

Mauersberger, Grit

**Validation als Methode der Sozialen Arbeit im Umgang mit desorientierten
alten Menschen**

**(Validation as a method of social work in dealing with disoriented elderly
people)**

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Mauersberger, Grit

**Validation als Methode der Sozialen Arbeit im Umgang mit desorientierten
alten Menschen
(Validation as a method of social work in dealing with disoriented elderly
people)**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. Häußler-Sczepan

Zweitprüfer: Herr Hille

Bibliografische Beschreibung:

Validation als Methode der Sozialen Arbeit im Umgang mit desorientierten alten Menschen. 33 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2012

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit professionellen Methoden im Umgang mit desorientierten alten Menschen und insbesondere mit der Methode der Validation, wobei auch die Methode der Integrativen Validation einbezogen wird.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf intensiven Literaturrecherchen, durch welche professionelle Methoden im Umgang mit verwirrten alten Menschen ermittelt und kritisch auf ihre Eignung für die Arbeit mit Demenzerkrankten hin geprüft werden sollen. Dabei gilt in besonderem Maße zu prüfen, ob und wie Validation als eine solche professionelle Methode in der Sozialen Arbeit Anwendung finden kann.

Thema:

Validation als Methode der Sozialen Arbeit im Umgang mit desorientierten alten Menschen (Validation as a method of social work in dealing with disoriented elderly people)

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
1 Einleitung	1
2 Begriffe	3
3 Situation hochaltriger und demenzkranker Menschen in Deutschland	5
3.1 Hochaltrigkeit und Demenz	5
3.2 Demenz und Lebensqualität	6
3.3 Aktuelle Entwicklungen	8
4 Professionelle Methoden im Umgang mit desorientierten alten Menschen	11
4.1 Biografiearbeit / Erinnerungsarbeit	12
4.2 Selbsterhaltungstherapie	12
4.3 Gedächtnistraining	13
4.4 Realitätsorientierung	14
4.5 Basale Stimulation	15
4.6 10-Minuten-Aktivierung	16
4.7 Kritische Betrachtung	16
5 Validation und integrative Validation nach Feil und Richard	19
5.1 Validation nach Naomi Feil	19
5.2 Integrative Validation nach Nicole Richard	24
5.3 Kritische Betrachtung	27
6 Fazit und kritische Würdigung von Validation für die Soziale Arbeit	30
Anhang	
Literaturverzeichnis	
Erklärung zur selbständigen Anfertigung	

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit hat das Thema „Validation als Methode der Sozialen Arbeit im Umgang mit desorientierten alten Menschen“ zum Inhalt.

In Deutschland werden die Menschen immer älter und damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, im Alter desorientiert zu werden und an Demenz zu erkranken. Diese Personengruppe der verwirrten Hochaltrigen soll Mittelpunkt des vorliegenden Werkes sein.

Motivation für diese Arbeit fand ich durch meine eigene Tätigkeit im Bereich der Altenpflege und den damit verbundenen Kontakt zu demenzerkrankten Menschen. Für mich war diese Arbeit Anlass, mich mit verschiedenen Methoden im Umgang mit diesen Menschen auseinanderzusetzen.

Da Altenhilfeeinrichtungen heutzutage noch nicht optimal eingestellt sind auf die veränderten Bedingungen durch die wachsende Zahl Demenzerkrankter, ist zwangsläufig ein Umdenken in der Arbeit mit dieser Personengruppe erforderlich. Mittlerweile werden neue Wege und Methoden im Umgang mit desorientierten alten Menschen entwickelt, finden aber in der Praxis wenig Beachtung bzw. sind gar nicht bekannt, weil Personal nicht darauf geschult wird und der Kostenfaktor bzw. Aufwand zu hoch ist. Eine dieser Methoden ist Validation.

Mit dem Ziel, eine geeignete Methode für die Soziale Arbeit zu finden, um mit desorientierten alten Menschen umzugehen soll in der vorliegenden Arbeit ergründet werden, ob und wie sich Validation in diesem Kontext einsetzen lässt. Ich beziehe mich dabei auf die Methode der Validation, welche von Naomi Feil entwickelt wurde und die Integrative Validation als Weiterentwicklung von Nicole Richard auf Grundlage von Feil's Validationsmethode als theoretische Grundlagen.

Somit bearbeite ich in meiner Arbeit eine theoretische Fragestellung anhand von Literaturanalysen. Im Vordergrund steht dabei die Auswertung einschlägiger Fachliteratur und statistischer Daten, um ein eigenes Fazit für die Soziale Arbeit zu bilden.

Im folgenden Teil der Arbeit werde ich dabei zunächst einige Begriffsbestimmungen vornehmen. In Teil drei wird die Situation hochaltriger Menschen in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung der Demenzerkrankten beschrieben und auf aktuelle Entwicklungen eingegangen. Teil vier soll bekannte und neue Methoden im Umgang mit desorientierten alten Menschen aufzeigen und auf Vor- und Nachteile dieser Methoden eingehen. Im fünften Teil wird die Methode der Validation und der Integrativen Validation genauer beleuchtet. Auch kritische Aspekte dazu werden dabei nicht außer Acht gelassen. Im letzten Teil der Arbeit werde ich unter kritischer Würdigung schließlich ein Fazit für die Soziale Arbeit aus den erarbeiteten Ergebnissen ziehen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte ich auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen in dieser Arbeit. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen.

2 Begriffe

Hochaltrigkeit:

Hochaltrigkeit kann auch als das „vierte Lebensalter“ bezeichnet werden, mit hochaltrig sind die „alten Alten“ unserer Gesellschaft gemeint.

In verschiedenen Publikationen werden unterschiedliche Lebensalter vom 80. Bis 90. Lebensjahr für den Beginn von Hochaltrigkeit benannt. Ich stütze mich bei der Definition von Hochaltrigkeit auf den vierten Altenbericht von 2002 (vgl. BMFSFJ 2002), da dieser nach wie vor das umfassendste Werk in Deutschland zu diesem Thema ist. Dort werden in einer ersten Definition als hochaltrig jene Personen beschrieben, die das 80. Lebensjahr erreicht haben (Wahl, H.-W. & Rott, C.; 2002). Nach eingehender Prüfung verschiedenster Definitionsversuche wird zu Hochaltrigkeit schließlich folgende Aussage getroffen: „Für den Vierten Altenbericht soll pragmatisch der Altersabschnitt von 80 bis 85 Jahren als der Beginn des hohen Alters definiert werden.“ (BMFSFJ 2002, S.54) Weiterhin wird aber auch verdeutlicht, „dass die hohe interindividuelle Unterschiedlichkeit zwischen älter werdenden Menschen alle chronologisch basierten Altersgrenzen fragwürdig macht“ (ebd., S.54). Das bedeutet also, dass diese gesetzte Altersgrenze nicht den gewissen Beginn bestimmter Entwicklungen vorhersagt, sondern lediglich, dass das Vorkommen verschiedener Erscheinungen ab diesem Alter häufiger ist, so steigt z. B. auch das Risiko, an Demenz zu erkranken.

Unter hochaltrig sind also in dieser Arbeit jene Menschen zu verstehen, die sich zwischen dem 80. Und 85. Lebensjahr befinden bzw. dieses Alter überschritten haben.

Demenz:

Der Begriff Demenz leitet sich vom lateinischen Wort dementia ab und bedeutet so viel wie „ohne Verstand“. Es gibt verschiedenste Arten von Demenz, der Begriff ist lediglich ein Überbegriff von einer ganzen Gruppe von Krankheitsbildern (vgl. Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. 2011, S. 9). Der vierte Altenbericht liefert eine gute Beschreibung dieser Erkrankung mit all ihren verschiedenen Ursachen und Symptomen. Dort wird Demenz wie folgt definiert:

„Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen bezeichnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geistigen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum Tode führt“ (BMFSFJ 2002, S. 165).

Demenz wird somit im Folgenden als ein Zustand zunehmender Desorientierung und Verwirrtheit behandelt, der sich nicht aufhalten lässt und bis zum Tod andauert.

Lebensqualität:

Eine komplexe Definition, was Lebensqualität ist, liefert die WHO (1997): „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“ (Renneberg, B. & Hammelstein P. 2006,S.29).

Somit lässt sich Lebensqualität als individuelles Empfinden und Erleben beschreiben, das von äußeren und inneren Faktoren des ganzen vergangenen, aktuellen und zukünftigen Lebens mitbestimmt wird.

3 Situation hochaltriger und demenzkranker Menschen in Deutschland

„Alles nimmt uns das Alter, sogar den Verstand“ (Vergil, 70 v. Chr. – 19 v. Chr.), dieser Ausspruch wurde schon vor Jahrtausenden gemacht und ist doch gleichzeitig so aktuell wie noch nie. Ein Beleg, dass das Alter schon zu Zeiten vor Christi gewisse Veränderungen mit sich brachte, welche die Menschen auch mit dem Verlust des Verstandes in Verbindung brachten. Heute würde man dazu Demenzerkrankung sagen. Demenz ist also keine Erscheinung der Neuzeit und doch tritt sie in der heutigen Gesellschaft immer häufiger auf. Warum ist das so? Dieser Frage will ich im folgenden Teil meiner Arbeit auf den Grund gehen. Dazu möchte ich auf unsere immer älter werdende Gesellschaft und die damit verbundene Wahrscheinlichkeit, im Alter desorientiert zu werden bzw. an Demenz zu erkranken, näher eingehen.

3.1 Hochaltrigkeit und Demenz

Der Anteil alter Menschen in der Gesamtgesellschaft nimmt stetig zu. Während im Deutschen Reich unter Bismarck neugeborene Jungs eine Lebenserwartung von rund 35,6 Jahren und Mädchen eine von 38,4 Jahren hatten (vgl. Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. 2011, S. 14), lag diese nach der Sterbetafel 2002/2004 für neugeborene Jungs bei 75,89 Jahren und für Mädchen bei 81,55 Jahren und nach der Sterbetafel 2007/2009 für Jungs bei 77,33 Jahren und für Mädchen bei 82,53 Jahren (vgl. Statistisches Informationssystem GeroStat 2011). Daraus ist ersichtlich, dass die Lebenserwartung stetig ansteigt und sich dieser Trend weiter fortsetzen wird. Voraussichtlich werden in naher Zukunft die meisten Menschen über 80 Jahre alt werden. Es kommt also zu einer überproportionalen Zunahme der Hochaltrigen in unserer Gesellschaft. Prognosen lassen erwarten, dass bereits im Jahr 2050 jeder siebte Einwohner in Deutschland 80 Jahre oder älter sein wird. (vgl. Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. 2011, S. 4) In Anbetracht dieser Entwicklung kann man davon ausgehen, dass die Altersgrenze für Hochaltrigkeit in der Zukunft immer wieder nach oben gesetzt werden muss.

