

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fachbereich Sozialpädagogik  
Studiengang Pflege**

Konzeptentwicklung für eine biographische Gruppenarbeit mit dementen  
Bewohnern in der stationären Altenhilfe

Diplomarbeit

**Tag der Abgabe: 22.09.2003**

**Vorgelegt von: Verena Dukar**

**Lichtenberger Weg 7**

**21465 Reinbek**

**Matrikel-Nr.: 1551869**

**Betreuende Prüfende: Frau Prof. P. Weber**

**Zweite Prüfende: Frau Prof. Dr. S. Busch**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Rahmenbedingungen: Das Alten- und Pflegeheim als totale Institution ?.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Biographische Gruppenarbeit mit Dementen.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Definitionen.....</b>	<b>11</b>
3.1.1 Demenz.....	11
3.1.2 Grundbegriffe der Gruppenarbeit.....	13
3.1.3 Biographisches Arbeiten.....	15
<b>3.2 Theoretischer Hintergrund biographischen Arbeitens.....</b>	<b>19</b>
3.2.1 Die Reminiszenz-Therapie nach Robert N. Butler.....	19
3.2.1.1 Entwicklung.....	19
3.2.1.2 Klassifizierung von Unterformen.....	24
3.2.1.3 Konzeptuelle Basis.....	25
<b>3.3. Positive Wirkfaktoren der biographischen Gruppenarbeit.....</b>	<b>31</b>
3.3.1 Auswertung der Studien.....	31
3.3.1.1 Affektive Wirkfaktoren.....	32
3.3.1.2 Kognitive Wirkfaktoren.....	35
3.3.1.3 Soziale Wirkfaktoren.....	36
3.3.1.4. Zusammenfassung.....	39
<b>3.4 Aspekte der Kommunikations- und Beziehungsgestaltung.....</b>	<b>41</b>
3.4.1 Führungsstile.....	41
3.4.2 Gruppenpädagogische Grundsätze.....	43
3.4.3 Die Kommunikation.....	47
3.4.3.1 Grundlagen.....	47

3.4.3.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung nach C. Rogers.....	51
3.4.3.3 Integrative Validation nach N. Richard.....	54
3.4.3.4 Basale Stimulation nach A. Fröhlich.....	57
<b>4. Konzeptentwicklung für eine biographische Gruppenarbeit mit Dementen.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1 Zielsetzungen.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2 Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe.....</b>	<b>66</b>
<b>4.3 Zusammensetzung der Gruppe.....</b>	<b>70</b>
4.3.1 Nach dem Krankheitsbild Demenz.....	70
4.3.2 Nach Geschlecht, Alter und Milieu.....	72
<b>4.4 Rahmenbedingungen ( Setting ).....</b>	<b>74</b>
4.4.1 Gruppengröße.....	74
4.4.2 Organisationsform.....	75
4.4.3 Zeitplanung.....	76
4.4.4 Raumplanung.....	77
4.4.5 Personalausstattung.....	78
<b>4.5 Struktur einer Gruppenstunde.....</b>	<b>81</b>
4.5.1 Vorbereitung.....	81
4.5.2 Durchführung.....	82
4.5.2.1 Arbeitsplatzvorbereitung.....	82
4.5.2.2 Sitzordnung.....	83
4.5.2.3 Programmablauf.....	83
4.5.2.4 Nachbereitung.....	89
4.5.2.5 Reflexion und Auswertung.....	89
<b>5. Schlussbetrachtung.....</b>	<b>90</b>

<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>92</b>
<b>7. Anhang.....</b>	<b>100</b>
<b>A. Biographischer Erhebungsbogen.....</b>	<b>100</b>
<b>B. Beispiele für Anregungsmaterial.....</b>	<b>103</b>
<b>8. Erklärung.....</b>	<b>106</b>

**Hinweis:**

Für einen leichteren Lesefluss wird überwiegend nur die kürzere männliche Form der dritten Person gewählt. Bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven sind selbstverständlich Frauen und Männer gemeint.

**1. Einleitung**

In der Altenarbeit bzw. Altenpflege, in der ( professionellen ) Begegnung mit alten Menschen, springt der Verlust von Geschichte häufig ins Auge. In Einrichtungen der Altenhilfe besteht stets die Gefahr, dass alte demente Menschen nicht nur ihr Hab und Gut auf ein Minimum reduzieren müssen, sondern auch Symbole ihres Lebens, vertraute Orientierungen und nach außen wirkende Repräsentanzen ihrer Biographie und ihrer Persönlichkeit verlieren.

Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der Biographiearbeit als Arbeit mit der Vergangenheit in der Betreuung Demenzkranker deutlich. Bei der biographischen Arbeit wird der alte demente Mensch nicht losgelöst von persönlichen Lebensereignissen betrachtet, sondern als Individuum mit eigenen Erfahrungen, Handlungsmustern, Werten und Normen begriffen, die sich im Laufe des Lebens entwickelt haben - und immer noch entwickeln.

Denn auch beim dementen alten Menschen ist sein exklusives Erinnerungswissen noch lange lebendig, während der Bezug zur Gegenwart durch Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses schon früh verloren geht. Die Arbeit mit Erinnerungen unterstützt durch die Aktivierung des Langzeitgedächtnisses nicht nur vorhandene Fähigkeiten, sondern will dem Dementen neue Möglichkeiten eröffnen, sein Leben trotz Krankheit und Behinderung lebenswert zu gestalten.

Auf diese Weise kann sich nicht nur um ein vertieftes Verständnis der Situation von demenzerkrankten alten Menschen unter Einbeziehung ihrer Biographie, Lebenserfahrung und Zukunftserwartungen bemüht werden, sondern auch neue Möglichkeiten in der Begegnung und Alltagsgestaltung entdeckt werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, ein theoretisches Konzept des biographischen Arbeitens für Demente zu entwickeln, das im Rahmen der

stationären Altenhilfe in Form einer Gruppenarbeit verwirklicht werden kann.

Herangezogen wurde bei der Konzeptentwicklung ein deduktiver Ansatz<sup>1</sup>, der auf systematischen Textanalysen beruht.<sup>2</sup>

Dabei soll das hier vorgestellte Konzept vor allem folgenden Fragestellungen nachgehen:

- Welche konkreten Ziele verfolgt die biographische Gruppenarbeit mit Dementen ?
- Welche Teilnehmer werden in die Gruppe aufgenommen und wie setzt diese sich zusammen ?
- Wie sehen die Rahmenbedingungen aus ( z.B. die Raumplanung, Personalausstattung ) ?
- Wie gestaltet sich die Struktur einer Gruppenstunde ?

Zuerst soll jedoch das Alten- und Pflegeheim als institutioneller Kontext biographischen Arbeitens beleuchtet werden. Es soll geklärt werden, ob das moderne Heim noch als Typ totaler Institution<sup>3</sup> bezeichnet werden darf ( Kapitel 2 ).

In Kapitel 3 werden anfangs theoretische Zusammenhänge in bezug auf das biographische Arbeiten mit Dementen skizziert. Nach grundlegenden Definitionen u.a. zum Krankheitsbild Demenz wird die Reminiszenz-Therapie von ROBERT N. BUTLER, auf dessen Arbeiten viele der heute veröffentlichten Beiträge zum Thema „Erinnern“ beruhen, vorgestellt. Nach einer kurzen Schilderung der Entwicklung seiner Reminiszenz-Therapie und einer möglichen Klassifizierungsform wird auf deren theoretischen Ursprünge näher eingegangen.

Anschließend erfolgt die Auswertung der empirischen Studien zum Thema biographischen Arbeitens, wobei einige der Studien sich auch auf BUTLER's

---

<sup>1</sup> Vgl. LoBiondo-Wood et al. 1996, S. 48

<sup>2</sup> Texte aus Büchern und Zeitschriften der Medizin, Soziologie, Psychologie, Pädagogik sowie der Sozial- und Pflegewissenschaft

<sup>3</sup> n. Goffmann ( 1973 )

theoretische Annahmen beziehen. Insgesamt sollen vor allem affektive, kognitive und soziale Effekte der Erinnerungsarbeit näher untersucht werden.

Zum Abschluss dieses Kapitels wird noch auf wesentliche theoretische Aspekte der Kommunikations- und Beziehungsgestaltung – auch unter Bezugnahme zu den Studienergebnissen- in der Arbeit mit Dementen eingegangen. Die Betreuung und Begleitung von verwirrten Menschen gehört zu den anspruchsvollsten und auch schwierigsten Aufgaben in der Altenhilfe. Hier soll geklärt werden, welche konkreten Umgangsweisen mit Demenzerkrankten kommunikations- und beziehungsfördernd wirken. Dabei wird einerseits auf einen geeigneten Führungsstil und auf allgemeine gruppenpädagogische Grundsätze hingewiesen, andererseits werden Grundlagen der Kommunikation sowie spezielle Techniken der Gesprächsführung vorgestellt, die als klientenzentriert ( C. ROGERS ) oder validierend ( N. RICHARD ) charakterisiert werden können. Auf die Basale Stimulation als elementare Form der Kontaktaufnahme zum dementen Menschen wird anschließend eingegangen.

