

Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood

– ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz

Karin Welling

Die Ursprünge der person-zentrierten Pflege gehen auf die Theorie und Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers zurück. Erste Einflüsse des Rogerianischen Ansatzes im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Demenz finden sich in einem Aufsatz aus den 1960er Jahren von Naomi Feil, der Begründerin der Validation (Feil 1967). Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood (2004), der hier vorgestellt wird, wurde in den 1980er Jahren von Kitwood und der Bradford Dementia Group (vormals Dementia Research Group) in England entwickelt. Bezugnehmend auf Rogers nannten die Begründer ihren Ansatz „person-centred care“ - person-zentrierte Pflege. In Deutschland hat der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood durch das Dementia Care Mapping (DCM, Unterricht Pflege 1/2010) zunehmend an Bekanntheit und Bedeutung gewonnen. Seine besondere Bedeutung für die Pflegeausbildung ist in seiner Spannweite und in seiner klaren Aussage für Pflege begründet.

1. Ausgangspunkt und Ziel der person-zentrierten Pflege

Der person-zentrierte Ansatz stellt die Person, das Subjekt selbst, in den Mittelpunkt aller Betrachtungen. Er impliziert somit das, was für eine menschenwürdige Pflege selbstverständlich erscheint, aber nicht selbstverständlich ist, nämlich Menschen in ihrem vollen Menschsein anzuerkennen; Kitwood formuliert dementsprechend: „Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Person-mit-DEMENTZ, sondern die PERSON-mit Demenz sein“ (2000, 25). Dass der Fokus primär auf den betroffenen Menschen und nicht auf seine Erkrankung, in diesem Fall die Demenz, gerichtet wird, verdeutlicht sich auch in der Sprache: Gesprochen wird bewusst von Menschen mit Demenz und nicht von Dementen, Demenzkranken, Schreibern, Fragern, Wegläufern, Kotschmierern, Wanderern oder ähnlichem. Bezeichnungen wie diese sind durchaus geläufig; sie reduzieren den betroffenen Menschen, wenn auch nicht bewusst, auf seine Erkrankung, bestimmte Symptome oder Verhaltensweisen. Unmerklich verschwindet das, was den Menschen als solchen ausmacht - sein Wesen, sein Erleben, seine Fähigkeiten, sein Gewordensein, seine Schmerzen und seine Trauer - hinter der Diagnose Demenz.

Das übergeordnete Ziel einer person-zentrierten Pflege besteht darin, das Personsein von Menschen mit Demenz zu erhalten, zu fördern oder wenn nötig wiederherzustellen. Dabei wird der zugrunde liegende Personbegriff sehr umfassend defi-

niert. Neben der Kognition beinhaltet er Gefühle, Handlung, Zugehörigkeit, Bindungen an andere Personen und Identität (Bradford Dementia Group 1997, S.10). Das Ziel, Personsein zu erhalten, ist sicherlich grundlegend für Pflege und Begleitung von Menschen generell, für Menschen mit Demenz ist es jedoch existentiell, denn sie sind mit Fortschreiten des demenziellen Prozesses immer weniger selbst in der Lage, ihr Personsein aufrechtzuerhalten. Damit es nicht zerfällt, benötigen sie andere Menschen, die fähig und bereit sind, ihr Personsein anzuerkennen und es fortwährend zu nähren. Die Person, das Selbst des Individuums, entwickelt sich durch die lebendige Beziehung zu anderen Menschen und wird durch deren wertschätzenden und einführenden Kontakt aufrechterhalten. Dementsprechend formulieren Rogers und Schmid „(...) Die Person entzieht sich gänzlich jeder Objektivierung, weil sie aus dieser zwischenmenschlichen Begegnung – im Dialog – erst wird, was sie ist.“ (2004, S.72). Ferner ist für den Erhalt des Personseins ein gewisser sozialer Status von Bedeutung, der Anerkennung, Respekt, Vertrauen und die Anerkennung der Einzigartigkeit jedes Menschen beinhaltet – dieses gilt für alle Menschen, nicht nur für Menschen mit Demenz (Kitwood 2004, S.27).

Kitwood setzte den Erhalt des Personseins mit Wohlbefinden gleich. Folgende vier globale Empfindungszustände (global sentient states) gehen seiner Ansicht nach mit Wohlbefinden und somit mit gut erhaltenem Personsein einher:

- das Gefühl, etwas wert zu sein,
- das Gefühl, etwas tun, etwas bewirken zu können,
- das Gefühl, Kontakt zu anderen Menschen zu haben, dazu zu gehören
- das Gefühl von Sicherheit, Urvertrauen und Hoffnung (Morton 2002, S. 152 und Müller-Hergl, 2000, S. 256)

Menschen, die über diese vier Empfindungszustände in einem ausreichenden Maße verfügen, können sich, trotz Demenz, relativ wohlfühlen. Relativ deshalb, weil Demenz für die betroffene Person immer mit vielfältigen Verlusten verbunden ist. Hier wird insbesondere der Verlust mentaler Fähigkeiten, wie beispielsweise Merk-, Orientierungs- oder Problemlösefähigkeit, genannt. Wie wir wissen, wirkt sich der Verlust von kognitiven Fähigkeiten auf das Wohlbefinden der betroffenen Menschen aus. Jeder, der Menschen im Anfangstadium des demenziellen Prozesses begleitet, kann beobachten und erfahren, wie diese Menschen auch unter den kognitiven Verlusten, die häufig mit Gefühlen wie Angst und Scham verbunden sind, leiden (hierzu Haupt & Kunz 1990; Niebuhr 2004). Kitwood war überzeugt davon, dass es Menschen mit Demenz, unter der Voraussetzung, dass Beziehung und Umfeld stimmen, trotz Verlust kognitiver Fähigkeiten relativ gut gehen kann. Dieses ist möglich, weil kognitive Fähigkeiten eben nur einen Teil von Personsein ausmachen. Vielen Menschen fällt es schwer, diesem Gedanken Glauben zu schenken, sind es doch gerade die kogniti-

ven Fähigkeiten, denen in unserer westlichen Kultur seit Beginn der Neuzeit eine große Bedeutung zugeschrieben wird. So wird beispielsweise Bewusstsein immer noch primär mit kognitiven Fähigkeiten in Verbindung gebracht: „Cogito ergo sum“ (Ich denke, also bin ich). Erst die Fähigkeit zu denken macht den Menschen demnach zu einem Menschen. Umgekehrt bedeutet dieses: Menschen, deren Denkvermögen, warum auch immer, reduziert ist, verlieren an Menschensein, verlieren an Personsein. Sie werden vom Subjekt zum Objekt degradiert, sie verlieren an Würde und Integrität. Diese Denkweise und Haltung wirkt sich schädigend auf die Person mit Demenz aus. Um ihr bewusst entgegenzuwirken, hat Kitwood andere Faktoren, die ebenso das Wohlbefinden einer Person ausmachen, stärker in den Blickpunkt gerückt. Die zwölf Hauptindikationen des Wohlbefindens in der Demenz lauten demnach:

- „Wünsche nachdrücklich zum Ausdruck bringen und in einer akzeptablen Weise geltend machen
- Körperliche Entspannung und Erhaltung
- Empfänglich sein für die emotionalen Bedürfnisse anderer
- Humor
- Kreativer Selbstausdruck (z.B. Singen, Tanzen oder Malen)
- Hilfsbereitschaft
- Aktives Aufnehmen von Sozialkontakten
- Zuneigung
- Selbstrespekt (sich über Hygiene, Sauberkeit und Erscheinung Gedanken machen)
- Eine ganze Bandbreite von Gefühlen zum Ausdruck bringen, sowohl im positiven wie im negativen Sinne
- Andere anzunehmen, die auch an Demenz leiden“ (Bradford Dementia Group 1997, S.11)

Es geht in der Pflege von Menschen mit Demenz um die Be(ob)achtung des Wohlbefindens. Hierbei steht nicht die Linderung von Krankheit und Symptombeseitigung, sondern der Erhalt des Personseins im Vordergrund. Personsein und Wohlbefinden umfasst mehr, als die Fähigkeit zu denken und wird insbesondere durch die Gestaltung der Beziehung beeinflusst. Hieraus ergibt sich für die Pflege ein breites Spektrum an Möglichkeiten, denn keine andere Berufsgruppe im Gesundheitswesen hat so häufig und intensiv Kontakt zu Menschen mit Demenz wie die Gruppe der Pflegenden. Keine andere Berufsgruppe hat die Möglichkeit, so

nachhaltig auf die Sozialpsychologie einzuwirken.

Der Begriff Wohlbefinden ist für die Pflege kein neuer Begriff, er wurde und wird insbesondere im Rahmen der Pflegeprozessplanung und hier in Hinblick auf die Zielformulierung („Wohlbefinden des Menschen erhalten, fördern und wiederherstellen“) benutzt. Der Begriff wird zu Recht wegen seiner Unklarheit kritisiert – ein „schwammiger, alles umfassender und daher nichtssagender Begriff“ (Bartholomeyczik 2001, 284). Im Rahmen des Dementia Care Mapping (DCM), ein Beobachtungsverfahren, welches es ermöglicht, das relative Wohlbefinden jeder einzelnen Person anhand spezifischer Beobachtungskriterien zu messen, gewinnt der Begriff jedoch durch Operationalisierung an Klarheit

Der Begriff Haltung meint nach Scheller „das Gesamt von inneren Einstellungen, Gefühlen, Vorstellungen und sozialen Orientierungen und äußeren körperlichen und sprachlichen Ausdrucks- und Handlungsweisen, wie es sich in verschiedenen sozialen Situationen realisiert. Haltungen sind, da sie in der Regel in einigen (insbesondere körperbezogenen) Anteilen der bewussten Kontrolle entzogen sind, in sich widersprüchlich, was vor allem in der Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zum Ausdruck kommt (Scheller 1987, S.59).