Auf Grund der Tatsache, dass immer mehr Menschen in Deutschland immer älter werden, kommt es auch vermehrt zum Auftreten von Krankheiten, die zu früheren Zeiten seltener waren. Die Entwicklung der Lebenserwartung allein in den letzten hundert Jahren zeigt, dass früher einfach weniger Menschen ein hohes Alter erreichten und es deswegen seltener zum Ausbruch von Krankheiten kam, die typisch für hohes Lebensalter sind. Neben Arthrose und Altersblindheit ist auch die Demenz eine dieser Erkrankungen (vgl. Briseño, Cinthia 2011).

Aktuellen Schätzungen zu Folge leben heute rund 1,3 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. Prognosen sagen voraus, dass sich diese Zahl bis 2050 verdoppeln könnte (vgl. Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. 2011, S. 14). Die Wissenschaft ist in der heutigen Zeit noch nicht in der Lage, das Auftreten dieser Krankheit zu verhindern oder den Krankheitsverlauf komplett aufzuhalten. (ebd. S. 4, f.)

Das bedeutet, dass sich unsere Gesellschaft auf diese veränderte Situation im Leben alter Menschen einstellen muss. Die alten Konzepte, welche in Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen Anwendung finden, müssen an die derzeitigen Verhältnisse angepasst werden und vor allem dem Thema Demenz muss dabei eine große Bedeutung zugemessen werden. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (kda) ließ bereits im Jahr 2000 ein Handbuch mit dem Titel „Hilfen zu Kommunikation bei Demenz“ erscheinen, welches aus dem Englischen mit dem Originaltitel „Care to Communicate“ übersetzt wurde (Powell, J. 2000). Damit wurden bereits erste Grundsteine für neue Wege in der Altenpflege und –hilfe gesetzt, welche sich bis heute weiter ausbauen ließen, aber auch für die Zukunft noch allerlei Ansatzpunkte bieten. Vor allem das Thema „Lebensqualität“ soll dabei eine Rolle spielen.

3.2 Demenz und Lebensqualität

Im vierten Altenbericht wird dem Thema Lebensqualität ein ganzes Kapitel gewidmet, was die Bedeutsamkeit von Lebensqualität für Demenzerkrankte zeigt.

Oft wird ja angenommen, dass ein Erkrankten an Demenz gleichzeitig zwangsläufig mit dem Verlust von Lebensqualität einhergeht. Dem kann nach heutigen Erkenntnissen entgegengewirkt werden und Lebensqualität kann in jedem Stadium der Erkrankung gesichert werden.

Tom Kitwood, ein englischer Sozialpsychologe und Psychogerontologe, entwickelte in den 90er Jahren den personenzentrierten Ansatz für den Umgang mit Menschen mit Demenz. Dabei steht der Mensch mit seiner Demenz im Vordergrund und nicht die pathologischen Veränderungen des Demenzerkrankten. Kitwood beschäftigte sich damit, welche Bedürfnisse Demenzkranke wirklich haben und stellte fest, dass die wichtigsten psychischen Bedürfnisse Trost, Bindung und Beziehung, Beschäftigung, Identität und Einbeziehung sind (vgl. Rogner, M. 2010).

Diese Bedürfnisse stehen in engem Zusammenhang damit, welche Themen im Leben des Menschen wichtig waren. Durch Biografische Kenntnisse über die betroffene Person, durch Beobachtung und gezielte Veränderungen kann anhand der Erfüllung der jeweiligen Bedürfnisse somit viel Lebensqualität erhalten bleiben bzw. gewonnen werden. So kann zum Beispiel Musik Erinnerungen wecken, durch Umgang mit Tieren können emotionale Zugänge geschaffen werden, aber auch die Gestaltung des Wohnraumes mit Orientierungspunkten kann ein Stück Sicherheit geben. Grundsätzlich muss den Bedürfnissen Demenzerkrankter Beachtung, Respekt und Akzeptanz entgegengebracht werden. Dazu gehören auch ganz selbstverständliche Dinge, wie dass in Pflegeeinrichtungen Selbstbestimmtheit gewahrt wird, etwa bei der Entscheidung, wann die Pflegebedürftigen aufstehen oder was sie essen möchten. Methoden wie Fixierung und Ruhigstellen durch Medikamente auf Grund herausfordernden Verhaltens widersprechen jeglicher Form von Lebensqualität und sind zudem nicht nötig, wenn der demenzerkrankte Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen wahrgenommen wird und auf diese eingegangen wird (vgl. Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. 2011, S. 59).

Kitwood ging auch der Frage nach, wie ein Mensch mit Demenz in seinem Person sein unterstützt und begleitet werden kann. Dazu entwickelte er Dementia Care Mapping (DCM) als Instrument zur Evaluation des Wohlbefin-

dens und der Lebensqualität Demenzerkrankter. DCM baut auf ein personen-zentriertes Verständnis von Demenz auf und ermöglicht dem Anwender, am Leben der verwirrten alten Menschen aktiv teilzunehmen und durch Beobachtungen ihr Wohlbefinden und ihr Verhalten in Einrichtungen zu beschreiben. Es wird sozusagen versucht, „in den Schuhen des Demenzerkrankten zu gehen“ (vgl. Institut für Pflegewissenschaft 2011). Lebensqualität Demenzerkrankter ist demnach durchaus messbar und dadurch besteht auch die Möglichkeit, eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Nähere Ausführungen zu Kitwoods Ansatz würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen, dennoch sollte dieser als bedeutender Vorreiter weiterer Entwicklungen in Deutschland wie beispielsweise das H.I.L.D.E-Instrument, auf das ich später noch näher eingehen werde, nicht ungenannt bleiben.

Auf die aktuelle Situation hinsichtlich dieser Thematik möchte ich im Folgenden näher eingehen.

3.3 Aktuelle Entwicklungen

Aus dem vierten Altenbericht von 2002 ist zu entnehmen, dass zu dieser Zeit noch keine ausreichenden Kenntnisse zu „Lebenslagen, zu Gesundheit, Interessen und Wünschen Hochaltriger“ vorhanden waren. „Im Zusammenhang mit Forschungsplanung und Forschungsförderung der Bundesregierung gilt es, hier zukünftig weitere Anstöße zu geben, um diesem besonderen Forschungsbedarf Rechnung tragen zu können“ (BMFSFJ 2002, S. 19).

Auch die Verbesserung der Versorgungssituation Demenzerkrankter wird im vierten Altenbericht diskutiert. Defizite wurden vor allem im „Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie“ (BMFSFJ 2002, S. 22) sowie „im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung der an Demenz Erkrankten und ihrer pflegenden Angehörigen“ (ebd.) gesehen.

Wie angekündigt, hat sich in diesen Punkten bis zum derzeitigen Stand einiges getan.

So wurde beispielsweise ein Gutachten zur Situation psychisch kranker alter Menschen in Heimen in Auftrag gegeben (ebd.).

Außerdem ist im vierten Altenbericht die Rede von einem geplanten „Kompetenznetzwerk Demenz“ (ebd.), welches mittlerweile existiert.

Das Kompetenznetz Demenzen ist ein Forschungsverbund, der von mehrheitlich psychiatrischen Universitätskliniken gegründet wurde und durch deren Gedächtnissprechstunden vertreten wird. Dieser Verbund wurde von 2002-2009 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und besteht seit dem 01.05.2009 als eingetragener Verein (KND e.V.). Der Verein leitet viele eigene und assoziierte Projekte. Das Kompetenznetz Demenzen verfügt über eine der weltweit größten Daten-, Bild- und Biomaterialbanken zum Thema Demenzerkrankungen (vgl. Kompetenznetz Demenzen e. V. 2011).

Ein weiteres, aus dem Anstoß des vierten Altenberichtes entstandenes, vom Institut für Gerontologie der Uni Heidelberg entwickeltes Projekt zur Messung der Lebensqualität Demenzerkrankter wurde mit einer Laufzeit von 2003 bis 2006 unter Leitung von Andreas Kruse in Zusammenarbeit mit der Uniklinik Heidelberg durchgeführt. Gefördert wurde es durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Das Ergebnis dieses Projekts ist das H:I.L.D.E-Instrument (Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker). Dieses Instrument soll „eine standardisierte Erfassung und Interpretation der aktuellen Lebensverhältnisse eines individuellen demenzkranken Bewohners in einer stationären Pflegeeinrichtung“ ermöglichen (BMFSFJ 2011) und findet mittlerweile in verschiedenen Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland Anwendung.

Auch für Angehörige Demenzerkrankter gibt es mittlerweile Begleitung. Das ebenfalls von der Universität Heidelberg entwickelte Projekt „Quadem“ (Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen), welches vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde mit einer Laufzeit von 2008 bis 2010, soll Demenzkranken in der häuslichen

Pflege, Angehörigen und Pflegekräften praktische Hilfestellungen zur Förderung der Kommunikation und Zusammenarbeit geben. Angebote von Quadem sind unter anderem Fallbesprechungen, Schulungen, Unterstützung von Selbsthilfe und Ehrenamtliche Unterstützung für Angehörige. (Leuchtturmprojekt Demenz 2011).

Die eben genannten Entwicklungen sind nur ein kleiner Auszug dessen, was Forschung und Projektarbeit in den letzten Jahren geleistet haben. Weitere aktuelle Forschungen und Projekte sind für Interessierte in der Publikation „Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz“ (BMFSFJ 2006) zu finden. Ersichtlich ist jedenfalls, dass dem Thema Demenz Aufmerksamkeit gewidmet wird, und das ist angesichts der weiter oben aufgeführten aktuellen Daten zu Hochaltrigkeit und Demenz auch dringend notwendig. Ich möchte damit rechnen, dass in den kommenden Jahren die Forschung noch weitere neue Erkenntnisse erlangt und noch mehr neue Wege zum Umgang, zur Kommunikation und zum Zusammenleben mit Menschen mit Demenz gefunden werden, um den Betroffenen und Angehörigen sowie den Betreuern und Pflegern mehr Lebensqualität und Freude am Umgang miteinander zu ermöglichen.