In Kapitel 4 beginnt die Vorstellung eines Konzeptes für eine biographische Gruppenarbeit mit Dementen. Dieses kann in der Praxis als verbindliche Basis für eine adäquate, professionelle und menschenwürdige Betreuung des dementiell Erkrankten dienen und dem Wunsch der Betreuenden nach mehr Verhaltenssicherheit im Umgang mit Demenzerkrankten nachkommen.

Kapitel 5 endet mit der Schlussbetrachtung. Da das Konzept ein theoretisches Konstrukt darstellt, kann dessen Implementation im Rahmen dieser Arbeit nicht evaluiert werden.

## **2. Rahmenbedingungen: Das Alten- und Pflegeheim als totale Institution ?**

Das weitverbreitete Heimziel einer rationellen, kostengünstigen Versorgung der Bewohner, die wenig individuelles Eingehen und wenig mitmenschliche Zuwendung für die Bewohner seitens des Personals zulässt, führte zu dem Begriff der „totalen Institution“, die durch ein stabiles Organisationsmuster mit festgefügt, unflexiblen Rollen, einer straffen hierarchischen Strukturierung mit entsprechendem Machtgefälle und einer totalen Reglementierung der Insassen charakterisiert ist.<sup>4</sup>

Das Konzept der totalen Institution ist ein Begriff, der von ERVING GOFFMANN für ganz verschiedene Institutionen mit den unterschiedlichsten Zielsetzungen geprägt wurde, etwa für Psychiatrien, Gefängnisse, Klöster, Kasernen, Schiffe und Heime. Als Gemeinsamkeit weisen diese Institutionen jedoch auf, dass der soziale Verkehr zur Außenwelt eingeschränkt ist. In der modernen Gesellschaft besteht eine grundlegende soziale Ordnung, nach der der einzelne an verschiedenen Orten wohnt, arbeitet und seine Freizeit verbringt – „[...] und dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan“.<sup>5</sup> Der Arbeitgeber bzw. Vorgesetzte beispielsweise hat zwar direkten Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, nicht aber auf die Wohnsituation oder das Freizeitverhalten des Arbeitnehmers.

GOFFMANN sieht es als ein zentrales Merkmal totaler Institutionen an, dass die Schranken, die diese drei Lebensbereiche normalerweise voneinander trennen, aufgehoben sind:

- „1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institutionen führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus,

wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleichen Tätigkeiten gemeinsam verrichten müssen.

3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten

---

<sup>4</sup> Vgl. Sachweh 2000, S. 18; Vgl. Stöckler/Widensky 1990, S. 30; Vgl. Steffen 1986, S. 25

<sup>5</sup> Goffmann 1973, S. 17



wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.

4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen“ ( 1973, S. 17 ).

Die Institution weist nach GOFFMANN einen fest umrissenen Mitarbeiterkreis auf, bestehend aus Leitung, Personal und Insassen.<sup>6</sup> Leitung und Personal verrichten in der Institution ihre Arbeit, während sie außerhalb ihrer Arbeitszeit in die Außenwelt integriert sind. Die Insassen sind formell gesehen auch nur aufgrund einer spezifischen Eigenschaft in der Organisation, etwa wegen Versorgungs- und Pflegebedürftigkeit. Tatsächlich sind sie aber als volle Personen Organisationsmitglieder, deren ganzes Leben von der Institution beeinflusst wird. Sie haben Gehorsampflicht gegenüber der Leitung, die Entscheidungs- und Anordnungs Kompetenzen mit einem System abgestufter Sanktionen durchsetzen kann<sup>7</sup> und stehen aufgrund fehlender Sanktionsmacht dem institutionellem Druck machtlos gegenüber. Obwohl das Personal in der Hierarchie zwischen Leitung und Insassen steht, vermag „[...] jedes Mitglied der Personal-Klasse [...] jedes Mitglied der Insassen-Klasse zu disziplinieren.“<sup>8</sup> Das Personal steht dabei im Widerspruch zwischen den offiziellen Zielen der Institution und den tatsächlichen alltäglichen Handlungen, welche die Institutionen als bloße „Aufbewahrungslager für die Insassen“<sup>9</sup> entlarven.

Folgen des Aufenthaltes in totalen Institutionen stellen sich für die Insassen vor allen Dingen als Verlernprozess ( „Diskulturation“<sup>10</sup> ) dar, der es den Betroffenen unmöglich macht, sich in der Außenwelt zurechtzufinden, sollte er jemals dorthin zurückkehren. Innerhalb der Einrichtung erlebt der Insasse eine Reihe von

Demütigungen und Erniedrigungen des Ichs. Diese werden vor dem Hintergrund begründet, dass die totale Institution als wesentliches Merkmal die bürokratische

---

<sup>6</sup> Vgl. Goffmann 1973, S. 24 ff.

