

**Bachelorarbeit**

**Zukunftsorientierte Modelle und Methoden zur  
Begleitung von Menschen mit Demenz**

Das psychobiografische Pflegemodell von Erwin Böhm und die  
Validationstechnik von Naomi Feil im Vergleich

eingereicht von  
Evelyn Roppl

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Science  
(BSc)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von  
Ao, Univ.-Prof. Dr. phil. Anna Gries

Graz, 17.11.2016

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 10.11.16

Evelyn Roppl, eh.

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei denjenigen Menschen bedanken, die wesentlich am Erfolg dieser Bachelorarbeit beigetragen haben.

Zu Beginn möchte ich mich bei Frau Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries für die professionelle Betreuung dieser Bachelorarbeit, für ihre konstruktiven Beiträge sowie für die aufbauenden und motivierenden Worte bedanken.

Für das Korrekturlesen dieser Bachelorarbeit und das konstruktive Feedback bedanke ich mich bei meinem Lebensgefährten Harald, der mir immer eine wichtige Stütze war.

Meinen allergrößten Dank möchte ich meiner Familie – meinen Eltern Gertrud und Peter, meiner Schwester Petra sowie meinem Schwager Patrick ausdrücken. Sie alle haben mir mein Leben lang den notwendigen Rückhalt geboten und mich auf dem Weg, den ich ging, begleitet. Ganz besonders möchte ich mich dafür bedanken, dass sie mich motiviert und bestärkt haben. Abschließend bedanke ich mich dafür, dass ich durch die gemeinsame schöne, glückliche und heitere Zeit ausreichend Energie und neue Motivation für das Erreichen meiner Ziele sammeln konnte.

*Danke euch allen!*

# Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung .....	I
Danksagung.....	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis .....	V
Zusammenfassung.....	VI
1 Einleitung .....	1
1.1 Zieldefinition .....	4
1.2 Fragestellung .....	4
1.3 Methodisches Vorgehen .....	4
1.4 Aufbau der Arbeit.....	5
2 Eckdaten .....	6
2.1 Erwin Böhm.....	6
2.2 Naomi Feil .....	7
3 Definition .....	8
3.1 Demenz.....	8
3.2 Psychobiographie.....	9
3.3 Thymopsyche vs. Noopsyche .....	10
3.4 Aktivierende und reaktivierende Pflege lt. Böhm .....	10
3.5 Übergangspflege.....	11
4 Emotionale Erreichbarkeits- und Interaktionsstufen.....	12
5 Biographieforschung .....	16
5.1 Die Wurzeln.....	16
5.2 Der Stamm.....	18
5.3 Die Äste .....	19
5.4 Copings.....	19
6 Validation nach Naomi Feil .....	20

6.1	Erklärung .....	20
6.2	Stadien der Desorientierung .....	21
6.2.1	Symbolsprache .....	21
6.2.2	Phase I: Mangelhafte Orientierung .....	22
6.2.3	Phase II: Zeitverwirrtheit .....	22
6.2.4	Phase III: Sich wiederholende Bewegungen.....	22
6.2.5	Phase IV: Vegetieren.....	22
6.3	Ziel.....	23
6.4	Techniken .....	23
6.5	Validationsgruppen.....	25
7	Anwendung individueller Validation .....	27
7.1	Schritt 1: Sammeln von Informationen .....	27
7.2	Schritt 2: Bestimmen der Phase der Aufarbeitung .....	29
7.3	Schritt 3: Regelmäßige Besuche und Anwendung von Validationstechniken .....	29
8	Kritische Betrachtung.....	30
8.1	Vergleich .....	30
8.2	Die zwei Methoden in der Praxis .....	31
8.3	Forschungsergebnisse der Validation.....	32
9	Diskussion .....	34
	Literatur.....	36

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Die Wurzeln unseres Lebensbaumes .....	17
Abbildung 2: Der Stamm unseres Lebensbaumes.....	18
Abbildung 3: Vier Phasen der Desorientierung .....	21
Abbildung 4: Die 14 in der Validation zur Anwendung gebrachten Techniken und ihr stadienspezifischer Einsatz.....	24

## **Zusammenfassung**

Durch die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft rücken vor allem Problematiken in den Vordergrund, die mit zunehmendem Alter auftreten. Einer der größten Herausforderungen unserer Zeit ist die Demenz. Der Begriff umfasst eine Vielzahl von geistigen Degenerationserscheinungen.

Da das Optimierungspotential in der bestehenden Demenzversorgung immer noch groß ist, ist eine Weiterentwicklung in nächster Zukunft von großer Bedeutung. Die Pflege ist von stetigen Weiterentwicklungen geprägt (Gleichweit, Rossa 2009).

Die Betreuung von dementen Menschen ist oft nicht nur eine Herausforderung für Angehörige, sondern auch für professionelle Pflegende, die in ihrem Alltag oft überfordert sind. Durch das Entwickeln von verschiedenen Konzepten in den letzten Jahrzehnten sind die Möglichkeiten der Betreuung von Menschen mit Demenz gewachsen. Vor allem Erwin Böhm mit seinem Psychobiographischen Pflegemodell und Naomi Feil mit der Validation stellen zwei der wichtigsten Konzepte unserer Zeit dar, um die Betreuung und Pflege von dementiellen Menschen zu verbessern.

Diese Bachelorarbeit konzentriert sich auf die beiden zukunftsorientierten Modelle von Erwin Böhm und Naomi Feil, welche beide speziell bei dementen Menschen anwendbar sind. Es ist wichtig, verschiedene Konzepte für den Umgang mit Demenzerkrankten zu kennen und über Basiswissen zu verfügen, um jedem Menschen individuell helfen zu können. Diese Arbeit beinhaltet Antworten auf die beiden Forschungsfragen, welche Modelle es für den Umgang mit dementen Menschen gibt und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Modelle, der Validation und des psychobiographischen Modells aufgezeigt werden können. Die Arbeit soll mit Begriffsdefinitionen den Einstieg erleichtern und zu einem besseren Verständnis verhelfen. Aufgrund des großen Umfangs beider Modelle werden nur die wichtigsten Punkte in der Arbeit erläutert. Zum Schluss werden die beiden Konzepte miteinander verglichen und ihre Unterschiede aufgezeigt.

# 1 Einleitung

Aufgrund der demographischen Entwicklung der Gesellschaft rücken verstärkt jene Problematiken in den Vordergrund, welche mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten. Die größte Herausforderung ist die Demenz. Der Begriff Demenz umfasst eine Vielzahl von geistigen Degenerationserscheinungen. Typisch für die Erkrankung ist eine Verschlechterung der Gedächtnisleistung, des Denkvermögens, der Sprache und des praktischen Geschicks, jedoch keine Trübung des Bewusstseins. Durch das Fortschreiten der Erkrankung werden persönliche Beeinträchtigungen immer stärker.

Laut dem Demenzbericht der Wiener GKK 2009 leben ca. 100.000 Demenzkranke in Österreich. Im Jahr 2050 sollen es bereits 235.000 Erkrankte sein. In diesem Jahr soll es bereits zu 75.000 Neuerkrankungen kommen. In der Regel sind mehr Frauen als Männer betroffen, dies ist vor allem auf die höhere Lebenserwartung zurück zu führen. Durch die demographische Veränderung kommen verschiedene Herausforderungen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zu.

Es wird nach einem Optimierungspotential in der bestehenden Demenzversorgung gedrängt zur bundesweiten Weiterentwicklung in naher Zukunft. Der Bereich der Pflegeversorgung ist stetig mit Weiterentwicklung konfrontiert (Gleichweit, Rossa 2009).

Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist nicht nur für Angehörige oft sehr schwer, sondern stellt auch professionelle Pfleger vor Herausforderungen. Im Laufe der Jahrzehnte wurden verschiedene Konzepte entwickelt, die in die Betreuung integriert werden sollen. Neben dem Realitäts-Orientierungs-Training stellen vor allem Naomi Feil mit der Validation und Erwin Böhm mit dem psychobiographischen Pflegemodell zwei wichtige Konzepte der Pflege und Betreuung von dementiellen Menschen auf.

Nicht nur die Pflege und Betreuung von betagten Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert, sondern auch deren Bedürfnisse. Noch vor ein paar Jahren wurde der Schwerpunkt der Pflege auf die „warm-satt-sauber Pflege“ gelegt, die seelische Betreuung geriet dabei in Vergessenheit.

Erwin Böhm möchte diesen Ansatz verändern und setzt eine Neuorientierung in der geriatrischen Pflege. Die Grundlage seines Modells ist die Biographie des/der einzelnen, welche zum Verstehen des/der Betroffenen und dessen/deren Verhaltensweisen führen soll.

Dadurch gelang ihm die Aktivierung bzw. Reaktivierung verloren gegangener Fähigkeiten von alten und verwirrten Menschen. Ein zentraler Ansatz seiner Theorie ist die „Pflege mit der Hand in der Hosentasche“. Er entwickelte sein Pflegekonzept auf Grundlagen seiner praktischen Erfahrungen.

Böhms primäres Ziel ist es, die Lebensqualität der Menschen zu steigern bzw. zu erhalten. Gleichzeitig soll es eine Leitlinie für Pflegende sein, eine gemeinsame Sprache, die sie in dem schwierigen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen unterstützt und die pflegerische Arbeit transparent und damit nachvollziehbar macht. Zwei weitere Pflegeziele sind die Wiederbelebung der Altersseele und die Belebung der Pflegeseele durch eine Anhebung des fachlichen Niveaus.

Die Form der Seelenpflege gehört zu den eigenständigen Aufgaben der Pflege, die auch „therapeutische Pflege“ oder „spezifische Pflege“ genannt werden. Sie soll ein drittes Standbein der Pflegeaufgaben darstellen. Deshalb haben Pflegende in ihrem Alltag drei verschiedene Pflegequalitäten zu leisten: die Grundpflege, die Behandlungspflege und die eigenständigen Pflegeaufgaben (Böhm 2004).

In einem Interview von 2008 mit dem ORF – Vorarlberg sagte Erwin Böhm: „Ich bin der, der die Biographie in die Pflege brachte und ich finde, dass das Wort Demenz überzogen ist. Ich lehne das Wort Demenz und auch Alzheimer für die Pflege ab. Die meisten Leute die in Konfliktsituationen kommen, und Altern ist eine Konfliktsituation, kommen in eine sogenannte Trotzphase, in der sie in ihre Emotionalität abgleiten. Leben und wiederaufleben lassen – die sogenannte reaktivierende Pflege, wie ich sie nenne – geht nur dann, wenn ich die spezielle Biographie des Menschen kenne. Alles was einem als Kleinkind oder Schulkind Freude gemacht hat. Im Prinzip soll man die „Gschitln“ von den Klienten wissen. Ich selbst zum Beispiel bin ein Nachkriegskind. Für mich ist ein Schmalzbrot mit Zwiebeln ein Hit – da würde ich doch niemals Sushi essen. So etwas muss der/die PflegerIn wissen, denn sonst denkt er, ich verweigere das Essen und ich bekomme eine Magensonde.“

Auf die Frage ob denn Kuchenbacken mit den älteren Frauen der richtige Weg sei, gibt Erwin Böhm folgende Antwort:“ *Das ist etwas, was ich als sehr skeptisch ansehe. Viele Pflegerinnen und Pfleger meinen, alle Frauen lieben Kochen und müssen kochen. Doch es gibt so viele Frauen die nicht gern gekocht haben. Hier sieht man die Wichtigkeit die singuläre Biographie jedes Menschen zu erheben. Was hat dich gefreut und was hat dich nicht gefreut? Die Biographie muss spezifisch erhoben, nicht so global darübergestülpt*

*werden. Ich finde, dass nicht überall alle Frauen Blumen gießen müssen oder Bettlaken zusammenlegen. Man muss individueller auf die Person eingehen“ (Erwin Böhm in Youtube 2008).*

Böhm betont sehr oft, dass wir selbst kreativ und nicht nur der verlängerte Arm der Medizin sein sollen. Wir sollen aufzeigen, welche wichtige Arbeit die Pflege leisten kann und dies wäre ein wichtiger Schritt in Richtung Professionalisierung und Akademisierung der Pflege (Böhm 2004).

