

Wahlvertiefung

„Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz“

WS 2011/2012

Dipl. Pflegewiss. Meike Schwermann

Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood

Modulprüfung

Handout, vorgelegt am 16.01.2012

Vorgelegt bei:

Dipl. Pflegewiss. Meike Schwermann

Prüfungsamt

Präsentation am 18.01.2012

Nina Möllering

Email: nina.moellering@gmx.de

Inhalt

1	EINLEITUNG	1
2	BIOGRAPHIE VON TOM KITWOOD	2
3	KITWOODS HAUPTAUSSAGEN.....	3
3.1	Personsein und Depersonalisierung	3
3.1.1	Maligne bösartige Sozialpsychologie	5
3.2	Kritik am Standardparadigma.....	8
3.2.1	Die Dialektik der Demenz	9
3.3	Pflegeorganisation und Pflegekultur.....	10
4	DAS ERLEBEN VON DEMENZ	15
4.1	Sieben Zugangswege.....	15
4.2	Fünf psychische Bedürfnisse.....	17
5	BENIGNE, GUTARTIGE SOZIALPSYCHOLOGIE	20
5.1	Interaktionsarten	20
6	LITERATUR	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1 Zwei Kulturen der Demenzpflege	14
--	----

Abbildungsverzeichnis

4.1 Fünf psychische Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.....	17
--	----

1 Einleitung

Das vorliegende Handout wurde für die Modulabschlussprüfung „Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz“ bei Frau Dipl. Pflegewiss. Meike Schwermann im Rahmen des Bachelorstudiengangs Pflege- und Gesundheitsmanagement 2012 angefertigt. Der andere Teil der Prüfung erfolgt durch eine Präsentation. Das Thema der Prüfung ist der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood, bei dem die Person mit Demenz mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt steht. Er kritisiert die ausschließliche Betrachtung der Demenz als hirnorganisches Geschehen. Das Hauptziel dieses Ansatzes besteht darin, psychosoziale Bedürfnisse der von Demenz betroffenen Menschen zu erkennen und im Sinne eines verstehenden Vorgehens die Pflege und Betreuung auf diese auszurichten. Kitwood gilt damit als Pionier auf dem Gebiet der Versorgung dementer Menschen.

Die Autorin wird zu Beginn auf die Biographie Kitwoods eingehen und anschließend die Hauptaussagen des person-zentrierten Ansatzes darstellen, die in dem Personsein, der Kritik am Standardparadigma und in den Anforderungen an Pflegeorganisation und -kultur bestehen. Anschließend wird das Erleben von Demenz mit den möglichen Zugangswegen und den psychischen Bedürfnissen beschrieben. Im fünften Kapitel erfolgt die Beschreibung der positiven Arbeit an der Person, die das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz fördern soll.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist im Folgenden, sofern sich die Bezeichnung auf beide Geschlechter bezieht, das generische Maskulinum verwendet worden.

2 Biographie von Tom Kitwood

Tom Kitwood wurde als Thomas Marris Kitwood am 16. Februar 1937 in Boston, Lincolnshire geboren. Im Zuge eines Studiums in Cambridge erwarb er 1960 den Bachelor of Science der Naturwissenschaften. Nachdem er ein Priesteramt-Studium in Wycliffe Hall abgeschlossen hatte, unterrichtete er einige Jahre Chemie in Dorset und Uganda, wo er ebenfalls als Schulpriester tätig war.

Im Jahr 1974 schloss Kitwood den Master in Bildungspsychologie und –soziologie in Bradford ab, drei Jahr später erwarb er den Doktor (PhD) in Sozialpsychologie. Er war anschließend einige Jahre als Dozent für Psychologie an der Universität Bradford tätig, wobei seine Schwerpunkte in der Beratung, Psychotherapie und Tiefenpsychologie lagen.

Während eines Projektes der Gesundheitsbehörde von Bradford kam er erstmalig mit dem Thema Demenz in Kontakt. Er erforschte die gängige Versorgungspraxis sowie die Auswirkungen hoher Versorgungsqualität und entwickelte darüber hinaus einen Kurs in „Tiefenpsychologie der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen“.

Tom Kitwood gründete im Jahr 1992 die Bradford Dementia Group, eine akademische Abteilung der Gesundheitswissenschaften, die bis heute das Ziel verfolgt, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihrer Familien zu verbessern. Kitwood entwarf dort das Konzept des person-zentrierten Ansatzes sowie Kurse und Bildungsprogramme für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, die sowohl national als auch international bekannt und gewürdigt wurden.

Kurz nachdem er im September 1998 die Alois Alzheimer Professur für Psychogerontologie erhielt und zum Lehrstuhlinhaber der Universität Bradford befördert wurde, starb Kitwood am 1. November desselben Jahres

(vgl. Kitwood, 2008, S. 227-228 und Riesner, Müller-Hergl und Mittag 2005, S. 10).

