

Kommunikation mit alten Menschen

Das Wort Kommunikation kommt vom lateinischen *communicare*, wo es soviel bedeutet wie „mit der Gemeinschaft teilen“ aber auch „der Gemeinschaft mitteilen“. Kommunikation ist ein Grundbedürfnis, durchaus gleichzusetzen mit Nahrung, Sicherheit, Wärme und Schutz. Wenn wir nicht kommunizieren können oder dürfen, sterben wir!

Kriterien klientenzentrierter Kommunikation

Einführendes Verstehen

Der Berater versucht sich in das Erleben des Klienten einzufühlen. Er bemüht sich die Gefühle, Motive, usw. des Klienten von dessen Bezugssystem her zu verstehen:

Authentizität und Kongruenz

Der Berater ist sich dessen, was er empfindet oder erlebt bewusst. Seine Gefühle und Erfahrungen sind ihm jedoch nicht nur zugänglich, sondern er kann sie auch angemessen in die Beziehung zum Klienten einbringen

Bedingungslose Akzeptanz

Der Berater bringt dem Klienten eine Wertschätzung entgegen, die nicht an Bedingungen gebundenen ist.

Arten der Kommunikation

Verbal

Monolog: Direktive, Ansprache

Dialog: Zwiegespräch, Interview

Polylog: Diskussion

Nonverbal

Visuell

Auditiv

Mimisch/ gestisch

haptil/ sensorisch

olfaktorisch/ gustatorisch

Faktoren

Sendefaktoren

funktionell = Sprechen können

formell = Benennen können

inhaltlich = Vermitteln können

Empfangsfaktoren

physisch = hören können

kognitiv = verstehen können

affektiv = akzeptieren können

Nonverbale Kommunikation

- Was zeige ich dem Patienten mit meinem Aussehen/ Verhalten/ Handeln. Was zeigt er mir?
- In welchen Tonfall spreche ich in welcher Situation mit den Patienten. Wie und wann er mit mir?
- Welcher Mimik und Gestik bediene ich mich. Ist jene des Patienten kongruent zu dem was er sagt?
- Wann braucht der Patient Körperberührung von mir, was heißt es, wenn er diese zu mir sucht?
- Was teilt dem Patienten das Milieu mit, in dem er leben muss, was das „Klima“ der Bezugspersonen?

Allgemeine Voraussetzungen zur Kommunikation

- Bereitschaft
- Gemeinsame (verständliche) Sprache
- Deutliches, langsames Sprechen
- 5 ➤ Blickkontakt auf gleicher Ebene
- Stimmige Mimik und Gestik
- Wahrung der Schamgrenze des Patienten
- Niemals in Anwesenheit des Patienten mit andere über ihn sprechen

10 **Barrieren der Kommunikation**

- Wir hören, was wir hören wollen
- Wir ignorieren widersprüchliche Informationen
- Vorgefasste Meinungen
- Die Gruppe, der wir uns zugehörig fühlen, beeinflusst unsere
- 15 Meinungen und Gefühle
- Worte und ihre Bedeutung werden unterschiedlich aufgefasst
- Nonverbale Kommunikation kann andere Inhalte vermitteln als verbale Kommunikation
- 20 ➤ Innere und äußere Einflüsse bestimmen Wahrnehmung und Interpretation des Gesagten

Probleme der Kommunikation

Körperliche Probleme:

Schwerhörigkeit, Tinnitus, schlecht eingestellte Hörapparate,....

Affektive Probleme:

- 5 Nachrichten werden als Bedrohung gesehen, Gehörtes wird negativ gefärbt, Mitgehörtes wird wahnhaft interpretiert,

Kognitive Probleme:

Zu komplexe Zusammenhänge, Neues kann nur schwer verarbeitet werden

- 10 ***Soziale Probleme:***

Der Gesprächspartner entspricht nicht den Vorstellungen, seine Funktion wird fehlinterpretiert

Der Monolog (Direktive)

- 15 Jede Art militärischer Befehlston muss streng vermieden werden, prinzipiell beginnt jede Handlungsdirektive mit einem höflichen „Bitte“.

Die Handlungsdirektive selbst ist möglichst präzise, klar und unmissverständlich zu formulieren, ihre Sinnhaftigkeit ist dem

- 20 Patienten nachvollziehbar zu machen.

Korrekt ausgeführte Direktiven werden stets positiv verstärkt („Gut gemacht!“ „Danke!“), unkorrekt ausgeführte jedoch nicht negativ verstärkt, sondern neu gesetzt und höflich erklärt, warum dies geschieht

Der Dialog (Zwiegespräch)

- Zeit nehmen und Zeit lassen. ruhige und entspannte Atmosphäre. Unterbrechungen des Gespräches von außen möglichst vermeiden.
- Aufklärung, warum das Gespräch geführt wird.
- Miteinander sprechen, nicht aneinander vorbei.
- Fragen so beantworten, dass der Bewohner die Antworten versteht.
- Keine Verhörsituation!
- Gespräch explizit und höflich beenden.

