hauptdomäne die Förderung, der Erhalt und/oder die Wiederherstellung der alltäglichen Aktivitäten (ADL und IADL) ist, wird sich in allen Stadien der Erkrankung unterschiedlichen Zugängen und Verfahren, auch neurophysiologischen Methoden bedienen, um Kompetenzen zu erhalten. Damit kann sie wesentlich zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, beitragen.

## Exkurs



### Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz

Im Jahr 2003 wurde eine Rahmenempfehlung vom Bundesministerium für Gesundheit für herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz entwickelt. Der Auftrag war, zu ermitteln, welche pflegerischen Interventionsmaßnahmen erfolgreich dazu beitragen, die Pflegequalität von Demenzkranken mit Verhaltensauffälligkeiten zu verbessern.

Schwieriges bzw. störendes Verhalten wird als ein herausforderndes Verhalten bewertet. „Störendes Verhalten“ sieht den Ursprung in der Person, enthält eine negative Wertung und sieht das Verhalten als Störfaktor, welcher abzustellen ist. „Herausforderndes Verhalten“ geht von inneren (Person) und äußeren Faktoren (Umwelt) als Ursache aus (transaktional) und legt den Fokus auf diejenigen, die sich durch ein bestimmtes Verhalten herausgefordert fühlen. Dadurch enthält es keine negative Zuschreibung.

„Herausfordernde Verhaltensweisen“ sind:

- Agitation, zielloses Umherwandern,
- Wahn, Halluzinationen,
- Angst,
- Aggressivität,

- Schreien, Rufen,
- gestörter Tag-/Nachtrhythmus,
- Apathie und
- Depressivität.

## Merke

**M!**

Es ist festzuhalten, dass jedes Verhalten – auch bei Menschen mit Demenz – Gründe hat. Die Suche nach den Gründen für das Verhalten ist handlungsleitend (Was löst die Symptome aus?). Grundlegend für einen guten Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist die möglichst präzise Beschreibung des Verhaltens und seiner Entstehungsbedingungen. Was tut eine Person? Wie geht es ihr dabei?

**Verstehen steht vor jedem Machen!**

**5**

Herausforderndes Verhalten kann, muss aber nicht Ausdruck von Unwohlsein, wie z. B. Angst und Unsicherheit, Abhängigkeit und Fremdbestimmtheit, sein.