3 Kitwoods Hauptaussagen

Kitwood entwickelte mit seinem person-zentrierten Ansatz ein Verständnis von Demenz, nach dem diese das Personsein des Betroffenen gefährdet. Des Weiteren kritisierte er die rein medizinisch-naturwissenschaftliche Sichtweise bzgl. dementieller Prozesse und betonte den hohen Stellenwert der betreuenden Pflegekräfte für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz. Diese Kernaussagen wird die Autorin in diesem Kapitel näher erläutern.

3.1 Personsein und Depersonalisierung

Die Person bzw. das Personsein steht in Kitwoods Ansatz im Mittelpunkt. Er definiert diese Begrifflichkeiten unter anderem aus ethischer und sozialpsychologischer Sicht und kommt schließlich zu dem folgenden Schluss:

„Es ist ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (Kitwood, 2008, S. 27).

Er distanziert sich damit von der Reduktion des Personseins auf zwei Kriterien, Autonomie und Rationalität, welche seiner Ansicht nach durch den radikalen Individualismus der westlichen Gesellschaft beeinflusst wurde. Diese Sichtweise würde bedeuten, dass Menschen, die diesen Attributen nicht entsprechen, aus dem „Kreis der Personen“ ausgeschlossen werden, was demzufolge auch auf Personen mit Demenz zutreffen würde (vgl. Kitwood, 2008, S. 28). Bezeichnungen wie „Demente“ oder „Demenzkranken“ werten die betroffenen Personen ab und reduzieren sie auf die Erkrankung selbst und ihre Verhaltensweisen. Das Wesen des Menschen und dessen Fähigkeiten und Bedürfnisse rücken in den Hintergrund. Daher fordert Kitwood (vgl. 2008, S. 25) einen neuen Bezugsrahmen. Dieser sollte statt „Person mit DEMENZ“ die „PERSON mit Demenz“ sein. Kitwood betont, dass es für das Verständnis von Demenz wichtig sei, Personsein auch im Sinne von Beziehung zu sehen und bezieht sich dabei auf Martin Buber. Dieser geht im Rahmen von Interaktion von zwei Beziehungsarten aus. Eine Ich-Es-Beziehung beschreibt dieser als eine immer zweckgerichtete, manipulative Form, die nicht über

Banales oder Triviales hinausgeht. Dagegen zeichnet sich eine Ich-Du-Beziehung durch Offenheit, Präsenz und Da-Sein aus, im Vordergrund steht die Begegnung. Die Art des In-Beziehung-Tretens kann sich laut Kitwood auf das Personsein auswirken, es kann entweder verringert (Ich-Es-Modus) oder gefördert (Ich-Du-Modus) werden. Demnach würde die „Etikettierung“ einer Person mit dem Begriff Demenz zu einer Beziehung in der Ich-Es-Form führen. Kitwood (2008, S. 29-32) vertritt die Ansicht, dass die Interaktion zwischen einer Person mit Demenz und seines Betreuers trotz einer fachlich guten pflegerischen Versorgung mit umfangreichen Assessments und präzisen Pflegeplänen nicht zwangsläufig eine Ich-Du-Beziehung sein muss. Dabei bedeutet, den Pflegebedürftigen als Du anzusehen gleichzeitig, ihn als Person ernst zu nehmen. Eine Ich-Du-Form der Begegnung und des In-Beziehung-Tretens ist auch bei einer schweren kognitiven Beeinträchtigung möglich. Er betont die Einzigartigkeit einer Person aufgrund deren persönlicher Biographie, Geschlecht und Kultur, weshalb es wichtig sei die Human- und Naturwissenschaften zusammenzuführen, um Personsein vollständig darstellen zu können. Er geht davon aus, dass die Bewahrung des Personseins sowohl eine psychologische als auch eine neurologische Aufgabe darstellt. Seiner Meinung nach können Skalen zur Einschätzung der Demenzstadien zwar hilfreich sein, sie gehen aber von vorbestimmten neurologischen Gesetzmäßigkeiten aus (neurologischer Determinismus), sodass die Einzigartigkeit von Personen vernachlässigt wird. (vgl. Kitwood, 2008, S. 35-43).

Da die Fähigkeit zu öffentlichem Auftreten und damit zu Kommunikation und Interaktion zunehmend nachlässt, ist die Erhaltung des Personseins im Verlauf der Erkrankung nur noch mithilfe anderer Menschen möglich, die sich auf den Betroffenen wertschätzend und einführend einlassen können (vgl. Müller-Hergl, 2000, S. 2).

Laut Kitwood (2008, S. 32) werden Menschen mit körperlicher und seelischer Behinderung aber immer wieder depersonalisiert und ausgegrenzt. „Menschen mit Demenz sind oft einer Diskriminierung älterer Menschen in ihrer schärfsten Form ausgesetzt ...“, was er auf Ängste seitens der Nicht-Betroffenen zurückführt, die oftmals unbewusst sind. Dazu gehört zum einen die Angst, gebrechlich und abhängig zu werden, zum anderen die Furcht vor geistiger Instabilität und Verwirrtheit. Er nennt dies die Psychodynamik des Ausgrenzens. Das Resultat ist, wie Kitwood es nennt, eine maligne, bösartige Sozi-

alpsychologie, die den dementiellen Prozess verstärkt und sich schädigend auf das Personsein des Menschen mit Demenz auswirkt (vgl. Kitwood, 2008, S. 32-34; S. 73-75 und Kitwood, zit. nach Müller-Hergl, 1998, S. 4). Deren Formen sollen im Folgenden näher erläutert werden.