4 Professionelle Methoden im Umgang mit desorientierten alten Menschen

„Erinnern, das ist vielleicht die qualvollste Art des Vergessens und vielleicht die freundlichste Art der Linderung dieser Qual.“

Erich Fried

Mit diesem treffenden Zitat möchte ich im folgenden Kapitel auf unterschiedliche professionelle Methoden einleiten, die speziell im Umgang mit verwirrten alten Menschen angewendet werden. Da der Krankheitsverlauf einer Demenz durch Anwendung von nichtmedikamentösen Therapieformen zwar verlangsamt, aber nicht aufgehalten werden kann, nehmen nichtmedizinische Ansätze besonders viel Raum in der Arbeit mit verwirrten alten Menschen ein. Um eine Auswahl aus den wirklich zahlreichen Methoden, die in der Pflege und Betreuung Anwendung finden, zu treffen, beziehe ich mich neben einschlägig üblichen professionellen Methoden, welche ich aus zahlreichen Fachliteratur- und Internetrecherchen zusammengestellt habe, auf solche, die von Feil (vgl. Feil, N. 2010, S. 127 – 144) und Richard (vgl. Richard, N. 2010) als für diese Arbeit bedeutende Personen, in ihren Werken benannt wurden¹.

Methoden außerhalb der medizinischen Richtung im Umgang mit demenzerkrankten Menschen finden zum heutigen Zeitpunkt zahlreich Anwendung in der Altenpflege und –betreuung. Alle gemeinsam haben zum Ziel, das Fortschreiten der Krankheit zu verzögern und die Lebensqualität des Betroffenen zu erhalten und bestenfalls zu erhöhen. Doch geht es tatsächlich immer genau darum und wird dieses Ziel auch erreicht? Ist überhaupt eine Methode allein anwendbar oder müssen immer verschiedene Methoden miteinander verknüpft werden, um effektiv zu sein? Zunächst möchte ich in diesem Kapitel verschiedene professionelle Methoden zum Umgang mit desorientierten Menschen vorstellen und diese im Anschluss kritisch mit Augenmerk auf die oben genannten Ziele betrachten.

¹ Da in den USA auch professionelle Methoden Anwendung in der Arbeit mit Demenzerkrankten finden, die in Deutschland nicht relevant sind, gehe ich in dieser Arbeit nicht auf jede der aufgeführten Therapieformen von Feil und Richard ein.

4.1 Biografiearbeit / Erinnerungsarbeit

„Jeder ist einzigartig und individuell mit seiner Biografie und seinen Erinnerungen“ (Alzheimer Gesellschaft Thüringen 2011). Dieser Satz soll verdeutlichen, dass der rote Faden der Lebensgeschichte bei der biografischen Arbeit mit Demenzerkrankten immer wieder aufgenommen werden muss, sich durch diese Arbeit hindurch ziehen soll und nicht abgelegt werden darf. Es ist wichtig, gerade die Einzigartigkeit eines jeden nie zu vergessen und daraufhin individuelle Ansätze zum Umgang mit Demenzerkrankten zu finden.

Bei der Biografiearbeit oder Erinnerungsarbeit ist es zuerst einmal wichtig, dass die Person, die mit dem Demenzerkrankten arbeitet, möglichst genaue Kenntnisse über dessen Biografie besitzt, z. B. über seine Familiengeschichte, Vorlieben oder Gewohnheiten, um Verständnis für seine Verhaltensweisen und sein Erleben zu entwickeln.

Biografie- und Erinnerungsarbeit soll dazu beitragen, demenzerkrankte Menschen in ihrer Identität und Selbstachtung zu stärken, ihnen Halt zu geben, indem Gefühle und Erinnerungen von früher hervorgehoben werden. Die Biografie ist somit eine wichtige Ressource in der Arbeit mit demenzerkrankten Menschen (vgl. Student, K. 2005).

Allerdings ist festzustellen, dass sich Biografie- oder Erinnerungsarbeit nur anwenden lässt, wenn die betreffende Person noch ein Verständnis für Zeit besitzt und fähig ist, gegenwartsbezogen zu leben. Bei zeitverwirrten Personen sowie solchen in der Phase der sich wiederholenden Bewegungen (bei Einteilung in Stadien nach Feil) ist es nicht möglich irgendeine Form der Erinnerungsarbeit anzuwenden, da diese den Sinn für die Gegenwart komplett verloren haben. (vgl. Feil, N. 2010, S.128)

4.2 Selbsterhaltungstherapie

Die Methode der Selbsterhaltungstherapie (SET) ist eine spezielle Form der Erinnerungsarbeit, welche von der Neuropsychologin Barbara Romero entwickelt wurde. Ziel der SET ist es, auch bei fortschreitender Demenz ein stabiles Selbst zu erhalten. Zu diesem Zwecke kann beispielsweise eine Erinnerungs-

mappe aus Material hergestellt werden, welches für den Demenzerkrankten bedeutsam ist, wie z. B. Fotos. Durch die Beschäftigung mit dieser Mappe sollen stabilisierend wirkende Lebenserinnerungen geweckt werden, was unter anderem zu gesteigertem Wohlbefinden und Selbstwertgefühl, zur Erkenntnis der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens aber auch zu einer zeitweiligen Distanz zu gegenwärtigen Problemen führen kann (vgl. Lämmler, G. & Mix, S. 2011).

Zusammenfassend kann durch die SET „das Ausmaß von psychischem Leiden, die Ausprägung des störenden Verhaltens und die Effektivität des alltäglichen Verhaltens beeinflusst werden“ (Romero, B. 2011). Dadurch soll es zu einem begünstigten Krankheitsverlauf der Demenz kommen und ungünstige Verläufe vermieden bzw. verringert werden. Auch für Angehörige wird damit der Umgang mit dem Betroffenen leichter.

Im Endstadium einer Demenz halte ich diese Methode dennoch für nicht generell anwendbar, da Bedingung für diese Therapie ist, dass der verwirrte alte Mensch sich nicht bereits komplett in sein Inneres zurückgezogen hat, also noch mit seiner Außenwelt Kontakt hält. Bei einer weit fortgeschrittenen Demenz besteht aber die Möglichkeit, dass dies nicht mehr der Fall ist.

4.3 Gedächtnistraining

Gedächtnistraining ist eine Methode, die generell in der Altenarbeit immer beliebter wird und in den meisten Einrichtungen Anwendung findet. Im Zusammenspiel mit weiteren geistesmobilisierenden Beschäftigungen wie gemeinsames Singen und Bewegen, Tätigen von Einkäufen oder Cafébesuchen, ist das Training des Gedächtnisses eine sehr geeignete Methode für die Arbeit mit demenzerkrankten Menschen, ohne dabei Leistungsdruck auszuüben (vgl. Dühring, A. & Habermann-Horstmeier, L. 2000, S. 362). Vorrangig sollen dabei die kognitiven Fähigkeiten so gut wie möglich gefördert, erhalten und reaktiviert werden. Erinnerungen an frühere Zeiten werden dabei geweckt und vorhandenes Wissen aufgefrischt. Jedoch ist der Einsatz dieser Methode zum Trainieren des Gedächtnisses nur in einem frühen Stadium der Demenzerkrankung möglich und sinnvoll. Das Training wird in einer spielerischen Form durchgeführt anhand von Bilder- oder Suchrätseln, Denk- oder Schreibaufgaben usw. und

muss auf die individuelle Leistungsfähigkeit des jeweiligen Teilnehmers abgestimmt werden. Die Methoden der Spielformen sollen in jedem Fall der Situation der alten Menschen entsprechen. Grundsätzlich sollen die Übungen Spaß machen und zu Erfolgserlebnissen führen. Wichtig ist es, die Demenzerkrankten dabei nicht mit ihren Defiziten zu konfrontieren, da dies zu Frustration führt und Druck erzeugen kann. Damit würde der Sinn des Gedächtnistrainings verloren gehen (vgl. Müller-Schulz, H. 2005).

4.4 Realitätsorientierung

Realitätsorientierungstraining (ROT) wurde in den 1960 Jahren vom amerikanischen Psychiater James Folsom entwickelt (vgl. Feil, N. 2010, S. 129). Das ROT findet sich weniger in der Pflege wieder, sondern mehr in der Arbeit des sozialen Dienstes, in der Therapie und der Betreuung. Bei dieser Methode soll die zeitliche und räumliche Orientierung des Demenzerkrankten durch realitätsbezogene Hinweise und Hilfen gefördert werden (vgl. Dühring, A. & Habermann-Horstmeier, L. 2000, S. 361) Es werden dabei auch grundlegende Informationen zu Person, Zeit, Ort usw. trainiert und bei jeder sich bietenden Gelegenheit sogenannte "Realitäts-Anker" angeboten, z. B. optische oder akustische Orientierungshilfen (vgl. Faust, V. 1999).

Um eine Überforderung zu vermeiden ist es wichtig, dass das Trainingsprogramm individuell auf die jeweilige Person abgestimmt wird. Da die Orientierung bei einer Demenzerkrankung im fortgeschrittenen Stadium meist stark beeinträchtigt ist und man diese auch durch ROT nicht wieder herstellen kann, sollte man diese Methode nur im Frühstadium der Erkrankung anwenden. Andernfalls kann es durch ständiges Richtigstellen von Situationen, die der Demenzerkrankte in seiner Weise als Realität anders erlebt, zu Stresssituationen und noch größerer Verwirrung oder sogar zu Angstzuständen und Frustrationen kommen (vgl. Universitätsklinikum Freiburg & Hamburg 2011, S.2).