Der Polylog (Gruppengespräch)

- Pünktlicher Beginn und pünktliche Beendigung
- Vorstellung aller Beteiligten und Frage nach ihrer Befindlichkeit

- Erläuterungen des Zwecks der Gesprächsrunde.
- Darauf achten, dass nur ein Gruppenmitglied spricht, Monologe und Dialoge beachten, einbauen, aber auch begrenzen.
- Schweigen nicht unbedingt unterbrechen.
- Patienten, mit schlechter Stellung in der Gruppe unterstützen.
- Prinzipiell sollte über alles gesprochen werden können, außer über Nicht-Anwesende.

Gesprächstechniken

Wiederholen: Wiederholung des Gesagten mit genau den selben Begriffen. (Klärung von Zweideutigkeiten!)

Paraphrasieren: Zusammenfassung des Gehörten mit eigenen Worten (Klärung von Inhalten)

Spiegeln: Verbalisation von möglichen Gefühlsinhalten des Klienten (Akzeptanz der Affekte)

Fragetechniken

- 5 Geschlossene Fragen: (Wer, Wann, Wo, Welche, Ist das..., Sind Sie ...) Beschränken die Antwortmöglichkeiten auf konkrete Fakten und lenken sie in eine Richtung

- 10 Offene Fragen: (Was, Wie, Warum, Beschreiben Sie ...) Beschränken die Antwortmöglichkeiten nicht, lassen Spielraum zum freien Formulieren

- 15 Kombinierte Fragen: Abwechselnd offene und geschlossene Fragen – Wirksamste Technik zur Exploration und gleichzeitigen Entlastung

Trichtertechnik: Erst offene, dann geschlossene Frage; eröffnet das Gespräch und lenkt es

5 Umgekehrte Trichtertechnik: Erst geschlossene dann offene Frage; klärt das Problem und entspannt dann

Diamantentechnik: Erst geschlossene, dann offene, dann wieder eine geschlossene Frage oder eine Paraphrase

10 Sokratische Technik zur Verhaltensänderung: Einer Aussage des Bewohners folgt eine Paraphrase und eine introspektive Frage

15

Validation

Validation - ein "neuer"(?) Weg

bei der Begleitung dementer alter Menschen

Als mir das Wort Validation zum erstenmal in
5 einer Altenpflegezeitschrift begegnete, dachte
ich zuerst, was hat die Finanzbuchhaltung mit
der Altenpflege zu tun. Bis dahin hatte ich le-
diglich diverse Schecks oder Wechsel valu-
tiert. Validieren heißt anerkennen, für gültig
10 erklären.

In der Altenpflege bekommt dieses Wort nun
eine völlig neue Bedeutung: Wertschätzung
des alten Menschen, ihn anerkennen und ak-
zeptieren wie er mir begegnet: dement, ver-
15 wirrt, auf jeden Fall sehr alt und voller Emoti-
onen, die er gerne mitteilen möchte.

Die Bezeichnungen "dement, verwirrt, Alz-
heimer" gehen uns heutzutage flott über die
Lippen, auch die Worte "Altersschwachsinn"
20 oder "Hops" (hirnorganisches Psychosyn-
drom) sind immer noch im Sprachgebrauch.

Können wir wirklich bei jedem alten Menschen der uns begegnet genau zuordnen wie "dement" er ist, welche Ursache die Demenz hat, ob Alzheimer Typ, seniler Typ oder ob vaskuläre Erkrankungen die Ursachen sind oder ob es sich überhaupt um eine Demenz handelt? - Es gibt auch dementielle Verhaltensweisen, die durch physische, psychische oder soziale Veränderungen im Leben des alten Menschen verursacht werden.

Die WHO definiert Demenz wie folgt: "
..erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensomotorische und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewusstseinsstrübung. Meist ist der Prozess progrediente (fortschreitend), jedoch nicht notwendigerweise irreversibel."(Symptome mind. 6 Monate anhaltend)

Der niederländische Psychologe, Dr. Miesen, spricht von Demenz "
..wenn die Verhaltens-

störungen auf bestimmte, dauerhafte (Gewebe-)Veränderungen im Gehirn zurückzuführen sind.."

5 Man unterscheidet primäre Demenzen, die durch eigenständige Hirnerkrankungen degenerativer oder vaskulärer Art hervorgerufen werden (Alzheimer, ausgeprägter Hirninfarkt oder mehrfach wiederholte kleine Hirninfarkte, auch Morbus Pick, Chorea Huntington oder
10 Jacob-Creutzfeld) und sekundäre Demenzen die durch Krankheitsprozesse außerhalb des Gehirns verursacht werden (Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen, Sauerstoffmangel, Intoxikationen, Traumen etc.) doch
15 immer handelt es sich um Wahrscheinlichkeitsdiagnosen, die exakte Ursache lässt sich erst nach dem Tod bestimmen.