<sup>7</sup> Vgl. Goffmann 1973, S. 45

<sup>8</sup> Goffmann 1973, S. 48

<sup>9</sup> ebd., S. 78

<sup>10</sup> ebd., S. 24

Organisation einer Vielzahl menschlicher Bedürfnisse aufweist und solche Demütigungen des Selbst sehr häufig als bloße Rationalisierungen gesehen werden, „[...] die dazu dienen, den Tagesablauf einer großen Zahl von Menschen auf beschränktem Raum und mit geringem Aufwand von Mitteln zu überwachen.“<sup>11</sup> Beispiele erniedrigender Prozesse sind u.a. Verluste von Rollen und Lebensgeschichte<sup>12</sup> aufgrund der ständigen Trennung von der Außenwelt, entwürdigende Aufnahmeverfahren wie z.B. Baden, Verlust des Namens, Wegnahme des Eigentums, verbale und gestische Entwürdigungen, Aufzwingen eines entindividualisierten Tagesablaufes, Erfassung persönlicher Daten und Erstellung eines nur dem Personal zugänglichen Dossiers, erzwungene Medikamenten- und Essenseinnahme und Verletzung der Privatsphäre. Reglementierungen z.B. durch die institutionstypische Haus- bzw. Heimordnung<sup>13</sup> verletzen die Autonomie des Handelns und verhindern die Befriedigung von Bedürfnissen nach persönlichen Wünschen.<sup>14</sup>

WITTERSTÄTTER ( 1999 ) erklärt, dass solche Lebensbedingungen äußerst nachteilige Auswirkungen auf die Bewohner haben. Er stellt hierzu drei Thesen auf, die er wie folgt beschreibt:

Bewohner werden völlig passiv, teilnahms- und interessenlos, wobei sie das Gefühl haben, dass dieser Rückzug im Alter selbstverständlich sei ( These von der anormalen Passivität ).

Die Bewohner erleben, dass Heimleitung und Personal alles im Haus bestimmen und fühlen sich selber hilf- und machtlos. Sie haben Angst vor den Maßnahmen des Personals. Die daraus resultierende depressive Stimmungslage kann sogar zu einem frühen biologischen Tod führen ( These von der erlernten Hilflosigkeit ).

Die Bewohner verlieren zudem immer mehr den Bezug zur Realität, da das Personal ihnen alle Entscheidungen abnimmt. Ihre intellektuellen Kräfte

---

<sup>11</sup> Goffmann 1973, S. 53

<sup>12</sup> Vgl. Henschenmacher 1997, S. 394

<sup>13</sup> Bei einer Analyse von Heimordnungen bestätigte die Verbraucherzentrale Hamburg die Tendenz früherer Untersuchungen ( nach GRABER-DÜNOW 1994 ), indem sie feststellen musste, dass das Zusammenleben im Heim mehr reglementiert wird, als dies für einen neutralen Beobachter notwendig erscheint.

<sup>14</sup> Vgl. Goffmann 1973, S. 25 ff.

verkümmern zusehends, da diese nicht mehr gefordert und trainiert werden. Die Folgen sind Vergesslichkeit und Desorientierung ( These vom Realitätsverlust ).

GOFFMANN betont abschließend:

„In erster Linie unterbinden oder entwerten totale Institutionen gerade diejenigen Handlungen, die in der bürgerlichen Gesellschaft die Funktion haben, dem Handelnden und seiner Umgebung zu bestätigen, dass er seine Welt einigermaßen unter Kontrolle hat – dass er ein Mensch mit der Selbstbestimmung, Autonomie und Handlungsfreiheit eines „Erwachsenen“ sei. Gelingt es nicht, diese Handlungsfähigkeit des Erwachsenen oder zumindest deren Symbole zu erwerben, so kann dies beim Insassen zu einem erschreckenden Gefühl der völligen Degradierung in der Alters-Rangordnung führen“ ( 1973, S. 50 ).

Es wäre jedoch falsch, unsere heutigen Alten- und Pflegeheime mit den von GOFFMANN beschriebenen totalen Institutionen gleichsetzen zu wollen. Trotzdem können auch moderne Heime die Merkmale von totalen Institutionen mehr oder minder stark aufweisen.<sup>15</sup> In Heimen für alte Menschen besteht also stets die Gefahr des betriebsablaufsorientierten oder institutionszentrierten Umgangsstils.<sup>16</sup>

Eine Möglichkeit zur Überwindung der oben genannten Institutionalisierungsfolgen ist der Einsatz von Maßnahmen der Interventionsgerontologie<sup>17</sup>. Eine Technik ist die in dieser Arbeit vorgestellte biographische Gruppenarbeit, die dem einzelnen ( hier: speziell dem Dementen ) über Gruppenerfahrungen Chancen der Selbst- und Weiterentwicklung ( auch unter Heimbedingungen ) eröffnet. Zunächst sollen jedoch einige grundlegende Begrifflichkeiten erörtert werden.