4.5 Basale Stimulation

Die basale Stimulation wurde von Dr. Andreas Fröhlich auf der Grundlage eigener intensiver Forschungen in den Bereichen Behinderung, Bewusstlosigkeit und Pflegebedürftigkeit entwickelt und versteht sich als rein pädagogisches Konzept und nicht als therapeutische Technik. Ursprünglich wurde das Konzept in den 70er Jahren im Rahmen eines Schulversuches als Förderkonzept entwickelt, erst Mitte der 80er Jahre gelang es Fröhlich in Zusammenarbeit mit Diplompädagogin und Krankenschwester Christel Bienstein, basale Stimulation auf die Pflege von Menschen zu übertragen. (vgl. Fröhlich, A. & Nydahl, P. 2008)

Basale Stimulation ist nicht allein für Demenzerkrankte geeignet, sondern auch für z. B. Schlaganfallpatienten oder Menschen im Wachkoma. Durch sensorische Anregung kann bei diesen Menschen die Körperwahrnehmung wieder aktiviert werden. Eigenaktivitäten werden dabei angeregt durch Stabilisation des Körper-Ichs über die Erfahrung des eigenen Körpers. Grundelemente des Konzeptes sind somatische, vestibuläre und vibratorische Stimulationen², um eine Beziehung zum erkrankten Menschen aufzunehmen. Zusätzlich finden dann Aufbauelemente wie orale, auditive, taktil/haptische, olfaktorische und visuelle Stimulation Anwendung um der kranken Person zu helfen, „ein elementares Körperselbstbild, eine elementare Raum-Zeit -Orientierung aufzubauen und Beziehung zu seiner Umwelt aufzunehmen“ (Rannegger, J. 2007).

Zusammenfassend lässt sich die Methode wie folgt beschreiben:

„Unter Basaler Stimulation versteht man die Anregung basaler Sinne, z.B. durch Aktivierung des Gleichgewichtssinns, durch Körperkontakt oder durch Vibrationsreize. Dieser Ansatz kommt besonders dann zum Tragen, wenn eine Kontaktaufnahme durch Sprache nicht mehr möglich ist“. (Universitätsklinikum Freiburg & Hamburg 2011, S. 3)

² Somatische Stimulation=über die Haut (Waschungen, Einreibungen, Körperberührung – Initialberührung, vestibuläre Stimulation=Förderung des Gleichgewichtssystems, vibratorische Stimulation=über die langen Röhrenknochen – Körpertiefe vermitteln – Aufmerksamkeit und Beruhigung erlangen (vgl. Rannegger, J. 2007)

4.6 10-Minuten-Aktivierung

Die Grundannahme bei der 10-Minuten-Aktivierung liegt darin, dass Pflegebedürftige, insbesondere Demenzerkrankte, vor allem in Einrichtungen der Altenhilfe kaum mehr aktiviert werden. Verhaltensauffälligkeiten sowie Zurückziehen sind die Folge dieser Entwicklung.

Bei dieser Methode der Erinnerungsarbeit können Erinnerungen an die Vergangenheit mit relativ geringem Zeit- und auch Personalaufwand geweckt werden. Dies soll zur Aktivierung des Langzeitgedächtnisses des Demenzerkrankten beitragen, der Erfolg ist aber ab einem gewissen fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung nicht mehr zwangsläufig gegeben. (vgl. PQSG 2006)

Aktiviert wird dabei mit Hilfe von so genannten Aktivierungskisten, die mit Materialien zu verschiedenen Themen gefüllt sind, wie z. B. Sprichwortkarten, Werkzeuge, Küchen- oder Büroutensilien und vieles anderes. Aus dieser Materialsammlung wird dann während der Aktivierung etwas ausgewählt, wozu der Anwender (in der Regel die Pflegekraft) Fragen stellt und Anregungen gibt, damit der Demenzerkrankte sich an eigene Erlebnisse oder frühere Situationen erinnert. Auch bei dieser Methode soll bei der Auswahl der Materialien die Biografie des Demenzerkrankten Beachtung finden, um eine wirkungsvolle Aktivierung zu ermöglichen.

Die 10-Minuten-Aktivierung soll bei regelmäßiger Anwendung zu mehr Zufriedenheit, Ausgeglichenheit und Geselligkeit beim Demenzerkrankten führen und dadurch auch das Arbeitsklima für das Pflegepersonal verbessern (vgl. Ellhol GmbH 2011).

4.7 Kritische Betrachtung

Allgemein lässt sich aus den eben beschriebenen professionellen Methoden ableiten, dass sie sich alle, abgesehen von der basalen Stimulation als Konzept, nur bis zu einem bestimmten Stadium der Demenzerkrankung anwenden lassen, um Lebensqualität zu fördern und den Krankheitsverlauf zu begünstigen und etwas hinaus zu zögern.

Biografie- und Erinnerungsarbeit, Selbsterhaltungstherapie und Gedächtnisstraining sind, richtig und bewusst eingesetzt, gute und hilfreiche Methoden, da Pflegekräfte und Betreuer einerseits durch Biografiearbeit die Lebensgeschichte des Demenzerkrankten kennenlernen, dadurch Verständnis für ihn entwickeln und individuell auf ihn eingehen können. Andererseits helfen diese Methoden, den Verlauf einer Demenz zu entschleunigen und den Alltag für den Betroffenen aber auch für Angehörige und Kontaktpersonen angenehmer zu gestalten.

Bezüglich der Realitätsorientierung stellt sich die Frage, wann ist es noch sinnvoll und wann macht es keinen Sinn mehr, einen an Demenz erkrankten Menschen an der Realität orientieren zu wollen? Denn auch die Anwendung dieser Methode kann unter bestimmten Umständen nicht nur sinnlos, sondern sogar gefährlich sein. Demente Menschen schaffen sich durch das Überlappen von Vorstellung und Realität mitunter Lebensqualität. Ihnen diese durch striktes Einbläuen der puren Realität weg zu nehmen, wäre fatal. Die Unsicherheit des Demenzerkrankten wächst dann, je öfter seine Realität von außen korrigiert wird. Realitätsorientierung macht also nur Sinn, wenn es noch dem Erhalten von Lebensqualität dient.

Basale Stimulation dagegen halte ich für eine sinnvolle Ergänzung des Pflege- und Betreuungsalltags in jedem Stadium der Demenz. Durch die Körpernähe und das Setzen von Impulsen können selbst Menschen erreicht werden, die sich bereits in ihre innere Welt zurückgezogen haben.

Spezifisch zur Methode der 10-Minuten-Aktivierung ist zu sagen, dass diese nach meiner Ansicht sehr kritisch zu betrachten ist. Wenn man einen Erinnerungsprozess bei demenzerkrankten Menschen hervorruft, kann dieser viele Emotionen und Gefühle wachrütteln, der Mensch kann innerlich sehr aufgewühlt werden. Wenn man dann mitten in diesem Geschehen abbricht, weil die 10 Minuten um sind, kann das zu tiefliegenden Schädigungen und seelischen Verletzungen führen. Man kann Erinnerungsarbeit nicht im „Speedlimit“ durchführen. Solch eine Arbeit braucht Zeit und ich sehe eine große Gefahr in der Anwendung solcher Methoden wie der 10-Minuten-Aktivierung.

Diese eben beschriebenen Methoden sollten neben sicherlich vielen Weiteren als Ergänzung zu einer von Grund auf wertschätzenden Haltung Demenzerkrankten gegenüber und als Kombinationsmöglichkeit mit anderen Methoden wie Validation verstanden werden, dann sind sie durchaus sinnvoll einsetzbar. Jedoch kann keine dieser Methoden alleine auf jeden Demenzerkrankten angewendet werden, da dies, wie eben beschrieben, in fortschreitenden Stadien der Krankheit mitunter gar nicht mehr möglich ist. Es bedarf also Methoden, um auch mit den Demenzerkrankten in Stadien wie der Zeitverwirrtheit oder der sich wiederholenden Bewegungen umgehen zu können und auch diesen Menschen Lebensqualität zu ermöglichen.

Mit Sicherheit gibt es auch dazu eine Vielzahl professioneller Methoden, die in der Praxis bei der Arbeit mit Demenzerkrankten angewendet werden können. Im Zuge dieser Arbeit möchte ich nun aber zur Vorstellung der Validationsmethode kommen, da diese den Mittelpunkt der Arbeit darstellen soll.

5 Validation und integrative Validation nach Feil und Richard

Dieser Abschnitt soll sich mit den Validationsmethoden nach Feil und Richard beschäftigen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieser verdeutlichen und sie somit vergleichbar machen. Das ist notwendig, um abschließend in diesem Kapitel eine kritische Betrachtung der Validationsmethode vorzunehmen und daraus entsprechende Rückschlüsse für die Soziale Arbeit zu ziehen.

5.1 Validation nach Naomi Feil

Naomi Feil ist eine amerikanische Sozialarbeiterin mit deutschen Wurzeln, die in einem Altersheim in Cleveland aufwuchs, wo ihre Eltern auf dem Gebiet der Rehabilitation Pionierarbeit leisteten. Spezialisiert hatte sich Feil während ihres Studiums an der Columbia University auf die Gruppenarbeit mit alten Leuten. Zwischen 1963 und 1980 entwickelte Feil die Validations-Methode an der Case Western Reserve University in Cleveland. Seither ist Sie selbst Anwenderin dieser Methode in ihrer Arbeit und bietet Workshops auf fast allen Kontinenten der Erde an, in denen ein erster Einstieg in die Validations-Methode geboten wird (vgl. Feil, N. 2010, S. 273). Außerdem ist es möglich, selbst professioneller Anwender oder sogar Ausbilder der Validationsmethode in vier verschiedenen Ausbildungsstufen, die aufeinander aufbauen, zu werden (vgl. Feil, N. 2010, S. 278 f.).

Feil beschreibt Validation als „eine Kommunikationsmethode, mittels derer man lernen kann, mit solchen sehr alten Personen, die an der Alzheimer-Krankheit bzw. damit verwandten Formen von geistiger Verwirrtheit leiden, in Verbindung zu treten und zu bleiben.“ (Feil, N. 2010, S. 44)

Die Methode der Validation baut darauf auf, dass jeder Mensch im Laufe seines Lebens gewisse Aufgaben zu erfüllen hat. Erik Erikson (1902 – 1994) beschrieb diese Lebensaufgaben für acht unterschiedliche Lebensalter.