## Beispiel

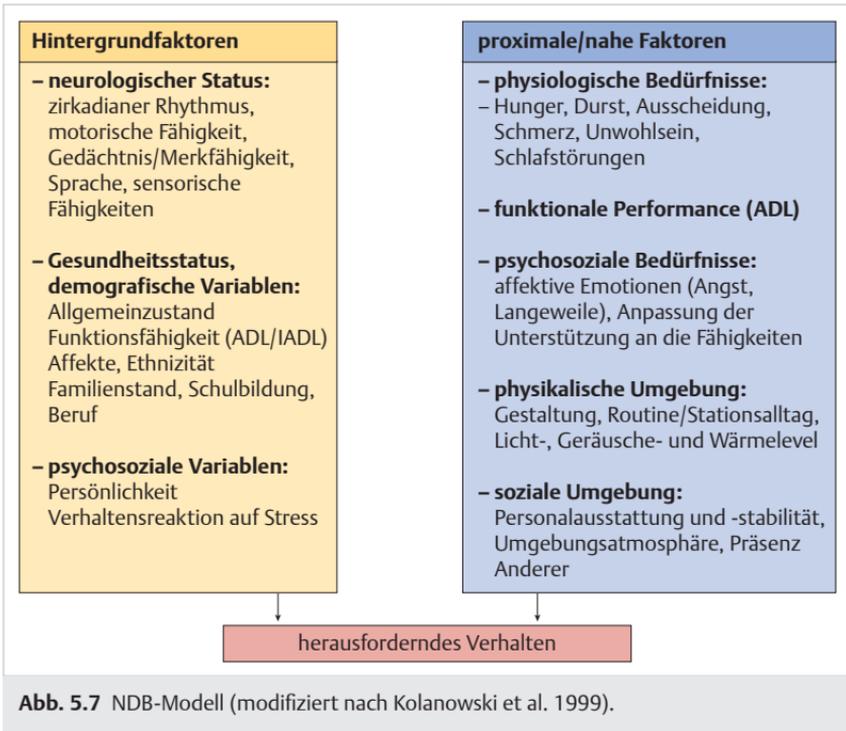
**B**

Ein an Demenz erkrankter alter Mann musste mehrmals einem ambulanten Arzt vorgestellt werden. Immer wenn er das Wartezimmer betrat, dauerte es nicht lange, bis er wieder aufstand und darauf drängte, die Arztpraxis zu verlassen. Zunächst war die Vermutung, dass er sich bei dem Arzt unwohl fühlen muss. Es erschien jedoch nicht ganz schlüssig. In der Auseinandersetzung mit seiner Biografie wurde sehr bald klar, dass der Mann ein leidenschaftlicher Gärtner war und durch die vielen Gartenbilder im Wartezimmer daran erinnert wurde und raus in „seinen Garten“ wollte.

Durch diese Erkenntnis eröffneten sich neue Herangehensweisen/Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dem alten Mann.

Die Rahmenempfehlung empfiehlt das NDB-Modell (bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz), um das Verhalten analysieren zu können. In diesem Modell wird Verhalten durch 2 Faktoren erklärt (► Abb. 5.7):

- **Hintergrundfaktoren:** Diese sind durch Interventionen kaum zu beeinflussen, mit ihrer Beschreibung können aber Risiken erfasst werden.
- **Proximale/nahe Faktoren:** Diese können herausforderndes Verhaltensweisen auslösen. Sie können eher beeinflusst werden.



Dieses Modell stellt ein Hilfsmittel dar, um herausfordernde Verhaltensweisen situativ genauer analysieren zu können. Wird ein Verhalten in seiner subjektiven Bedeutung ergründet, erweist sich ein Verhalten, das als „störend“ empfunden wurde, oft als unverstandenes Verhalten.

## 5.12 Lebensrückblick und Lebenssinn

„Das Leben verstehen kann man nur rückwärts, aber leben muss man es vorwärts.“ (Soren Kierkegaard, 1813–1855)

### 5.12.1 Lebensrückblick

In der Kindheit und Jugend wird die Lebenszeit noch als unendlich wahrgenommen. Der Blick richtet sich nach vorne. Ab der Lebensmitte werden sich die meisten Menschen bewusst, dass ihr Leben begrenzt ist. In dieser Phase wird deutlich, dass die Hälfte des Lebens bereits gelebt wurde. Dies führt dazu,

dass das Leben hinterfragt und gleichzeitig der Blick nach vorne gerichtet wird. Man stellt sich Fragen, wie z.B.: Was möchte ich im Leben noch erreichen? Was ist wichtig und worauf will ich mich zukünftig konzentrieren? Was ist eher belastend und soll abgeschüttelt werden? Was möchte ich ändern? Welche Möglichkeiten gibt es?

Die Rückschau hilft, Erfahrungen und Erlebnisse zu ordnen, um sie in einem größeren Lebenszusammenhang sehen zu können. Die Lebensrückschau kann dabei helfen, das Leben als Ganzes zu akzeptieren und dabei auch schwere Zeiten und Schicksalsschläge mit einem Sinn zu versehen. Die Bejahung des bisher zurückgelegten Lebens kann dazu beitragen, den Anforderungen der Gegenwart und der Zukunft besser gewachsen zu sein. Lebenserinnerungen können somit ermöglichen, dass Ressourcen aktiviert werden.

## 5.12.2 Lebenssinn

Mit der Rückschau auf das eigene Leben wird häufig auch die Frage nach dem Lebenssinn gestellt. Die Frage nach dem Lebenssinn wird besonders in Lebenssituationen aufgeworfen, in denen Menschen sich in bedeutsamen Krisen befinden und/oder das Leben einen Wendepunkt bekommt und das Vertraute so nicht länger existiert.