Die Symptome der Demenzerkrankungen sind vergleichbar, in den Folgen jedoch individuell.
20

Bei der DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) wird der Verlauf der Krankheit mittlerweile in drei Stadien eingeteilt:

1. Stadium ca. 2-3 Jahre

5 Zunehmende Gedächtnisstörungen besonders beim Kurzzeitgedächtnis, neue Eindrücke werden nicht mehr verarbeitet, es treten Alltagsprobleme auf, zunehmende Interesse-

10 losigkeit, die Fähigkeiten von Schreiben, Lesen u. Rechnen nimmt zusehends ab, Angstgefühle, Depressionen, Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen treten auf.

2. Stadium ca. 2-3 Jahre

Der Gedächtnisverlust steigert sich, z.B. alte Telefonnummern, Sprachstörungen, die Kommunikation beschränkt sich auf wenige

15 Worte, Hilfestellung bei gewohnten Handlungsabläufen ist notwendig, Apathie und gleichzeitige motorische Unruhe (vor allem nachts), neurologische Symptome wie Gangunsicherheit, parkinsonähnliche Symptome,

20 Krampfanfälle, Schluckstörungen - jedoch guter Appetit, Inkontinenz, aber - Persönlichkeitsmerkmale bleiben erhalten.

3. Stadium ca. 6 Jahre nach Beginn

5 Nichterkennen von Angehörigen, kein Sprach-
verständnis, praktische und motorische Hand-
lungsabläufe sind nicht mehr möglich, der AZ ist
herabgesetzt trotz ausreichender Nahrungsauf-
nahme, Bettlägerigkeit mit allen Konsequenzen,
Tod meist durch akute Infektionen (Bron-
chopneumonie/Harnwegsinfektion).

10 Uns als Pflegepersonen ist eine genaue Zu-
ordnung der Demenzursache kaum möglich
und m. E. auch nicht erforderlich, da die Fol-
gen einer Demenz individuell verschieden
sind, abhängig von der Persönlichkeit des
Verwirrten, von seiner Biographie und seiner
Umwelt.

15 Ich persönlich benutze lieber die Bezeichnung
verwirrt, denn diese verwirrten alten Men-
schen befinden sich ständig in den Wirrungen
ihres Lebens, mal in diesem Zeitabschnitt mal
in jenem, ab und zu auch in der Gegenwart
20 und unsere Kommunikation mit den "Verwirr-
ten" ist davon abhängig, ob es uns gelingt zu
erkennen, wo sie sich gerade befinden, oder
wie Frau Richards sagte, wir müssen uns auf
ihre Ebene begeben.

Damit kommen wir zurück zum Thema Validation. Validation war für mich lange Zeit ein Reizwort, als im Mai 96 erstmals ich darüber gelesen habe, war ich begeistert, doch mit jedem neuen Artikel in der Altenpflege zu diesem Thema nahm meine Begeisterung ab. Erst jetzt bei der erneuten Beschäftigung mit diesem Thema ist es mir gelungen, die positiven Seiten der "Validation" zu erkennen.

Grundlage für die Validation sind die Erkenntnisse aus der Psychologie bzw. aus der Gesprächstherapie. Die Voraussetzungen für eine therapeutische Kommunikation lt. Carl Rogers, nämlich Kongruenz und Echtheit, unbedingte positive Wertschätzung und Einfühlungsvermögen, wie auch die Interventionsmöglichkeiten, die Rogers für die Gesprächstherapie aufzeigt (VEE= verbalisieren emotionaler Eindrücke, paraphrasieren..) gelten auch für die Validation bzw. für den Umgang mit dementen alten Menschen.

In ihrem Buch benennt die Begründerin der Validationsmethode, Naomi Feil, für die theoretischen Annahmen von Validation dreizehn

Grundprinzipien, die von Psychologen wie Rogers, Freud, Maslow, Jung, Erikson, Penfield und anderen entwickelt wurden. zwei dieser Grundprinzipien stammen aus ihrer eigenen Feder: "Es gibt immer einen Grund für das Verhalten von desorientierten sehr alten Menschen" und "Jeder Mensch ist wertvoll - wie desorientiert er auch sein mag".

In dem Altenpflegelehrbuch von Köther/Gnam wird Validation wie folgt beschrieben:

"Validation ist eine Methode der verbalen und nonverbalen Kommunikation für sehr alte, verwirrte Menschen, die man über kognitive Impulse, wie zum Beispiel ROT(Realitäts-Orientierungs-Training) nicht erreichen kann. Bei der Validation wird der emotionale Gehalt der Aussagen und des Verhaltens einer Person aufgegriffen und "validiert"(für gültig erklärt) ohne zu analysieren, zu bewerten oder zu korrigieren."