2. Grundsätze einer person-zentrierten Haltung

Der person-zentrierte Ansatz fußt auf einem humanistischen Menschenbild, das sich, ausgehend von Menschlichkeit und Menschenfreundlichkeit auf den anderen, den Nächsten bezieht. Das humanistische Menschenbild sieht den Menschen als eigenständige und wertvolle Persönlichkeit und achtet hierbei die Unterschiedlichkeit der Menschen. Des Weiteren geht es davon aus, das jeder Mensch das Bedürfnis hat, sich weiterzuentwickeln, zu reifen und sich selbst zu aktualisieren oder zu verwirklichen. Der Begriff „Menschenbild“ meint, welche Vorstellung eine Person über das Menschsein hat. Diese Vorstellung, die nicht immer bewusst ist, beeinflusst die jeweilige Einstellung bzw. Haltung zum Menschen.

Rogers hat darauf hingewiesen, dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Menschenbild, elementar für die professionelle Zusammenarbeit mit Menschen ist: „Der primär wichtige Punkt ist hier die Einstellung des Beraters zum Wert und der Bedeutung des Individuums. Wie sehen wir den anderen? Gestehen wir jedem Menschen seinen ihm gemäßen Wert, die ihm gemäße Würde zu?“ (1992, S.35). Es ist wichtig, dass Pflegenden sich über ihr eigenes Menschenbild bewusst werden und dass diesem Bewusstwerdungsprozess innerhalb der Ausbildung genügend Aufmerksamkeit und Raum gegeben wird. Denn das Menschenbild beeinflusst die Haltung und die Art, wie wir mit anderen Menschen in Beziehung treten, maßgeblich. Insofern ist die Entwicklung, Ausgestaltung und Reflexion einer persönlichen Haltung wichtiger, als das Erlernen einer Technik. Was kennzeichnet nun eine person-zentrierte Haltung? Eine person-zentrierte Haltung ist durch die drei Merkmale Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gekennzeichnet. Diese drei Merkmale hat Carl Rogers im Rahmen der klientenzentrierten Psychotherapie entwickelt. Sie werden im folgenden kurz erläutert.

2.1 Empathie (einführendes Verstehen)

Empathie oder einführendes Verstehen ist die Bereitschaft und Fähigkeit, die innere Erlebniswelt des Gegenübers aufzusuchen, sie zu spüren, wahrzunehmen und zwar so, wie der andere situativ seine innere Welt erlebt. Dies erfordert, sich auf den inneren Bezugsrahmen (Rogers & Schmid 2004) des anderen einzulassen und diesen für sich zu erfassen, allerdings ohne ihn zu bewerten. Tausch und Tausch drücken diese Fähigkeit zur Empathie wie folgt aus: „Eine in dieser Form verstehende Person hört, welche Bedeutung die berichteten Erfahrungen und Erlebnisse für das Selbst, für die Person des anderen haben, was sie für sein Fühlen bedeuten.“ (1998, S.179) Im emphatischen Prozess zu sein bedeutet, dem subjektiven Erleben, den Erfahrungen, Wahrnehmungen und Gefühlen (z.B. Furcht, Wut, Verwirrung, Angst) des anderen in sich selbst Raum zu geben, diesen nachzuspüren und ein Stück weit in seinen Schuhen zu gehen. Hierbei ist äußerst wichtig, sich darüber bewusst zu sein, dass dieses die Schuhe des anderen sind und nicht meine. Beim einführenden, nicht-wertenden Verste-

hen bin ich als unterstützende Person mir meiner eigenen Identität bewusst und im klaren darüber, dass „ich ich selbst und nicht der andere bin“ (Pörtner 2001, S.25). Nur so bin ich in der Lage, den Menschen in seiner inneren Welt professionell zu begleiten.

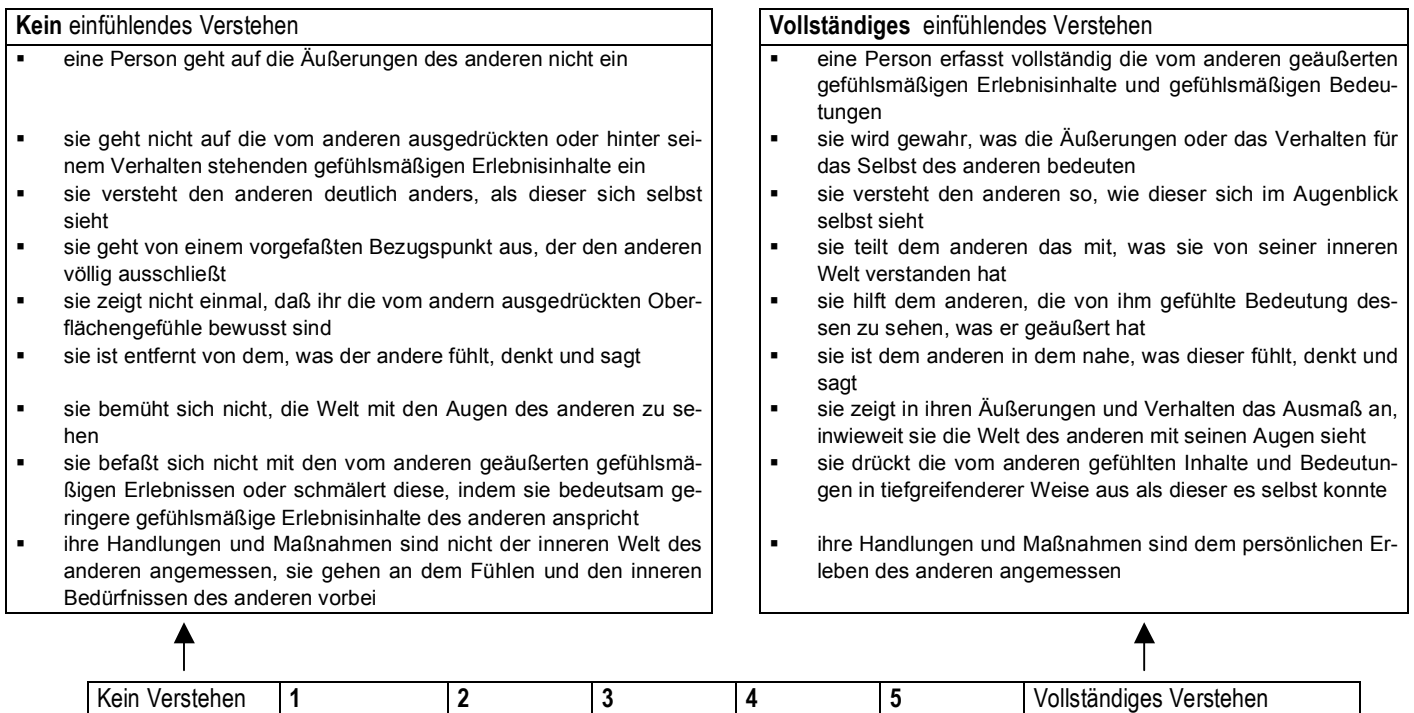
Um sich in den inneren Bezugsrahmen einer Person mit Demenz verstehend einfühlen zu können, ist es nicht zwingend erforderlich, genaues diagnostisches Wissen über die Ursache und Folgen des Krankheitsprozesses zu haben. Dieses Wissen ist

in Hinblick auf die Beziehungsgestaltung wenig hilfreich, manchmal sogar hinderlich, weil es den unbefangenen Blick auf das Wesen des Menschen und seine Ressourcen verstellt. Hilfreich und förderlich hingegen ist selbst schon das Bemühen, in der Situation wirklich präsent zu sein, den anderen suchend verstehen zu wollen und sich ihm bedingungslos positiv zuzuwenden. Dieses geschieht ohne zu interpretieren, zu beurteilen oder zu bewerten. (Rogers & Schmid 2004, S.194) Es ist davon auszugehen, dass dieses Erlebnis, verstanden zu

werden, sich auch auf Menschen mit Demenz entwicklungsfördernd auswirkt.

Die folgende Skala über einführendes, nicht-wertendes Verstehen wurde von Tausch und Tausch (1998, S.181) entwickelt. Mit Hilfe dieser Skala ist es, durch Selbst- oder Fremdbeobachtung, möglich, den Grad des einführenden nicht-wertenden Verstehens einer Person gegenüber einer anderen einzuschätzen.

Eine Person versteht einführend und nicht-wertend die innere Welt eines anderen und lässt ihn das erfahren



Stufe 1 = kein einführendes nicht-wertendes Verstehen der inneren Welt des anderen

Stufe 3 = mäßiges einführendes nicht-wertendes Verstehen

Stufe 5 = vollständiges nicht-wertendes Verstehen

Diese Skala kann für Pflegende bezüglich der Einschätzung und Reflexion ihres einführenden nicht-wertenden Verstehens gegenüber einer Person mit Menschen mit Demenz sehr hilfreich sein.

2.2 Akzeptanz (Wertschätzung)

Akzeptanz bedeutet, den anderen Menschen in seinem Sein vorbehaltlos wertzuschätzen, ihn so anzunehmen, wie er ist, mit seinen Stärken und Schwächen. Das beinhaltet, sich von seinen eigenen Werten, Vorstellungen und Deutungen zu distanzieren, auch wenn dies eine starke Inkongruenz in einem selbst auslöst. (Morton 1999, S. 26)

gruenz in einem selbst auslöst. (Morton 1999, S. 26)

Einen Menschen mit Demenz zu akzeptieren heißt demnach, ihn in erster Linie als Menschen und nicht als Symptomträger wahrzunehmen. Es reicht nicht aus, sich darüber im Klaren zu sein, dass dieser Mensch für die Folgen seiner Erkrankung nicht verantwortlich ist. Akzeptanz geht darüber hinaus. Sie erkennt die Einzigartigkeit des Individuums an, indem sie seine eigene persönliche Art und Weise, mit der Erkrankung umzugehen und das Leben zu meistern, vorbehaltlos respektiert.