3.1.1 Maligne böartige Sozialpsychologie

Im Rahmen verschiedener Beobachtungen macht Kitwood insgesamt 17 verschiedene personale Detraktionen im Pflegealltag aus, die sich negativ auf das Personsein eines Menschen mit Demenz auswirken. Er bezeichnete diese Techniken als maligne böartige Sozialpsychologie, um deren verletzende, tief schädigende und das Wohlbefinden untergrabende Folgen zu betonen. Kitwood unterstellt den Betreuenden allerdings kein vorsätzliches Handeln, sondern geht im Gegenteil eher von gut gemeinten Absichten aus. Er bezeichnet die Malignität als „kulturelles Erbe“, die dann zutage tritt, wenn gewisse Verhaltensweisen unterwünscht sind. Vorgänge dieser Art lassen sich beispielsweise auch in der Kinderbetreuung beobachten. Kitwood vermutet, dass die Malignität oder Böartigkeit abhängig von drei Faktoren zunimmt: Angst, Anonymität und Machtgefälle (vgl. Kitwood, 2008, S. 75-77 und Müller-Hergl, 2000, S. 6).

Die oben genannten Beobachtungskriterien werden an dieser Stelle stichpunktartig beschrieben:

- **Betrug**

Täuschen, um Person abzulenken, zu manipulieren oder Mitwirkung zu erzwingen

- **Zur Machtlosigkeit verurteilen**

Person nicht gestatten, Fähigkeiten zu nutzen

- **Infantilisieren**

Person wie ein Kind behandeln (väterlich bzw. mütterlich autoritär)

- **Einschüchtern**

Person durch Drohungen oder physische Gewalt Angst machen

- **Etikettieren**

Person allein über Erkrankung oder Verhalten kategorisieren („Demenzkranker“, „Wegläufer“ etc.) und diese Kategorien als Verhaltensklärung und Interaktionsgrundlage einsetzen

- **Stigmatisieren**

Person wie Gegenstand oder Ausgestoßenen behandeln

- **Überholen**

Dinge schneller tun oder sagen, als Person sie verstehen oder ertragen kann

- **Entwerten**

Subjektive Realität oder Gefühle der Person nicht anerkennen

- **Verbannen**

Person fortschicken oder körperlich bzw. seelisch ausschließen

- **Zum Objekt erklären**

Person wie gefühllosen Gegenstand behandeln

- **Ignorieren**

Person trotz Anwesenheit missachten bzw. übergehen, in ihrer Gegenwart abfällig über Person sprechen

- **Zwang**

Person zu Handlungen zwingen, ohne Wünsche zu berücksichtigen oder Wahlmöglichkeiten einzuräumen

- **Vorenthalten**

Person Informationen oder Befriedigung der Bedürfnisse verweigern

- **Anklagen**

Person ihre Handlungen oder deren Unterlassen, trotz fehlender Fähigkeiten oder einem Verkennen der Situation, vorwerfen

- **Unterbrechen**

Person in ihrer Handlung, Überlegung, Interaktion unterbrechen

- **Lästern**

Über Handlungen oder Äußerungen der Person lustig machen, hänseln, erniedrigen

- **Herabwürdigen**

Person vermitteln, sie sei inkompetent, nutzlos, Person in ihrer Selbstachtung kränken

Kitwood (vgl. 2008, S. 75-79) weist darauf hin, dass es leicht möglich ist, das Pflegepersonal für die Aspekte der malignen, bösartigen Sozialpsychologie zu sensibilisieren und diese mithilfe von Trainingssitzungen abzubauen. Ferner wurden in dem Beobachtungsverfahren Dementia Care Mapping (DCM) einige der oben genannten Formen operationalisiert.

3.2 Kritik am Standardparadigma

Unter dem Standardparadigma versteht Kitwood (vgl. 2008, S. 41) das biomedizinische Rahmenwerk, das die Ursache und den Verlauf der Demenzerkrankung ausschließlich auf pathologische Veränderungen im Gehirn zurückführt. Er ist der Meinung, dass diese lineare Betrachtung dem gesamten Problembereich nicht gerecht wird und führt an, dass der zu Demenz führende Prozess die Folge zweier Veränderungen ist:

- Fortschreitendes Versagen geistiger Kräfte (Gedächtnis, Denken, Verstehen) durch nachlassende Hirnleistung und Abbauprozesse im Gehirn
- Veränderungen im sozialpsychiatrischen Umfeld

Kitwood kritisiert, dass die Forschung bzgl. möglicher Ursachen für Demenz kaum Erfolge nachweisen kann, da sie sich hauptsächlich mit der ersten Art der Veränderung beschäftigt habe. Damit stelle das Standardparadigma seiner Meinung nach keine solide Grundlage für die allgemeine Erklärung von Demenz dar. Anhand dreier Argumente, die im Folgenden dargestellt werden, untermauert Kitwood seine Hypothese:

- Formen neuropathologischer Veränderungen, die bei dementiellen Erkrankungen vorgefunden werden, tauchen auch bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen auf. Das Standardparadigma berücksichtigt demnach nicht die persönliche Entwicklungsgeschichte und die individuellen Erfahrungen einer Person.
- Die linearkausale Vorstellung, dass die Grundursache von Demenz eine Genetische ist, reicht für ein biologisches System, wie der Mensch eines ist, nicht aus.
- Im Allgemeinen schreiten neuropathologische Prozesse langsam, eine Demenz bisweilen recht schnell fort. Besonders im Rahmen von Krankenhausaufenthalten und Heimpflege lassen sich negative Veränderungen des Menschen mit Demenz beobachten. Das Standardparadigma hat dafür keine Erklärung.

Demenz kann nach Kitwood demzufolge nicht ausschließlich als degenerativer Prozess im Gehirn begriffen werden, psychische Erfahrung und Hirnaktivitäten beeinflussen

sich vielmehr wechselseitig. Der Demenzprozess entwickelt sich daher abhängig von der individuellen Lebensgeschichte einer Person und wirkt sich demzufolge auf unterschiedliche Art und Weise aus. Er fordert deshalb ein anderes Paradigma, welches das persönliche Erleben einer Person, die Sozialpsychologie und die Hirnfunktion in sich vereint (vgl. Kitwood, 2008, S. 60-62).

Im Folgenden wird die Autorin die von Kitwood entwickelte Dialektik der Demenz beschreiben, zum einen die Involutionsspirale der Demenz, die sich negativ auf das Personsein und den Demenzprozess auswirkt und zum anderen den dialektischen Prozess von person-zentrierter Pflege, die das Wohlbefinden fördern soll. Anhand dieser Darstellung wird der Zusammenhang von Depersonalisierung, maligner bösartiger Sozialpsychologie und neurologischer Beeinträchtigung deutlich.

3.2.1 Die Dialektik der Demenz

Kitwood zieht für sein Modell der Involutionsspirale neurowissenschaftliche Erkenntnisse heran, die besagen, dass die unmittelbare Ursache von Demenz ein Defekt innerhalb des neuronalen Schaltkreisgefüges im Gehirn ist, mittels dessen eine Person die Ereignisse in ihrem Leben verarbeiten kann:

„Die Hypothese geht davon aus, daß alle Ereignisse im Erleben einer Person ... ihr Gegenstück in der Hirnaktivität haben, und betrachtet Aspekte der Persönlichkeit und der Biographie als langsam in die Hirnstruktur integriert“ (Kitwood, 2008, S. 80).

Den Prozess der Demenz versteht Kitwood demnach als Wechselspiel zwischen neuropathologischen und sozialpsychologischen Faktoren. Geht die Person mit Demenz von einem Zustand in einen anderen über, werden sowohl die Gehirnfunktion als auch deren Struktur mit ihren pathologischen und entwicklungsbedingten Aspekten verändert. Wird die betroffene Person mit einer malignen bösartigen Sozialpsychologie, wie in Kapitel 3.1.1 beschrieben, konfrontiert, so kann die Entwicklung neuer Schaltkreise verzögert und der dementielle Prozess beschleunigt werden, was wiederum negative Interaktionen nach sich ziehen kann. Diese Involutionsspirale stellt einen Teufelskreis dar, der im schlimmsten Fall die Depersonalisierung vorantreibt. Je weiter der neurologische Abbau voranschreitet, desto vielfältiger sind die Formen der Depersonalisierung. Auf diese

Weise wird das Personsein immens geschädigt und der dementielle Prozess gefördert (vgl. Kitwood, 2008, S. 79-84 und Kitwood, zit. nach Müller-Hergl, 1998, S. 4).

Kitwood stellt mit einem zweiten Blick auf die Dialektik der Demenz dar, dass die neurologischen Beeinträchtigungen durch positive Arbeit an der Person aufgefangen und kompensiert werden können, sodass das Wohlbefinden der Person mit Demenz wieder hergestellt werden kann. Er geht sogar davon aus, dass pathologische Prozesse verlangsamt werden können und das Wachstum noch vorhandener Neuronen verstärkt werden kann. Im Sinne einer „Remenz“ kann es zu einer Verbesserung der Orientierung, Abnahme herausfordernden Verhaltens und Verminderung von Angst, Wahnideen und depressiven Episoden kommen. Trotz zunehmender neurologischer Prozesse ist ein hoher Grad relativen Wohlbefindens im Verlauf der Erkrankung möglich. Er schafft somit ein optimistischeres, entpathologisiertes Bild von Demenz, in dem sie nicht als Krankheit, sondern als Behinderung gesehen wird, deren Ausmaß und Verlauf von allen Beteiligten definiert wird (vgl. Kitwood, 2008, S.91-98, 102-105 und Kitwood, zit. nach Müller-Hergl, 1998, S. 4-5). Die daraus resultierenden Anforderungen an die betreuenden Institutionen wird die Autorin im folgenden Kapitel aufzeigen.