Naomi Feil, die Gründerin der Validation hat einen Ansatz geschaffen um mit alten, desorientierten Menschen zu kommunizieren.

Der Grundgedanke Naomi Feils war es, zu Beginn desorientierten Menschen zu helfen, der Realität ins Auge zu sehen und Kontaktmöglichkeiten in Gruppen zu schaffen. Jedoch wurde die Aussichtslosigkeit dieses Gedankens erkannt: Jede Person lebt in ihrer Welt und kann nur durch die Hilfe von Gefühlen und Erinnerungen stimuliert werden.

Die Bedeutung der Validation liegt darin, Gefühle anzuerkennen. Die wichtigste Strategie um in die Erlebniswelt der Desorientierten vorzudringen ist das Einfühlungsvermögen. Das sogenannte „in den Schuhen des anderen gehen.“ Dies schafft nicht nur Vertrauen, sondern auch Sicherheit, Stärke, Selbstwertgefühl und verringert Stress. Durch die grundlegende, einfühlsame Einstellung die man den alten, mangelhaft orientierten und desorientierten Menschen entgegenbringt, kann nicht nur das Verhalten der alten Menschen verstanden, sondern auch die Würde wiedergewonnen werden (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Naomi Feil im Interview mit Leben & Freund im Talk: *„Das wichtigste Prinzip der Validation ist es, dass man die Menschen anhören muss. Man kann mit ihnen nicht diskutieren. Wenn eine Frau sagt, sie muss zu ihrer Mutter, soll man sie nicht anlügen und zu ihr sagen, dass diese um die Ecke steht. Eher sollte man fragen, wie sieht ihre Mutter aus, was wollen sie zu ihrer Mutter sagen? Sie spricht mit ihrer Mama und sieht sie mit ihrem inneren Auge. Sie gehen zurück in die Vergangenheit, die ihnen sehr wichtig war, weil sie die Vergangenheit verarbeiten.“*

*EinE validierendeR AltenpflegerIn weiß, dass etwas passiert ist, man weiß zwar oft nicht was, aber die Frau hat dann das Gefühl, dass sie gehört wird.*

*Ich habe bereit 1963 angefangen mit desorientierten Menschen zu arbeiten. Ich habe entdeckt, dass die Menschen starke Emotionen haben, die sie ausschütten müssen. Wenn man Menschen anhört, verlieren sie an Intensität und fühlen sich wohler.*

*Wichtig ist, dass man nie diskutieren sollte, denn das ist ein Kampf. Oft werden Dinge als Symbole angesehen, als Symbole von früher. Und bevor sie sich auf die Reise begeben, müssen sie alles gut machen“ (Naomi Feil in Youtube 2013).*

## **1.1 Zieldefinition**

Das Ziel dieser Arbeit ist es Aufschluss über das psychobiographische Pflegemodell von Erwin Böhm und die Validationstechnik von Naomi Feil zu geben und die wichtigsten Punkte zu erläutern. Im Rahmen der Arbeit werden Böhm und Feil nicht nur in Vergleich gesetzt, sondern soweit als möglich auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt.

## **1.2 Fragestellung**

Auf folgende konkrete Forschungsfrage wird am Ende der Arbeit eine Antwort gegeben:

1. Welche Modelle gibt es um mit dementen Menschen im Alltag richtig umzugehen?
2. Welche Unterschiede der beiden Pflegekonzepte können aufgezeigt und in welchen Aspekten können Gemeinsamkeiten gefunden werden?

## **1.3 Methodisches Vorgehen**

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit mit induktivem Zugang. Mithilfe von Literatur sollen das psychobiographische Modell nach Erwin Böhm und die Validationstechnik nach Naomi Feil nicht nur erklärt, sondern auch miteinander in Vergleich gesetzt werden.

Dazu wurde eine Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken, wie *pubMed*, *Cinal* und *Ovid* mit ausgewählten Schlüsselbegriffen durchgeführt. Mit den Begriffen „*validation*“, „*dementia*“, „*Feil*“, „*Böhm*“, „*psycho biographical*“, „*care model*“, „*comparison*“ und den Operatoren OR und AND.

In weitere Folge wurde eine Suche nach Artikeln in pflegerelevanten Zeitschriften, wie *Pinternet*, *die Pflege und Pflegenetz* durchgeführt. Außerdem erfolgte eine Recherche mit

Hilfe der Suchmaschine Google und Google Buchsuche, um weitere relevante Literatur zu finden.

Stichwörter: validation, dementia, Feil, Böhm, psycho biographical, care model, comparison.

#### **1.4 Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit beginnt mit den Eckdaten und den wichtigsten Lebensabschnitten der beiden Entwickler Erwin Böhm und Naomi Feil, da diese für die Entwicklung maßgeblich sind. Weiters werden die wichtigen Begriffe wie Demenz, Psychobiographie, Thymopsyche und Noopsyche, aktivierende und reaktivierende Pflege sowie die Übergangspflege definiert, da diese Grundlage für das weitere Verständnis sind. In weiterer Folge werden die emotionalen Erreichbarkeits- und Interaktionsstufen Erwin Böhms erläutert. In Punkt fünf werden die wichtigsten Punkte der Biographieforschung nähergebracht. Punkt sechs beginnt mit dem Konzept der Validation von Naomi Feil, der zunächst einen kurzen Überblick über das Konzept der Validation schafft. In diesem Kapitel werden auch die Stadien der Desorientierung genannt und näher beschrieben. Überdies wird auch auf Validationstechniken und die Validationsgruppe eingegangen. Im nächsten Kapitel wird die Anwendung der individuellen Validation ausgelegt um so ein Verständnis für die Anwendung in der Praxis zu erhalten. Im Kapitel der kritischen Betrachtung werden die beiden Konzepte sowohl in Vergleich gesetzt, als auch Unterschiede aufgezeigt. Gleichzeitig werden die beiden Modelle von Feil und Böhm auch in der Praxis betrachtet und Forschungsergebnisse über das Modell von Naomi Feil nähergebracht. Im letzten Kapitel werden die gefundenen Ergebnisse diskutiert und zusammengefasst.

## **2 Eckdaten**

Da das Leben von Erwin Böhm und Naomi Feil auch Grundlage ihrer Modelle ist, empfinde ich es als wichtig, die wichtigsten Eckpunkte hier zu erwähnen. Dadurch können gewisse Sichtweisen auch besser verstanden, Rückschlüsse auf historische, kulturelle und soziale Kontexte der Theorien gezogen und Zusammenhänge erkannt werden.

### **2.1 Erwin Böhm**

Um einen kleinen Einblick in das Leben von Erwin Böhm und seine Grundlage des psychobiographischen Pflegemodells zu gewähren, werden ich die wichtigsten biographischen Daten hier anführen.

Erwin Böhm wurde am 16.05.1940 in Österreich geboren. 1963 beendete er die Ausbildung zum Krankenpfleger mit seinem Examen. Er arbeitete im Anschluss in verschiedenen Psychiatrien, v.a. im Bereich der Psychogeriatric. Bereits 7 Jahre später im Jahre 1970 schloss er eine Weiterbildung zum Unterrichtspfleger ab. Bereits in dieser Zeit erarbeitete Böhm die ersten Ansätze zur Entwicklung seines Modells. Im Jahre 1974 wurde er Oberpfleger im psychiatrischen Krankenhaus in Wien. Aufgrund seiner Position und seiner Tätigkeit war es möglich die Übergangspflege 1979 erstmals als Modellprojekt zu starten. Überdies war Böhm vom Jahr 1980 – 1982 Pflegedienstleiter der Abteilung „Übergangspflege“ beim Kuratorium für psychosoziale Dienste in Wien. Ein Jahr später entwickelt er die reaktivierende Pflege. Ab dem Jahr 1987 erforschte er die Urkommunikation. Seit 1994 ist Erwin Böhm als Fortbildungsbeauftragter des Österreichischen Krankenanstaltenverbundes tätig (Hausemer 2004).

2000 wird Erwin Böhm zum Professor ernannt, aufgrund seines Engagements in der Umstrukturierung und seiner Bemühungen um die Professionalisierung der Altenpflege. Ein Jahr später gründet er das Europäische Netzwerk für Psychobiographische Pflegeforschung mit dem Sitz in Bochum. Durch das Netzwerk soll seine Theorie verbreitet und in die Praxis umgesetzt werden. Überdies soll es auch als Praxisberatung, Unterstützung in der Übergangspflege und Beratung für Angehörige dienen.

Erst nach jahrelanger Forschungsarbeit und vielen Argumentationsgrundlagen war es möglich, dass das Modell auch anerkannt wurde (Hausemer 2004).

## 2.2 Naomi Feil

Naomi Feil ist die Begründerin der Validations-Methode. Geboren wurde sie 1932 in München, wuchs aber in Ohio auf, in dem von ihrem Vater geführten Montefiore Altersheim in Cleveland. Ihre Mutter leitete die Abteilung für Sozialarbeit. Feil erwarb ihren Master für Sozialarbeit an der Columbia Universität und studierte an der New School for Social Research, der Case Western Reserve Universität und der Universität von Michigan. Da Naomi Feil mit der traditionellen Arbeitsmethode mit desorientierten und alten Menschen nicht zufrieden war, entwickelte sie ab 1963 ihre eigene Methode, um älteren Menschen bei ihrer Desorientierung, die häufig verknüpft mit dem Alterungsprozess ist, zu helfen. Sie schrieb 1982 und 1993 zwei Bücher über das Verständnis und die Anwendung von Validation. 2010 erschien bereits die 6. Auflage ihres zweiten Buches „Validation in Anwendung und Beispielen.“ Sie verfasste nicht nur zahlreiche Artikel für Zeitschriften, sondern machte, gemeinsam mit ihrem Mann, auch Filme und Videos zum Thema Altern und Validation. Naomi Feil findet international Anerkennung für ihre Theorie und sie gilt als die begehrteste Ausbilderin auf diesem Gebiet.

Feil ist Direktorin des Validations Trainings Instituts in Cleveland, Ohio. Sie hält dreimal im Jahr Workshops in Deutschland, den Niederlanden, Skandinavien, Frankreich, Italien und Österreich. Am 20. November 2009 erhielt Naomi Feil den Wiener Alois Alzheimer Preis (Feil, Klerk-Rubin 2013).