Gerade im Alter, wo verdichtet einschneidende Ereignisse auftreten können, versuchen Menschen, ihre bisherigen Erfahrungen und Handlungen in einen übergeordneten Sinnzusammenhang zu bringen.

Die Auseinandersetzung mit der Sinnfrage beinhaltet auch eine Selbstreflexion. Wenn Menschen ihrem Leben einen Sinn geben, können sie sich selbst so annehmen, wie sie geworden sind. Dies beeinflusst erheblich die Lebenszufriedenheit. Gelingt es nicht, in dem gelebten Lebensweg einen Sinn zu sehen, wird der ältere Mensch möglicherweise mit sich hadern bis hin, dass er sich hoffnungslos fühlt.

### Bedeutung für die Ergotherapie

[ ]

Die Ergotherapeutin kann bei der Selbstreflexion helfen, indem sie

- den alten Menschen Gelegenheit bieten, sich mitteilen zu können,
- aktiv zuhören, mithilfe der klientenzentrierten Gesprächsführung,
- den alten Menschen Raum für Gespräche bieten, in denen diese ihr Leben und sich selbst betrachten können,
- biografisch arbeiten
- einen Austausch in der Gruppe fördern (damit die Klienten sehen, dass es anderen auch so geht).

### 5.12.3 Entwicklung der Religiosität im Alter

Die meisten der heute pflegebedürftigen alten Frauen und Männer sind in einer Zeit aufgewachsen, in der sich die gelebte Religiosität erheblich von der heutigen unterschied; sie wuchsen meistens auf mit:

- strengem kirchen- und traditionsgebundenen Glauben mit festen Ritualen,
- regelmäßigem Kirchgang,
- festen Vorstellungen von „Gut“ und „Böse“,
- Gott der Vater war ein strenger oder auch ein gütiger und schützender Vater,
- Konflikt mit kirchlichen Traditionen zur Zeit der Partnerfindung und Eheschließung.

Der Glaube der Kindheit und Jugend wurde mit dem Erwachsenwerden für viele auf die Probe gestellt (interkonfessionelle Eheschließung, Ausleben der Sexualität).

Die Entwicklung der Religiosität im Alter erfordert daher eine differenzierte Sichtweise (Kühnert u. Wittrahm 2006):

- Im Alter kommt es häufig zu einer erneuten Auseinandersetzung mit religiösen Fragen, oftmals gekoppelt an die Auseinandersetzung mit dem Lebenssinn.
- Eine verstärkte Kirchlichkeit im Alter ist unwahrscheinlich; diese hängt eher von der Lebensgeschichte ab und weniger vom Alter bzw. der aktuellen Lebenssituation.
- Es gibt verschiedene persönliche Stile religiösen Glaubens:
  - **Kirchlicher Typus** mit den Merkmalen:
    - fühlt sich einer Gemeinde zugehörig,
    - nimmt am Gottesdienst teil,
    - pflegt persönliches Gebet,
    - engagiert sich aus seinem Glauben für andere,
    - Religion nicht nur persönlich bedeutsam, sondern auch wichtig für die Gesellschaft, für ein menschlicheres Miteinander.
  - **Kultur-christlicher Typus** mit den Merkmalen:
    - sieht sich als Teil der christlichen Kultur,
    - engagiert sich persönlich wenig hinsichtlich religiöser Aktivitäten,
    - zahlendes Kirchenmitglied,
    - besucht Gottesdienste zu besonderen Festen.
  - **Ungebunden-religiöser Typus** mit den Merkmalen:
    - Spiritualität ist in seinem Leben wichtig,
    - achtet auf das Göttliche in der Natur (oder in zwischenmenschlichen Beziehungen),
    - meditiert, hört spirituelle Musik,

- lehnt einen institutionellen Rahmen ab,
- will nicht von außen festgelegt und fremdbestimmt werden.
- **Skeptisch-ablehnender Typus**
  - ihm ist das Leben auf Erden wichtig, er bezweifelt eine jenseitige Macht,
  - in der Regel keine religiöse Praxis,
  - überlässt religiösen Glauben anderen, macht auf die Schattenseite der Religiosität in Geschichte und Gegenwart aufmerksam.