3.3 Pflegeorganisation und Pflegekultur

Kitwood (2008, S. 151-163) zieht eine Parallele zwischen dem Führungsstil eines Vorgesetzten und der Art, mit der dessen Angestellten die Klienten behandeln. Er geht davon aus, dass Pflegekräfte, die alleingelassen und missbraucht werden, die ihnen Anvertrauten ebenso alleinlassen und missbrauchen. Herrscht unter den einzelnen Mitarbeitergruppen eine starre Hierarchie und ein großes Machtgefälle, wirkt sich dies auf die zu Betreuenden aus, die den niedrigsten Status besitzen. Seiner Meinung nach ist für eine gute Demenzpflege ein kooperatives und respektvolles Miteinander wichtig, in der jeder seine Gefühle offen zum Ausdruck bringen kann. Folglich sind die Pflegekräfte auch in der Interaktion mit den Menschen mit Demenz in der Lage mit Gefühlen umzugehen. Er betont, dass es in der Verantwortung der Einrichtung liegt, für das Personal zu sorgen. Eine angemessene Entlohnung und betriebliche Leistungen vermitteln den Mitarbeitern Sicherheit und Wertschätzung. Darüber hinaus spielt ein gutes Einarbeitungskonzept, der Teamaufbau und Supervision eine Rolle. Die Pflegekräfte müssen die Möglichkeit

bekommen, Feedback zu erhalten oder zu geben und über belastende Situationen sprechen zu können. Mittels Fortbildungen und Trainingsmaßnahmen können die Angestellten weitere für die Demenzpflege hilfreiche Kompetenzen und Qualifikationen erwerben, was sich wiederum positiv auf die Pflegequalität und das persönliche Selbstwertgefühl der Pflegekräfte auswirkt.

Die Demenzpflege stellt neben den Anforderungen an die Organisation auch solche an die betreuenden Pflegekräfte. Diese müssen in der Lage sein, sich selbst, ihre Werthaltung und ihre Arbeit immer wieder zu reflektieren. Mit seiner Theorie der Lebenskonzepte können laut Kitwood (2008, S. 176-177) sich wiederholende unbewusste Verhaltensmuster und Handlungseinschränkungen seitens der Pflegekraft erkannt werden. Auch wenn seine Theorie nicht ausreichend erforscht worden ist, kann sie Aufschluss darüber geben, welche Motive eine Person dazu veranlasst haben, mit Menschen mit Demenz zu arbeiten. Es werden drei Pflegetypen mit ihren jeweiligen Lebenskonzepten unterschieden:

- **Der fürsorglich Pflegende**

Lebenskonzept des Retters, der dazu neigt, bedürftige Menschen anzuziehen; besorgt und emotional

- **Der einfühlsame Pflegende**

Er bringt die Fähigkeit mit zu wissen, was andere denken und fühlen, kann sein Mitgefühl dem Pflegebedürftigen gegenüber ausdrücken

- **Der selbstaufopfernde Pflegende**

Lebenskonzept des Märtyrers, der die Bedürfnisse anderer befriedigt und übermenschliche Arbeitsbelastungen erträgt

(vgl. Kitwood, 2008 S. 177-178 und Höwler, 2008, S.35)

Er beschreibt, dass sich oben genannte Lebenskonzepte aus nicht befriedigten Bedürfnissen in der Kindheit entwickelt haben. Möglicherweise wurde dem Kind seitens seiner Bezugspersonen keine Liebe entgegengebracht, sodass es auf andere Weise Aufmerksamkeit und Zustimmung bekommen musste, beispielsweise indem es sich um bedürfti-

ge Menschen kümmerte. Solche Personen neigen zu einem chronisch geringen Selbstwertgefühl und verwechseln möglicherweise ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse mit denen anderer Menschen. Jede Pflegekraft bringt ihr eigenes Lebenskonzept in den Pflegealltag ein und muss durch Entwicklungsarbeit lernen, bewusst und reflektiert zu handeln, da sie den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz ansonsten keine freie Aufmerksamkeit schenken kann. Bei der Entwicklungsarbeit spielen vier Aspekte eine Rolle:

- **Bewusstwerdung**

In dem Falle, dass die Pflegende in ihrer Kindheit Lieblosigkeit, Manipulation, physischen oder psychischen Missbrauch erfahren hat, muss sie sich dessen bewusst werden. Das impliziert auch das Loslassen idealisierter Elternbilder. Nach einem Trauerprozess kann ein Gefühl von Vertrauen entstehen, welches die Phasen depressiver Verstimmung ablöst

- **Entwickeln einer toleranten Haltung gegenüber dem Selbst**

Kultivierung einer Eigenliebe, die eine höhere Widerstandskraft und Flexibilität mit sich bringt, aus der ein wirkliches Sich-Kümmern um den Pflegebedürftigen entstehen kann

- **Befriedigung persönlicher Bedürfnisse**

Die Pflegeperson soll erkennen, dass sich Bedürfnisse nicht durch Selbstaufopferung befriedigen lassen. Sie lernt, ihre eigenen Befindlichkeiten zu äußern und ist in der Lage Hilfe einzufordern

- **Realismus**

Der Pflegeperson werden die vielen Verpflichtungen bewusst. Sie muss Erholung, Sozialleben und persönlicher Erneuerung einen angemessenen Platz einräumen, um die eigene Gesundheit aufrechtzuerhalten

(vgl. Kitwood 2008, S. 178-180 und Höwler 2008, S. 35-36).