Frau Feil geht davon aus, wie schon oben gesagt, dass alles Verhalten eine Bedeutung hat und dass jeder alte Mensch etwas aus

seiner Vergangenheit noch zu bewältigen hat, das heisst es gibt jahrelang unterdrückte, nicht ausgelebte Gefühle. Um diese Gefühle zu bewältigen, kehrt der alte Mensch in die

5 Vergangenheit zurück, durchlebt die unbewältigten Situationen immer wieder neu, findet jedoch in seiner gegenwärtigen Umwelt keine Anerkennung oder besser Erkennung. Das Pflegepersonal damit beschäftigt ist, ihn mit

10 ROT in die Gegenwart zurückzuholen, mit dem Erfolg, dass der alte Mensch sich ganz in sich zurückzieht und nur noch "vegetiert".

Durch die Validationsmethode hilft die Pflegeperson dem alten Menschen, seine Gefühle

15 auszudrücken, sie nimmt seine Gefühle wahr, spiegelt sie und zeigt so dem Betreffenden, dass sie ihn und seine Gefühle akzeptiert und wertschätzt.

Validation laut Feil ist "eine Entwicklungstheorie für sehr alte, mangelhaft orientierte und

20 desorientierte Menschen, eine Methode ihr Verhalten zu kategorisieren, eine spezifische Technik, die diesen Menschen hilft, durch individuelle Validation und Validations-Gruppen

5 ihrer Würde wiederzugewinnen." Ihre Ziele
sind "Wiederherstellen des Selbstwertgefühls,
Reduktion von Stress, Rechtfertigung des ge-
lebten Lebens, Lösen unausgetragener Kon-
flikte aus der Vergangenheit, Reduktion che-
mischer und physikalischer Zwangsmittel,
Verbesserung der verbalen und nonverbalen
Kommunikation, Verhindern eines Rückzugs
in das Vegetieren, Verbesserung des Geh-
10 vermögens und des körperlichen Wohlbefin-
dens."

Nicole Richards hat diese Methode aufgegrif-
fen und um sich von Frau Feil abzusetzen,
nannte sie ihre Methode "Integrative Validati-
15 on". Sie will die Validation nicht als besondere
Methode verstanden wissen sondern: .."Alle
diese Formen des täglichen Umgehens und
Arbeitens mit verwirrten älteren Menschen
können aber auch mit einer validierenden
20 Grundhaltung angeboten werden, so dass
sich ein breitangelegter "Integrativer Validie-
render Ansatz" (IVA) entwickelt....".

Für den Verlauf einer erfolgreichen Validation
nennt Frau Richards folgende Punkte:

- grundsätzliche Ausgangsüberlegung: Was ist das dahinterliegende Gefühl?
 - dieses Gefühl validieren (zulassen, akzeptieren, annehmen, wertschätzen)
 - 5 • das diesem Gefühl zugehörnde Verhalten bestätigen
 - die verwirrten Gefühls- und Verhaltensäußerungen weder korrigieren noch abschwächen, wegnehmen oder in "unsere Realität" zurückholen.
- 10 Die Methoden der beiden Damen unterscheiden sich kaum, vielleicht sieht Frau Feil die Validation eher als Therapie und für Frau Richards ist Validation Teil der täglichen Pflege.
- 15 Zusammenfassend kann ich sagen, dass Validation, ob nach Feil oder nach Richards, eine sehr hilfreiche Methode sein kann, um den Umgang mit alten verwirrten Menschen zu erleichtern.
- 20 Wenn zum Beispiel eine alte Dame tagtäglich den Inhalt ihres Kleiderschranks im Zimmer verteilt, hilft es nicht, wenn ich ihr erkläre, dass das Zimmer unordentlich ist, die Wäsche schmutzig wird oder sie über die ver-

streute Kleidung stolpern kann. Aber vielleicht kann ich über die Validationsmethode herausfinden warum sie das tut und langfristig sogar erreichen, dass sie damit aufhört.

5 Die Möglichkeiten der Fehlinterpretation sind natürlich gross, ich kann nicht immer unterscheiden ob es sich um ein heute geäußertes Gefühl aus der Vergangenheit handelt oder um ein aktuelles Gefühl.

10 Jeder alte Mensch ist anders, jede Pflegeperson ist anders, ich kann bei der Betreuung verwirrter alter Menschen keine allgemeingültigen Regeln aufstellen, wie ich mich wann in welcher Situation verhalten soll. Das augenscheinlich gleiche Verhalten mehrerer Menschen kann vielfache und unterschiedliche Ursachen haben.

15 Validation ist eine von vielen Methoden, das Wohlbefinden der dementen/verwirrten Person zu fördern bzw. zu erhalten. Validation ist keine Allheilmethode, die man auswendig lernt und anwendet.