### 3 Definition

In diesem Punkt definiere ich die wichtigsten Begriffe des biographischen Pflegemodells von Erwin Böhm, welche für das Verständnis von Bedeutung sind. Da sich das Modell vor allem mit dementen Menschen beschäftigt, ist die Definition von Demenz unumgänglich. Auch für das Modell von Naomi Feil ist die Definition von „Demenz“ wichtig. Neben diesem Wort werden auch die Begriffe Psychobiographie, aktivierende und reaktivierende Pflege und die Übergangspflege in den folgenden Punkten definiert. Diese hat Böhm in seinem Konzept aufgestellt und geprägt und sie sind deshalb von großer Bedeutung.

#### 3.1 Demenz

Laut ICD 10 wird Demenz folgendermaßen definiert: *„Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewußtsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“* (Krollner & Krollner 2016).

Der ICD-10 unterscheidet zwischen vier Demenz-Gruppen:

1. **Demenz bei Alzheimerkrankheit:** Ist eine primäre degenerative zerebrale Krankheit mit einem schleichenden Beginn, die sich langsam aber stetig über mehrere Jahre entwickelt.
2. **Vaskuläre Demenz:** Ist das Ergebnis eines Infarktgeschehens im Gehirn als Folge einer vaskulären Krankheit.
3. **Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen:** Die Form der Demenz hat eine andere Form der Ursache als die Alzheimerkrankheit und ein ischämisches Geschehen im Gehirn. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, wobei sie in älteren Jahren eher selten auftritt.
4. **Sonstige Demenz:** Hierzu zählen Psychosen, Depressionen und Delir mit akuten und chronischen Verwirrheitszuständen (Fellner 2016).

Etwa 100.000 ÖsterreicherInnen leiden an einer dementiellen Erkrankung. 2050 soll die Zahl lt. der Alzheimergesellschaft auf etwa 230.000 ansteigen. In Österreich werden mehrere Milliarden Euro für die Versorgung von Demenzkranken ausgegeben (Österr. Alzheimergesellschaft, o.J.).

Die Zahl an demenzerkrankten PatientInnen steigt, und gerade deshalb ist es wichtig, sich in unserer heutigen Gesellschaft mit dem Thema auseinanderzusetzen. Wir Pflegekräfte sollten in der Lage sein, eine professionelle Altenbetreuung anbieten und leisten zu können.

### **3.2 Psychobiographie**

Durch professionelle Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen sollen biographische Daten und Informationen erhoben werden. Hier geht es nicht nur um eine reine Erhebung von Daten, sondern vielmehr darum, Bewältigungsstrategien, sogenannte Copings, die der/die Demenzerkrankte im Laufe seines Lebens entwickelt hat, herauszufinden. Beispielsweise „Welche existentiellen Ereignisse prägten das Leben des/der Betroffenen?“, „Wie ist diese aufgewachsen?“. Besonders jene Ereignisse und Copings die die Kindheit, die Jugendzeit und die Zeit als jungeR ErwachseneR betreffen. Die ersten 25 Lebensjahre eines Menschen werden von Böhm als Prägungszeit bezeichnet. Im Rahmen des Gespräches sollte es sich nicht nur um eine reine Datenerhebung handeln, es soll auch das Kennenlernen und Vertrauen gefördert werden. Mit einem Gespräch können nicht alle wichtigen Informationen erhoben werden, dies ist ein Ergebnis aus mehreren weiteren Gesprächen (Böhm 1994).

Meinem Verständnis nach legt die psychobiographische Analyse den Grundstein in der Beziehung und Interaktion zwischen Dementen und der Pflegeperson. Gerade aus diesem Grund hat diese einen sehr hohen Stellenwert im Konzept von Böhm und auch deshalb in der Arbeit mit dementen BewohnerInnen und PatientInnen. In Folge der Erkrankungen kommt es nicht nur zu einem Verlust von kognitiven Fähigkeiten, sondern auch zu einem Zurückschreiten des/der Erkrankten in vergangene Zeiten, v.a. die Prägungszeit, dessen Ereignisse von besonderer Bedeutung sind. Setzt sich die Pflegeperson mit der Biographie des/der Dementen auseinander, kann in Situationen entsprechend gehandelt und auf das Erleben des/der Erkrankten eingegangen und so im Sinne der Aktivierung und Reaktivierung gefördert werden.

### **3.3 Thymopsyche vs. Noopsyche**

Durch den zunehmenden Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit des/der Demenzerkrankten und dem Erhalt des Bewusstseins, werden Elemente des Erlebens und Empfindens bedeutender. Für Böhm ist die menschliche Psyche in zwei Bereiche geteilt: die „Welt der Dinge“, die sogenannte Noopsyche und die „Welt der Gefühle“, die Thymopsyche. Das Leben des Menschen befindet sich in einer Kombination aus der thymopsychischen Empfindung und der noopsychischen Reaktion, aus welchen sich die Copings ergeben. Durch das Fortschreiten der Erkrankung gehen immer mehr noopsychische Anteile verloren und die gefühlsmäßige Empfindung gewinnt an Bedeutung. Wie Kinder, die sich vom thymopsychischen Gefühlswesen durch die Ausprägung und Entwicklung vom Über-Ich zum Ich entwickeln, entwickelt sich auch der/die Demente durch den Verlust der kognitiven Leistungen zurück zu den Grundtrieben und Bedürfnissen. Hier sind alte Rituale für den/die Dementen von größter Bedeutung. Findet er/sie diese nicht, kann es zu Angstsymptomen wie Schreien, Weinen und Aggression kommen (Böhm 2009).

#### **Thymopsyche**

Laut Böhm ist die Thymopsyche jener Anteil der Seele, die größtenteils mit den Gefühlen zu tun hat. Gerade dieser Teil der Psyche ist Schwerpunkt bei der Anwendung des psychobiographischen Modells (Böhm 2009).

#### **Noopsyche**

Für Böhm ist dies der rationale, kognitive Anteil unserer Seele, sprich alle Gedächtnisleistungen (Böhm 2009).

### **3.4 Aktivierende und reaktivierende Pflege lt. Böhm**

Böhm versteht unter Aktivierung jene Pflegeimpulse, *„die einen noch geistigen mobilen Menschen nicht hindern sollten, das zu tun, was er tun will (oder noch kann), auch dann, wenn es länger dauert als mit unserer Hilfe“* (Böhm 2009, S.256).

Der wesentliche Punkt ist es, Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Um festzustellen, ob ein Mensch noch aktiviert werden kann, ist viel Fingerspitzengefühl der Pflegeperson notwendig. Anhand der Interaktionsstufen, die im Folgenden noch näher erläutert werden, kann

eingeschätzt werden, wie fortgeschritten die Erkrankung des Einzelnen ist. Ist es nicht mehr möglich, einen Menschen zu aktivieren, dient die Reaktivierung zur Förderung der Ressourcen, mit dem Ziel diese bestmöglich aufrecht zu erhalten.

Unter Reaktivierung versteht Böhm ein gezieltes Wiedereinsetzen von alten Motiven, Trieben, Copings zur Aktivierung um die Klienten wieder psychisch mobilisieren zu können.

Die Reaktivierende Pflege nach Böhm beruht nicht auf aktivierenden Pflegemethoden, mit dem ideologischen Fokus „weil es so war, soll es wieder sein“. Vor jeglicher somatischen Mobilisations-, Aktivierungs- und Förderungspflege steht die Reanimation der Seele. Bei der Reaktivierenden Pflege geht es um die Wiederbelebung der Seele auf der Grundlage der Psychobiographie. *„Zuerst muss die Seele wiederbelebt werden, dann erst die Beine“* (Böhm 2009, S. 274). Hat ein Mensch keine psychische Anregung, hat er auch keinen Grund sich zu bewegen und aufzustehen. Deshalb muss laut Böhm zuerst die Seele reaktiviert werden, damit der/die Betroffene einen Grund hat aufzustehen und zu leben. Diese Reaktivierende Pflege kann nur nach Interpretation der Biographie erfolgen.

Je nach emotionaler Erreichbarkeit, die in sieben Erreichbarkeitsstufen unterteilt wird und den dementiellen Abbaustufen der WHO entspricht, kann die Reaktivierung erfolgen (Böhm 2009).

### **3.5 Übergangspflege**

Konnte der/ die PatientIn reaktiviert werden, wird im nächsten Schritt versucht, die Erkrankten wieder in ihre häusliche Umgebung einzugliedern. Diese Reintegration erfolgt im Rahmen der sogenannten Übergangspflege, die von eigenen Übergangspflegepersonen durchgeführt wird und auch mit einer psychosozialen Nachbetreuung zusammenhängt.

Bei der Übergangspflege handelt es sich um eine psychische (seelische) Pflegeform, die psychische Symptome durch das Wiedereingliedern in das Milieu erforscht und diese bessern soll. Aber auch Lebensantriebe sollen mit Hilfe des differentialdiagnostischen Ausgangs geweckt oder wiedererweckt werden (Böhm 2009.)

## 4 Emotionale Erreichbarkeits- und Interaktionsstufen

### Interaktionsstufe 1: Tertiäre Sozialisation

Der Sozialisationsprozess ist ein Prozess der von Geburt an natürlich voranschreitet und dabei bestimmte Entwicklungsstufen durchläuft. Unter Sozialisation versteht Böhm auch das lebenslange Lernen, das Erlernen von Normen und Werten um sich der Gesellschaft und Kultur anzupassen.

Er unterscheidet drei Sozialisationen, die im Folgenden definiert werden:

- **Primäre Sozialisation**

Diese erfolgt durch die Familie, das Milieu und die nähere Umgebung. Hier werden historisch entstandene, veränderbare Werte und Normen weitergegeben, die auf ökonomischen, kulturellen und religiösen Wurzeln basieren.

- **Sekundäre Sozialisation**

Die sekundäre Sozialisation findet im Rahmen von Kindergarten, Schule oder durch gleichaltrige Freunde, die sogenannten Pears, statt.

- **Tertiäre Sozialisation**

Die dritte Ebene findet durch Arbeitskollegen, Vorgesetzte etc. statt.

Um alten Menschen Sozialisation wieder anbieten zu können, müssen wir ihr psychisches Gleichgewicht wiederherstellen. Vor allem die Sozialisation und die Prägung hängen sehr mit den Reaktionen bzw. den Copings zusammen. Deshalb ist es so wichtig, Copingstrategien Älterer zu erkennen, um entsprechend handeln zu können.

In der Interaktionsstufe I befinden sich Menschen, bei denen es möglich ist, ein kognitives Gespräch zu führen, dieses zuzulassen und somit eine aktivierende Pflege möglich zu machen (Böhm 2009). Betagte befinden sich hier auf der Ebene eines Erwachsenen und Gespräche sind gut möglich (Matolycz 2011). Wie bereits Watzlawik gesagt hat, findet Kommunikation immer auf mehreren Ebenen statt, nämlich der Inhalts- und Bezugsebene. Und viele Menschen haben ihre Bezugs- und Inhaltsebene nach einem eigenen Coping zugeschnitten (Böhm 2009).