Kitwood (2008) weist darauf hin, dass es mehr bedarf als einen Paradigmenwechsel im Verständnis von Demenz. Er fordert eine kulturelle Transformation, die über eine Verbesserung der Pflegepraxis und der Personalentwicklung hinausgeht:

„Die alte Kultur der geriatrischen Pflege, ... fügte sich gut in das größere kulturelle Bild ein, das die westlichen Gesellschaften geschaffen hatten“ (Kitwood, 2008, S. 192).

Pflegende sind Teil dieser Gesellschaft, was sich in ihren Vorstellungen von Sauberkeit und Ordnung sowie in „Waschzwängen“ und Bevormundung der Menschen mit Demenz äußert. Institutionelle und gesetzliche Rahmenbedingungen mit ihren Normen, Standards und Leistungsmodulen tragen dazu bei, dass sich Pflege weitestgehend auf die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse („satt“ und „sauber“) beschränkt. Dem gegenüber steht eine neue „Pflegekultur“, wie Kitwood es nennt und die er bewusst idealisiert, „um die zentralen Aussagen seines Buches zusammenzufassen“ (vgl. Kitwood 2008, S. 193). Die Vergleichspunkte der alten und neuen Pflegekultur werden an dieser Stelle in Form einer Tabelle gegenübergestellt:

Alte Pflegekultur	Neue Pflegekultur
Demenz ist eine Krankheit	Demenz ist eine Behinderung
Persönlichkeit und Identität werden zerstört	Beeinträchtigungen hängen von der Pflegequalität ab
Ärzte und Hirnforscher verfügen über das zuverlässigste, relevanteste Wissen	Geschickte, erfahrene und verständnisvolle Pflegekräfte verfügen über das zuverlässigste, relevanteste Wissen
Mehr biomedizinische Forschung, weil ohne Durchbruch in der Medizin für Menschen mit Demenz nicht viel getan werden kann	Es gibt viel, was man jetzt schon tun kann und weiter erforscht werden muss
Pflege bedeutet Befriedigung von Grundbedürfnissen und eine kompetente Körperpflege	Pflege bedeutet Erhalt und Stärkung des Personseins, Befriedigung von Grundbedürfnis-

	sen und Körperpflege sind nur ein Teil davon
Kognitive Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund	Fähigkeiten, Geschmacksrichtungen, Interessen, Wertvorstellungen und Spiritualität stehen im Vordergrund
Verlauf der Demenz kann in Stadien eingeteilt werden	Es gibt ebenso viele Manifestationen von Demenz, wie es Menschen mit Demenz gibt
Effizienter und technisch guter Umgang mit Problemverhalten	Problemverhalten als Versuch der Kommunikation im Zusammenhang mit einem Bedürfnis, was verstanden und auf das eingegangen werden muss
Ignorieren der eigenen Gefühle, Sorgen und effizientes und vernünftiges Erledigen der Arbeit	Wahrnehmen der eigenen Gefühle und Sorgen, um diese in positive Ressourcen für die Arbeit umzuwandeln

Tabelle 3-1 Zwei Kulturen der Demenzpflege (modifiziert nach Kitwood 2008, S. 194-195)

4 Das Erleben von Demenz

Laut Kitwood (vgl. 2008, S. 107-108) sind das Erleben und die Erfahrung einer Demenz aufgrund der Einzigartigkeit einer Person subjektiv. Es ist nicht möglich, sich vollständig in die Erlebenswelt des Menschen mit Demenz einfühlen zu können und diese nachzuvollziehen, gerade auch weil diese wegen zunehmenden kognitiven und sprachlichen Einschränkungen ihre Erfahrungen und Eindrücke nicht mehr mitteilen können. Kitwood beschreibt jedoch sieben Zugangswege, mit denen beispielsweise Angehörige oder beruflich Pflegende einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz gewinnen können, die im Folgenden kurz skizziert werden. Anschließend werden die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz beschrieben.

4.1 Sieben Zugangswege

- **Berichte sammeln**

Aufzeichnungen von Menschen in einer frühen Phase der Demenz, in der die kognitiven Fähigkeiten vergleichsweise intakt sind, vermögen zumindest einen Teil der Erlebenswelt darzustellen

- **Ungeteiltes Zuhören in vorgegebenen Situationen**

Aus Geschichten, die Menschen mit Demenz beispielsweise während eines Interviews aus ihrer Vergangenheit erzählen, lassen sich möglicherweise Rückschlüsse auf die gegenwärtige Situation (z.B. Bedürfnisse, Sorgen, Ängste) ziehen

- **Aufmerksames Zuhören in Alltagssituationen**

Menschen mit Demenz teilen ihr Erleben möglicherweise mithilfe von Metaphern oder auf angedeutete Weise mit