Diese liegen Feil's Theorien zu Grunde. (für nähere Ausführungen hierzu siehe Anhang 1³):

- Säuglingsalter
- Kindheit
- Spielalter
- Schule
- Adoleszenz
- Frühes Erwachsenenalter
- Mittleres Alter
- Alter

Diese Lebensphasen erweiterte Feil noch um eine Weitere, nämlich das sehr hohe Alter, die Aufarbeitungsphase. Nach ihrer Auffassung und ihren Erfahrungen müssen altersverwirrte Menschen noch versuchen, eine unbewältigte oder gescheiterte Lebensaufgabe zu lösen, um in Frieden sterben zu können. Gelingt ihnen das nicht, geraten sie in die Phase des Vegetierens, was durch Validation verhindert werden soll (vgl. Messer, B. 2009, S. 21). Bei ihren Grundannahmen zur Validation stützt sich Feil dabei auf weitere Theorien, unter anderem von Carl Rogers, Sigmund Freud und C. G. Jung (vgl. Messer, B. 2009, S.18), welche zur Unterstützung der Validationsprinzipien nützlich sind (vgl. Feil, N. 2010, S. 47). „In diesen Grundannahmen liegt der tiefe Sinn der Validation. Sie erklären das Verhalten alter, desorientierter Menschen oder geben zumindest eine mögliche Deutung dafür. Aus ihrem großen Erfahrungsschatz sowie dem fachlichen Input heraus schuf Naomi Feil damit eine Basis, um alte, desorientierte Menschen anders zu betrachten“ (Messer, B. 2009, S. 18).

Es muss oder kann nicht jeder alte Mensch Validiert werden. Wer seine Lebensaufgaben zur jeweiligen Zeit gut bewältigen konnte und mit sich selbst im Reinen ist, erreicht auch Integrität im späteren Leben. Diesen Menschen wird es gelingen, sich auf veränderte Lebensumstände durch Verluste, uner-

³ Lebensphasen im vollständigen Lebenszyklus nach Erik H. Erikson (Mück, H. 2003)

füllte Träume und neue Rollen im Alter einzustellen. Diese Menschen brauchen keine Validation (vgl. Feil, N. 2010, S. 33). Naomi Feil meint weiterhin: „Orientierte sehr alte Menschen brauchen keine Validation, solche Leute validieren sich selbst“ (Feil, N. 2010, S. 39).

Ein sehr spezieller Punkt ist die Validation von Patienten der früh einsetzenden Alzheimerkrankheit. Diese können laut Feil durch Validation für kurze Momente eine Verbesserung der Lebensqualität erhalten, jedoch lässt sich das Fortschreiten der Krankheit dadurch nicht verzögern. Es lässt sich auch mit Validation nicht verhindern, dass diese Menschen in die Phase des Vegetierens kommen (vgl. Feil, N. 2010, S.40).

Durch unsere demografische Entwicklung gibt es heute aber auch sehr viele hochaltrige Menschen, die es nicht geschafft haben, ihre Lebensaufgaben bis in dieses hohe Alter zu erfüllen. Diese unerledigten Aufgaben tauchen im Alter, in der Verwirrtheit und der Demenz, wieder auf und wollen erledigt werden.

Feil stützt sich bei dieser Annahme auf die Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow (1908 – 1970). Diese Bedürfnishierarchie lässt sich auch weitestgehend auf hochaltrige, verwirrte Menschen anwenden und kann dazu beitragen, Verständnis für sie zu entwickeln. Feil spricht davon, dass ihr nach jahrelanger Arbeit mit desorientierten alten Menschen klar wurde, dass diese ganz bestimmte psychische und soziale Bedürfnisse haben⁴, die durch ein nochmaliges durchleben der jeweiligen Lebenssituation aus der Vergangenheit befriedigt werden müssen. Das kann sich z. B. äußern durch sich wiederholende Bewegungen, die aus dem früheren Arbeitsalltag bekannt sind. Diese Menschen haben wie alle anderen das Bedürfnis nach Identität, nach Zugehörigkeit und das Bedürfnis sich auszudrücken (vgl. Feil, N. 2010, S. 41, f.)

⁴ Die Bedürfnisse desorientierter Menschen: „Sie müssen unbedingt jene Gefühle herauslassen, die ein Leben lang in ihnen eingesperrt waren. Sie müssen das Gleichgewicht wiederherstellen und ihre Einsamkeit vermindern, wenn die Sehkraft, das Gehör, die Beweglichkeit und das Kurzzeitgedächtnis schwächer werden oder ausfallen. Sie müssen ihre früheren sozialen Rollen wiederherstellen. Sie sehen oft in Personen der Gegenwart wichtige geliebte Menschen aus der Vergangenheit. Sie müssen oft unbefriedigende Themen aus der Vergangenheit lösen, bevor sie sterben können. Sie müssen unerledigte Lebensaufgaben in Ordnung bringen, damit sie in Frieden sterben können.“ (Feil, N. 2010, S. 41,42)

Verwirrte hochaltrige Menschen durchleben nach Feil vier Aufarbeitungsphasen der unerledigten Lebensaufgaben:

1. Mangelhafte Orientierung
2. Zeitverwirrtheit
3. Sich wiederholende Bewegungen
4. Vegetieren

Der körperliche Verfall schreitet mit jeder Phase voran und der betroffene Mensch zieht sich immer weiter nach innen zurück. Es kann dabei vorkommen, dass der Desorientierte zwischen den Aufarbeitungsphasen hin- und herwechselt und sich nicht in eine dieser Phasen konkret einordnen lässt. (vgl. Feil, N. 2010, S.53) Wenn diese Menschen nicht validiert werden, durchleben sie alle vier Stufen der Aufarbeitung. Durch Validation müssen sie jedoch nicht in die letzte Phase kommen und können somit friedlich sterben. (vgl. Feil, N. 2010, S. 56)

Während dieser Aufarbeitung, die diese Menschen für sich allein versuchen durchzuarbeiten, wird ihr Verhalten häufig für die Umwelt, also die Angehörigen und die Pflegenden, zu einer Belastung, da sie nicht wissen, wie sie mit dem ungewöhnlichen und unerklärlichen Verhaltensweisen umgehen sollen und diese nicht einordnen können. Mit der Erkenntnis, dass die desorientierte Person in dieser Phase versucht, unerledigte Aufgaben ihres Lebens zu lösen, können Angehörige und Pflegekräfte Verständnis für das veränderte Verhalten erlangen und durch die verschiedenen Validationstechniken lernen, wie man mit diesen Menschen kommunizieren kann (vgl. Feil N. 2010, S.43).

Die Techniken der Validation nach Feil:

1. Zentrieren
2. eindeutige, nichtwertende Wörter verwenden, um Vertrauen herzustellen
3. Umformulieren
4. Extreme einsetzen
5. Sich das Gegenteil vorstellen

6. Erinnern
7. Ehrlichen, engen Augenkontakt halten
8. Mehrdeutigkeit, unbestimmte Fürwörter einsetzen, die mehrere Lösungen zulassen
9. Klar, sanft und liebevoll sprechen
10. Beobachten und Spiegeln der Bewegungen und Gefühle
11. das Verhalten mit dem jeweiligen unerfüllten Grundbedürfnis verbinden
12. bevorzugtes Sinnesorgan erkennen und benutzen
13. Berühren
14. Musik einsetzen

(vgl. Feil, N. 2010, S. 57-67)

Diese 14 verschiedenen Validationstechniken, auf welche ich auf Grund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit an dieser Stelle nicht detailliert eingehen kann, sind für unterschiedliche Abschnitte der Aufarbeitungsphase geeignet. So lassen sich einige, wie z. B. das Zentrieren, auf alle Phasen der Aufarbeitung anwenden und andere, wie z. B. Spiegeln oder Berühren, nur bei bestimmten Phasen einsetzen. (vgl. Feil, N. 2010, S. 56)

In ihren Werken beschreibt Feil anhand verschiedenster Beispiele aus ihrer eigenen Praxis die Anwendung der Validationstechniken in den vier Aufarbeitungsphasen desorientierten alter Menschen, gibt aber auch Praxisbeispiele für die Validation von Personen, die an der früh einsetzenden Alzheimer-Krankheit leiden, vor.

Durch Anwendung der Validationstechniken kommt es zu verschiedenen Verbesserungen und Vorteilen für die desorientierten Menschen, für Pfleger und Betreuer und für Angehörige. Validierte Menschen zeigen weniger herausforderndes Verhalten, sie ziehen sich weniger in ihre Innenwelt zurück, kommunizieren wieder verstärkt mit anderen und benötigen weniger medizinische Maßnahmen, um Ängste oder Gefühle zu unterdrücken und um beruhigt zu werden. Durch Validation wird der Demenzerkrankte nicht nur als geistloses Wesen gesehen, sondern in seiner Realität wahrgenommen und geschätzt. Damit wird

auch die Frustration bei Pflegern und Betreuern sowie Familienangehörigen verringert und die Verbesserung der Verständigung wieder neue Freude am Kommunizieren geweckt, was die Zufriedenheit beim Umgang mit den desorientierten Menschen erhöht (vgl. Feil, N. 2010, S. 121, ff.).

Nicht zuletzt bleibt ein schlagendes Argument zu nennen, was unbedingt für die Anwendung und Wirksamkeit von Validation bei desorientierten alten Personen spricht. Wenn diese Menschen in der Aufarbeitungsphase validiert werden, hilft es ihnen, bis zum Ende hin kommunikativ zu bleiben. Sie geraten nicht in die Phase des Vegetierens. (vgl. Feil, N. 2010, S. 43)

5.2 Integrative Validation nach Nicole Richard

Die Methode der Integrativen Validation (IVA) ist eine Weiterentwicklung der Validationsmethode nach Naomi Feil und entstand in den Jahren 1992 bis 1997 aus einer „fünfjährigen Bundesarbeitsgemeinschaft in Deutschland zwischen Praktikern, Leitungs- und Lehrkräften der Altenhilfe“ auf Initiative Nicole Richards. (Richard, N. 2010a).

Nicole Richard wurde 1957 als Bauerntochter geboren, ist Diplom-Pädagogin und –Gerontopsychologin mit Heimleitungserfahrung und leitet heute das Institut für Integrative Validation in Kassel. Seit 1993 ist Richard selbständig tätig als Beraterin und im Bereich der Weiterbildung für Einrichtungen des Gesundheitswesens (vgl. Richard, N. 2010b, S.7). Auch für die IVA werden neben Thementagen und Fachtagungen Grund- und Aufbaukurse zur Anwenderschulung angeboten.

Im Folgenden möchte ich die Methode der Integrativen Validation vorstellen und vergleichen mit der Validation nach Feil, um sie im weiteren Verlauf hinsichtlich der Anwendbarkeit dieser Methoden in der Pflege und der Sozialen Arbeit prüfen zu können.

Ziel der IVA ist es, dem desorientierten alten Menschen das Gefühl zu geben, dass seine Gefühle wahrgenommen und angenommen werden, dass seine „persönlichen und lebenswichtigen Antriebe akzeptiert werden und nach wie vor Gültigkeit besitzen“ (Richard, N. 2004).