### **3. Biographische Gruppenarbeit mit Dementen**

#### **3.1 Definitionen**

---

<sup>15</sup> Vgl. Koch-Straube 2003, S. 345

<sup>16</sup> Vgl. Witterstätter 1999, S. 135

<sup>17</sup> Im Kontext gerontologischer Intervention hat LEHR ( 1979, S. 1 ) die Definition von Intervention als dem „Insgesamt der Bemühungen, ein hohes Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden zu erreichen“ geprägt. Intervention sieht LEHR ( 1979 ) als Oberbegriff für Optimierung ( Schaffung günstiger Entwicklungsbedingungen ), Prävention/Geroprohylaxe ( Vorbeugung eines Altersabbaus ), Rehabilitation/Therapie ( Rückgängigmachen von Störungen ) und Management ( Zurechtkommen mit irreversiblen Problemsituationen und Sicherung des Erreichten ).

### 3.1.1 Demenz

Der Begriff „Demenz“ ist hergeleitet aus dem lateinischen „dementia“ und beinhaltet die beiden Komponenten „de“ = weg und „mens“ = Geist, Verstand. Bei einer Demenz handelt es sich um eine Syndromdiagnose d.h. es lassen sich gleichzeitig bestimmte Symptome beobachten, deren Ursache unterschiedlicher Art sein kann.<sup>18</sup>

Auf die Beschreibung des Krankheitsbildes soll an dieser Stelle nur knapp eingegangen werden. Eine ausführliche Darstellung findet sich im einzelnen etwa bei FÖRSTL ( 2001 ), FÜSGEN ( 2001 ), GUTZMANN ( 1992 ), MIELKE und KESSLER ( 1994 ), REISBERG ( 1987 ), WÄCHTLER ( 1996 ), WETTSTEIN ( 1991 ) und ZAUDIG ( 2001 ).

Von einer dementiellen Erkrankung spricht man, wenn übergreifend mehrere höhere Hirnfunktionen ( Sprache, Handlungsplanung und –ausführung, logisches und abstraktes Denken, Wahrnehmung ) gestört sind. Das Leitsymptom ist dabei die Gedächtnisstörung. Während anfangs das Kurzzeitgedächtnis massiv in Mitleidenschaft gezogen ist<sup>19</sup>, beginnt später der fortschreitende Abbau des Langzeitgedächtnisses, und zwar in umgekehrter Reihenfolge, wie es im Laufe des Lebens aufgebaut wurde.<sup>20</sup>

Die Fähigkeit, seinen Alltag zu meistern, geht nach und nach verloren. Die emotionale Kontrolle ist eingeschränkt. Es liegt keine Bewusstseins-eintrübung wie im Delir vor. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ( 1986 ) ist der Zustand meist irreversibel und progressiv:

„Demenz ist eine erworbene, globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltags-Probleme zu lösen, der Ausführung sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und der Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte

---

<sup>18</sup> Vgl. Pschyrembel 1990

<sup>19</sup> Als direkte Folgen der verminderten Merkfähigkeit nennt BUIJSSEN ( 1997 ), dass die Kranken eine Desorientierung in unbekannter Umgebung und hinsichtlich der Zeit und neuer Personen aufweisen, immer die gleichen Fragen stellen, rasch den Faden verlieren, nichts Neues lernen können, Gegenstände verlieren, rasch die Stimmung wechseln, nächtlich Umherirren, keine Fragen über jüngste Ereignisse beantworten können u.a..

<sup>20</sup> Zu Beginn werden die letzten erlebten Jahre vergessen, im Spätstadium hat der Erkrankte seine Biographie bis auf einzelne, emotional bedeutsame Erlebnisse verloren, kann sich aber nach GROND ( 2003 ) noch deutlich an die Kindheit erinnern.

---

Bewusstseinstrübung. Meist ist der Prozess progredient, jedoch nicht notwendigerweise irreversibel“ ( MIELKE/KESSLER 1994, S.4 )

Im Sprachgebrauch ist es wichtig zu betonen, dass es sich bei einer Demenz nicht um natürliche Alterungsprozesse, sondern um eine krankhafte Entwicklung handelt.<sup>21</sup>

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ ( DSM-III-R ) der American Psychiatric Association ( 1987 ) konkretisiert die kognitiven Einschränkungen, die vorhanden sein müssen, um die Diagnose Demenz zu stellen.<sup>22</sup>

„A) Verlust intellektueller Fähigkeiten in einem Ausmaß, das geeignet ist, das Zurechtkommen im sozialen und beruflichen Bereich zu beeinträchtigen.