## **Interaktionsstufe 2: Mutterwitz**

Ist es nicht möglich, KlientInnen auf der oberen Stufe zu erreichen, besteht die Möglichkeit, Kontakt durch die tiefere Ebene herzustellen. Unter Mutterwitz kann auch der „Schmäh“ oder „Gag“ verstanden werden, der in früheren Zeiten vor allem der fröhlichen und lachenden Frau zugeschrieben wurde.

Aufgrund dieser Annahme, können wir daraus folgern, dass wir vom Vater den Ernst des Lebens, das rationale Denken, erlernen und von der Mutter die emotionalen Anteile erwerben (Böhm 2009).

Das folgende Zitat spiegelt die Wichtigkeit von Humor und Lachen bereits in früheren Kriegszeiten wider. *„Lachen und Lächeln sind Tor und Pforte, durch die viel Gutes in den Menschen hineinhuschen kann“* (Zitat v. Christian Morgenstern in Böhm 2009, S. 186).

Böhm versteht unter dem Mutterwitz eine Art angeborenen Humor. Das zentrale Element in dieser Interaktionsstufe ist das „Sprechen, wie einem der Schnabel gewachsen ist“. Menschen, die sich in dieser Interaktionsstufe befinden sprechen so und auch das Pflegepersonal kann auf diese Weise die KlientInnen erreichen. Ist das Ganze nur eine kontrollierte Rede und nicht der spontane Ausdruck, kann es schnell unglaubwürdig wirken.

In diesen ersten beiden Phasen ist die Aktivierung von Betroffenen noch möglich, da das gesprochene Wort noch verstanden wird (Böhm 2009). In dieser zweiten Phase befindet sich der/die Betagte im jugendlichen Alter, wo er/sie durch Humor und Witze gut erreichbar ist (Matolycz 2011).

## **Interaktionsstufe 3: seelische, soziale Grundbedürfnisse**

In dieser Interaktionsstufe ist es laut Böhm nicht mehr möglich, den Menschen mit aktivierender Pflege zu betreuen. Er kann nur noch mittels reaktivierender Pflege seelisch wiederbelebt werden.

Die Stufe drei steht für Bedürfnisse, diese sind das Gefühl des Begehrens. Da Bedürfnisse ein suchendes Verhalten erzeugen, können sie auch als Motivation verwendet werden. Es werden primäre Bedürfnisse und sekundäre unterschieden. Zu den primären gehören Hunger, Durst, Schlaf, also diese, die in der Pflege als die Aktivitäten des alltäglichen Lebens erfasst werden. Die sekundären oder reaktiven Bedürfnisse beziehen sich auf eine erlernte Situation, auf das

„Daheim-Gefühl“. Man kann das Bedürfnis nach Schlaf haben, schläft aber nur wirklich dann, wenn die sekundären Bedürfnisse befriedigt sind (Böhm 2009).

In dieser Phase, in der die Bedürfnisse des/der Betagten eine so große Rolle spielen, geht es darum, ihn/sie auf der nächsttiefer liegenden Ebene zu erreichen: Was war ihm ein tiefes soziales und seelisches Bedürfnis? Diese Frage lässt sich nur anhand der Biographie beantworten (Matolycz 2011).

#### **Interaktionsstufe 4: Prägung**

Durch Prägung können Verhaltensweisen in einer ganz besonderen Form erklärt werden, da sie auch ein Mittelding zwischen psychoanalytischen und lerntheoretischen Erklärungsversuchen darstellt. Hat Prägung einmal stattgefunden, ist sie irreversibel.

Für Böhm ist die Prägung ins Volkssprachliche übersetzt, tief verwurzelt, ratifiziert und unabänderbar. Sie spiegelt unsere Anwandlungen, Eigenarten und Rituale wider oder unsere prägenden Ereignisse und Erlebnisse in der Kindheit.

Alles was tief verwurzelt ist, zu der Biographie des/der Betagten gehört, kann Grundlage für die Betreuung sein. Anhand dessen soll ihm/ihr das Gefühl von Vertrautheit und Sicherheit vermittelt werden (Matolycz 2011).

Böhm definiert sie als *„erlernte, sich wiederholende, eingespielte Verhaltensnormen, die unser Gehirn wie eine Plakatwand austapezieren. Sie sind generationsunterschiedlich. Sie sind in unserem Ich und Über-Ich verankert. Geprägtes ist nicht anpassbar. Es sind Rituale, die uns Sicherheit geben“* (Böhm 2009, S. 188).

#### **Interaktionsstufe 5: höhere Antriebe**

Triebe, Triebwünsche, Tagträume und Phantasien sind die Kräfte, die uns am stärksten bewegen. Laut Böhm 2009, S. 189 sind *„Triebe angeborene, auf etwas Bestimmtes gerichtete Antriebserlebnisse.“*

K. Schneider (1972) unterscheidet folgendes:

- 1) Allgemeine Triebhaftigkeit alles Erlebten
- 2) Leibliche Triebe wie Nahrung, Geschlechtstrieb oder sich auszuruhen oder zu bewegen

- 3) Seelische Triebe beinhalten das Streben nach Macht, Geltung, Einfluss, Schönheit, Pflicht und Demut

In dieser 5. Interaktionsstufe geht es um die Erfüllung bzw. um die Reaktivierung dieser seelischen Triebe (Böhm 2009).

### **Interaktionsstufe 6: Intuition**

*„Intuition ist die Fähigkeit, sich in Menschen und Situationen hineinzusetzen, diese in ihrer Gesamtheit zu erfassen und entsprechend zu reagieren“* (Böhm 2009, S. 189). Auf dieser Interaktionsstufe meint Böhm, dass der Demente zwar sein rationales und analytisches Denken verloren hat, jedoch nicht seine Fähigkeit, eine Situation intuitiv zu erfassen und darauf zu reagieren. Der alte Mensch erlebt seine Umwelt intuitiv, kann sie aber nicht mehr reflektieren.

Vor allem Laien können Menschen in der sechsten Interaktionsstufe gut erreichen und bewirken oft am meisten. In dieser Stufe sind Demente nicht nur als verwirrt zu bezeichnen, sondern man sollte ihnen einfach nur mehr Intuition zugestehen (Böhm 2009). Märchen, Mythen, Aberglaube der frühen Kindheit spielen hier eine große Rolle. Diese sollen eingesetzt werden, um die Betagten zu erreichen (Matolycz 2011).

### **Interaktionsstufe 7: Urkommunikation**

Böhm geht davon aus, dass die siebte Stufe, die letzte der Interaktionsstufen ist. In dieser Phase benötigt der Mensch ein besonders hohes Maß an psychosozialer Betreuung und Zuwendung, soweit es möglich ist, immer anhand der Biographie (Böhm 2009). In dieser letzten Phase ist der/die Betagte auf der Interaktionsstufe eines Säuglings zu erreichen (Matolycz 2011).

EinE BetagteR kann nur in den ersten beiden Erreichbarkeitsstufen aktiviert werden. Ab der dritten Stufe setzt die Reaktivierung ein. Pflegende sollten sich mit der Biographie des/der KlientIn auseinandersetzen und sich bewusst sein, in welcher Interaktionsstufe er sich gerade befindet. Je nach Stufe sollte entsprechend kommuniziert und interagiert werden, es sollen passende Reize und Pflegeimpulse gesetzt werden, um die Emotionen des/der Betroffenen anzusprechen (Matolycz 2011).

## 5 Biographieforschung

Die Grundlage des Modells ist symbolisch mit einem biographischen Lebensbaum zu erklären. Der Baum soll alle Wurzeln der Seele widerspiegeln, sprich das Säen, Pflanzen, Wachsen, Entwickeln aber auch das natürliche Stadium des Vergehens und Verblühens. Auf die Idee des Baumes ist Böhm durch seineR KlientIn gekommen, da ihn manche an eine kräftige Eiche erinnern, manche wiederum an einen Strauch. Vor allem Betagte in hohem Alter benehmen sich oft wie ein ausgewachsener Baum, mit all seinen Verkrümmungen, Eigenarten und kaum merklichen Veränderungen. Der Mensch gleicht einem Baum, der mit seinem Stamm und seinen Ästen eine feste Gestalt angenommen hat. Der Mensch in jungen Jahren ist wie ein junger Baum, bei dem man sein Wachstum nur vermuten kann. Im Alter ist der Charakter ausgeprägter und die Neigungen des Menschen, ob gut oder böse, sind zu seiner Natur geworden.

Wie ein Baum wächst auch der Mensch aus einem bestimmten Boden – einem Milieu, einer Familie. Er richtet sich je nach seiner Umgebung die ihn beeinflusst und geht bei Änderungen seines Lebensraumes ein.

Auch der Mensch hat wie ein Baum Wurzeln, einen Stamm und sich verzweigende Äste. Folgende drei Bestandteile werden im Weiteren genauer definiert und erklärt (Böhm 2004).

### 5.1 Die Wurzeln

Hier meint Böhm die Saat und die ersten Jahre des Wachstums. Auch in der Menschenseele sind Wurzeln erkennbar. Diese begleiten uns ein Leben lang und können weder abgestritten noch verleugnet werden. Aus den Wurzeln ziehen wir Nährstoffe des Mitgebrachten, des Vererbten aber auch des Antriebes die wir brauchen.

Dazu zählen:

- genetisch ererbtes Material
- Antrieb
- Intuition

- Familie und Familienkonstellation
- Milieuprägungen
  - Erziehung
  - Aus einem gesunden oder kranken Daheim-Gefühl
- Die Art und Weise, das Leben zu betrachten (Böhm 2004).

In der nachfolgenden Abbildung sind die Wurzeln unseres Lebensbaumes grafisch dargestellt.