2.3 Kongruenz (Echtheit)

Kongruenz wird von Rogers (1992) als die grundlegendste Bedingung in Hinblick auf die person-zentrierte Haltung genannt. Kongruent sein heißt, dass ich fähig bin, meine eigenen Gefühle und Haltungen wahrzunehmen, zuzulassen, zu akzeptieren und diese in der Beziehung zum anderen leben kann. Dass ich mich einem anderen Menschen so zeigen kann, wie ich bin, mich im Kontakt nicht verstelle oder hinter einer professionellen Maske verberge. Diese Fähigkeit verdeutlicht sich in dem gern zitierten

Satz von Kierkegaard: „Das Selbst zu sein, was man in Wahrheit ist“. Für die eigene Haltung und Gefühle sensibel zu sein bedeutet auch, dass ich diese deutlich von denen meines Gegenübers unterscheiden kann. Rogers ging davon aus, dass die Fähigkeit des Therapeuten, echt zu sein, Barrieren abbaut und den Klienten darin bestärkt, seine eigenen Gefühle frei zu äußern. So kann eine „Begegnung von Person zu Person zwischen zwei unvollkommenen Menschen“ stattfinden (Rogers & Schmid 2004, S.203).

Menschen mit Demenz sind häufig sehr sensibel für Inkongruenzen im Verhalten ihres Gegenübers. Sie können diese im Bereich der verbalen und nonverbalen Kommunikation in der Regel gut erspüren. Pflegenden sollten dem Menschen mit Demenz im Kontakt allerdings nicht alle ihre Gefühle vorbehaltlos zeigen und ihn so vielleicht überfordern. Ob und wie weit die Pflegeperson sich offenbart, hängt von der individuellen Situation und der Sinnhaftigkeit, dies zu tun, ab. Grundlegend ist, dass sie ihre Gefühle, die sie in der Beziehung wahrnimmt, vor sich selbst nicht verleugnet und bereit ist, diese auszudrücken (Rogers & Schmid 2004). Zu ihrer Entlastung sollten Pflegenden die Möglichkeit erhalten, ihre Gefühle und Erleben in Supervisionen oder Fallbesprechungen vorurteilsfrei zu thematisieren.

Die drei beschriebenen Merkmale Empathie, Akzeptanz und Kongruenz geben einen

wesentlichen Teil der person-zentrierten Haltung wider. Morton (1999) weist zu Recht darauf hin, dass das Wesentliche dieser Haltung, die „Seinsweise“, schwer zu erfassen und zu vermitteln ist. Dennoch ist es wichtig, den person-zentrierten Ansatz immer im Kontext der Haltung dar- und vorzustellen. Nicht das Fachwissen oder die Technik, sondern die Einstellung und Haltung auf Seiten der Pflegeperson sind entscheidend für die Qualität der Beziehung und für eine positive Interaktion. Die person-zentrierte Haltung ist grundlegend und somit unabhängig von der Art der Erkrankung oder Diagnose des Klienten (Rogers & Schmid, 2004, S.292). Demzufolge hat Rogers zehn Fragen formuliert, mit deren Hilfe der Betreuer seine Haltung in Hinblick auf die Person-zentriertheit überprüfen kann

1. „Kann ich so sein, daß der andere mich wirklich als vertrauenswürdig, verlässlich und beständig wahrnimmt?
2. Kann ich mich so ausdrücken, daß das, was ich bin, unzweideutig mitgeteilt wird?
3. Kann ich es mir erlauben, positive Einstellungen gegenüber dem anderen zu empfinden – Einstellungen der Wärme, des Fürsorge, Zuneigung, des Interesses und Respekts?
4. Kann ich als Mensch stark genug sein, um mich neben dem anderen zu behaupten?
5. Bin ich meiner selbst sicher genug, um ihm sein Anders-Sein zu erlauben?
6. Kann ich es mir erlauben, voll und ganz in die Sphäre des anderen, in die Welt seiner

Gefühle und persönlichen Sinngelungen einzutreten und sie so sehen wie er?

7. Kann ich jede Aussage des Anderen, die er mir bietet, akzeptieren und ihn annehmen, wie er ist?
8. Bin ich in der Lage, mit zureichendem Feingefühl in einer Beziehung zu agieren, so dass mein Verhalten nicht als Drohung empfunden wird?
9. Kann ich den Klienten vor der Gefahr einer Bewertung von außen schützen?
10. Kann ich diesem anderen Individuum als jemanden begegnen, der sich im Prozeß des Werdens befindet, oder bin ich durch seine und meine Vergangenheit gebunden?“ (nach Rogers [1958], 1985 zitiert in Morton, 2002, S. 35)

Diese Fragen können auch für Pflegenden in der Reflexion ihrer person-zentrierten Haltung in der Arbeit Menschen mit Demenz sehr hilfreich sein. Sie sind auf alle Formen menschlicher Beziehungen übertragbar.

3. Das person-zentrierte Verständnismodell der Demenz

Das person-zentrierte Verständnismodell versteht die Demenz eines Individuums als eine Form der Behinderung, die infolge einer Interaktion von fünf Ursachenkomplexen entsteht.

Demenz = Persönlichkeit + Biographie + körperliche Gesundheit + Neurologische Beeinträchtigung + Sozialpsychologie
(Kitwood 1993, S.16 zitiert in Morton 2002, S.130)

Laut Kitwood hängt der Verlauf des demenziellen Prozesses stark davon ab, inwieweit das Umfeld in der Lage ist, sich an den Bezugsrahmen der Person mit Demenz anzupassen. Mit diesem sozialpsychologischen Verständnis distanziert sich der person-zentrierte Ansatz vom biomedizinischen Modell der Demenz. Das Standardparadigma der Medizin geht auf der Grundlage einer linearen Vorstellung weitgehend davon aus, dass Ursprung und Verlauf der Demenz ausschließlich eine Folge pathologischer Veränderung im Gehirn sind. „Der Begriff „Demenz“ bezieht sich auf ein Muster von Symptomen, die bei Patienten mit Krankheiten des Gehirns auftreten, wenn diese eine Schädigung oder Zerstörung von Nervenzellen herbeiführen.“ (Alzheimer Europe, 1999, S.1)

Dieses Verständnis versuchte Kitwood durch folgende Gleichung darzustellen:

X (eine oder mehrere Faktoren) ⇒ neuropathologische Veränderung ⇒ **Demenz**

(Kitwood 2004, S. 60)

Kitwood setzte dem Standardparadigma der Medizin mehrere Kritikpunkte entgegen. Beispielsweise existiert eine erhebliche Diskrepanz zwischen den neurologischen Veränderungen im Gehirn (postmortal) und den

demenziellen Symptomen, die sich zu Lebzeiten des Menschen zeigen. „Es können beträchtliche neuropathologische Zustände ohne Demenz vorliegen, und es kann eine Demenz ohne signifikante Neuropathologie

bestehen“ (Kitwood 2004, S. 61). Diese Diskrepanz kann mit dem Standardparadigma der Medizin ebenso wenig hinreichend erklärt werden, wie das Phänomen der Demenz (Wiederherstellung personaler Funkti-

on). Die Medizinisierung der Demenz hatte in Deutschland zur Folge, dass sich ihre Erforschung bis vor wenigen Jahren fast ausschließlich auf Untersuchungen im Bereich der Neuropathologie beschränkte. Multiprofessionelle Ansätze in Diagnostik und Therapie finden aufgrund der Tatsache, dass die Medizin immer noch als Leitwissenschaft der Demenz gesehen wird, wenig Berücksichtigung.

Das person-zentrierte Verständnismodell mit den fünf Ursachenkomplexen Persönlichkeit, Biographie, körperliche Gesundheit, Neurologische Beeinträchtigung und Sozialpsychologie wird im Folgenden näher erläutert.

3.1 Persönlichkeit

Die Persönlichkeit eines jeden Menschen ist einmalig und unverwechselbar, sie entwickelt sich in der Beziehung mit und zu anderen Menschen (Person-Umwelt-Beziehung). Kitwood verstand die Entwicklung der Persönlichkeit als einen sozialen Prozess, dessen Verlauf stark von dem jeweiligen Umfeld, in dem der Mensch aufwächst, abhängt. Er beschreibt die kindliche Entwicklung in Anlehnung an David Winnicott aus einer psychoanalytischen Perspektive heraus (Kitwood 2004). Die psychoanalytische Entwicklungspsychologie interessiert sich insbesondere für Objektbeziehungen (hier insbesondere die Mutter) und die Entwicklung des Selbst in den ersten drei Lebensjahren des Kindes. Demnach steht bei der Entwicklung des Selbst nicht die erlebte Befriedigung oraler Triebe (des Nahrungsbedürfnisses) im Vordergrund, „sondern das Bedürfnis nach physischem und sozialem Kontakt“ (Trautner, 1991, S.87). Damit sich das Selbst des Kindes entfalten kann, benötigt es bedingungslose positive Zuwendung, also die zuverlässige, liebevolle und fürsorgliche Unterstützung einer Bezugsperson (in der Regel die Mutter), die es in seinem Sein anerkennt und es zum eigenständigen Handeln ermutigt. Durch die Kombination von Liebe und Bindung kann sich das Ich des Kindes, aus der Begegnung mit dem Du, entwickeln. Die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes ist somit stark abhängig von dem Wohlwollen der Bezugsperson. Im Gegensatz zum erwachsenen Menschen kann das Kind seine Bindungen nicht steuern und ist ihnen „schicksalhaft ausgeliefert“ (Müller-Hergl 2003, S.111). Kitwood vertrat die Auf-