20 Es hängt von meinem Einfühlungsvermögen ab, ob ich dem alten verwirrten Menschen in

"seiner Realität" näher komme, ob er mich akzeptiert, mir vertraut, mir seine Gefühle zeigt. Es hängt von meinem Verhalten dem anderen gegenüber ab, ob er für mich ein Mensch ist mit seiner ganzen Vergangenheit, mit seiner Würde und mit seinem Recht auf Persönlichkeit, ob ich Respekt und Achtung vor ihm habe.

Carl Rogers hat das etwas besser formuliert:
"Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine Methode anzuwenden, zum Misserfolg verurteilt, solange diese Methode nicht mit seinen eigenen Grundeinstellungen übereinstimmt."

„Integrative Validation“ nach Nicole Richardt

Pflege von Demenzkranken – eine andere Welt verstehen lernen

Bei der integrativen Validation (IVA) nach Nicole Richardt handelt es sich um die besondere Wertschätzung der dementen Menschen. Sie ist eine Weiterentwicklung der Validationsmethode, die Naomi Feil in den 60er Jahren in den USA entwickelte.

Zugang zu dementen Menschen finden

- 5 Ziel der integrativen Validation ist es, einen Zugang zur Realität des alten dementen Menschen zu finden, um ihn besser verstehen zu können. Dazu bietet die IVA eine Methodik zur Gesprächseröffnung mit dementen alten Menschen, die sich ausschließlich an ihren Gefühlen und Antrieben orientiert. Diese Methodik ist leicht zu erlernen und bietet für die Betreuenden eine hilfreiche Handlungsorientierung. Die Ergebnisse aus den Gesprächen können über die Dokumentation für zukünftige Begegnungen und für den Austausch im Team oder mit pflegenden Angehörigen nutzbar gemacht werden
- 10

Tipps für Angehörige

Pflegende Angehörige stehen dem veränderten Kranken häufig hilflos gegenüber. Welche Umgangsregeln das Zusammenleben erleichtern.

- 15
- **Diskutieren Sie nicht**
Akzeptieren Sie: Der Kranke lebt seine eigene Wirklichkeit. Nehmen Sie Wutausbrüche oder Anschuldigungen des Kranken nicht persönlich, vermeiden Sie Konfrontationen. Bei Aggression geben Sie ihm zum Beispiel eine Perlenschnur oder einen kleinen Ball in die Hand.

20

 - **Strukturieren Sie den Tag**
Ein strukturierter Tagesablauf erleichtert dem Dementen die Orientierung. Richten Sie feste Zeiten für Mahlzeiten, Aufstehen und Zubettgehen ein. Verbinden Sie das mit positiven Erfahrungen: das Baden mit einer Rückenmassage oder das Mittagessen mit einem Spaziergang.

25

 - **Vertraute Umgebung schaffen**
Große Uhren, Kalender und Tafeln mit Symbolen für Bad, Küche, Schlafzimmer erleichtern die Orientierung. Sorgen Sie für ausreichende Beleuchtung, etwa Bewegungsmelder auf dem Weg zur Toilette. Verändern Sie die Umgebung nicht. Ist das aber notwendig, breiten Sie den Kranken behutsam vor und achten Sie darauf, dass er die Veränderung annimmt.

30

 - **Beschäftigen Sie die Kranken**
Sorgen Sie für aktive Beschäftigung tagsüber: Beziehen Sie den Kranken mit in den Alltag ein: Lassen Sie ihn z.B. Kartoffeln schälen, Silber oder Gemüse putzen, dabei soll er so lange „werkeln“, wie er möchte. Machen Sie ausge-

35

dehnte Spaziergänge mit Ihrem Familienmitglied, um seine innere Unruhe zu mildern.

- **Sprechen** **Sie** **langsam**

5 Achten Sie auf die Körpersprache des Kranken. Legen Sie ihm keine Worte in den Mund. Es verstärkt sein Gefühl der Hilflosigkeit, provoziert Aggressionen. Sprechen Sie langsam, deutlich, in kurzen Sätzen und bestimmt. Vermeiden Sie zu viele Informationen auf einmal, wiederholen Sie gegebenenfalls etwas. Loben Sie viel statt zu kritisieren. Unterstreichen Sie das Gesagte mit Gestik, Mimik, und vergessen Sie nicht, die liebevolle Berührung des Kranken.

- **Helfen** **Sie** **beim** **Ankleiden**

15 Geben Sie ihrem Angehörigen Zeit, sich so lange wie möglich selbständig anzuziehen. Legen Sie ihm die Kleidungsstücke in der Reihenfolge hin, wie der Kranke sie anziehen soll. Wählen Sie Kleidungsstücke mit einfachen Klett-Verschlüssen und Schuhe zum Hineinschlüpfen – sie müssen allerdings einen festen Halt geben. Entfernen Sie verschmutzte Kleidungsstücke unauffällig, die der Betroffene immer wieder anziehen will.