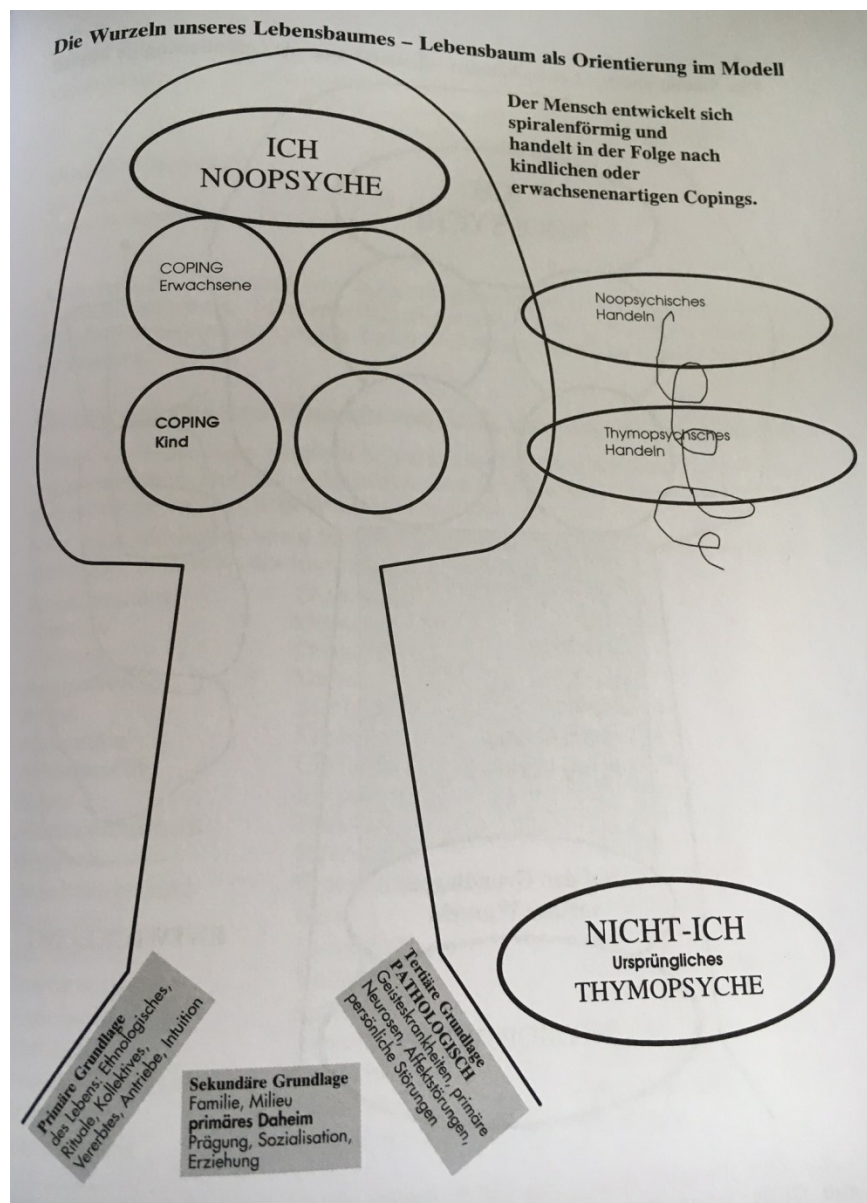


Abbildung 1: Die Wurzeln unseres Lebensbaumes (Böhm 2004)

## 5.2 Der Stamm

Mit dem Stamm eines Baumes assoziiert Böhm den Charakter eines Menschen. Die Gesamtheit aller Handlungen, Einstellungen, Strebungen, Gesinnungen und Handlungsweisen, die das Besondere eines Individuums ausmachen (Böhm 2004).

Die folgende Abbildung zeigt eine grafische Darstellung des Stammes. Auf den Grundlagen der Wurzeln entsteht mein Stamm – die Persönlichkeitsentwicklung. Die Entwicklung verläuft spiralförmig.

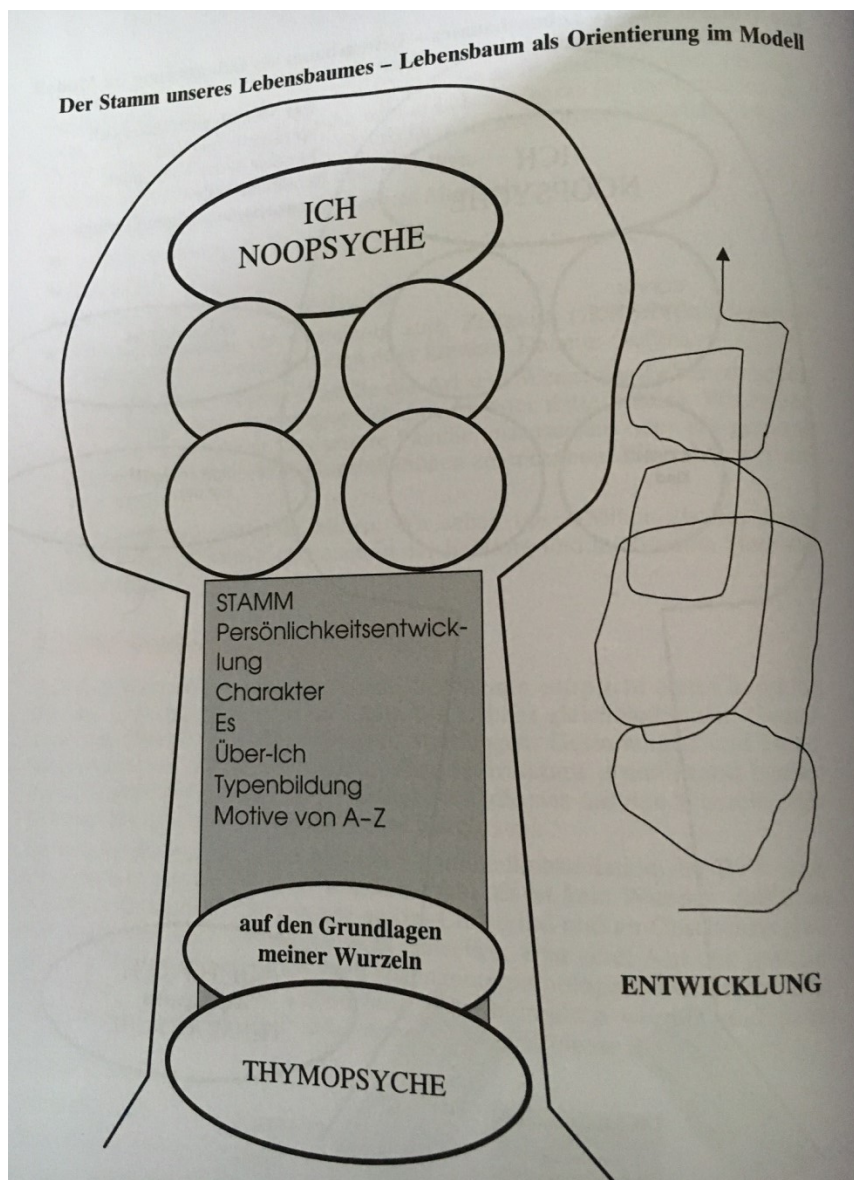


Abbildung 2: Der Stamm unseres Lebensbaumes (Böhm 2004)

### 5.3 Die Äste

Unsere Äste spiegeln das Verhalten und das Handeln wider, welche in zwei Betrachtungsebenen zusammengefasst werden können:

- a) Lerntheoretische Betrachtungsweise – wie die klassische Konditionierung nach Pawlow, behavioristisch-assoziationspsychologische Theorie
- b) Böhmsche Betrachtungsweise

Hier geht es vor allem um den Begriff Coping, der generell als Beziehungs-, Begegnungs- und Auseinandersetzungsmöglichkeit, Bewältigungsversuch (des Lebens), aber auch Bewältigung von Überforderung und Unterforderung zu verstehen ist (Böhm 2004, S. 141). In der Pflege soll der Begriff laut Böhm um die Bedeutung als „Lebensbewältigungsmechanismus“ erweitert werden.

Für ihn ist das Coping ein erlerntes Lebensmuster und dieses wird oft ein Leben lang in gleicher Weise wiederholt (Böhm 2004).

### 5.4 Copings

Böhm stellt die These auf, dass uns die Copings, die wir in den früheren Jahren unseres Lebens erlernen, ein Leben lang begleiten und unwiderruflich zu uns gehören. Aufgrund dessen, dass diese so tief in uns stecken und einen entscheidenden Teil unserer Prägung ausmachen, verleihen sie dem Menschen Sicherheit, vor allem dann, wenn sie sich aufgrund ihrer Demenzerkrankung in der heutigen Welt nicht mehr zurechtfinden. *„In der Demenz sucht man immerhin die Freunde von gestern“* (Böhm 2004, S.145). Durch das Zurückversetzen der Kranken in ihre Kindheit erlangen sie Sicherheit und somit werden die Copings zum Selbstschutzmechanismus (Böhm 2004).

## 6 Validation nach Naomi Feil

### 6.1 Erklärung

Der Grundgedanke Naomi Feils war zu Beginn desorientierten Menschen zu helfen, der Realität ins Auge zu sehen und Kontaktmöglichkeiten in Gruppen zu schaffen. Jedoch wurde die Aussichtslosigkeit dieses Gedankens erkannt: Jede Person lebt in ihrer Welt und kann nur durch die Hilfe von Gefühlen und Erinnerungen stimuliert werden.

Die Bedeutung der Validation liegt darin, Gefühle anzuerkennen. Die wichtigste Strategie um in die Erlebniswelt des Desorientierten vorzudringen ist das Einfühlungsvermögen. Das sogenannte „in den Schuhen des anderen gehen.“ Dies schafft nicht nur Vertrauen, sondern auch Sicherheit, Stärke, Selbstwertgefühl und verringert Stress. Durch die grundlegende, einfühlsame Einstellung die man den alten, mangelhaft orientierten und desorientierten Menschen entgegenbringt, kann nicht nur das Verhalten der alten Menschen verstanden sondern auch die Würde wiedergewonnen werden.

Wem kann die Validation helfen? Es sind desorientierte Menschen, die 80 Jahre und älter sind, keine psychiatrische Vorgeschichte haben und bei denen Desorientierung keine Folge einer körperlichen Krankheit ist (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Verluste und die Unfähigkeit mit diesen umzugehen können als Ursache der Desorientierung angesehen werden.

**Körperliche Verluste:** Hirnschädigungen sowie Beeinträchtigungen der verschiedenen Sinne. Oft können es auch Einschränkungen der Beweglichkeit sein.

**Psychische Verluste:** Lebenslanges Verleugnen von ernsthaften Krisen und das gewollte Bearbeiten von Krisen und unerledigten Lebensaufgaben. Das Kurzzeitgedächtnis wird durch das Langzeitgedächtnis ersetzt.

**Soziale Verluste:** Verringerung und Verlust des sozialen Status, sowie von sozialen Rollen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

## 6.2 Stadien der Desorientierung

Naomi Feil teilt die Stadien der Desorientierung in vier verschiedene Phasen auf. Jede Phase wird durch physische und psychische Charakteristika bestimmt. Sie spiegeln den weiteren Rückzug aus der Realität wider, wobei dies kein starrer Verlauf ist, der auf jede Person angewendet werden kann. Manche können innerhalb von ein paar Minuten von einer in die nächste Phase springen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

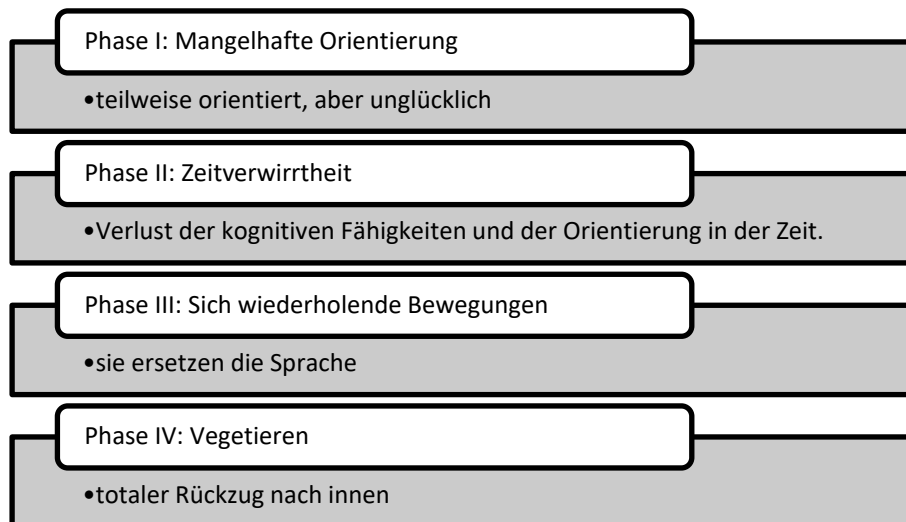


Abbildung 3: Vier Phasen der Desorientierung

Damit wir alte Menschen in diesen vier Phasen verstehen, müssen wir zuerst ihre Symbole verstehen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### 6.2.1 Symbolsprache

Ein Symbol ist ein Gegenstand oder eine Person der Gegenwart, welcher bzw. welche einen wichtigen Gegenstand oder eine Person aus der Vergangenheit widerspiegelt. Auch in unserem Leben benutzen wir Symbole, wie etwa in Träumen, in der Poesie oder der Kunst.