fassung, dass diese Bedingungen, die elementar für die Entwicklung des Kindes sind, ebenso elementar für die Bewahrung des Selbst eines Menschen mit Demenz sind. Grundlegend für einen verstehenden, reflektierenden Zugang ist das Regressionsmodell der Demenz (Radebold 1994). Regression bedeutet die „Rückkehr zu einfachen und bereits gut beherrschbaren Handlungs- und Denkweisen eines früheren Entwicklungsniveaus, bes. bezüglich der Trieborganisation“ (Böhm, 1988, S.492). Der demenzielle Prozess ist verbunden mit dem Verlust von „Ich Funktionen“ (insbesondere Merkfähigkeit, Erinnerungsvermögen, Realitätskontrolle). Durch diesen zunehmenden Verlust von Ich-Funktionen wird es für den Menschen mit Demenz zusehends schwieriger, den anfallenden Aufgaben und Problemen erwachsenengerecht zu begegnen (Radebold 1994, S.65). Um mit dieser angst- und schamvollen Situation zurechtzukommen, setzt das Individuum regressive Muster als Abwehr- und Bewältigungsstrategie ein (Radebold 1994, S.65). Hierbei können laut Müller-Hergl (2003) verschiedene Arten von Regression beobachtet werden: am Anfang des demenziellen Prozesses reagiert die betroffene Person stärker mit bekannten Regressionsmustern wie Projektion (z.B. andere Menschen werden beschuldigt, etwas verlegt zu haben) und Leugnung. Später werden diese durch grundlegendere Regressionsmuster ersetzt: „Ich Regression (>Ich muss zur Arbeit<), Objekt-Regression (Kuscheltier) oder Libido-Regression (alles in den Mund nehmen, mit Kot schmieren)“ (Müller-Hergl 2003, S.112). Regressive Prozesse sind als Abwehrleistung des Individuums und als Copingstrategie zu sehen, die dazu dienen, das Ich zu erhalten. Es handelt sich somit um eine „Regression im Sinne des Ich“ (Radebold 2004, S.65). Pflegende können diesen Prozess der Regression durch ihr Verhalten fördern oder hemmen und somit zu Zerstörung oder Bewahrung des Selbst des Menschen mit Demenz beitragen.

3.2 Biographie

Ebenso wie die Persönlichkeit ist die Biographie, die Lebensgeschichte eines Menschen, einzigartig. Soziale Herkunft, historische Ereignisse, Geschlechts- und Generationenzugehörigkeit wirken sich auf den Verlauf der individuellen Lebensgeschichte aus.

Persönlichkeit und Biographie sind eng miteinander verbunden, sie stehen in wechselseitiger Beziehung. So wird die Entwicklung der Persönlichkeit stark von „psychisch bedeutsamen Lebensereignissen“ beeinflusst (Morton 1999, S.132). Lebensereignisse haben einen Einfluss darauf, wie ein Mensch mit Problemen und Verlusten des Lebens im Alter umgeht, wie er diese verarbeiten kann (vgl. hierzu Schütze, Tesch-Römer & Borchers, 1996). Dieses erklärt auch, warum jeder Mensch mit den Folgen seiner Demenz anderes umgeht. Menschen mit Demenz sind von vielfältigen Verlusten bedroht, dazu gehört auch der Verlust von Wissen und hier insbesondere der Verlust des Wissens um die eigene Lebensgeschichte. Dieser Verlust ist mit der Gefahr verbunden, die eigenen Identität zu verlieren. Das biographische Wissen und Selbstwissen, das heißt das Wissen, das ein Mensch über sich selbst in Vergangenheit und Gegenwart hat, stellt die Grundlage seiner Identität, seiner personalen Kontinuität dar. Störungen in der Erinnerungsfähigkeit führen zur personalen Destabilität und wirken sich negativ auf das Erleben und psychische Wohlbefinden des betroffenen Menschen aus (Romero 1992). Kenntnisse um die Biographie eines Menschen mit Demenz und die Sicherung des selbstnahen Wissens sind aus zwei Gründen wichtig: Das Wissen um die Biographie einer Person mit Demenz kann zum einen helfen, das Verhalten und die Bedürfnisse dieser Person aus der Sicht ihres biographischen Kontextes heraus besser zu verstehen und so zu einem person-zentrierten Umgang beitragen. Kitwood vertrat die Ansicht, dass man die psychischen Probleme jedes Menschen nur im Kontext seiner einzigartigen Lebensgeschichte verstehen kann“ (Kitwood 1987 zitiert in Morton 2002, S.119). Zum anderen kann dieses Wissen helfen, das biographische und selbstnahe Wissen einer Person mit Demenz zu sichern (z.B. durch Erinnerungsbücher) und zu pflegen. Biographische Kenntnisse stellen einen wertvollen „Türöffner“ (KDA) in der Interaktion mit Menschen mit Demenz dar. Sie helfen, einen Kontakt, eine Beziehung aufzubauen und zu halten. Ferner können sie dazu beitragen, Depressions- und Leidensgefühle von Menschen mit Demenz zu reduzieren und Wohlergehen und die Lebensqualität zu verbessern (Woods 2003, S.61; vgl. hierzu

auch Schore 2002). Bauer (2002) weist in seiner Veröffentlichung auf den Zusammenhang zwischen Biographie und Neurobiologie hin. Biographische Erfahrungen, Gefühle und Erlebnisse in zwischenmenschlichen Beziehungen haben demnach einen Einfluss auf das Hirnzellwachstum und hinterlassen deutliche Spuren in den biologischen und genetischen Strukturen des menschlichen Körpers. Sie werden im Gehirn als „neurobiologischer Fingerabdruck“ gespeichert und können sich Jahre später in Form von körperlichen, seelischen und psychosomatischen Krankheiten zeigen.

3.3 Körperliche Gesundheit

Die körperliche Gesundheit eines Menschen wirkt sich auf Körper und Geist aus. In Bezug auf Menschen mit Demenz bedeutet dieses, dass körperliche Gesundheitsstörungen, wie beispielsweise eingeschränktes Sehen und Hören oder das Vorhandensein von Schmerzen, eine bestehende Demenz verstärken oder aber das Bild einer bereits bestehenden Demenz verfälschen können. Kitwood (2004, S.58f) ging davon aus, dass insbesondere sensorische Störungen dementogen wirken. Durch die eingeschränkte Wahrnehmung nimmt die betroffene Person weniger Reize aus ihrer Umwelt auf und/oder interpretiert sie falsch. Dieses führt zu Störungen in der Kommunikation und kann sogar soweit führen, dass der betroffene Mensch sich ganz zurückzieht bzw. kein Kontakt mehr mit ihm gesucht wird. In der Praxis wird der gezielten Wahrnehmung und Beobachtung des körperlichen Wohlbefindens von Menschen mit Demenz oft zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Wirklichkeit zeigt immer wieder, dass bestimmtes Verhalten (z.B. schreien und klagen) einfach als zum Krankheitsbild der Demenz dazu gehörend gesehen und gedeutet wird. Durch diese Annahme wird dem Ursprung des Verhaltens nicht tiefer nachgegangen. Es kommt es zu fatalen Fehlinterpretationen, die das Leiden des betroffenen Menschen unnötig vertiefen.

3.4 Neurologische Beeinträchtigung

Kitwood ging davon aus, dass jedes psychische Ereignis (ψ) (z.B. die Entscheidung einen Spaziergang zu machen oder ein Zustand wie Hunger) ein Hirnereignis oder Hirnzustand (**b**) ist. Hierbei ist entscheidend, dass beide Ereignisse gleichzeitig auftreten,

was erstens die Einheit von Gehirn und Geist/Seele unterstreicht und zweitens bedeutet, dass Psychologie und Neurologie untrennbar miteinander verbunden sind. Diese These brachte Kitwood durch folgende Gleichung zum Ausdruck (2004, S. 38).

$$\psi = b$$

Neue Erkenntnisse der Neurowissenschaften deuten darauf hin, dass die Entwicklung des Gehirns ein fortlaufender, lebenslanger Prozess ist. Kitwood nennt diese Gehirnentwicklung **B^d** (Brain development). Demenz geht in der Regel mit einem Verlust der Anzahl von Neuronen und einer Reduzierung der synaptischen Verbindungen einher. Dieser Prozess kann sich, als normaler Alterungsprozess, langsam über Jahre abspielen. Schnellere Verluste weisen dagegen auf eine Erkrankung oder degenerative Prozesse hin, die Kitwood als Gehirmpathologie **B_p** (brain pathology) bezeichnet (2004, 40). Die neurologische Einschränkung eines Individuums lässt sich demnach wie folgt beschreiben:

$$\psi = b$$

$$B^d, B_p$$

„Jedes psychosoziale Ereignis ist gleichermaßen auch ein Ereignis oder Zustand des Gehirns, das bzw. der von einem Gehirn >getragen< wird, dessen Struktur von den Faktoren der Entwicklung und der Pathologie bestimmt worden ist.“ (Kitwood 2004, S.40).

Für die person-zentrierte Pflege ist diese Aussage bedeutend. Sie impliziert, dass psychosoziale Faktoren einen erheblichen Einfluss auf Ursprung und Verlauf der Demenz haben und sich ebenso auswirken können wie physiologische Faktoren. Durch das person-zentrierte Modell der Demenz erfahren informell und formell Pflegenden eine Anerkennung und Würdigung ihrer Beziehungsarbeit, denn die therapeutische Wirkung ihres Handelns wird ihnen hiermit zugestanden. Mit dieser Anerkennung ist aber auch eine erhebliche Verantwortung verbunden. So, wie durch eine förderliche Beziehungsarbeit beispielsweise Demenz durchaus möglich ist, ist es ebenso möglich, dass die Demenz durch Beziehungsschädigendes Verhalten der Pflegenden verstärkt wird (Morton 2002, S.128). Kitwood beschrieb den demenziellen Prozess als ein fortlaufendes dialektisches Wechselspiel zwischen der Neuropathologie auf der einen

und der Sozialpsychologie auf der anderen Seite (2004, S.80ff). Dieses dialektische Modell der Demenz besagt, dass ein negatives soziales Umfeld den demenziellen Prozess durch personale Detraktionen beschleunigt: negative Interaktionen ziehen neue neurologische Beeinträchtigungen nach sich (Involutionsspirale). Andererseits ist es aber auch möglich, den demenziellen Prozess durch positive Beziehungen und ein entsprechendes soziales Umfeld personal aufzufangen: positive Interaktionen können die Folgen der neurologischen Beeinträchtigung ausgleichen und das Personsein des Menschen mit Demenz stärken. Die hier beschriebene immense Wirkung der Sozialpsychologie wird im nächsten Abschnitt näher erläutert.