B) Verschlechterung des Gedächtnisses.

C) Wenigstens eines der folgenden Kriterien:

1. Beeinträchtigung des abstrakten Denkens,
2. Einschränkung des Urteilsvermögens,
3. andere Störungen höherer kortikaler Funktionen: z.B.  
Aphasie ( Sprachstörung mit hirnganischer Ursache ),  
Apraxie ( Unfähigkeit, motorische Handlungen auszuführen, obwohl die Aufgabe verstanden wird und die motorischen Funktionen unversehrt sind )  
Agnosie ( Unvermögen, Gegenstände zu erkennen oder zu identifizieren trotz unversehrter sensorischer Funktionen )  
Probleme mit konstruktiven Aufgaben ( z.B. dreidimensionale Formen zu kopieren und Mosaik oder Stäbchen nach einer bestimmten Vorlage anzuordnen )
4. Persönlichkeitsveränderungen: z.B. Veränderung oder Akzentuierung präorbider Persönlichkeitszüge

D ) Bewusstsein nicht getrübt ( d.h. erfüllt nicht die Kriterien für ein Delir oder eine Intoxikation, obwohl diese noch zusätzlich vorhanden sein können“ ( MÜLLER/ SCHESNY-HARTKORN 1998, S. 7 )

### 3.1.2 Grundbegriffe der Gruppenarbeit

---

<sup>21</sup> Vgl. Müller 1999, S. 10

<sup>22</sup> Vgl. Konzeptentwicklung Kap. 4.2 Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe

Soziale Gruppenarbeit entstand wie Soziale Einzelhilfe in Zusammenarbeit mit der in den USA entwickelten Sozialarbeit seit der Jahrhundertwende. Unter Sozialer Gruppenarbeit versteht GISELA KONOPKA:

„[...] eine Methode der Sozialarbeit, die dem Einzelnen hilft, seine soziale Funktionsfähigkeit durch sinnvolle Gruppenerlebnisse zu erkennen und um persönlichen, Gruppen- oder gesellschaftlichen Problemen besser gewachsen zu sein. Gruppenarbeit umfasst die Arbeit mit Gruppen von Kranken und Gesunden“ ( 2000, S.47 ).

Gruppenarbeit in dieser allgemeinen Form bedarf einer Gemeinsamkeit, die einen für alle Gruppenmitglieder verbindlichen Charakter enthält. Dieser bezieht sich in der Regel auf eine Zielsetzung, die entweder im Vorfeld der Gruppenarbeit festgelegt oder im Verlauf der Gruppenarbeit gemeinsam entwickelt wird. Die spezifische Art der Gruppe und der Inhalt der Gruppenarbeit ist unmittelbar abhängig von dieser Zielsetzung. Man spricht daher von zielorientierter Gruppenarbeit.<sup>23</sup>

Zum Begriff der Gruppe gibt es in der sozialpsychologischen Literatur eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen. In dieser Arbeit soll von der Definition von MC DAVID und HARARY ausgegangen werden:

„Eine sozialpsychologische Gruppe ist ein organisiertes System von zwei oder mehr Individuen, die so miteinander verbunden sind, dass in einem gewissen Grad gemeinsame Funktionen möglich sind, Rollenbeziehungen zwischen den Mitgliedern bestehen und Normen existieren, die das Verhalten der Gruppe und aller ihrer Mitglieder regeln“ ( zit. n. SADER 2002, S. 38 ).

Diese Definition ist um die Merkmale Dauer d.h. der Zeitrahmen, der zur Entfaltung ihrer Beziehungsdynamik und Wirksamkeit benötigt wird und Ziele der Gruppe zu ergänzen.<sup>24</sup> Für die Gruppe konstitutiv ist desweiteren eine bestimmte Anzahl von

Mitgliedern, die nicht größer sein darf, als es das persönliche Kennenlernen ( „face-to-face“-Kontakt ) erlaubt.

---

<sup>23</sup> Vgl. Schmidt-Grunert 2002, S. 58

<sup>24</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 26

Der Zusammenhalt der Mitglieder wird durch die Gruppenkohäsion bestimmt. Für das Entstehen dieses sogenannten Wir-Gefühles ist von Bedeutung, ob sich die Gruppe freiwillig oder aufgrund äußeren Druckes trifft. Die Stärke des Zusammengehörigkeitsgefühls entscheidet auch über Unterscheidung und Abgrenzung der Gruppe nach außen.<sup>25</sup>

Gruppennormen als verhaltensregulierende Erwartungen an die Mitglieder bilden sich im Verlauf des Gruppenprozesses heraus.<sup>26</sup> Es kann sich dabei um explizit formulierte Regeln als auch um unausgesprochene, sich aus dem Interaktionszusammenhang implizit ergebende Verhaltenserwartungen handeln. Das sich ausbildende Regelsystem hat eine stabilisierende Funktion und trägt zur Entwicklung einer Gruppenkultur bei d.h. zu bestimmten Traditionen z.B. im Umgang mit besonderen Ereignissen in der Gruppe ( Geburtstage usw. ).