Die IVA stützt sich auf Grundlagen der humanistischen Psychologie und auf die Kommunikationstheorien von Paul Watzlawick und Schulz von Thun⁵. (vgl. Richard, N. 2010b, S.7)

Vordergründig sollen bei der IVA nicht wie bei der Validationsmethode nach Feil unbewältigte Lebensaufgaben desorientierter alter Menschen gelöst werden, sondern es geht in erster Linie um die Orientierung an den aktuell gezeigten Gefühlen. Dabei geht Richard davon aus, dass die hirnorganische Erkrankung Ausgangspunkt der Demenz ist. Richard verzichtet auch darauf, die Verwirrtheit in Stadien zu kategorisieren und auf jegliche Form von Fragetechniken, um den Erkrankten Stress, Angst und Frustration zu ersparen. Auch eine Interpretation der Situation des Betroffenen wird im Gegensatz zu Feil's Methode nicht durchgeführt. Die IVA ist eine ressourcen- und gegenwartsorientierte Methode, die unabhängig vom Krankheitsstadium ein immer gleichbleibendes, einheitliches Vorgehen beinhaltet⁶.

Ein weiterer Unterschied zur Validation nach Feil ist, dass sich die IVA nicht nur bei sehr alten Menschen, sondern bei Menschen jeder Altersklasse anwenden lässt. (vgl. Richard, N. 2010b, S.6, f.)

Die IVA basiert auf vier Säulen, wobei eine wertschätzende Grundhaltung die wichtigste ist. Die zweite Säule ist die Ressourcenorientiertheit, die dritte die Umgangs- und Kommunikationsweise, welche in vier Schritten zum Kontakt führt und die vierte Säule setzt sich aus benachbarten Disziplinen wie Biografiearbeit, Basale Stimulation oder Milieuthérapie zusammen, die in Verbindung mit der IVA bereichernde Anwendung finden können. (vgl. Richard, N. 2009)

⁵ Watzlawick betrachtet jedes Verhalten eines Menschen als Kommunikation („man kann nicht nicht kommunizieren“). Schulz von Thun beschreibt in seiner Theorie die vier Aspekte einer Nachricht, den Sach-, Beziehungs-, Selbstoffenbarungs- und Appellaspekt. (vgl. Paul Watzlawick Website 2011; Christmann, B. & Leis M. 2004)

⁶ Vorgehensweise bei der IVA: „Punkt 1. Gefühle und Antriebe des Demenzerkrankten wahrnehmen und erspüren (...); Punkt 2. Validieren der Gefühle und Antriebe, d. h. annehmen, akzeptieren und wertschätzen (...); Punkt 3. Allgemein validieren, d. h. durch allgemeinen Sprachgebrauch (...) bestätigen (...); Punkt 4 Validieren von Sätzen aus dem Lebensthema (...) und Einbindung von tütöffnenden Schlüsselwörtern (...)" (Richard, N. 2010b, S.6)

Richard geht davon aus, dass sich Demenzerkrankte mit fortschreitender Krankheit immer mehr in ihr Inneres zurück ziehen und dort Szenen aus der Vergangenheit noch einmal erleben und diese auch tatsächlich noch einmal „leben“. Altvertraute Fähigkeiten und Fertigkeiten werden als Ressource genutzt. Vergangenes wird in die Gegenwart transportiert, so dass sich ein 80-jähriger Mann wieder als junger Soldat fühlen und sich dementsprechend auch verhalten kann. Für das Umfeld kann diese Situation durchaus befremdlich erscheinen. Verstehen lassen sich solche Verhaltensweisen nur durch Einbezug der Biografie des Erkrankten und durch wertschätzendes gelten lassen seiner Innenwelt. Die Ressourcen aus der Vergangenheit sollen bei der IVA durch Pflegepersonal, Angehörige und Betreuer aktiviert werden sowie im Alltag, in der Pflege und Betreuung integriert und gefördert werden. Dadurch wird die Selbständigkeit des Demenzerkrankten gefördert, seine persönliche Binnenstruktur wird lebendig gehalten und er fühlt sich nicht entmündigt. (vgl. Richard, N. 2010b, S. 5) Für Pflegekräfte soll durch die ressourcenorientierte Perspektive die Motivation entstehen, vom rein reagierenden hin zum agierenden Handeln zu kommen, die eigene Intuition mit in den Pflegealltag einzubeziehen. Desweiteren werden auch die Kompetenzen der Wahrnehmung und der Krisenbewältigung gesteigert. (vgl. Bayer, J.-A. 2011, S. 19 f.)

Bei der Methode der IVA stehen Antriebe und Gefühle als Ressourcen im Mittelpunkt. Als Antriebe werden hierbei Strenge, Treue und Charme benannt, die sozialisations- oder persönlichkeitsbedingt sein können. Diese Antriebe haben Einfluss auf die Biografie eines Menschen, sie sind „das Kraftpotenzial der Menschen mit Demenz, bleiben lange von der zerstörenden Kraft der Demenz unversehrt und sind damit die Haupt-Ressource in der Krankheit“ (Richard, N. 2010b, S.6). Gefühle drücken aus, was in der Innenwelt des Demenzerkrankten erlebt wird, z. B. durch Angst oder Wut, und sind damit eine letzte Orientierung, die ihm bleibt, wenn er daran gehindert wird, seine Antriebe auszuleben. Auch im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit äußern die Betroffenen ihre Bedürfnisse über Gefühle, wahrscheinlich aber verstärkt auf dem nonverbalen oder paraverbalen Weg als durch verbalen Ausdruck, der im Anfangsstadium noch stärker vertreten ist.

Letztendlich ergeben sich durch die Anwendung von integrativer Validation ebenso wie bei der Validationsmethode nach Feil verschiedene Vorteile und positive Auswirkungen für den demenzerkrankten Menschen, aber auch für dessen Angehörige, Pflege- und Betreuungskräfte. Beispielsweise wird durch Wahrnehmung und Benennung der Gefühle des Betroffenen nicht nur das Vorkommen von Gefühlsausbrüchen bei ihm verringert oder gar verhindert, es wird ihm auch ein Teil seiner eigenen Identität zurückgegeben und Selbstwertgefühl vermittelt. Ängste und Stress werden vermindert und somit ein Stück Sicherheit für den verwirrten alten Menschen geboten. Beziehungen und Kontakte zu anderen Menschen können wieder intensiver werden und das Gefühl der Zugehörigkeit kann sich einstellen, was gerade auch für Angehörige eine große Entlastung darstellt. Es profitieren auch Pflege- und Betreuungskräfte von dieser Methode, die unter anderem ihr Handeln durch IVA besser strukturieren können, verbesserte Kompetenzen in der Wahrnehmung und den Umgang mit Krisensituationen erreichen können und Wertschätzung ihrer eigenen intuitiven Handlungsfähigkeiten erlangen (vgl. Richard, N. 2004, S. 15).

5.3 Kritische Betrachtung

In der einschlägigen Fachliteratur sind zum Thema Validation nicht wenige kritische Aspekte zu finden. In diesem Kapitel möchte ich kritische Aussagen zur Validationsmethode zum einen aufführen und zum anderen durch die Auseinandersetzung mit der Kritik überprüfen, inwiefern Validation als Methode für den Umgang mit desorientierten alten Menschen sinnvoll einzusetzen ist.

Ein erster kritischer Punkt ist, dass Feil scheinbar wahllos verschiedenste psychologische, philosophische und medizinische Theorien aneinander reiht, um ihre eigene Theorie zu begründen. Es werden genau die Aussagen aus verschiedenen Theorien herangezogen, die passend erscheinen, ohne dass diese zusammenhängend betrachtet werden können (vgl. Meyer B. 2008, S.101). Damit bleibt ziemlich unklar, welche psychologische Denkweise für Feil's Arbeit letztendlich leitend ist.

Eine Begründung für diese nicht ganz stimmigen theoretischen Grundlagen für die Validation könnte man möglicherweise in der Tatsache suchen, dass laut

Feil's eigener Aussage zuerst die Praxis und dann die Theorie kam. (vgl. Günther, A. 2004, S.1)

Kritisch sei auch zu betrachten, dass Feil den Ursprung einer Demenz nicht allein in hirnrorganischen Veränderungen sieht, bei ihrer Definition der Erkrankung aber das „klassisch medizinische Vokabular“ übernimmt (Meyer B. 2008, S. 76). Feil übergehe gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse, was durchaus zu Kritik veranlassen kann. Durch die Behauptung, Demenz sei das Ergebnis ungelöster Lebensaufgaben, werden „offensichtlich gesicherte Erkenntnisse der Humanmedizin, empirisch unbegründet, geradezu geleugnet.“ (Bayer, J.-A. 2011, S. 25)

Meyer stellt weiterhin in Frage, ob das Konzept der Validation überhaupt im Kompletten umsetzbar ist oder ob nur Teilaspekte daraus Anwendung im Pflegealltag finden. Dazu wurden im Jahr 2008 51 Weiterbildungsteilnehmerinnen befragt, die in den letzten zwei Jahren einen Validationskurs besucht hatten. Sie sollten die wesentlichen Aspekte der Validation benennen. Im Ergebnis wurden nur drei Aspekte aufgezählt. Diese waren die emphatische Grundhaltung, das Berücksichtigen der Gefühle des Demenzerkrankten und dessen Wertschätzung. Es scheinen also die theoretischen Hintergründe in der Praxis keine Rolle zu spielen (vgl. Meyer B. 2008, S. 102, f.). „Relevant und als praktisch brauchbar bleibt das in der Praxis zurück, was in zwischenmenschlichen Beziehungen Selbstverständlichkeit sein sollte.“ (Meyer B. 2008, S. 203)

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Validation existieren neben älteren Studien aus den Vereinigten Staaten (vgl. Feil, N. 2010, S. 122 f.) nur wenige aktuelle dokumentierte Studien über dieses Thema in Deutschland. Dennoch lassen sich aus dem recherchierten Material eindeutige Schlüsse ziehen. Im Jahr 2004 erschien der Abschlussbericht der „Evaluationsstudie über die Praxiserfolge von Validation nach Feil am Beispiel eines TERTIANUM ZfP Validation – Anwenderseminars“, in welchem die Wirksamkeit dieser Methode im Endergebnis eindeutig bestätigt wurde. Die Studie umfasste einen Zeitraum von 16 Monaten, in dem die Teilnehmer eines Validations-Anwender-Seminars anonym über Erwartungen und Haltungen gegenüber Validation und über den Erfolg ihrer

Arbeit mit dieser Methode befragt wurden. (vgl. Günther, A. 2004, S. 1) Ein Ergebnis der Studie war, dass die Seminarteilnehmer auch in Zukunft weiterhin mit der Validationsmethode arbeiten möchten und die validierende Grundhaltung als immer sinnvoll anwendbar in der Pflege Demenzkranker erachteten. Validation ist von Situation zu Situation mit anderen professionellen Methoden kombinierbar und sollte auch situationsgemäß angewendet werden. (vgl. Günther, A. 2004, S.7) Über die Wirkung von Validation in einzelnen Situationen gibt der Abschlussbericht in einer Darstellung der Einzelergebnisse in umfassender Weise Aufschluss.