3.5 Sozialpsychologie

Die Sozialpsychologie ist eine Disziplin, die sich erstens mit dem Individuum und mit intraindividuellen Prozessen befasst und zweitens die Rolle des Sozialen (Strukturellen) für individuelle Prozesse in den Mittelpunkt stellt (Stroebe, Hewstone, Codol & Stephenson, 1992, S.13). Insofern verbindet die Sozialpsychologie drei unterschiedliche Ebenen miteinander: die individuelle, die zwischenmenschliche und die soziale Struktur.

Kitwood konnte beweisen, dass psychologische und soziale Faktoren einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz haben. Die Ausgestaltung dieser den Menschen umgebenden Sozialpsychologie hängt von vielen Faktoren ab, sie kann qualitativ sehr verschieden sein. Dieses hat Kitwood durch die Ausarbeitung zweier sozialpsychologischer Kulturkonzepte aufgezeigt: Die maligne Sozialpsychologie (MSP) verstärkt den demenziellen Prozess und wirkt sich durch bestimmte destruktive Verhaltensweisen schädigend auf das Personsein des Menschen mit Demenz aus. Die benigne Sozialpsychologie hingegen (BSP) fängt durch positive Personennarbeit bestehende neurologische Beeinträchtigungen auf, so dass es dem Menschen trotz Demenz relativ gut gehen kann.

3.5.1 Die maligne, bösartige Sozialpsychologie

Die maligne, bösartige Sozialpsychologie ist mit einer deutlichen Abnahme von Intersubjektivität auf Seiten der Pflegeperson ver-

bunden. Dieses zeigt sich darin, dass die Subjektivität, die Gefühle und das Erleben von Menschen mit Demenz missachtet und verletzt werden. Der Begriff „maligne“, der in der Medizin zur Charakterisierung eines bösartigen Krankheitsverlaufs benutzt wird, soll hier die äußerst schädigende Wirkung des pflegerischen Handelns auf die Person mit Demenz verdeutlichen. Das maligne Setting kann sich nicht nur auf das Personsein äußerst schädigend auswirken, sondern auch das körperliche Wohlbefinden der Person untergraben (Kitwood 2004, S.75). Kitwood verwies explizit darauf, dass das Untergraben des Personseins nicht bewusst und in böswilliger Absicht geschieht. Er sah die Malignität und die damit verbundene „personale Detraktion“ (z.B. entmächtigen, lächerlich machen, Infantilisieren) als Teil unseres kulturellen Erbes, welches abweichendes Verhalten ächtet und sanktioniert. Maligne Sozialpsychologie zeigt sich in unserer Gesellschaft tagtäglich in vielen Beziehungen und Interaktionen, es kann insbesondere bei der Kindererziehung beobachtet werden. (Kitwood 2004, S.75).

3.5.2 Die *benigne, gutartige Sozialpsychologie*

Die benigne Sozialpsychologie oder die positive Arbeit an der Person führt, wenn sie gelingt, in vielen Fällen zu einer Aufrechterhaltung und Stärkung des Personseins - und somit zu einem relativen Wohlbefinden des Menschen mit Demenz. Kitwood ging davon aus, dass eine Person ohne die Befriedigung ihrer menschlichen Bedürfnisse nicht funktionieren kann. Dies setzt voraus, dass die Bedürfnisse der jeweiligen Person von den Pflegenden erkannt und dass diesen Bedürfnissen verlässlich nachgegangen wird. Die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz unterscheiden sich nicht wesentlich von denen eines Menschen ohne Demenz. Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch darin, dass Menschen mit Demenz ihre Bedürfnisse häufig nicht so direkt äußern können und somit davon abhängig sind, dass Pflegende sensibel im Aufspüren der jeweiligen Bedürfnisse sind. Zentrale psychische Bedürfnisse verbergen sich häufig hinter sogenannten „problematishen Verhaltensweisen“ (z.B. schreien, kratzen, hinterherlaufen). Pflegende sollten dieses Verhalten als Kommunikationsversuch des Menschen mit Demenz deuten. Es sollte sie „heraus-

fordern“, die Intention, die hinter diesem Verhalten liegt, herauszufinden und ihr zum Gelingen zu verhelfen (Müller-Hergl 2000). Diesem Gedankengang liegt die Annahme zu Grunde, dass jedes Verhalten eines Menschen mit Demenz einen Sinn hat – auch wenn er nicht immer erkennbar ist. Kitwood hat fünf zentrale psychische Bedürfnisse identifiziert, die sich gegenseitig überlappen und sich in dem zentralen Bedürfnis nach großzügiger, bedingungsloser, verzeihender Annahme - nach Liebe - verbinden. (Kitwood 2004, S.121) Diese Bedürfnisse sind Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität.

3.5.2.1 *Trost*

Trost wird insbesondere Menschen gespendet, die sich in einer hoffnungslosen, verzweifelten Situation befinden. Menschen mit Demenz Trost zu spenden bedeutet, die Situation, in der sie sich befinden, empathisch wahrzunehmen und ihr Leiden anzuerkennen. Demenz ist für die betroffenen Personen mit vielfältigen Verlusten verbunden. Verlust an sozialen Beziehungen, Verlust von Fähigkeiten, Verlust der Kontrolle, Verlust eines unabhängigen Lebensstils - somit ist ihr dringliches Verlangen nach Trost nur allzu verständlich.

Einem Menschen mit Demenz Trost zu spenden bedeutet, ihm in seiner Not ganz nahe zu sein, ihm Stärke, Verlässlichkeit, Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln (Kitwood 2004, S.123). Menschen kennen intuitiv und kulturübergreifend vielfältige Arten, sich auf körpersprachlicher Ebene Trost zu spenden: ein verständnisvolles Nicken, das Halten einer Hand, das Reichen eines Taschentuches oder das Abwischen von Tränen, eine zärtliche, umfassende Umarmung, ein gemeinsames rhythmisches Hin- und Herwiegen oder das Streicheln über den Rücken. Körpersprachliche Gesten wie diese, die man im Alltag beobachten kann, vermitteln Gefühle mit hoher Authentizität.

3.5.2.2 *Primäre Bindung*

Primäre Bindungen sind für alle Menschen, unabhängig von der Altersstufe, elementar. Ein Mensch, der in kurzer Zeit mehrere Bindungen verliert, ist davon bedroht, sich zu verlieren. (Kitwood 2004, S.123). Das Verlangen nach Bindung beinhaltet den Wunsch nach Verlässlichkeit, Sicherheit und Schutz. John Bowlby (1975) hat inner-

halb seiner Bindungstheorie zahlreiche Belege dafür geliefert, dass das Phänomen der sozialen Bindung bedeutsam für die Entwicklung des Kleinkindes ist. Ferner konnte im Rahmen der Attachment-Forschung nachgewiesen werden, dass das Kleinkind in Belastungssituationen, in denen es sich unwohl fühlt, *eine* bekannte Bindungsperson (in der Regel die Mutter) deutlich vor anderen Personen bevorzugt. In anderen Situationen, z. B. wenn das Kind spielen möchte, herrscht nicht das „Bindungsverhaltenssystem“ sondern das „Erkundungssystem“ vor und es werden auch andere Personen akzeptiert (Trautner 1991, S.53).

Menschen mit Demenz sind vielfältigen Stress- und Belastungssituationen ausgeliefert, sie verstehen ihre innere und die sie umgebene äußere Welt häufig nicht mehr. Es ist anzunehmen, dass durch dieses „nicht verstehen“ das Verlangen nach Sicherheit, nach primärer Bindung, in ähnlicher Intensität hervortritt wie bei Kindern (Kitwood 200, 123). Dieses Verlangen drückt sich auch deutlich in dem sogenannten Attachment-Verhalten (Anklammern, Hinterherlaufen) aus. Mit Fortschreiten des demenziellen Prozesses sind Menschen mit Demenz immer weniger in der Lage, von sich aus Beziehungen zu gestalten. Sie benötigen dazu die Hilfe anderer, beziehungs-fähiger Menschen. Bère Miesen brachte das Konzept von Attachment als erster in die Demenzdiskussion mit ein (vgl. hierzu Miesen 1999)

3.5.2.3 *Einbeziehung*

Das soziale Leben von Menschen findet in Gruppen statt. Entwicklungsgeschichtlich betrachtet war die Gruppe für den Menschen lebensnotwendig, er konnte nur als Teil einer funktionierenden Gruppe überleben. Das Verlangen, Teil einer Gruppe zu sein, dazuzugehören und gesellschaftliches Miteinander zu erleben, ist bei Menschen mit Demenz vorhanden. Die Art und Weise der Beteiligung ist, wie bei allen Menschen, individuell unterschiedlich. Menschen mit Demenz können sich mit Fortschreiten des demenziellen Prozesses immer weniger selbst in eine Gruppe einbringen, sie benötigen dazu die verbindende, feinfühlig Unterstüztung anderer Menschen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sie sich innerhalb der Gruppe überfordert, ausgegrenzt und unwohl fühlen. Jeder hat schon mal erfah-

ren, dass es durchaus möglich ist, äußerlich Teil einer Gruppe zu sein und sich trotzdem innerhalb dieser Gruppe zutiefst einsam und „Fehl am Platze“ zu fühlen. Diese Phänomene, „allein in einer Gruppe zu sein“, kann man oft im Heimalltag beobachten: Menschen (die sich nicht kennen) sitzen gemeinsam in einem Raum und dennoch gibt es nichts, kein „Thema“, was sie verbindet. Es gibt keine Person, die sich um den Gruppenprozess, der ja durchaus stattfindet, kümmert. Solche unklaren Situationen sind selbst für Menschen, die die Situation kognitiv erfassen können, schwer auszuhalten. Auf Menschen mit Demenz wirken diese Situationen oft bedrohlich und rufen unterschiedliche Gefühle und Verhaltensweisen hervor. So nimmt nicht selten eine Gruppendynamik ihren Lauf, die aufreibend, verletzend und schädigend für die beteiligten Personen ist. Gruppenangebote sollten begleitet und spezifisch an die Lebensgeschichte, Interessen und Fähigkeiten der teilnehmenden Menschen angebunden sein. Nur so kann Gruppenzugehörigkeit eine persönlichkeitsweiternde Funktion haben.