Die sich im Interaktionsfeld der Gruppe differenzierenden Rollen bestimmen sowohl die Position und den Status eines Mitgliedes als auch seine Rechte und Pflichten, die für das Funktionieren der Gruppe unerlässlich sind. Definiert werden diese Rollen zum einen durch die darin gebündelten Verhaltenserwartungen der Gruppe, zum anderen durch die persönliche Disposition des Rollenträgers ( z.B. Außenseiter, Sündenbock, Sprecher, Clown ). Die Art seiner Rolle steht für das einzelne Mitglied jedoch häufig im Zusammenhang mit früheren Erfahrungen und in anderen Zusammenhängen bereits ausgeübten Rollen.<sup>27</sup>

Eine Gruppe ist kein starres Gebilde, das einmal gegründet, immer automatisch und gleichmäßig abläuft, sondern befindet sich stets in Bewegung. Diese Erkenntnis über den Entwicklungsprozess von Gruppen führte zu verschiedenen Phasenmodellen der Gruppenentwicklung.<sup>28</sup> Werden die verschiedenen Phasenmodelle verglichen, zeichnet sich trotz vieler Differenzen folgende

**Gemeinsamkeit ab:** In der Phase der Orientierung und Unruhe ist die Gruppe durch Unsicherheit, Positionskämpfe und Annäherung der Mitglieder

---

<sup>25</sup> Vgl. Sader 2002, S. 102 ff.

<sup>26</sup> Vgl. Schneider 1975, S. 20

<sup>27</sup> Vgl. Metzinger 1999, S. 10; Vgl. Stracke-Mertes 2003, S. 189 ff.

<sup>28</sup> Vgl. Bernstein/Lowy 1971, S. 57; Eisenbach 1977, S. 144; Bechtler 1999, S. 59

gekennzeichnet, es besteht noch kein Zusammengehörigkeitsgefühl. Dieses wird erst in der anschließenden Beruhigungsphase ausgebildet, in der auch Normen und Rollen festgelegt werden. In der Stabilisierungsphase entstehen feste Strukturen und es erfolgt die Entwicklung und Verwirklichung von Zielen. Die Abschlussphase beinhaltet die zwangsweise oder freiwillige Auflösung, weil Ziele erreicht worden sind oder keine neuen Ziele entstehen. Die Unruhe, Unsicherheit und Trennung vollzieht sich plötzlich oder langsam fortschreitend, sie kann vorbereitet und begleitet werden.<sup>29</sup> Bei jedem Verlauf der Gruppe sind dabei entwicklungsspezifische Gegebenheiten zu beachten wie z.B. das Alter der Gruppenmitglieder, die Größe der Gruppe, die zeitliche Dauer und die Ziele der Gruppe.<sup>30</sup> Die Kenntnis der Entwicklungsphasen kann zudem bei der Planung wie bei der Begleitung und der Auswertung des Prozesses in der Gruppe<sup>31</sup> hilfreich sein.

### 3.1.3 Biographisches Arbeiten

In der Literatur finden sich sehr unterschiedliche Definitionen und Unterteilungen von Begriffen, die im Umgang mit persönlichen Lebenserinnerungen gebraucht werden. Besonders der Begriff der „Biographie“ ( griech.: „Lebensbeschreibung“ ) bedarf einer Klärung, da er häufig fälschlicherweise gleichbedeutend mit dem Begriff „Lebenslauf“ ( lat. curriculum vitae ) genutzt wird. Beide Bezeichnungen sollen daher entsprechend der Definition von BEHRENS-COBET/REICHLING verwendet werden:

„Während der Begriff „Lebenslauf“ die äußeren Daten eines gelebten Lebens umfasst, haben wir es bei einer Biographie mit seiner Innenseite zu tun, mit dem, was der oder die Erzählende – sei es schriftlich oder mündlich – subjektiv zu seiner oder ihrer Lebensgeschichte macht“ ( 1997, S. 20 ).