Trotz aller Kritik erweist sich Validation also als durchaus wirkungsvolle Methode im Umgang mit desorientierten alten Menschen und wirkt sich nachweisbar positiv auf den Pflege- und Betreuungsalltag aus. Dennoch darf sie nicht als Universalmittel gesehen werden, denn die Komplexität der Pflege- und Betreuungssituation Demenzerkrankter erfordert ein von Fall zu Fall abzuwägendes Hinzuziehen anderer professioneller Methoden, wie solche, die im Kapitel 4 beschrieben wurden.

Letztendlich ist die Validationshaltung sehr geeignet, um standardisiert in der Arbeit mit Demenzerkrankten Anwendung zu finden, aber es ist auch immer zu beachten, dass Validation natürlich nicht allen desorientierten alten Menschen helfen kann und auch die Einsatzmöglichkeiten und die Wirkung von Validation begrenzt sind (vgl. Feil, N. 2010, S. 122).

6 Fazit und kritische Würdigung von Validation für die Soziale Arbeit

Nachdem nun die Grundlagen der Validationsmethoden ausführlich erfasst wurden, möchte ich zur Bedeutung dieser Erkenntnisse für die Soziale Arbeit übergehen. Dazu gibt es verschiedene Punkte zu beachten. Zum einen ist eine Unterscheidung zwischen Validation und Integrativer Validation zu machen, da diese zwei Methoden doch sehr unterschiedliche Inhalte haben und somit einzeln auf ihre Anwendbarkeit in der Sozialen Arbeit geprüft werden müssen. Zum anderen ist zu prüfen, ob eine oder beide dieser Methoden eher geeignet für den Einsatz in der Pflege, also für die Pflegekräfte sinnvoll einsetzbar ist oder für den Einsatz in der Sozialen Arbeit, also für den Sozialarbeiter in der Beratungs- und Betreuungstätigkeit.

Zunächst einmal ist aber die Feststellung von großer Bedeutung, dass es immer mehr Menschen in Deutschland gibt, die an Demenz leiden und diese nicht nur pflegerisch gut versorgt werden müssen, sondern auch individuelle Konzepte zur Betreuung und zur Realisierung des Wunsches nach mehr Lebensqualität für diese Personengruppe gefunden und eingesetzt werden müssen. Da Pflege allein diese Ziele nicht erreichen kann, ist die Soziale Arbeit durchaus in der Position, ja sogar im Zwang, die im eben genannten Kontext stehenden Felder abzudecken und sich für ein lebenswertes Leben mit Demenz einzusetzen.

Neben der Anwendung verschiedenster professioneller Methoden, welche in Kapitel 4 auszugsweise beschrieben wurden, stehen den Pflegern, den Betreuern und Angehörigen Demenzerkrankter auch die nunmehr bekannten Methoden der Validation und der integrativen Validation zu Verfügung. Nachdem ich im Zuge dieser Arbeit zu dem Schluss gekommen bin, dass unterschiedliche professionelle Methoden durchaus unterstützend in der Arbeit mit desorientierten alten Menschen angewendet werden können wenn nicht gar müssen, ziehe ich doch gleichzeitig die Erkenntnis für mich daraus, dass diese Methoden immer ergänzend oder begleitend zu weiteren eingesetzt werden sollten. Validation und Integrative Validation dagegen verstehen sich in ihren Grundprinzipien eher als eine Haltung als denn eine Methode oder Technik. Zur

Erläuterung der Zusammenhänge kann somit beispielsweise das Verinnerlichen des Validationskonzeptes zu einer veränderten Haltung und Kommunikationsweise mit Demenzerkrankten führen und gleichzeitig kann Biografiearbeit oder Gedächtnistraining als unterstützende Methode zur Erhaltung der Lebensqualität für den Betroffenen eingesetzt werden.

Validation ist damit also sinnvoll in der Arbeit mit desorientierten alten Menschen einsetzbar und geeignet. Doch für welchen Anwender ist sie mehr oder weniger geeignet?

Es stellt sich also konkret die Frage, welche Validationsmethode nun die geeignetere für welchen Berufszweig ist, Altenpflege oder Soziale Arbeit.

Nach dem erarbeiteten Material sind sowohl Validation und IVA Methoden, um mit verwirrten alten Menschen zu arbeiten, ohne pathologisierte Sichtweisen auf diese Menschen zu verwenden. Viel mehr sind diese Methoden Kommunikationstheorien um mit Demenzerkrankten in Kontakt zu treten und zu bleiben und sie in ihrer Verwirrtheit zu begleiten und zu unterstützen. Das lässt schon eine erste Vermutung zu, dass diese Methoden auch für den Einsatz in der Sozialen Arbeit in Frage kommen könnten.

Da im Pflegealltag ambulanter und stationären Einrichtungen oft wenig Zeit für das Pflegepersonal bleibt, um neben der pflegerischen Handlung noch zwischenmenschlichen Kontakt zum zu Pflegenden zu suchen, so dass kaum längere Kommunikationen zustande kommen, halte ich die IVA für diesen Bereich eher anwendbar als die Validation nach Feil. Gründe dafür sind, dass diese Methode auch „im Vorübergehen“ anwendbar ist und keiner so aufwendigen Schulung bedarf wie die Validation, da sie das intuitive Handeln und Reagieren mit einbezieht und in ihrer Vorgehensweise immer gleich bleibt. Schon nach einem zweitägigen Grundkurs sind Teilnehmer zur sicheren Anwendung der IVA befähigt. (vgl. Richard, N. 2010b, S.7)

Bleibt natürlich die Frage, ob diese Methode dann in der Anwendung auch so effektiv Wirkung zeigt wie die Validation. Auch wenn keine Einordnung in Verwirrtheitsstadien vorgenommen wird, wäre es doch interessant zu wissen, ob die Menschen, die integrativ Validiert werden genau wie Menschen, die nach

Feil validiert werden, nicht in die Phase des Vegetierens kommen. Diese Frage dürfte jedoch schwierig zu beantworten sein, da durch die nicht vorhandene Kategorisierung in Stadien der Verwirrtheit die Stufe des Vegetierens in Richards Ausführungen nicht existiert oder zumindest nicht relevant ist und sich somit auch kein Wirkungsvergleich zur Validation nach Feil anstellen lässt.

Der Dachverband der Heime und Institutionen empfiehlt die Methode der IVA, weil sie einfach ist und bei allen Demenzerkrankten angewendet werden kann. Der Ansatz bezieht sich auf die Gegenwart und aktuelle Situationen und sieht Demenz nicht als Ergebnis unerledigter Lebensaufgaben, sondern als hirnorganische Erkrankung und basiert auf einer wertschätzenden, ressourcenorientierten Haltung. (vgl. Richard, N. 2010b, S.7) Diese Argumente sprechen in jedem Falle für den Einsatz von IVA in der Arbeit mit verwirrten alten Menschen, jedoch geht diese Methode nicht soweit in die Tiefe wie die Validation nach Feil. Damit ist die Anwendung sicher auf einer Seite einfacher und im Alltag gebräuchlicher und somit für die Pflege geeigneter. Für die Soziale Arbeit hingegen ist IVA in ihrer Anwendung wohl doch eher ungeeignet, um desorientierten Menschen eine Unterstützung in der Problemlösung zu bieten, denn darauf zielt diese Methode nicht ab.

Validation nach Feil dagegen sieht die Verwirrtheit der alten Menschen als Aufarbeitungsversuch ungelöster Aufgaben und somit als Problemlösungsversuch. Hierbei kann der Sozialarbeiter durchaus durch die Anwendung der Validationstechniken unterstützend wirken und helfen, die Würde des Demenzerkrankten wieder her zu stellen. Durch viel Einfühlungsvermögen, Akzeptanz der Realität des Betroffenen und Respekt diesem gegenüber ermöglicht Validation auch, sein Verhalten einschätzen zu können und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Damit kann der verwirrte alte Mensch seine Außenwelt leichter ertragen und zieht sich nicht so schnell in seine innere Welt zurück, gerät also nicht in die Phase des Vegetierens.

Validation zielt also darauf ab, die vorhandenen Probleme zu lösen und somit eine Verbesserung der Lebensqualität zu bewirken. Durch ihre Problemlösungsorientiertheit sehe ich diese Methode damit als eindeutig geeignet für den Einsatz in der Sozialen Arbeit mit desorientierten alten Menschen, was nicht

heißen soll, dass sie für die Anwendung in der Pflege ungeeignet ist. Ich halte es sogar für sehr wichtig, dass Pflegepersonal in der Validationsmethode geschult wird, um ein Verständnis für die Lebenswelt Demenzkranker zu bekommen. Lediglich die Umsetzung der Anwendung im Pflegealltag stelle ich mir aus meinen eigenen Erfahrungen heraus auf Grund des dort vorherrschenden Zeitmangels und durch häufig wechselndes Pflegepersonal zum heutigen Standpunkt noch schwierig vor. Als Utopie für die Zukunft wäre es jedoch wünschenswert, wenn Zeit und Geld nicht mehr den Raum für Lebensqualität in der Pflege einengen würden. Validation wäre dann auch für diesen Bereich eine bereichernde Methode für alle Beteiligten.