3.5.2.4 *Beschäftigung*

Das Verlangen, beschäftigt zu sein, entspringt aus dem Antrieb, etwas bewirken zu wollen, die Wirkung des eigenen Handelns zu spüren und sich so selbst in seinem Sein zu erfahren. Das Gegenteil von beschäftigt sein ist Langeweile, Apathie und Bedeutungslosigkeit (Kitwood 2004, S. 124). Beschäftigt zu sein kann viele Facetten annehmen: Man kann alleine oder mit anderen zusammen beschäftigt sein, man kann bei der Arbeit oder in der Freizeit beschäftigt sein. Beschäftigt zu sein hat einen großen Einfluss auf Wohlbefinden und Selbstwertgefühl des Menschen. Arbeit beispielsweise besitzt psychosoziale Funktionen wie Aktivität und Kompetenz, Zielstrukturierung, Kooperation und Kontakt, soziale Anerkennung und persönliche Identität (Padlinar 2000). Menschen, die ihre Beschäftigung verlieren und von Arbeitslosigkeit betroffen sind, fühlen sich häufig hilflos, verzweifelt, minderwertig und schämen sich für ihre Situation. Diese Situation mündet nicht selten in sozialen Rückzug und Einsamkeit (Padlinar 2000). Auch Menschen mit Demenz haben das Bedürfnis, sich zu beschäftigen. Dieses lässt sich häufig daran beobachten, dass sie anderen helfen möchten. Für Pflegende ist

es oftmals nicht leicht, diesem Bedürfnis adäquat nachzukommen. Damit das Bedürfnis nach Beschäftigung wirklich befriedigt werden kann, ist es zum einen wichtig, mit dem Menschen gemeinsam die für ihn richtige Art der Beschäftigung zu finden. Diese kann, muss aber nicht zwangsläufig, an lebensgeschichtlich geprägte Aufgaben und Aktivitäten anknüpfen. Zum anderen gilt es, den richtigen Grad der Unterstützung zu finden, um so dem Menschen, ohne ihn zu über- oder zu unterfordern, zu einem Gefühl der Zufriedenheit zu verhelfen (Kitwood 2004, S.124).

3.5.2.5 *Identität*

Identität bedeutet zu wissen wer man ist, sowohl im Erkennen als auch im Fühlen. Identität zu haben bedeutet somit, dass ich über mich selbst eine Geschichte erzählen kann: Wo komme ich her? Wo bin ich? Wohin gehe ich? Der Prozess der Identitätsfindung geschieht nach Erikson immer in Wechselseitigkeit mit der sozialen Umwelt und erstreckt sich über die gesamte Lebensspanne. Erikson verstand unter Identität „die im Laufe der Entwicklung wachsende Fähigkeit, sich trotz ständiger Veränderungen sowohl in Übereinstimmung mit seinem früheren Selbst zu erleben (selfsamenes = Bewusstsein der Kontinuität) als auch in Übereinstimmung mit dem Bild, das sich die anderen von einem machen.“ (Trautner 1991, S.81). Menschen mit Demenz gehen dieses Bewusstsein der Kontinuität zusehens verloren. Dieses bedeutet jedoch nicht, dass das Identitätsgefühl zwangsläufig verloren gehen muss, denn Identität zu haben ist nicht vollständig an Kognition gebunden, sondern auch von Erleben und Fühlen abhängig (Bradford Dementia Group 1997, S.10). Um das Bedürfnis nach Identität ausreichend befriedigen zu können, benötigen Menschen mit Demenz die Unterstützung des sozialen Umfeldes. Pflegende können durch Identitätserhaltende Maßnahmen, z.B. durch Biographiearbeit und Erinnerungspflege, dazu beitragen, die Identität von Menschen mit Demenz bis zu einem gewissen Grad zu bewahren (vgl. hierzu Trilling, Bruce, Hodgson & Schweitzer 2001). Ferner ermöglicht die Fähigkeit zur Empathie, so auf eine Person zu reagieren, wie es ihrer Einzigartigkeit, ihrer Individualität entspricht.

Kitwood war davon überzeugt, dass durch sensibles Befriedigen der hier vorgestellten Gruppe von Bedürfnissen das Personsein des Menschen mit Demenz erhalten bleiben kann. Er ging davon aus, dass die Befriedigung eines Hauptbedürfnisses sich auf die andere Bedürfnisse positiv auswirkt.

Die positive Arbeit an der Person geschieht in der Interaktion mit dem betroffenen Menschen. Interaktion wird hier nicht im Sinne des Behaviorismus (Reiz-Reaktion) sondern im Sinne des Symbolischen Interaktionismus verstanden. Hierbei geht es um die Herstellung von Bedeutungen und um die Gemeinsamkeit von Bedeutungen zwischen mehreren handelnden Personen. Ich reagiere nicht nur auf die Signale, die eine Person aussendet, sondern ich reagiere auf die Bedeutung, die mir von der Person übermittelt werden. Interaktion beinhaltet nach Kitwood Reflexion, Antizipation, Erwartung und Kreativität (2004, S.131).

Kitwood hat verschiedene Arten positiver Interaktion identifiziert, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

Interaktion	Beschreibung
Erkennen und Anerkennen	Der Person in einer offenen, vorurteilsfreien Haltung begegnen und davon ausgehen, dass alles Verhalten und Gesagte eine Bedeutung für die Person hat. Die Person durch achtsames Zuhören anerkennen und jede Art ihrer Kommunikation würdigen. Versuchen echten Kontakt herzustellen, z.B. die Person mit ihrem Namen ansprechen, Blickkontakt aufnehmen, evtl. vorsichtig berühren und darauf achten, im Blickfeld zu bleiben. Der Person genügend Zeit lassen, um andere Personen oder Dinge zu erkennen.
Ver-/Aushandeln	Der Person die Kontrolle über die Situation ermöglichen, indem man mit ihr verhandelt, ihre Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben erkennt und diese berücksichtigt. Beim Beraten und Zuhören ist es notwendig, eigene Gedanken und Annahmen in den Hintergrund zu stellen.
Zusammenarbeiten	Der Person Angebote machen, tätig, nützlich und somit selbstwirksam zu sein, indem man mit ihr zusammenarbeitet. Bei verschiedenen Handlungen, z.B. in der Pflege oder im Haushalt, der Person Raum geben, ihre gegenwärtige Fähigkeiten einzubringen und sich so im Tun zu erleben. Die Person nicht durch vorzeitige Übernahme der Handlung entmächtigen, sondern auch ihre Art und Weise, Dinge zu tun, akzeptieren. Sich bewusst sein, dass die Selbstständigkeit und die Selbsttätigkeit wichtiger sind, als ein makelloses Pflegeresultat.
Zwecklosigkeit und Spiel	Der Person Raum für Spontaneität und Selbstaussdruck geben, zum Beispiel durch Spielen. Nicht nur Verrichtungs- oder Aufgabenorientiert Kontakt aufnehmen, sondern sich immer auch wieder absichtslos zur Verfügung stellen.
Timalation	Die Kommunikations- und Wahrnehmungsmöglichkeiten der Person erweitern und fördern, indem z.B. über sensobiografisch bedeutsame Zugangswege (somatisch, vestibulär, vibratorisch, visuell, audiorhythmisch, oral und olfaktorisch) Kontakt hergestellt wird. Der Person so Möglichkeiten bieten, sich selbst spüren. Insbesondere bei Personen, die sich nicht aktiv zu der Art und Weise, wie sie berührt werden möchten, äußern können, folgende Qualitätsmerkmale einer guten Berührung berücksichtigen: die Person alleine berührt, den Anfang und das Ende der Handlung signalisieren, die Konstanz in der Berührung erhalten, die Kontaktintensität langsam aufbauen, einen Rhythmus für die Berührung entwickeln und die Berührung so gestalten, dass diese Berührung der Person Sicherheit vermittelt. (Bienstein & Fröhlich 2003, S.50ff)
Feiern und sich Freuen	Mit der Person zusammen feiern und so Möglichkeiten zum freudvollen, humorvollen Miteinander finden. Beim Feiern wird die Trennung zwischen der zu pflegenden Person und der Pflegeperson aufgehoben.
Entspannen	Der Person Raum geben, zur Ruhe zu kommen, sich zurückziehen und zu entspannen. Den äußeren und inneren Rahmen dafür schaffen, indem man Stimmungen und Gefühle mit dem Betroffenen zusammen aushält und nicht durch Aktivismus überfordert. Hierbei ist es wichtig, selbst zu Ruhe kommen und dem Bedürfnis der Person nach körperliche Nähe nachzukommen.
Validation	Die subjektive Wirklichkeit der Person akzeptieren, in dem man sich in das Erleben und die Gefühlswelt der Person hineinversetzt, ihre Gefühle wahrnimmt und diese durch eine wertschätzende Bestätigung (verbal und nonverbal) zum Ausdruck bringt.
Halten	Der Person einen sicheren psychologischen Raum bieten, indem man z.B. auch in emotional schwierigen Situation (z.B. tiefe Trauer, Angst) präsent, beständig und selbstsicher bleibt. Hierbei ist es wichtig, herausforderndes Verhalten auf der Ebene des Selbstaussdrucks und nicht auf der Ebene der Beziehung zu verstehen.
Erleichtern (Facilitation)	Die Person dabei unterstützen, Handlungen selbstständig aus und zu Ende zu führen. Handlungsversuche als solche erkennen, zum Beispiel durch die Verwendung von Schlüsselreizen (Worte, Gesten) und so die Ausführung der Handlung ermöglichen. Ein Handlungsprogramm kann auch durch die Verwendung von verbalen und nonverbalen Schlüsselreizen in Gang gesetzt werden.