Symbole spielen auch bei mangelhaft orientierten und desorientierten Menschen eine große Rolle, da diese Objekte und Personen der Gegenwart dazu verwenden, um frühere Empfindungen auszulösen. Für solche Menschen ist es schwer, zwischen Symbolen und der Realität zu unterscheiden.

Symbole können auch für abstrakte Konzepte wie Liebe, Identität, Sicherheit, Tod uvm. stehen. Sie helfen verwirrten, sehr alten Menschen, sich selbst auf eine Art und Weise zu

heilen. Vor allem wenn die Außenwelt durch ein schlechteres Hör-, Seh- und Tastvermögen trüb wird, erleichtern Gegenstände und Personen der Gegenwart, solche der Vergangenheit zu ersetzen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### **6.2.2 Phase I: Mangelhafte Orientierung**

In dieser Phase äußern mangelhaft orientierte Personen Konflikte aus der Vergangenheit in verkleideter Form. Gefühle werden in dieser Phase verleugnet, Blickkontakt und Berührungen werden oftmals zurückgewiesen. Von Wichtigkeit scheinen die Sprache, der Verstand und das rationale Denken. Kognitiv sind Personen in dieser Phase noch nicht eingeschränkt, sie sind sowohl örtlich als auch zeitlich und zu ihrer Person orientiert. Sie fühlen sich bei Gedächtnis- und Erinnerungslücken beschämt und versuchen diese zu leugnen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### **6.2.3 Phase II: Zeitverwirrtheit**

Körperlicher und sozialer Verlust sowie das zunehmende Schwinden der kognitiven Fähigkeit lassen den Rückzug weiter fortschreiten. Personen in dieser Phase leugnen die Verluste nicht mehr. Zeitliche Einheiten können nicht mehr unterschieden werden. Zeitverwirrte Menschen verlieren die Selbstkontrolle, das Kommunikationsvermögen, die Fähigkeit zu sozialem Verhalten (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### **6.2.4 Phase III: Sich wiederholende Bewegungen**

Wird eine Person in der Phase II nicht validiert und kann sich mitteilen, zieht sie sich in Bewegungen und Klänge zurück. Körperteile werden zu Symbolen, Bewegungen sollen Worte ersetzen. Lebenslang eingesperrte Gefühle brechen heraus, die Sprache wird unverständlich. Das Bewusstsein der schmerzlichen Realität führt zu einem weiteren Rückzug in die Vergangenheit. Medikamente und Zwangsmittel können dies zusätzlich verstärken (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### **6.2.5 Phase IV: Vegetieren**

In der letzten Phase verschließt sich der Mensch völlig von seiner Außenwelt. Menschen in dieser Phase benötigen viel Anerkennung, Berührung und Fürsorge. Sie liegen oft in der

Embrionalstellung, haben die Augen geschlossen und bewegen sich kaum (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### **6.3 Ziel**

Ziel der Validation ist es dazu beizutragen, dass ältere Personen möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung bleiben können. Das Selbstwertgefühl soll wiederhergestellt und Stress reduziert werden. Die Validation löst auch unausgetragene Konflikte der Vergangenheit. Es kommt zu einer Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation und so auch zu einem leichteren Kommunizieren zwischen Pflegeperson und BewohnerIn. Der Rückzug desorientierter Menschen in das Vegetieren wird verhindert, das Gehvermögen und das körperliche Wohlbefinden verbessert. Überdies ist die Validation eine Grundlage zur Erleichterung der Kommunikation von Familien und den desorientierten Angehörigen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### **6.4 Techniken**

Es gibt drei Schritte die zur Anwendung von Validation hilfreich sein können. Der erste Schritt ist das Sammeln von Informationen. Informationen über die Person, über deren Vergangenheit, die gegenwärtige Situation und Zukunftsperspektiven. Im zweiten Schritt wird die Phase der Aufarbeitung bestimmt, durch das Beobachten körperlicher Charakteristika und verbaler Geschichten. Der dritte und wichtigste Schritt ist es, die Person regelmäßig zu besuchen, Validationstechniken anzuwenden und die gemeinsamen Veränderungen zu dokumentieren (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Es gibt viele Techniken die im Rahmen der Validation angewendet werden können. Manche sind phasenspezifisch anzuwenden, andere hingegen können in jeder Phase zur Anwendung kommen. Die wichtigsten Techniken werden in der folgenden Tabelle aufgelistet und den entsprechenden Stadien zugeteilt:

<b>Bezeichnung der Technik</b>	<b>Stadium</b>
1. Sich selbst zentrieren	1,2,3,4
2. Mit nicht wertenden Worten Tatsachen erfragen? (Wer? Wo? Was? Wie?)	1,2,3*
3. Umformulieren in wiederholten Schlüsselwörtern	1, 2, 3**
4. Erkennen des bevorzugten Sinnesorgans und Kommunikation durch diesen Kanal	1,2,3
5. Polaritäten nutzen durch das Erfragen des Extrems	1,2,3
6. Das Gegenteil vorstellbar machen	1,2,3
7. Erinnern erfolgreicher Problemlösungsstrategien (Coping) fördern (immer? nie?)	1,2,3
8. Ehrlichen, direkten und engen Augenkontakt aufnehmen und halten	(1),2,3,4
9. Mit unbestimmten Fürwörtern Mehrdeutigkeiten (mehreren Lösungsmöglichkeiten) Raum geben, vor allem bei unverständlichen Aussagen	2,3
10. Mit klarer, sanfter und liebevoller Stimme langsam sprechen	1,2,3,4
11. Spiegeln (Bewegung, Stimme, Haltung, Mimik, Atem)	(1) ***,2,3, (4)
12. Verbinden des beobachteten Verhaltens mit jenem menschlichen Grundbedürfnis, das nicht erfüllt ist	1,2,3, (4)
13. Gezieltes Berühren	2,3,4
14. Einsatz von Gesang, Tanz und Musik	(1),2,3,4

**Abbildung 4:** Die 14 in der Validation zur Anwendung gebrachten Techniken und ihr stadienspezifischer Einsatz (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

\* Im Stadium 3 sind nur noch „WIE“-Fragen möglich

\*\* Im Stadium 3 macht es keinen Sinn zu reformulieren, wohl aber die Schlüsselwörter zu wiederholen.

\*\*\* Im Stadium I ist das Spiegeln von Bewegungen kontraindiziert. Die Emotionen können gespiegelt werden, allerdings abgeschwächt.

Manche der oben aufgezählten Techniken möchte ich im Folgenden noch genauer erläutern:

- **Fragen** wie „wer, was, wo, wann, wie“ können Fakten herausfinden aber Gefühle vermeiden. Es darf nie nach „warum“ gefragt werden, denn mangelhaft Orientierte können darauf keine Antwort geben.
- **Umformulieren:** Hier werden Kernaussagen wiederholt und Schlüsselwörter, die eine besondere Bedeutung für den/die Betroffenen haben, wiederverwendet.
- **Polarität:** nach den Extremen fragen, wie z.B. „Nehmen sie alles?“.
- **Erinnern:** Erkundung der Vergangenheit tut nicht nur der Seele gut, sondern schafft auch Beziehung. Gefühle können ausgedrückt und Vertrauen kann aufgebaut werden.
- **Verankerte Berührungen:** fürsorglicher und intensiver Körperkontakt reaktiviert schlafende Nervenzellen. Verankerte Berührungen finden vor allem an Körperstellen statt, die mit Gefühlen und Erinnerungen aus Vergangenen assoziiert werden, wie z.B. das Gesicht.
- **Spiegeln:** Das Nachahmen der Körperbewegung soll es dem Menschen möglich machen, sein Verhalten zu begreifen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

## 6.5 Validationsgruppen

Voraussetzung für eine Gruppenarbeit ist es, dass einander vertraut wird. Im Rahmen der Validationsgruppen sollen Gefühle ausgedrückt, verbal und nonverbal kommuniziert, Selbstwertgefühl gewonnen und allgemeine Probleme gelöst werden. Ziel einer solchen Validationsgruppe ist die Stimulation von Energie, sozialen Rollen, Identität, Interaktion, verbalem Verhalten, sozialer Kontrolle, Wohlbehagen und Glück (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Eine solche Gruppe funktioniert gut mit Personen aus den Phasen I und II, denn in allen weiteren Phasen würde die Energie und Konzentrationsfähigkeit für Gespräche unter vier Augen zu wenig sein. Mangelhaft orientierte Personen, die Angst vor Gefühlen haben und sich ihre Verluste nicht eingestehen können, sollten nicht an solchen Gruppen teilhaben. Die Suche nach der geeigneten Validationsgruppe bzw. das Auswählen der TeilnehmerInnen läuft in sieben Schritten ab:

- Schritt 1: Kennenlernen
- Schritt 2: Auswahl der Mitglieder

- Schritt 3: Finden Sie für jedes Mitglied eine Rolle
- Schritt 4: Beziehen Sie das gesamte Personal mit ein
- Schritt 5: Musik, Gespräch, Bewegung, Essen
- Schritt 6: Vorbereiten des Treffens
- Schritt 7: Das Treffen

(Feil, de Klerk-Rubin 2013).

## 7 Anwendung individueller Validation

Hier sind drei Schritte zu nennen, die ich im Folgenden näher erläutern will.