- **Erinnern** **Sie** **an** **die** **Toilette**

20 Das WC muss leicht zu finden sein. Erinnern Sie den Kranken regelmäßig an den Toilettengang. Häufig kündigt er sich beim Kranken durch Unruhe an. Achten Sie auf die Intimsphäre des Kranken. Die Kleidung sollte leicht zu öffnen sein. Verwenden Sie notfalls Inkontinenzvorlagen.

30 Die **Validation** ist eine Methode, mit alten, an einer Demenz erkrankten Menschen zu kommunizieren. Die Validation geht davon aus, dass diese Menschen danach streben, die unerledigten Aufgaben ihres Lebens noch aufzuarbeiten. Die Anwender der Validation machen es sich zur Aufgabe, die Menschen dabei zu unterstützen.

35 Es gelten dabei die Grundsätze der Validation:

- Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.

- - Alle Menschen sind wertvoll, ganz gleichgültig, in welchem Ausmaß sie verwirrt sind.
- - Es gibt einen Grund für das Verhalten von verwirrten, sehr alten Menschen.
- 5 • - Sehr alte Menschen muss man akzeptieren, ohne sie zu beurteilen.
- - Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Erwachsene, ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen. Wenn die Sehstärke nachlässt, sehen sie mit dem "inneren Auge". Wenn ihr Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.
- 10 • - Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einer vertrauten Pflegeperson validiert werden, werden schwächer. Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden stärker.
- 15 • - Einfühlung/Mitgefühl führt zu Vertrauen, verringert Angstzustände und stellt die Würde wieder her.
- 20 Entwickelt wurde die Methode der Validation von Naomi Feil. Nicole Richard hat die Methode der Validation leicht abgeändert und nennt ihre Methode "Integrative Validation".

Einige Validationstechniken sind:

- 25 • ***aufrichtiger, intimer Blickkontakt***
- ***Mit deutlicher, tiefer u. liebevoller Stimme sprechen***
- 30 • ***Körperkontakt***
 - wird im frühen Stadium häufig abgelehnt ,
 - wird später als angenehm empfunden

- Berührungen wecken Erinnerungen (z.B. Streicheln erinnert an Mutter)

- **Wiederholen**

- 5
 - gleiche Worte, aber bestätigender oder fragender Unterton

- **Gesagtes verdeutlichend umschreiben**

- 10
 - Kernaussage wiederholen
 - die selben Schlüsselworte verwenden

- **Rückblicken**

- 15
 - über die Vergangenheit reden heißt, sie zu aktualisieren
 - Fragen zur Vergangenheit stellen

- **Mehrdeutigkeit**

- 15
 - Dinge unbestimmt benennen
 - gibt Raum, das auszudrücken, was im anderen vorgeht

- 20
 - **Spiegeln**

- 20
 - auf die Körpersprache achten
 - die selbe Haltung oder Körperspannung annehmen
 - nicht nachäffen => der Gespiegelte fühlt sich verspottet
 - respektvolles Spiegeln bedeutet: den anderen ernst nehmen und ihn verstehen
- 25

- **Das Verhalten mit den Gefühlen und unerfüllten menschlichen Bedürfnissen in Verbindung bringen**

- 30
 - Demente wollen ihre Gefühle äußern, während ein anderer ihnen zuhört und die Gefühle benennt
 - verbalisierte Gefühle belasten weniger

Literatur:

1. Feil, Naomi: "Validation" 3. Auflage 1992
- 5 2. "IVA-Script" Nicole Richards, 1997
3. "Dementielle Hirnerkrankung im Alter", W. Meier-Ruge (Hrsg), 1993
4. "So blöd bin ich noch lange nicht!", Dr. Bère Miesen, 1992/1996
- 10 5. "Altenpflege in Ausbildung und Praxis", Ilka Köther/Else Gnam, 1995
6. "Altenpflege" Vincentz Verlag, diverse Ausgaben 1994-1997
7. Rogers, Carl: "Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie" 1951/1996
- 15 8. Feil, Naomi: Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. 5. überarbeitete Auflage. Reinhardt Verlag . Gerontologische Reihe. München 2007
- 20 9. Messer, Barbara: 100 Tipps für die Validation. Brigitte Kunz Verlag 2005
10. Eisenburger, Marianne: Aktivieren & Bewegen von älteren Menschen. 4. Auflage. Meyer & Meyer Verlag 2008
11. Körperbildstörungen/Neglect: Michael Günnewig In: Menschen pflegen. Der Praxisbegleiter für Pflegeprofis. Basierend auf Pflegediagnosen. Springer Heidelberg
- 25 2009

„Beziehungen zu demenzkranken Ehe- und Lebenspartnern. Wie verändern sich die Beziehungen, wenn ein Partner an einer Demenz erkrankt?“

- 5 Demenz ist eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit im Alter, etwa 50-80% der alten Pflegebedürftigen sind an einer Demenz erkrankt (Bickel, 1999). Die Demenz verändert durch eine Vielzahl von krankheitsbedingten Einschränkungen und Störungen den
- 10 erkrankten Menschen und hat gleichfalls Auswirkungen auf das begleitende Umfeld, insbesondere aber auf die Ehebeziehung der betroffenen Paare.