(in Anlehnung an Kitwood 2004, S.133-137 und 173,174, Morton 1999, S.163)

4. Die Bedeutung des person-zentrierten Ansatzes für die Gestaltung von Lernsituationen

Der person-zentrierte Ansatz eignet sich dazu, „pflegerisches Denken und Handeln zu leiten“ (Riesner 2004, S.11). Aus der Perspektive der Pflegewissenschaft wird der zu pflegende Mensch, sein subjektives Erleben und seine individuelle Lebens- und Alltagsgestaltung, zunehmend mehr in das Zentrum des Forschungsinteresses gerückt (Moers, Schiemann & Schnepf 1999). Ob in der Pflegepraxis diesbezüglich ebenfalls ein Perspektivwechsel zu verzeichnen ist, kann an dieser Stelle nicht hinreichend geklärt werden. Verschiedene Veröffentlichungen weisen jedoch darauf hin, dass in Deutschland stärker krankheits-, symptom-

und verrichtungsorientiert und somit weniger person-zentriert gepflegt wird (Beyer 2001, Petry 1996, Schopp et al. 2001). Für die Unterrichtspraxis lässt sich ähnliches vermuten, wenngleich dieses bisher auch noch nicht hinreichend untersucht worden ist. Im Rahmen von Unterrichtsbesuchen kann man jedoch immer wieder beobachten, dass die jeweilige Erkrankung und nicht der zu pflegende Mensch im Vordergrund der Betrachtung steht. Weiterhin fällt auf, dass Pflege auf Handlungsabläufe reduziert wird, in denen der zu pflegende Mensch nicht einmal vorkommt. Hierdurch wird bei den Lernenden, wenn auch nicht bewusst, eine krankheits- und verrichtungsorientierte Haltung gefördert, die den zu pflegenden Menschen außen vor lässt.

Die aufgezeigte Situation spricht dafür, den person-zentrierten Ansatz in die Pflegeausbildung zu implementieren. Er stellt einen geeigneten Bezugsrahmen für die didaktische Planung und Durchführung von Lernsituationen zur übergeordneten Thematik „Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz“ dar. Als solches enthält er wertvolle Hinweise, von denen einige im Folgenden näher erläutert werden sollen.

4.1 Die Lernsituation person-zentriert beginnen

Der Beginn der Lernsituation sollte, wie der Beginn einer Pflegebeziehung, person-zentriert erfolgen. Hier werden bewusst Themen und Inhalte ausgewählt, die sich mit der Person mit Demenz, mit ihrer Le-

benswelt und ihrem Erleben beschäftigen. Durch eine solche didaktische Vorgehensweise, die den zu pflegenden Menschen und nicht seine Erkrankung in den Vordergrund rückt, wird bei den Auszubildenden eine person-zentrierte Einstellung und Haltung gefördert. Es geht innerhalb der Pflegeausbildung auch immer wieder um die Beantwortung der Frage, worin Pflegende ihre Hauptaufgabe sehen, was für sie Pflege ist und was mit pflegerischem Handeln erreicht werden soll. Durch den genannten Perspektivwechsel vom Objekt zum Subjekt wird dem Gegenstand und Wert der beruflichen Arbeit von Pflege im Unterricht nachgegangen und ihm eine entsprechende Bedeutung zugewiesen. Denn die Beantwortung der Frage nach dem Pflegeziel kann nur unter Einbeziehung des zu pflegenden Menschen erfolgen.

4.2 Eine angemessene Sprache wählen

Die person-zentrierte Einstellung und Haltung des Lehrenden und Lernenden zeigt sich auch in ihrem Sprachgebrauch. Es empfiehlt sich von daher, bewusst auf die eigene Sprache zu achten und einen Menschen, der von einer demenziellen Erkrankung betroffen ist, nicht als „Dementen“ zu bezeichnen. Bei einer solchen Bezeichnung wird der Mensch auf seine Krankheit reduziert, sein eigenes Wesen wird nicht angesprochen. In einer person-zentrierten Pflege stehen aber das Leben und die Persönlichkeit des Menschen im Vordergrund. Insofern ist es passend von „Menschen mit Demenz“, „Personen mit Demenz“ oder demenziell erkrankten Menschen zu sprechen. Das gleiche gilt ebenso für die Verwendung der Begriffe „störendes“ Verhalten, „problematisches“ Verhalten und „auffälliges“ Verhalten. Diese Begriffe sind sehr negativ belegt und implizieren, dass der Mensch mit Demenz dieses Verhalten absichtlich zeigt. Wie bereits ausgeführt, ist diese Verhalten aber eher als Abwehrreaktion und Copingstrategie zu verstehen. Der Begriff „herausforderndes“ Verhalten hingegen ist mit einer Aufforderung an das soziale Umfeld des Menschen mit Demenz verbunden. Diese Aufforderung besteht darin, das Bedürfnis, was sich hinter diesem Verhalten verbirgt, wahrzunehmen und seiner Befriedigung nachzukommen.

4.3 Das Lernsubjekt und die Beziehung in den Mittelpunkt stellen

Die Arbeit mit Menschen mit Demenz bedeutet in erster Linie Beziehungsarbeit und verlangt als solche bindungsfähige Bezugspersonen, also Menschen, die fähig sind, einem Menschen mit Demenz auf personaler Ebene zu begegnen. Diese Fähigkeit bezieht sich selbstverständlich nicht nur auf Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz; Pflegearbeit bedeutet generell Beziehungsarbeit (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2002). *Beziehung wird definiert als „Qualität der Verbundenheit oder Distanz sowie der Verbindung zwischen Menschen aufgrund von Austauschprozessen, wie z.B. Sprache, Gesten, Mimik, Berührung; Beziehung bezeichnet immer Wechselseitigkeit. Sowohl bei Austauschprozessen höchster Aktivität (z.B. beim Durchführen von Pflegeverrichtungen) als auch bei scheinbarem Nichtvorhandensein von Austausch entsteht eine bestimmte Qualität von Beziehung.“* (Pschyrembel, Wörterbuch für Pflege, 2003, S.110). Die hier angesprochene Wechselseitigkeit in der Beziehung wird innerhalb der Lernsituation dadurch aufgegriffen, dass dem zu pflegenden Menschen und dem Lernenden bei der Konstruktion der Lernsituation ein entsprechender Stellenwert zugewiesen wird. Durch die Gestaltung Lernsubjektsystematischer Lernsituationen (Muster-Wäbs & Schneider 1999) werden Erleben, Gefühle, Fragen, Abwehrmechanismen und Widerständen der Auszubildenden entsprechend Raum zur Bearbeitung gegeben. Dass dieses insbesondere bei der Auseinandersetzung mit der Thematik Demenz wichtig ist, soll folgender Exkurs verdeutlichen.

Pflegende vermeiden die Beziehung zu Menschen mit Demenz häufig und ziehen sich daraus zurück (Koch-Straube 2003; Knobing 1999; Bosch 1998; Peplau 1995). Dieses Herausschleichen aus der Pflegebeziehung verstärkt sich mit Fortschreiten des demenziellen Prozesses und dem damit verbundenen Abwehr- und Regressionsverhalten. Gröning spricht in diesem Zusammenhang von Pflege als Vermeidungsbeziehung (2001, S.10). Menschen mit Demenz stellen, weil sie häufig nicht den normativen Vorstellungen von Menschsein entsprechen, eine Angstquelle für ihr soziales Umfeld dar. Angst spielt in der Interaktion

zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden eine große Rolle. Die Angst stellt sich jedoch nicht immer als solche deutlich dar, sie zeigt sich verdeckt in „abgewehrten Formen“ (Gröning 2001, S. 85). Angst ist ein Spannungszustand, der eine deutliche Bedrohung für den Menschen und sein Selbst darstellt. Als solches verlangt die Angst Verteidigung und Reaktion (Peplau 1995, S.121). Aus der Sicht des Menschen mit Demenz kann sich Angst z.B. durch Weglaufen, Rufen, Schreien, Anklammern, Suchen und Hinterherlaufen äußern. Pflegenden hingegen reagieren auf die Angst mit Abwehr, die sich in verschiedenen Formen personaler Detraktionen wie beispielsweise Distanzierung, Infantilisierung, Invalidierung, Entmächtigung und Isolation zeigt (Müller-Hergl 2003, S. 113).