Abschließend komme ich also zu dem Fazit, dass Validation als Methode der Sozialen Arbeit im Umgang mit desorientierten alten Menschen sehr zu schätzen ist und in Verbindung mit weiteren professionellen Methoden die Lebensqualität verwirrter Menschen sowohl in Institutionen der Altenhilfe als auch zu Hause in großem Maße steigern kann. Durch die permanent wachsende Zahl Demenzerkrankter in Deutschland ist ein Umdenken in der Altenpflege, aber auch in der Sozialen Arbeit notwendig, wenn man verwirrte Menschen nicht nur auf ihr pathologisches Krankheitsbild reduzieren, sondern sie als Personen mit eigenen Lebenswelten und eigenem Erleben wahrnehmen und sie auf dem Weg zu mehr Lebensqualität unterstützen will. Validation ist ein Weg hin zu diesem Umdenken.

Lebensphasen im vollständigen Lebenszyklus nach Erik H. Erikson

Phasen	Psychosoziale Phasen + Modi	Psychosoziale Krisen	Radius wichtiger Beziehungen	Grundstärken	Kernpathologie/ Grundlegende Antipathien	Ich-Erkenntnis	Verwandte Prinzipien der Sozialordnung	Bindende Ritualisierungen	Ritualismus
I: Säuglingsalter	Oral-respiratorisch; sensorisch kinästhetisch (Einverleibungsmodi)	Grundvertrauen / Grundmisstrauen	Mütterliche Person	Hoffnung	Rückzug	Ich bin, was man mir gibt.	Kosmische Ordnung	Das Numinose	Idolismus
II: Kleinkindalter	Anal-urethral (Modi des Zurückhaltens und Ausscheidens)	Autonomie / Scham + Zweifel	Elternpersonen	Wille	Zwang	Ich bin, was ich will.	„Gesetz und Ordnung“	Einsicht	Legalismus
III: Spielalter	Infantil-genital, lokomotorisch (Modi des Eindringens und Umschießens)	Initiative / Schuldgefühl	Kernfamilie	Entschlusskraft	Hemmung	Ich bin, was ich mir vorstellen kann zu werden.	Ideale Leitbilder	Das Dramatische	Moralismus
IV: Schulalter	„Latenz“	Regsamkeit / Minderwertigkeit	Nachbarschaft, Schule	Kompetenz	Trägheit	Ich bin, was ich lerne.	Technologische Ordnung	Das Formale (der Technik)	Formalismus
V: Adoleszenz	Pubertät	Identität / Identitätskonfusion	Peer-Groups und fremde Gruppen	Treue	Zurückweisung	Ich bin, was ich bin.	Ideologische Weltansicht	Das Ideologische	Totalismus
VI: Frühes Erwachsenenalter	Genitalität	Intimität / Isolierung	Partner in Freundschaft, Sexualität, Wettbewerb, Zusammenarbeit	Liebe	Exklusivität	Ich bin, was mich lebenswert macht.	Grundmuster von Kooperation und Rivalität	Das Zusammen-schließende	Elitismus
VII: Erwachsenenalter	Prokreativität	Generativität / Stagnation	Arbeitsteilung und gemeinsamer Haushalt	Fürsorge	Abweisung	Ich bin, was ich bereit bin zu geben.	Zeitströmungen in Erziehung und Tradition	Das Schöpferische	Autoritarismus
VIII: Alter	Generalisierung der Körpermodi	Integrität / Verzweiflung	„Die Menschheit“, Menschen meiner Art“	Weisheit	Hochmut	Ich bin, was ich mir angeeignet habe.	Weisheit	Das Philosophische	Dogmatismus

Literaturverzeichnis

Alzheimer Gesellschaft Thüringen (2011): Aktivierungsmöglichkeiten im gerontopsychiatrischen Wohnbereich durch Biografie- und Erinnerungsarbeit
http://www.alzheimer-thueringen.de/inhalt/veranstaltungen/download/daniela_gerbig_aktivierungsmoeglichkeiten.pdf, verfügbar am 28.11.2011

Bayer, J.-A. (2011): Aus Menschenliebe lügen? Validation und Wahrheit.
Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
(2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen.
Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
(2006): Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
(2011): H.I.L.D.E. Manual Kurzfassung
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/kurzfassung-forschungsbericht-hilde.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>,
verfügbar am 15.11.2011

Briseño, Cinthia (2011): Zahl der Demenzerkrankten wird sich bis 2050 verdoppeln
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,druck-746878,00.html>,
verfügbar am 21.11.2011

Christmann, B. & Leis M. (2004): Kommunikationsmodelle
http://www.lehrer-online.de/dyn/bin/446931-449112-1-kommunikationsmodelle_beschreibung.pdf, verfügbar am 07.12.2011

Dühring, A & Habermann-Horstmeier, L. (2000): Das Altenpflegelehrbuch. Medizinische und psychosoziale Grundlagen für die Pflege Alter Menschen. Stuttgart: Schattauer

Ellhol GmbH (2011): Die 10 Minuten Aktivierung für Senioren - Beispiele für viele kleine Schlüssel in die Vergangenheit
<http://www.10-minuten-aktivierung.de/>, verfügbar am 28.11.2011

Faust, V. (1999): Seelische Störungen heute. Alzheimer-Demenz
<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/alzheimer.html>, verfügbar am 28.11.2011

Fröhlich, A. & Nydahl, P. (2008): Haltung, Kompetenz, Technik
<http://www.basale-stimulation.de/allgemeines/basale-stimulation/einfuehrung/>, verfügbar am 12.12.2011

Günther, A. (2004): Evaluationsstudie über die Praxiserfolge von Validation nach Feil am Beispiel eines Tertianum ZfP Validation-Anwenderseminars. Abschlussbericht.
http://www.vfvalidation.org/validation/Gunther_EvaluationsstudieUberDiePrax.pdf, verfügbar am 07.12.2011

Institut für Pflegewissenschaft (2011): Dementia Care Mapping (Broschüre zur Fortbildung)
<http://www.dcm-deutschland.de/>, verfügbar am 03.01.2012

Kompetenznetz Demenzen e. V. (2011) : Website des Kompetenznetz Demenzen
<http://www.kompetenznetz-demenzen.de/> verfügbar am 12.11.2011

Lämmler, G. & Mix, S. (2011): Demenz und Morbus Alzheimer: weitere nicht-medikamentöse Therapien

<http://www.vitanet.de/krankheiten-symptome/demenz-alzheimer/therapie/weitere-nicht-medikamentose-therapien>, verfügbar am 28.11.2011

Leuchtturmprojekt Demenz (2011): Quadem. Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzerkrankter Menschen

<http://www.quadem.de/>, verfügbar am 28.11.2011

Meyer, B. (2008): Philosophische Grundlagen in Konzepten zur Begleitung demenziell erkrankter Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, GRIN Verlag

Mück, H. (2003): Lebensphasen im vollständigen Lebenszyklus nach Erik H. Erikson

http://www.dr-mueck.de/HM_Therapeutisches/Z-%20Lebensphasen_Erik_H_Erikson_Lebenszyklus.pdf, verfügbar am 28.11.2011

Müller-Schulz, H. (2005): Alzheimer Info. Gedächtnistraining für Menschen mit demenziellen Erkrankungen

<http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=211>, verfügbar am 28.11.2011

Paul Watzlawick Website (2011): Die Axiome von Paul Watzlawick:

<http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>, verfügbar am 07.12.2011

Powell, J (2000): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz

<http://www.kda.de/files/tueren/tuerenoeffnenprobe2.pdf> , verfügbar am 21.11.2011

PQSG Online-Magazin für die Altenpflege (2006): Standard "10-Minuten-Aktivierung"
<http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-zehn-minuten-aktivierung.htm>,
verfügbar am 28.11.2011

Rannegger, J. (2007): Basale Stimulation in der Pflege
<http://www.basale.at/system/anypage/index.php?opnparams=DTVbawZnC2o> ,
verfügbar am 12.12.2011

Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006): Gesundheitspsychologie. Heidelberg:
Springer Medizin Verlag

Richard, N. (2004): Kommunikation und Körpersprache mit Menschen mit
Demenz. Die Integrative Validation® , in: Unterricht Pflege. Interaktion in der
Pflege von Menschen mit Demenz, 9. Jahrgang, Heft 5, Prodos Verlag, Brake,
5/2004, S. 13-17

Richard, N. (2009): Definition Integrative Validation – 4 Säulen
<http://www.integrative-validation.de/start.htm>, verfügbar am 05.12.2011

Richard, N. (2010a): die Integrative Validation nach Richard (IVA)
<http://www.integrative-validation.de/start.htm>, verfügbar am 05.12.2011

Richard, N. (2010b): Sie sind sehr in Sorge – Die Innenwelt von Menschen mit
Demenz gelten lassen, in: Fachzeitschrift CURAVIVA, Bern, 02/2010, S. 4-9

Rogner, M. (2010): Voraussetzungen für eine positive Arbeit mit Menschen mit
Demenz
<http://michaelrogner.twoday.net/topics/Personenzentrierter+Ansatz+/> ,
verfügbar am 03.01.2012

Romero, B. (2011): Selbst-Erhaltungs-Therapie: ein psychologisches Konzept
zur Behandlung und Betreuung der Alzheimer-Kranken
http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/5/set_heim.html, verfügbar am 28.11.2011

Statistisches Informationssystem GeroStat (2011), Periodensterbetafel des Jahres 2002/2004; 2007/2009.

http://www.gerostat.de/pls/dza/scheduler5?Att_1=REGION&Att_1=D&Att_2=GESCHLECHT&Att_2=M&Att_3=ZEITRAUM&Att_3=2007%2F09&Att_1=D&Att_2=M&Att_2=W&Att_3=2002%2F04&Att_3=2007%2F09&Att_4=ALTERSGR&Att_4=00&Att_4=00&Att_5=NULL&Att_6=NULL&Att_7=NULL&VALUE=D2%28QCode%2CFormat%2CWert%29&RESTRICT=YES&SUBMIT=Anfrage&TABLE=M_L_E_DE , verfügbar am 18.11.2011

Student, K. (2005): Biografische Ansätze in der Sozialen Arbeit mit demenzkranken Menschen

<http://www.katrin-student.homepage.t-online.de/41426.html> , verfügbar am 28.11.2011

Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. (2011): Demenzreport. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin: Berlin-Institut

Universitätsklinikum Freiburg & Hamburg (2011): Demenz-Leitlinie. Nichtmedikamentöse Therapie bei Demenz

<http://www.demenz-leitlinie.de/angehoerige/nmedi-Therapie/Nichtmed-Therapie.pdf>, verfügbar am 22.11.2011

Wahl, H.-W. & Rott, C. (2002). Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung (S. 5-95). Hannover: Vincentz.

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Zschopau, 16.01.2012