Die Auswirkungen der Demenz auf Ehe und Partnerschaft

- 15 Etwa 1/3 der Pflegepersonen sind Ehe- oder Lebenspartner. Neben der Konstellation „Frau pflegt eigene Mutter“ ist die Variante „Frau pflegt Ehemann“ das zweithäufigste Muster. Etwa ein Drittel der weiblichen Pflegepersonen sind Ehefrauen und überraschender-
- 20 weise etwa zwei Drittel der männlichen Pflegepersonen Ehemänner (vgl. BMFSFJ 2002, 4. Altenbericht). Hierbei verändert sich die Qualität der Ehebeziehung und wandelt sich allmählich in eine Pflegebeziehung. Gefestigte Rollen und Funktionen geraten ins Wanken,
- 25 die Vertrautheit der Intimität schwindet. Das Paar kann nicht mehr gemeinsame Interessen verfolgen, es entsteht ein Ungleichgewicht. Im sexuellen Bereich kommt es entweder zum Nachlassen oder seltener zur Steigerung des sexuellen Interesses des Erkrankten. Auch
- 30 Gesten der Zuneigung und Zärtlichkeit nehmen mit der Zeit ab (vgl. Wright 1998). Probleme liegen vor allem darin, dass der erkrankte Partner immer weniger in der Lage ist, den sexuellen und auch den Zärtlichkeitsbedürfnissen des Anderen Beachtung zu schenken.
- 35 Schwierig für den pflegenden Partner/In ist die zunehmende Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung (vgl. Duffy,

1995). Die pflegenden Partner sind auf einer existenziellen Ebene konfrontiert mit den Themen Pflicht, Verlust, Trauer, Tod, Einsamkeit, Ängstlichkeit, Schuld, Wut, Liebe.

- 5 Charakteristisch für Ehegatten ist, dass ihre Gefühle paar-bezogen und weniger ich-bezogen sind, als vergleichsweise bei pflegenden Kindern (vgl. Meuser und Marwitt, 2001).

10 Viele EhepartnerInnen übernehmen fraglos und selbstverständlich die Pflege. Die Hintergründe für die hohe Motivation zur Pflege sind Liebe, Normen, z.B. Gefühle der Verpflichtung und nicht zuletzt die Ethik des ehelichen Versprechens, ausgesprochen während der Trauungszeremonie („in guten wie in schlechten Zeiten“).

- 15 Im Umgang mit dem **Pflegealltag**

- integrieren manche EhepartnerInnen die Pflegerolle in ihre Ehebeziehung,

- 20 - andere trauern der von ihnen als verloren erlebten Ehe nach,

- andere betonen den Pflegecharakter der neuen Beziehung und fokussieren die Belastungen,

- 25 - wieder andere fokussieren dabei die persönlichen Gewinne, die ihnen die Pflege bringt.

Charakteristisch für pflegende EhepartnerInnen scheint zu sein, dass sie besonderen Wert darauf legen und auch stolz darauf sind, die Bedürfnisse des Partners gut zu kennen und ihnen gerecht zu werden, und dass ihnen der Schutz der Persönlichkeit und der Würde des Partners besonders am Herzen liegt. Bei der Frage nach Unterstützungssystemen kann die Kenntnis und Förderung der Schutzstrategien von erkrankten PartnerInnen helfen:

30

35

Nicole Richard, 3/2007 www.integrative-validation.de 1

Schutzstrategien von Menschen mit Demenz

Insbesondere in den ersten Phasen einer dementiellen Erkrankung erleben Betroffene bewusst, dass ihre geistigen Fähigkeiten nachlassen und sie die Kontrolle über ihr eigenes Leben verlieren. Als Reaktion hierauf entwickeln sie unterschiedlichste Strategien und Tricks, um mit der eigenen Veränderung umzugehen. Es kann sich Niemandem anvertraut werden, denn die Anderen dürfen ja nichts merken. Der Betroffene kann sich selbst nicht erklären, was mit ihm geschieht. Diese Strategien dienen dem Schutz ihrer Würde und der Aufrechterhaltung der Persönlichkeit.

Leugnen („das kann gar nicht sein, ich habe doch immer gesund gelebt, ich habe doch immer Kreuzwort-Rätsel gemacht....“)

Relativieren („Ich war immer schon ein bisschen schusselig.“)

Humorisieren („Ach, Schatz, das weiß ich doch nicht, sag du doch.“)

Somatisieren („Ich hab da was im Kopf.“)

Fremdbeschuldigen („Du hast wieder alles weggelegt, hier findet kein Mensch was!“ Oder „Alles wird hier geklaut, alles könnt Ihr brauchen.“)

Notieren (Merkzettel schreiben, z.B. welche Kleidung in welcher Reihenfolge anzuziehen ist, was es täglich einzukaufen gilt, z. B. gute Butter, Milch etc.)