- **Beobachtung von Verhalten**

Die auftretenden Verhaltensweisen und Handlungen interpretieren und daraus lernen

- **Befragung**

Die Befragung von Menschen, die an einer Erkrankung mit demenzähnlichen Symptomen litten und sich an Erlebtes erinnern, kann das Verständnis von Demenz fördern

- **Einsatz der eigenen poetischen Vorstellungskraft**

Kreativität und Phantasie nutzen, um das Erleben von Demenz zumindest teilweise verstehen und nachvollziehen zu können

- **Rollenspiele**

Der Versuch, sich ernsthaft in die Situation eines Menschen mit Demenz hinein fühlen zu können

4.2 Fünf psychische Bedürfnisse

Die Befriedigung der nachfolgend beschriebenen Bedürfnisse trägt wesentlich zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität sowie zu dem Erhalt des Personseins bei. Kitwood (2008, S. 121) führt an, dass „ein Mensch ohne dessen Befriedigung nicht einmal minimal als Person funktionieren kann“.



4.1 Fünf psychische Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (modifiziert nach Kitwood, 2008, S. 122)

Wie in Abbildung 4.1 dargestellt, lassen sich die Bedürfnisse nicht voneinander abgrenzen, sie überschneiden sich und vereinen sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe.

- **Liebe**

Damit ist ein emotionales Geben von ganzem Herzen, eine verzeihende und bedingungslose Annahme des anderen gemeint. Menschen mit Demenz bringen ihr Bedürfnis nach Liebe oft sehr offen und auf eine beinahe kindliche Art zum Ausdruck.

- **Trost**

Dieses Bedürfnis ist aufgrund der vielfältigen Verlusterfahrungen bei Menschen mit Demenz stark ausgeprägt. Zu trösten bedeutet durch einführendes Verstehen,

Anteilnahme und Nähe die emotionalen Schmerzen, wie Angst und Trauer, zu lindern.

- **Bindung**

Da es für Menschen mit Demenz im Laufe der Erkrankung immer schwieriger wird, ihre Umwelt zu verstehen, sehnen sie sich im besonderen Maße nach Sicherheit und Schutz. Sie sind auf Menschen angewiesen, die mit ihnen in Kontakt treten und Nähe und Geborgenheit vermitteln.

- **Einbeziehung**

Teil einer Gruppe zu sein und dazuzugehören ist ein elementares menschliches Bedürfnis. Weil im Laufe der Demenz aber die Fähigkeit abnimmt, soziale Kontakte und Beziehungen aufrecht zu erhalten, sind diese Menschen auf andere angewiesen, um nicht ausgegrenzt und isoliert zu werden und an gemeinschaftlichen Aktivitäten teilnehmen zu können.

- **Beschäftigung**

Die Fähigkeit, etwas geleistet und geschafft zu haben wirkt sich positiv auf das Selbstwertgefühl aus. Menschen mit Demenz bringen das Bedürfnis nach Beschäftigung durch vielfältige Weise zum Ausdruck. Sie bieten anderen ihre Hilfe an, räumen die Tische im Gemeinschaftsraum ab oder beteiligen sich eifrig an gemeinsamen Aktivitäten. Je bekannter die Gewohnheiten und Vorlieben (Biographiearbeit) des Menschen mit Demenz sind, desto besser kann dieses Bedürfnis befriedigt werden.

- **Identität**

Identität meint das Wissen, wer man ist und woher man kommt, sowohl im Erkennen als auch im Fühlen. Dieser rote Faden durch die eigene Lebensgeschichte geht im Laufe der Demenz verloren, was zu Angst und Hilflosigkeit seitens des Betroffenen führen kann. Menschen mit Demenz sind daher darauf angewie-

sen, dass andere ihre Identität mittels detaillierter Kenntnisse über ihre individuelle Lebensgeschichte und einer empathischen Grundhaltung bewahren.

(vgl. Kitwood, 2008, 121-125)

5 Benigne, gutartige Sozialpsychologie

Mit benigner, gutartiger Sozialpsychologie ist die positive Arbeit an der Person in Form von Interaktionsarten gemeint, die das Personsein aufrechterhalten und stärken und somit zu einem relativen Wohlbefinden des Menschen mit Demenz beitragen sollen. Kitwood beschreibt insgesamt zwölf verschiedene Arten positiver Interaktion, welche die Autorin im Folgenden vorstellt.

5.1 Interaktionsarten

- **Anerkennen**

Dem Menschen mit Demenz wird offen und vorurteilsfrei begegnet und dieser in seiner Einzigartigkeit als Person anerkannt. Dies kann durch direkten Blickkontakt, Ansprache mit Namen oder achtsames Zuhören erreicht werden.

- **Verhandeln**

Diese Interaktionsart zielt darauf ab, dem Betroffenen ein gewisses Maß an Kontrolle zurückzugeben, indem die betreuende Person nach dessen Wünschen, Bedürfnissen und Vorlieben fragt und diese berücksichtigt. Beispielsweise kann über den Zeitpunkt des Aufstehens oder einer Mahlzeit verhandelt werden.