### 7.1 Schritt 1: Sammeln von Informationen

Um Validation richtig zu praktizieren, müssen die AnwenderInnen einiges über die Person gegenüber wissen. Die wichtigsten Punkte die sie kennen sollten sind die Vergangenheit, die gegenwärtige Situation und ihre Zukunftsperspektiven. Durch diese Daten verschaffen sich die AnwenderInnen ein Grundwissen, das sie auch brauchen um Fortschritte zu erkennen. Folgende Aufzählung zeigt Daten, die für die Validation im Schritt 1 wichtig sind:

- Unvollendete Lebensaufgaben, unterdrückte Emotionen
- Unerfüllte grundlegende menschliche Bedürfnisse
- Frühere Beziehungen (Familie, Freunde, Tod von wichtigen Personen)
- Beruf und Hobbys
- Bedeutung, die die Religion hat
- Verhalten in Krisensituationen
- Medizinische Anamnese

Um solche Informationen zu erhalten, gibt es drei Möglichkeiten: der mündliche Bericht, durch Beobachten der körperlichen Charakteristika und das Befragen von Angehörigen. Da sich alte, mangelhaft orientierte und desorientierte Menschen über den Tag verändern, sollten die Informationen über zwei Wochen gesammelt werden. In dieser Zeit sollte der/die KlientIn auch zu verschiedenen Tageszeiten beobachtet werden. Durch das Vertraut sein mit der Lebensgeschichte hat der betagte Mensch Sicherheit und somit Vertrauen in die Beziehung. Fühlen sich Menschen sicher, gewinnen sie an Stärke. Sie sprechen mehr, teilen ihre Gedanken und Gefühle mit und auch die Würde und das Selbstwertgefühl steigen. Während des Erzählens der Geschichte sollte der AnwenderIn immer wieder „hier und jetzt“ Fragen aber auch „Dort und Damals“ formulieren. Dies muss äußerst vorsichtig geschehen, um die Angst der Klienten nicht zu vergrößern (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Beispiele für „Hier und Jetzt“ Fragen wären folgende:

1. *Waren Sie lange in diesem Haus? (gemeint ist das Heim, Spital)*
2. *Mögen Sie das Essen? Personal? Ihre Zimmernachbarin?*

3. *Gibt es hier viele Aktivitäten?*
4. *Wie kamen Sie hier her?*
5. *Fühlen Sie sich manchmal alleine?*
6. *Stört es Sie, wenn Ihnen ein Name oder ein Ding nicht gleich einfällt?*

(Feil, de Klerk-Rubin 2013, S. 81).

Je nachdem, in welcher Phase sich die Klienten befinden, reagieren sie unterschiedlich auf die Fragen (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Auch die Frage nach „Damals und Dort“ sind von Bedeutung und können folgend formuliert sein:

1. *Waren Sie oft krank?*
2. *Haben Sie, bevor Sie hierher kamen, zu Hause mit der Familie gelebt?*
3. *Sind Sie in diesem Land geboren?*
4. *Wie schafften Sie das, als Ihr Mann (Ihre Frau) krank wurde, halfen Ihnen ihre Kinder?*
5. *Welchen Beruf hatten Sie?*
6. *Waren Sie das älteste Kind? Das jüngste? Haben Sie auf ihre Geschwister aufpassen müssen?*

(Feil, de Klerk-Rubin 2013, S. 82).

Können gezielte Fragen nicht beantwortet werden, können allgemein Fragen beruhigend wirken. Eine Frage, die die Antwort beinhaltet, gibt Würde, ohne zu beunruhigen. Kann sich eine Person an vergangene Verluste nicht erinnern und lenkt das Gespräch auf ihre Eltern und ihre Kindheitserfahrungen, befindet sich diese Person in Phase II oder III. Werden Verluste verleugnet, entspricht das der Phase I.

Eine weitere effektive Methode zur Sammlung von Informationen ist das Beobachten von körperlichen Charakteristika. Physische Charakteristika spiegeln wider, wie eine Person gelebt hat. Tiefe Falten im Gesicht geben Aufschluss über die Bewältigungsmechanismen.

Die nonverbale Beurteilung sollte beim Kopf beginnen und Richtung Füße wandern. Beobachtet werden soll der gesamte Mensch der einem gegenüber sitzt. Angefangen von Bewegungen, Körperhaltung und Mimik (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

## **7.2 Schritt 2: Bestimmen der Phase der Aufarbeitung**

Die Beobachtungen der körperlichen Charakteristika und die aus der verbalen Geschichte gewonnenen Informationen müssen mit den typischen körperlichen und psychologischen Merkmalen der vier Phasen abgestimmt werden. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass sich Menschen im Laufe des Tages verändern. Durch die richtige Bestimmung der Phase können die korrekten Validationstechniken ausgewählt werden (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

## **7.3 Schritt 3: Regelmäßige Besuche und Anwendung von Validationstechniken**

Wie lange mit einer Person gearbeitet werden kann, ist von drei Faktoren abhängig: die eigene Fähigkeit zur Verbalisierung, die Dauer der eigenen Konzentrationsfähigkeit und das eigene Zeitbudget. Je nach Stadium ist die Kontaktzeit mit dem Klienten/ der Klientin unterschiedlich lange. Von Bedeutung ist nicht nur die Dauer der Kontaktzeit, sondern die Qualität. Auch die Art der Unterbringung spielt in der Häufigkeit der Besuche eine Rolle. So sollte man KlientInnen in akuten Pflegeeinrichtungen dreimal täglich besuchen, wohingegen in Pflegeheimen dreimal die Woche ausreichend ist.

Das Wichtigste ist, dass man die Treffen immer einhält. Das Ende des Gespräches lässt sich durch Anzeichen verminderter Angst erkennen, welche in den verschiedenen Stadien folgendermaßen aussehen können: In Phase I eine weniger schroffe Stimme, regelmäßiger Atem, normaler Puls, eine entspannte Unterlippe oder sogar ein Lächeln. In der zweiten Phase können das Augenblicke der Intimität sein, in der die Person mit Worten reagiert, die Sprache und der Gang verbessern sich und es kann sein, dass sie mit Anderen in Kommunikation tritt. Nehmen die sich wiederholenden Bewegungen ab und ist es möglich, mit der Person in einen echten Kontakt zu treten, kann die Interaktion in Phase III beendet werden. In der letzten Phase sollte bereits nach drei Minuten abgebrochen werden, unabhängig von der Reaktion.

Wichtig ist, dass jeder weiß, dass Validation überall stattfinden kann. Es kann neben einer kleinen Tätigkeit stattfinden und nicht nur Pflegepersonen sollten sie ausüben. Es sollte nur die Privatsphäre eingehalten werden und dass eine Beziehung in einer privaten Umgebung besteht, die auf Vertrauen basiert. ValidationsanwenderInnen müssen zentriert sein, sie müssen körperliche Charakteristika beobachten, mit Energie zuhören, nicht den Wahrheitsgehalt von Fakten anzweifeln, niemals urteilen und sich der physischen und psychischen Privatsphäre jeder einzelnen Person bewusst sein (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

## **8 Kritische Betrachtung**

Beide Begründer haben eine ähnliche Zielgruppe, desorientierte Menschen. Oft passiert es in der Praxis, dass beide Konzepte miteinander vermischt und diese gemeinsam angewendet werden. Doch betrachtet man beide Konzepte genauer, erkennt man deutliche Unterschiede.

### **8.1 Vergleich**

Bei beiden liegen die Ursprünge in den 80er Jahren, sie begründen sich auf Erfahrungen aus der beruflichen Praxis und wenden sich gegen die vorherrschende Orientierung in der Betreuung psychisch veränderter alter Menschen. Eine weitere Ähnlichkeit weist ihre zentralen Aussagen auf. Böhm spricht von psychiatrischen Symptomen, Feil von demenziellen Symptomen, aber beide haben ihren Ursprung in der Entwicklung des Menschen. Sie werden bei beiden als misslingende Copingversuche oder auch als Flucht in die Vergangenheit verstanden.

Sowohl Feil als auch Böhm lehnen eine Reduzierung auf Hirnveränderungen als Ursache ab. Aber sie bleiben beide dem medizinischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit treu. Für beide steht fest, dass es einer besonderen Begabung und Befähigung bedarf, um korrekt mit den Konzepten zu arbeiten. Eine weitere Gemeinsamkeit beider Konzepte wird durch den Eindruck vermittelt, dass zuerst die Idee entstanden und im Nachhinein der Versuch unternommen wurde, diese mit unterschiedlichen und auch in sich widersprüchlichen, fragmentierten, theoretischen Ableitungen zu erklären.

Die wissenschaftliche Belegbarkeit muss in Frage gestellt werden, da beide Kritik an ihren Modellen ablehnen und sehr großzügig mit ihren Quellen umgehen.

Unterschiede zeigen sich zum einen in der Wahl des angegebenen theoretischen Bezugsrahmens und zum anderen in der geforderten Grundhaltung, mit Empathie versus Reaktivierung. Feil hat ihren Ursprung aus Kritik an dem damals vorherrschenden ROT Modell gefunden. Böhm hingegen ist erfahrungsgeleitet und hinterfragt die vorherrschenden Anstaltspsychiatrien kritisch.

Feil wählt als Zielgruppe ihres Konzeptes demenziell erkrankte alte Menschen. Böhm dagegen macht keine Differenzierung, er erfasst die Gesamtheit verwirrter alter Menschen,

unabhängig ob die Erkrankung demenziell, organisch oder psychiatrisch bedingt ist (Meyer 2014).

## **8.2 Die zwei Methoden in der Praxis**

Nicht nur in Österreich befinden wir uns in einer tiefgreifenden Umbruchsphase, sondern in ganz Europa vollzieht sich der gesellschaftlich-kulturelle Umbruch, der auch Einfluss auf die Pflegesituation hat. Die sozialen Netze gehen verloren und es kommt zu Generationskonflikten, Zweidrittelgesellschaften, Änderungen im Pensionssystem und zu Rationalisierungsmaßnahmen in Betrieben und der Pflege. Aufgrund dieser Veränderungen kommt es immer mehr zur Forderung nach mündigen Bürgern und Nachbarschaftshilfe. Selbsthilfegruppen werden immer gefragter. Auch die soziale und pflegerische Komponente wird durch die kollektive Haltung beeinflusst. In der Pflege kommt es zu einem Wertewandel von der reinen Selbstverwirklichung zu den Motiven der Leistung und Qualität.

Böhm betont die Kostenersparnisse durch sein Modell. Durch die heutige Zeit explodieren nicht nur Gesundheitskosten, sondern auch Gehalts- und Pflegeaufwandskosten. Durch eine kürzere Verweildauer, die Verminderung der Krankenstandstage des Personals, das wiederum auch zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führt, und eine Verminderung der Materialkosten sieht Böhm deutliche Kostenersparnisse.

Laut Böhm sollten wir die heutige Zeit nutzen und die Pflege neu gestalten. Umgesetzt werden kann das Modell je nach Ausbildungs- und Pflegepersonalstand in vier Qualitätsebenen:

1. Gerontologische Impulse
2. Biologische Veränderungen werden therapiert, Normalitätsprinzip
3. Plus-/Minussymptomatik
4. Symptomspezifisches Verhalten

Ein zu erwähnender Nachteil des Modells ist es, dass der Interpretationsanteil alle zehn Jahre neu erforscht werden muss, um die nachrückenden Jahrgänge sozialgeschichtlich in dem Modell zu verankern (Böhm 2004).

Die Validation ist auch eine Methode die uns in den großen Umbrüchen der Pflege eine große Hilfe sein kann. Denn sie verbessert nicht nur das Wohlbefinden und die Situation der Betroffenen, nein, sie bringt auch für die Pflegenden selbst Vorteile. So haben Pflegende

durch das Anwenden von Validation in der Praxis mehr Freude und Energie, weniger Stress und auch die Kommunikation mit PatientenInnen und ArbeitskollegenInnen wird verbessert. Die Validation ist ein Prozess, mit dessen Hilfe verwirrte und sehr alte Menschen sowohl verbal als auch nonverbal kommunizieren können. Ziel ist es, dem Menschen in seiner eigenen Wirklichkeit so zu begegnen, dass er nicht alleine ist.