Um mit dieser Angst innerhalb der Pflegesituation konstruktiv umgehen zu können, benötigen Auszubildende zum einen die Erlaubnis, diese Angst innerhalb einer Institution (Schule und Betrieb) zum Thema zu machen und zum anderen die Unterstützung von Lehrenden und Praxisanleitern bei der Bearbeitung derselben. Jegliche Tabuisierung der Angst und anderer, zum Teil unerwünschter Gefühle (z.B. Wut, Scham und der Wunsch, Gewalt anzuwenden), führen zur weiteren Distanzierung und weiterem destruktiven Verhalten. Lehrende können diesen Prozess der Tabuisierung durchbrechen, indem sie das zum Thema machen, was eigentlich nicht Thema sein darf. Das Ziel besteht darin, bereits in der Ausbildung diesen Teufelskreis zu durchbrechen und Auszubildende sensibel für die eigenen Wahrnehmungen, die eigenen Gefühle und das eigene Tun zu machen. Mit dieser Art der Reflexion ist die Bereitschaft und Fähigkeit verbunden „nach innen, quasi auf sich selbst zu schauen“ und dem eigenen Erleben eine Deutung zu geben (Olbrich 1999, S. 65). Die Fähigkeit zur Selbstreflexion stellt eine grundlegende Kompetenz dar. Erst wenn Pflegende fähig sind, ihre eigenen Gefühle zu äußern und sie als Teil ihrer Person akzeptieren und reflektieren, sind sie in der Lage, kompetent mit den emotionalen Äußerungen des zu pflegenden Menschen umzugehen. Nur dann ist es möglich, dass sich Pflegeperson und Mensch mit Demenz auf Augenhöhe begegnen. Dieses kann sich innerhalb der Pflegeausbildung natürlich nur dann entwi-

ckeln, wenn die Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden stimmt.

4.4 Eine person-zentrierte Haltung gegenüber den Lernenden einnehmen

Es besteht eine enge Verbindung zwischen dem Personsein des Menschen mit Demenz und dem Personsein des Lernenden. Die authentische und wirksame Vermittlung des person-zentrierten Ansatzes verlangt eine person-zentrierte Haltung des Lehrenden dem Lernenden gegenüber. Hierauf hat bereits Rogers in seinen Ausführungen zum schüler-bezogenen Unterrichten hingewiesen (Rogers 1992). Die person-zentrierte Haltung impliziert, dass der Lehrende den Lernenden so akzeptiert, wie er ist und ihm erlaubt, seine Gefühle und Einstellungen im Unterricht ohne Beurteilung auszudrücken. Dieses geschieht aus der Überzeugung, dass die Schaffung einer Atmosphäre des Akzeptierens, des Verstehens und des Respekts die wirksamste Basis zu Förderung des Lernens ist (siehe hierzu Rogers 1992, S. 335ff).

4.4 Von einem person-zentrierten Verständnismodell der Demenz ausgehen

Das zu Grunde liegende Verständnismodell der Demenz beeinflusst das Denken, die Wahrnehmung und das Handeln der Lernenden im Umgang mit Menschen mit Demenz. So verdeutlicht das person-zentrierte Verständnismodell der Demenz den Lernenden, welches therapeutische Potenzial Pflege besitzt und welcher pflegerische Auftrag sich daraus ergibt. Im Gegensatz zum biomedizinischen Modell erweitert das person-zentrierte Verständnismodell die Handlungs- und Verantwortungsspielräume der Pflege. Lernende sollten von Beginn an um die Dialektik der Demenz wissen und sich darüber im klaren sein, dass sie durch ihr Handeln auf den demenziellen Prozess und auf das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz einwirken können. Das können sie aber nur auf der Grundlage eines person-zentrierten Verständnismodells, welches neben der neurologischen Beeinträchtigung auch andere Faktoren für den Ursprung und den Verlauf der Demenz zulässt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Entwicklung des demenziellen Prozesses und das Wohlbefinden der betroffenen Menschen dem Schicksal überlassen oder zur Sache der Medizin erklärt wird.

Die hier aufgeführten Hinweise erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie können jedoch dazu beitragen, dass der Person-zentrierte Ansatz innerhalb der Lernsituation von den Lernenden nicht als oberflächliche Technik, sondern als wertvoller Verständnisrahmen im Umgang mit Menschen mit Demenz begriffen wird. Aufbauend auf diesem Verständnisrahmen kann sich die berufliche Handlungskompetenz von Pflegenden weiter entwickeln und somit vielleicht zu mehr Lebensqualität von Menschen mit Demenz beitragen.

Literatur:

Alzheimer Europe (Hrsg.). (1999). Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer Patienten. Stuttgart: Thieme Verlag.

Bartholomeyczik, S. (2001). Professionelle Kompetenz in der Pflege. Teil II. Pflege aktuell, 5, 284-287.

Bauer, J. (2002). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene Steuern. Frankfurt am Main: Eichborn.

Beyer, G. (2002). Zu Hause in einer fremden Welt. Studie zum Wirklichkeitserleben eines dementen alten Menschen im Heim: eine Interpretation verschiedener Sichtweisen. Pflege, 15 (3), 122-130.

Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2003). Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. Düsseldorf: Kallmeyer.

Böhm, W. (1987). Wörterbuch der Pädagogik. (13. überarbeitete Auflage). Stuttgart: Körner.

Bosch, C. (1998). Vertautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Bowlby, J. (1975). Bindung. Eine Analyse von Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.

Bradford Dementia Group (1997). Demenzpflege evaluieren. Die DCM Methode (7. Auflage). Übersetzung: C. Müller-Hergl. Bradford: University of Bradford.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2002). Berufskompetenzen professionell Pflegenden. Bericht über eine Delphi-Studie zur Ermittlung von Anhaltspunkten für eine Pflegeausbildung. Mainz: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe.

Feil, N. (1967). Group Therapy in a Home for the Aged. The Gerontologist 7 (3), S. 192-195.

Gröning, K. (2001). Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Frankfurt am Main. Mabuse-Verlag.

Haupt, M. & Kurz, A. (1990). Alzheimerische Krankheit: Erleben, Empfinden und Reaktionsformen der Kranken. Zeitschrift für Gerontologie 23 (4), 211-213.

Kitwood, T. (2000). Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl. Bern: Huber.

Kitwood, T. (2004). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz mit verwirrten Menschen. (3. erweiterte Aufl.). Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl. Bern: Huber.

Knobing, C. (1999). Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Koch-Straube, U. (2003). Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. (2. korrigierte Auflage). Bern: Hans Huber.

Miesen, B.M.L. & Jones, G.M.M. (1999). Dementia in close up. London:

Moers, M., Schiemann, D. & Schnepf, W. (Hrsg.). Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern: Hans Huber.

Morton, I. (2002). Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Stuttgart: Klett-Cotta.

Müller-Hergl, C. (2000). Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrsg.), Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung (S. 248-261). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Müller-Hergl, C. (2003). Das Besondere pflegerischen Handelns. Die Herausforderungen sozialer Beziehungen. In U. Schindler (Hrsg.), Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Pflegealltag. (S.108-121) Hannover: Vincentz Verlag.

Muster-Wäbs, H. & Schneider, K. (1999). Vom Lernfeld zur Lernsituation. Bad Homburg vor der Höhe: Gehlen.

Niebuhr, M. (2004). Interviews mit Demenzkranken: Wünschen, Bedürfnisse und Erwartungen aus Sicht der Betroffenen. Eine qualitative Untersuchung zur subjektiven Lebensqualität von

Menschen mit Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Olbrich, C. (1999). Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber

Padlinar, O. (2000). Arbeitslosigkeit. [Internet]. Verfügbar unter: www.ticino.com/usr/opalina/new/psychology/arbeitslos.htm [22. September 2004].

Peplau, H.E. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptioneller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom-Verlag.

Petry, H. (1996). "Wollen wir heute Duschchen? Nein, das Wetter ist zu schlecht!" Verwirrtsein. In A. Kesselring (Hrsg.). Die Lebenswelt der Patienten. Pflegewissenschaftliche Studien (S.93-121). Bern: Hans Huber Verlag.

Pörtner, M. (2001). Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Pschyrembel (2003). Wörterbuch für Pflege bearbeitet von Susanne Wied und Angelika Warmbrunn. Berlin: Walter de Gruyter.

Radebold, H. (1994). Das Konzept der Regression: Ein Zugang zu spezifischen, bei demenziellen Prozessen zu beobachtenden Phänomenen. In R. D. Hirsch (Hrsg.), Psychotherapie bei Demenzen (S63-70). Darmstadt: Steinkopff.

Riesner, C. (2004). Personenzentrierte Pflege im Spiegel von Broschüren zur Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Rogers, C.R & Schmid, P.F. (2004) Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers (4. Auflage) Mainz: Grünwald Verlag.

Rogers, C.R. (1992): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-centered Therapy. Frankfurt am Main: Fischer.

Romero, B. & Eder, G. (1992). Zur Diskussion gestellt: Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. Zeitschrift für Gerontologie und -psychiatrie, 5 (4) 267-282.

Scheller, I. (1987). Erfahrungsbezogener Unterricht: Praxis, Planung, Theorie. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Scriptor.

Schopp, A., Dassen, T., Välimäki, M., Leino-Kilip, H., Bansemir, G., Gasull,

M. Lemonidou, C., Scott, P.A. & Arndt, S. (2001). Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzip der „informierenden Zustimmung“ im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen. Pflege 14 (1), 29-37.

Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. [Internet]. Verfügbar unter: www.trauma-pages.com/schore-2002.htm [22. Oktober 2003].

Schütze, Y., Tesch-Römer, C. & Borchers, C. (1996). Sechs Lebensgeschichten aus der Berliner Alterstudie (S.135-149). In K.U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), Die Berliner Alterstudie. Berlin: Akademie Verlag.

Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P. & Stephenson, G. M. (1992). Sozialpsychologie. Eine Einführung. (2. korrigierte Auflage). Berlin: Springer.

Trautner, H.-M. (1992) Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Band 2: Theorien und Befunde Göttingen: Hogrefe.

Tausch, R.; Tausch, A.-M. (1998). Erziehungs-psychologie. Begegnung von Person zu Person. 11., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe, Verl. Für Psychologie:

Trilling, A., Bruce, E., Hodgson, S. & Schweitzer, P. (2001). Erinnerungen pflegen. Unterstützung und Entlastung für Pflegenden und Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz Verlag.

Woods, B. (2003). Evaluierung von Erinnerungsarbeit mit Menschen mit Demenz. In Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Menschen mit Demenz erreichen. Vom Wert der Erinnerung bei der Kommunikation von Menschen mit Demenz. Workshop des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) 6. und 7. Dezember 2002, Königswinter (S. 59-64). Köln: KDA