- **Zusammenarbeiten**

Durch gemeinsames Arbeiten an einer Aufgabe, sowohl bei Tätigkeiten im Haushalt als auch in der Pflege, erhält die Person mit Demenz die Möglichkeit, seine Fähigkeiten zu nutzen und Selbstwirksamkeit zu erfahren, anstatt in eine ausschließlich passive Rolle gedrängt zu werden. Von jeglicher Form des Zwanges und des Aufdrängens soll Abstand genommen werden.

- **Spielen**

Die Person erhält Raum für Spontaneität und Selbstaussdruck, außer der gemeinsamen kreativen Interaktion wird kein Ziel verfolgt.

- **Timalation**

Dieser Begriff setzt sich aus dem griechischen Wort „timalao“ (ich halte in Ehren, ich würdige) und dem lateinischen Wort „stimulatio“ (Anregung, Reiz) zusammen. Im Vordergrund stehen sensorische und sinnenbezogene Anregungen, z.B. durch Farben, Düfte oder Musik, die dem Menschen mit Demenz Vergnügen bereiten sollen. Diese Interaktionsart ist gerade bei schweren kognitiven Einschränkungen besonders geeignet.

- **Feiern**

Gesellige Runden, in denen gesungen und gelacht wird, bereiten allen Beteiligten Freude. Grenzen zwischen den Menschen mit Demenz und den Betreuern verschwimmen.

- **Entspannen**

Der Betroffene erhält die Möglichkeit sich zurückzuziehen und zur Ruhe zu kommen. Für viele Menschen mit Demenz ist Entspannung nur möglich, wenn eine andere Person in der Nähe ist. Mittels Körperkontakt kann die betreuende Person Sicherheit und Geborgenheit vermitteln.

- **Validation**

Indem sich der Betreuer in die Gefühls- und Erlebenswelt des Menschen mit Demenz hineinversetzt, dessen Emotionen anerkennt und wertschätzend bestätigt, akzeptiert er dessen subjektive Wirklichkeit. Eine hohe empathische Kompetenz seitens des Betreuers ist Voraussetzung für eine gelingende Validation.

- **Halten**

Die Person mit Demenz erhält einen sicheren psychologischen Raum, in dem sie Traumata und Konflikte in Form von Trauer, Wut und Zorn nach außen bringen kann. Auch emotional schwierige Situationen werden von dem Betreuenden mitgetragen. Das psychologische kann auch das körperliche Halten implizieren.

- **Erleichtern**

Die betreuende Person unterstützt den Betroffenen bei Handlungen, die er nicht selbstständig ohne Hilfe durchführen könnte. Dazu wird eine Geste oder eine beginnende Handlung gemeinsam in einer angemessenen Geschwindigkeit durchgeführt, sodass die Person mit Demenz die Möglichkeit hat, die Handlung mit Bedeutung zu füllen.

- **Schöpferisch sein**

Die Person mit Demenz bietet spontan ihre Fertigkeiten und Fähigkeiten an, indem sie beispielsweise ein Lied anstimmt oder zu tanzen beginnt und andere auffordert mitzumachen

- **.Geben**

Die Person mit Demenz nimmt die Befindlichkeit eines anderen wahr und bringt dies mittels Gesten der Besorgnis oder Zuneigung zum Ausdruck, bietet ihre Hilfe an oder macht ein Geschenk.

(vgl. Kitwood, 2008, S. 133-137 und Kitwood, zit. nach Riesner, Müller-Hergl und Mittag 2005, S. 15-16).

Es wird deutlich, dass dem Personsein und der Wahrung des Wohlbefindens oberste Priorität eingeräumt wird. Der person-zentrierte Ansatz bietet Raum für Spontaneität, Intuition und Interaktion, die nach Kitwood die wahrhaft heilende Komponente der Pflege ist, sodass Ich-Du-Begegnungen möglich sind.

„Wir erlangen das Gefühl von Gemeinschaft zurück, das lang in den Tiefen unseres kollektiven Unbewussten verborgen war: einen Ort, an dem Menschen einander mit Realismus und zu gleichen Bedingungen akzeptieren können“ (Kitwood, 2008, S. 204).

6 Literatur

Höwler, E. (2008). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender*. Stuttgart: Kohlhammer

Kitwood, T. (2008). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber

Müller-Hergl, C. (1998). *De-menz und Re-menz: die positive Personenarbeit und das englische DCM(Dementia Care Mapping)-Verfahren*. Verfügbar unter: http://static.twoday.net/michaelrogner/files/demenz_und_remenz_1998.pdf [Internet] 13.01.2012

Müller-Hergl, C. (2000). *Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping*. Verfügbar unter: http://static.twoday.net/michaelrogner/files/demenz_zwischen__angst__und-wohlbefinden_2000.pdf [Internet] 13.01.2012

Riesner, C., Müller-Hergl, C. & Dr. Mittag, M. (2005). „Wie geht es Ihnen?“. *Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz*. Demenz-Service-NRW. Band 3. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) Verfügbar unter: http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/vereoeffentlichungen/Band_3.pdf [Internet] 11.01.2012