Die Validation ist eine sehr breitgefächerte Methode zur Kommunikation mit desorientierten und alten Menschen. Da sehr viele Techniken existieren, stellt dies eine schwierige Aufgabe für die Ausbildung des Pflegepersonals dar. Im Rahmen der Pflege kann die Validation als ein nützliches Instrument zur Kommunikation, Integration und Krisenbewältigung eingesetzt werden (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

### **8.3 Forschungsergebnisse der Validation**

Im Laufe der Jahre seit der Entwicklung der Validation wurden einige Studien zum Thema „Validation“ durchgeführt. Bereits 1971 verfasste Naomi Feil am Montefiore - Altersheim selbst eine Studie in der sie 30 Personen mit organischen Hirnschäden und Zeitverwirrte in einer Gruppenvalidation untersuchte. Im Rahmen der Studie wurde sowohl positives auch als negatives Verhalten beobachtet. Doch das Ergebnis zeigte, dass 99% der TeilnehmerInnen nach fünf Jahren Validation ein zunehmend positives Verhalten, weniger Angst und mehr soziales Interesse zeigten. Sie wurden weniger inkontinent, störendes Verhalten wie Schlagen und Schreien nahm ab und positive Verhaltenszüge wie Lächeln und Sprechen nahmen zu. Sie wurden sich ihrer Außenwelt bewusster und sprachen sogar außerhalb der Gruppentreffen miteinander. Vier Jahre später, 1976, verglich Naomi Feil Aufzeichnung in demselben Pflegeheim über zwei Gruppen die über vier Jahre lang geführt wurden. Die „Kaffee-Klatsch-Gruppe“ bestand aus orientierten, sehr alten BewohnerInnen mit körperlichen Gebrechen, die „Dienstags-Gruppe“ aus desorientierten, sehr alten BewohnerInnen. Es zeigte sich, dass für desorientierte Menschen, die sich in die Vergangenheit zurückziehen, Leugnen der beständigste Verteidigungsmechanismus gegen Stress ist (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Feil und Klerk-Rubin nennen mehrerer Forschungsarbeiten, die sich mit Validation beschäftigen.

Stan Alprin, ein Wissenschaftlicher aus Cleveland, zeigte 1980 einen neuen Weg der Beurteilung der Validation. Validation hat nicht nur auf Demenzkranke eine positive Wirkung, sondern auch auf die Pfleger und Pflegerinnen nach der Ausbildung in der

Validation. Diese messbaren Daten erhielt Alprin in 16 Pflegeheimen der USA, in denen er DirektorInnen, Personal und SozialarbeiterInnen beobachtete. Die messbaren positiven Effekte gab es nicht nur in dem größeren Vertrauen zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen, sondern auch in einer geringeren Fluktuation des Personals (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Marlene Peoples verglich 1980 in ihrer Diplomarbeit die Auswirkungen bei der Anwendung der Methode der Realitätsorientierung und der Validation in einem Pflegeheim mit 225 KlientInnen. Das Verhalten der Personen in der Validationsgruppe war signifikant besser als jenes der Realitätsorientierungsgruppe. Validation hat eine deutlich positivere Wirkung auf das Verhalten, die Realitätsorientierung schafft hingegen keinen wesentlichen Unterschied (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Eine neuere Studie aus dem Jahr 2004 vom Schweizer Tertianum und dem Forschungsinstitut „ida-1“ untersuchte die Auswirkung von Validationstraining für Pfleegende in Hinsicht auf deren Beziehung zu KlientInnen. Entstehen durch die Validationsausbildung weniger Konflikte und nimmt das Verständnis zu? Die Ausbildung verändert nicht nur das Verhalten der Pflegenden positiv, es hat auch einen Einfluss auf Konflikte mit KlientInnen. Schwierige Situationen können besser beherrscht werden und die TeilnehmerInnen empfanden mehr Sicherheit bei der Arbeit. Die Pflegenden wiesen auch mehr Verständnis auf, sodass es zu weniger Konflikten und einer besseren Atmosphäre kam. Auch das Verabreichen von Medikamenten ging wesentlich zurück (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

In der Fallstudie von Siviero, Mazza & Cerri, von der Castellini-Stiftung in Melegnano, 2009, die eine der jüngsten Studien über die Validation darstellt, wurde die Wirkung der Validation anhand von der MMSE, ULCA, CDR und des Barthel-Index gemessen. Es kam zu Verbesserungen in allen Bereichen. Nicht nur die Funktionalität wurde erhalten, sondern auch Verhaltensstörungen signifikant reduziert. Nicht nur das Verhältnis zwischen PatientIn und Personal war besser, sondern auch jenes zu anderen PatientInnen. Auch eine zunehmende Beteiligung an Aktivitäten konnte beobachtet werden (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

Viele ältere Studien zeigen fragwürdige Ergebnisse. Einer der größten Kritikpunkte an der Validation ist das Fehlen von unterstützender Forschung. An dieser Tatsache hat sich auch in jüngster Zeit nichts geändert. In den letzten Jahren gibt es immer mehr Mittel zur Messung von Validationsergebnissen. Auch der weltweite Aufbau von neuen Validationszentren vereinfacht den Informations- und Ressourcenaustausch (Feil, de Klerk-Rubin 2013).

## 9 Diskussion

Mit dieser Arbeit wollte ich in erster Linie einen Einblick in die zwei Konzepte von Erwin Böhm und Naomi Feil geben. Mein Ziel war es, die Frage „Welche Modelle es für den Umgang mit Dementen gibt?“ zu beantworten und so das Psychobiographische Modell und die Validation näher zu erläutern. Ich wollte diese beiden Modelle, die so präsent sind in der Betreuung von dementen Menschen, in Vergleich setzen und Unterschiede herausfinden.

Der Auslöser meiner Motivation für dieses Thema war zum einen die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit alten und dementen Menschen im Rahmen meiner Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester. Ich habe nicht nur in der Langzeitpflege Erfahrungen sammeln können, sondern auch in der Akutpflege immer wieder Situationen erlebt, in denen ich gerne mehr Möglichkeiten für den Umgang mit Dementen gehabt hätte. Im Rahmen meiner Ausbildung hatte ich auch die Möglichkeit Fortbildungen zu diesen beiden Modellen zu besuchen und so auch die Wichtigkeit der Implementation zu erkennen.

Nach vielen Nachforschungen tastete ich mich langsam an den Umgang mit dementen Personen heran. Eine Situation ist mir noch gut in Erinnerung geblieben: Eine alte Dame im Pflegeheim wollte jeden Tag mit dem Bus nach Hause fahren. Je mehr und egal auf welche Art man versuchte sie zu beruhigen, „bleiben sie doch hier“, oder „heute fährt kein Bus“, desto aggressiver und verbissener wurde sie. Man konnte sie lautstark im Gang hören. Erst als ich anfing sie zu fragen warum sie denn weg wollte und wohin, fing sie erst nach einiger Zeit an mit mir zu sprechen. Ich validierte sie nach den entsprechenden Validationstechniken. Es dauerte eine Weile bis sie Vertrauen zu mir fasste. Ich verstand nun auch den Grund ihrer Heimreise, denn zuhause warteten die Kinder um die sie sich kümmern musste. Hier im Heim hatte sie ja nichts zu tun. Ich hakte mich bei ihr ein und ging ein Stückchen mit ihr, bis sie mir alles über ihr Leben erzählte und ganz vergessen hatte, dass sie eigentlich mit dem Bus wegfahren wollte.

Diesen Schritt zu wagen war nicht einfach und ich war sogar etwas nervös, dass ich das Falsche sagen könnte. Aber mit viel Übung werde ich auch an Sicherheit gewinnen. Ich habe viel gelernt über den Umgang und die Kommunikation mit demenzerkrankten Menschen.

Die veränderte Haltung der Pflegenden ist die grundlegende Voraussetzung für die Umsetzung des Pflegemodells nach Böhm und der Validation. Jeder Mensch validiert im tiefsten Inneren unterbewusst. JedeR PflegendeR muss sich darüber im Klaren sein, dass der heutige Tag anders verläuft als der gestrige.

Um das Konzept von Erwin Böhm in die Praxis umzusetzen, müssen alle an der Versorgung Beteiligten das Konzept kennen und es leben. Jeder/jede muss sich jederzeit fragen: Was ist in dieser Situation jetzt wichtig? Die Aufgaben, die ich gerade erledige oder das Anliegen des Bewohners/ der Bewohnerin?

Bei der Validation ist es immer wichtig, die Gefühle als wahr zu empfinden und in die Vergangenheit des Betroffenen/ der Betroffenen einzutauchen. Sie kann eine großartige Kommunikationsmethode sein.

So ein Umdenken kann nur durch Schulungen erreicht werden. Die BewohnerInnenzufriedenheit herzustellen ist nicht immer gleich, denn manche können erreicht werden, manchen nicht. Diese beiden Konzepte wurden von zwei erfahrenen PflegewissenschaftlerInnen entwickelt und beide stellen eine Möglichkeit dar, um mit dementen Menschen richtig umzugehen. Es sollte die Aufgabe von uns Pflegenden sein, uns fortzubilden und diese Konzepte in der Praxis umzusetzen, um nicht nur unsere Arbeit zu erleichtern, sondern auch die Situation der Betroffenen.

## Literatur

### Bücher:

Böhm, E. 1999, *Ist heute Montag oder Dezember?*, Erfahrungen mit der Übergangspflege, 10. Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn.

Böhm, E. 2001, *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Band I: Grundlagen*, 2. Auflage, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Böhm, E. 2001, *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Band II: Arbeitsbuch*, 2. Auflage, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Böhm, E., Nouvertne, K. 2004, *Verwirrt nicht die Verwirrten: Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege*, 12. Auflage, Psychiatrie Verlage, Bonn.

Gleichweit, S. & Rossa, M. 2009, *Erster österreichischer Demenzbericht*, 1. Auflage, Wiener Gebietskrankenkassen, Wien.

Hausemer, G. 2004, *Erwin Böhm – gesammelte Lebenslügen*, Frankfurt a. Main.

Matolycz E., 2011, *Pflege von alten Menschen*, 1. Auflage, Springer Verlag Wien New York, Wien.

Meyer B., 2014, *Pflegetheorien und Demenz – Eine kritische Betrachtung der Modelle von Feil und Böhm*, 1. Auflage, disserta Verlag, Hamburg.

Naomi, F., de Klerk-Rubin, V. 2013, *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*, 10. Auflage, Reinhardt Verlag München, Basel.

### Internetquellen:

Fellner 2016, *Die internationale Klassifikation der Krankheit*,  
<https://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/icd-10/gf00.phtml> (10.11.2016).

Krollner, B., Krollner D. 2016, *ICD-Code*, <http://www.icd-code.de/icd/code/F03.html>, (21.08.2016).

Österreichische Alzheimergesellschaft, o.J., *Zahlen und Statistik*, <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=46>, (21.08.16).

Prell, M. 2011, *Psychobiographisches Pflegemodell nach Prof. Böhm*, [http://pflegen-online.de/download/artikel\\_prell.pdf](http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf) , (17.10.2016).

Youtube 2008, *Prof. Erwin Böhm – Pflegeforscher*, <https://www.youtube.com/watch?v=VkyHR0unagw>, (13.10.2016).

Youtbue 2013, *Interviwe mit Naomi Feil*, <https://www.youtube.com/watch?v=jJpDeiPBI4g> (13.10.2016).