Religiosität kann für den älteren Menschen eine Ressource sein und eine wichtige Kraftquelle, wenn es darum geht, Verluste anzunehmen und ihnen einen Sinn zu geben. Jedoch kann Religiosität auch hinderlich werden, besonders dann, wenn Schicksalsschläge z. B. als eine Strafe Gottes gesehen werden.

### Merke

**M!**

Die Bedeutung von Religion im Alter sollte immer durch persönliche Gespräche eruiert werden. Sie sollen die subjektive Bedeutung von Religiosität eines älteren Menschen berücksichtigen!

### Bedeutung für die Ergotherapie

**[ ]**

Die Aufgabe einer Ergotherapeutin ist es:

- die Bedeutung des Themas zu erkennen,
- sich Kenntnisse über Glauben und Religion anzueignen,
- mit alten Menschen ins Gespräch zu kommen und
- dafür zu sorgen, dass Religiosität gelebt werden kann, z. B. dass Kirchenbesuche organisiert, Feste durchgeführt und Bräuche, Rituale gelebt werden können etc.

## Kontroll-/Prüfungsfragen



1. „Alt ist nicht gleich alt“. Belegen Sie anschaulich diese grundlegende Aussage in der Gerontologie.
2. Erläutern Sie die vier Merkmale, die Veränderungen im Alter charakterisieren!
3. Nennen Sie jeweils ein Beispiel von Veränderungsprozessen im Alter, die auf der psychischen, sozialen und körperlichen Ebene stattfinden!
4. Alterbedingte Veränderungen bringen Aufgaben und Probleme für den alten Menschen mit sich. Nennen Sie die Grundprinzipien der Hilfestellung für die Unterstützung alter Menschen bei der Bewältigung von Veränderungen!
5. Psychische Veränderungen im Alter zeigen sich unter anderem als Leistungseinbußen im kognitiven Bereich. Beschreiben Sie, wie Informationen verarbeitet und gespeichert werden. Gehen Sie dabei insbesondere darauf ein, wie sich diese Prozesse im Alter verändern.
6. In welche Dimensionen wird die Intelligenz unterschieden? Warum ist diese Unterscheidung vor allem für die Intelligenzentwicklung im höheren Erwachsenenalter bedeutsam?
7. Zeigen Sie anhand des folgenden Beispiels auf, wie Sie Lernprozesse bei alten Menschen unterstützen können. Berücksichtigen Sie dabei auch nicht kognitive Faktoren: Auf Ihrer ambulanten Tour kommen Sie zu Frau Müller. Sie ist 76 Jahre alt und lebt allein. Sie hat nicht viele Kontakte, das Fernsehen bietet ihr Ersatz. Vor zwei Wochen ist ihr Fernsehgerät kaputt gegangen. Sie hat inzwischen ein neues Gerät, kommt damit aber nicht zurecht. Wenn Sie zu ihr kommen, ist sie jedes Mal wütend, weil sie „ihre Sendungen“ nicht sehen konnte. Ihr Nachbar hat ihr zwar erklärt, wie sie ihre Sender finden kann und ihr die Gebrauchsanweisung für die Fernbedienung gezeigt, aber sie bleibt bei ihrer Meinung, dass sie sowieso nichts versteht und gleich wieder alles vergisst. Sie sehen Handlungsbedarf, weil Frau Müller zunehmend unzufrieden ist, und sich auch wieder aufregt, wenn sie nicht findet, was sie sucht.
8. Erläutern Sie, woraus soziale Netzwerke gebildet sind, und geben Sie jeweils 3 Beispiele.
9. Problematisieren Sie die Aussage „Die Anzahl der Kontaktpersonen, die einem (alten) Menschen zur Verfügung steht, ist entscheidend für ausreichende soziale Ressourcen“.
10. Frau B., 78 Jahre alt, ist seit 8 Jahren Witwe, ihre Ehe war kinderlos. Sie ist mobil und versorgt sich selbst, nur das Tragen der Einkäufe ist ihr nicht mehr möglich. Jeden Samstag fährt eine ihrer beiden Nichten sie mit dem Auto