Konfabulieren (Fragen werden mit allgemeinen Sätzen oder Satzfragmenten aus völlig anderen Zu-

sammenhängen – die noch bruchstückhaft zur Verfügung stehen – beantwortet. Inhalte „passen“ meist nicht, der Sprachfluss bleibt jedoch lange erhalten.)

5

Ritualisieren (Schaffen von festgelegten Routen inner- und außerhalb der Wohnung, Beharren auf feste Abläufe)

10

Isolieren (Rückzug aus sozialen Bindungen und Verpflichtungen, häufig betrifft dies auch den pflegenden Angehörigen)

15

Biographieren (Rückzug in die Innenwelt, in die inneren, sicherheitsgebenden Wirklichkeitswelten und die eigenen Erinnerungen)

20

Diese Schutzstrategien sind begleitet von einem **wahren Gefühlskarussell mit steilen Kurven**, z. B. Peinlichkeit, Wut, Misstrauen, Ohnmacht, Verzweiflung, Ungeduld, Angst usw.

25

Es gilt, die Strategien und Gefühle der Erkrankten wahr- und ernst zu nehmen. Sie sind der gelebte Ausdruck der inneren Befindlichkeit der uns nahe stehenden Personen und deren grundlegendem Bedürfnis die eigene Persönlichkeit zu bewahren. Es gilt jeden Versuch, Kontinuität zu erhalten und verbleibende Kompetenzen zu schützen, zu akzeptieren und vor Erfahrungen des Versagens zu bewahren.

30

Nicole Richard, 3/2007 www.integrative-validation.de 2

Kenntnis der individuellen Paargeschichte

Gerade wenn Erkrankte in innere Welten abtauchen, können PartnerInnen ihre sehr individuelle und lebensbegleitende Kenntnis der Biografie des Erkrankten nutzen. Wichtig ist dabei in den Erzählungen sich selbst nicht mit „Ich“ zu bezeichnen. Denn ab einem bestimmten Stadium werden PartnerInnen als Person nicht mehr erkannt, die gemeinsame Geschichte kann allerdings – zumindest bruchstückhaft – nachgefühlt werden.

Beispiel: Eine erkrankte Dame saß neben ihrem Mann auf der Couch und sagte immerzu: „Ich will zu meinem schönen Willi.“ Auf die Antwort der Pflegekraft: „Aber ihr Willi sitzt doch neben Ihnen“, erwiderte sie empört: „Was, der alte Bock!“ Willi, ihr Partner erzählte fortan gemeinsame Erlebnisse, ihre Lebensgeschichten, wie folgt: „Und da warst du mit dem schönen Willi in Berchtesgaden. Da bist du wie eine junge Gams den Berg hinaufgehüpft und der Willi kam nicht hinterher.“ Willi, ihr Ehemann, sprach von sich nicht in der Ich-Form, um seine Frau nicht zu irritieren: Denn der alte Mann neben ihr auf der Couch ist zwar der schöne Willi, deckt sich aber nicht mit dem inneren Bild des jungen schönen Willi seiner Frau. Die sich selbst in dem Moment für so jung hält, wie die junge Gams aus der Erzählung ihres Mannes.

Nicole Richard,
Psycho-Gerontologin, Kassel
www.integrative-validation.de

Literatur:

- (1) Bickel, Horst (1999a) Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H.; Bickel, H. & Kurz, A. (Hrsg.) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin, Heidelberg: New York, Springer, 9-32
- (2) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002) Vierter Bericht zur Lage der

älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:
Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger –
unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Er-
krankungen, Berlin

- 5 (3) Duffy, Linda M. (1995) Sexual behavior and marital
intimacy in Alzheimer's couplet: A family theory perspec-
tive. In: Sexuality and Disability, Vol. 13, No. 3, 239-254
- (4) Meuser, Thomas M. & Marwit, Samuel J. (2001) A
comprehensive, stagesensitive model of grief in demen-
10 tia caregiving. In: The Gerontologist, Vol. 41, No. 5,
658-670
- (5) Richard, Nicole (2003): Modul V a und V b: Zugänge
zu Demenzkranken: Integrative Validation, in: Bundes-
arbeitsgemeinschaft Hospiz (Hrsg.), Mit-Gefühl. Curri-
15 culum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten
Lebensphase, Wuppertal, 2003, S. 44-45
- (6) Wright, Lore K. (1998) Affection and sexuality in the
presence of Alzheimer's Disease: A longitudinal study.
In: Sexuality and Disability, Vol. 16, No. 3, 167-179
- 20 Nicole Richard, 3/2007 www.integrative-validation.de