---

<sup>29</sup> Vgl. Langmaack/Braune-Krickau 2000, S. 155

<sup>30</sup> Siehe Konzeptentwicklung Kap. 4.1 Zielsetzungen, Kap. 4.3 Zusammensetzung der Gruppe und Kap. 4.4 Rahmenbedingungen

<sup>31</sup> Siehe Konzeptentwicklung Kap. 4.5 Struktur einer Gruppenstunde



Zur Biographie gehört also eine Innenseite, die darüber Auskunft gibt, wie dieser Mensch die verschiedenen Lebensereignisse wahrgenommen hat, wie er sie bewertet und in seinem Leben einordnet. Unter einer „Autobiographie“ ist demzufolge der „persönliche Bericht einer individuellen Lebensgeschichte“<sup>32</sup> zu verstehen.

Auch der Begriff der „Biographiearbeit“ bedarf einer eindeutigen Definition. Im deutschen Sprachraum sind viele verschiedene Veröffentlichungen unter dem Etikett der Biographiearbeit vorzufinden. Ein großer Teil der Veröffentlichungen stammt aus der Praxis der Altenpflege ( zum Beispiel in der Zeitschrift für Altenpflege JENRICH 1996 ). So bezeichnet der Wiener Pfleger ERWIN BÖHM sein Betreuungskonzept zur Reaktivierung alter Menschen als Biographiearbeit ( 1988, 1991, 1993 ). Ebenso erheben die Erfinder von kommunikativen Spielen für ältere Menschen<sup>33</sup> für sich den Anspruch, biographisch vorzugehen. Das biographische Arbeiten in einer Oral-History-Group<sup>34</sup> schildert DELIUS ( 1990 ) sogar als Ausformung des Kompetenzmodells, in der die Möglichkeit besteht „nach Ressourcen zu suchen, die der alte Mensch den jungen lebensgeschichtlich voraus hat“ ( S. 294 ). In vielen Institutionen wird auch von Biographiearbeit gesprochen, so das MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALORDNUNG BADEN-WÜRTTEMBERG ( 1993 ), wenn zur Erhebung von persönlichen Daten der Bewohner ausschließlich ein sogenannter Biographiebogen vorliegt.

In der vorliegenden Arbeit werden die Bezeichnungen „Biographiearbeit“, „biographisches Arbeiten“, „Erinnerungsarbeit“, „Erinnerungspflege“ und „Reminiszieren“ synonym verwendet. Unter Biographiearbeit wird nach der Definition von KERKHOFF/HALBACH verstanden:

„Eine spontane oder angeleitete Verarbeitung von Lebenserinnerungen und Lebenserfahrungen, die eine Verbindung der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft [ darstellt ]. Was es nicht ist: ein Bericht nur über die Vergangenheit, nur für ältere Menschen geeignet, eine Therapie“ ( 2002, S. 12 ).

---

<sup>32</sup> Vgl. Kerkhoff/Halbach 2002, S. 11

<sup>33</sup> Die Lebensreise, KEB 1993; Vertellekes, Vincentz 1994

<sup>34</sup> Siehe auch Seite 18

Wird eine Biographiearbeit als Gruppenaktivität angeleitet und moderiert, wird dies in der vorliegenden Arbeit als eine „biographischen Gruppenarbeit“ bezeichnet.

STRACKE-MERTES ( 1994 ) beachtet unterschiedliche Perspektiven des biographischen Arbeitens mit älteren Menschen und zwar die psychologische, soziologische und geragogische Perspektive:

Aus psychologischer Sichtweise meint Biographiearbeit, dass das beobachtbare Verhalten unmittelbar verstanden werden kann - als Summe der vergangenen Lebensereignisse.

Aus soziologischer Sicht ist Biographiearbeit die Betrachtung des Menschen innerhalb seiner sozialen und historischen Bezüge ( Herkunftsfamilie, Kindheitsbedingungen, Schulzeit, Jugendzeit, Berufsausbildung und –ausübung, Partnerschaft, Wohn- und Einkommenssituation, Krieg, Vertreibung ). Das heute wahrnehmbare Interaktions- und Bindungsverhalten wird dabei durch die individuelle soziale Geschichte beeinflusst.

Die geragogische Perspektive sieht die biographische Arbeit so, dass Lebenswege, Lebensereignisse und Lebenskrisen begleitet werden, indem die in der Person vorhandenen Fähigkeiten unterstützt werden. Es sollen nicht nur ausgefallene Fähigkeiten und Funktionen kompensiert werden, sondern dem Menschen neue Möglichkeiten eröffnet werden, sein Leben auch unter Bedingungen von Krankheit und Behinderung lebenswert zu gestalten.

Die vorliegende Arbeit – und insbesondere der Praxisteil – befasst sich überwiegend damit, wie ältere Menschen ihre Erinnerungen persönlich erfahren, verarbeiten und weitergeben können. Im Vordergrund steht also nicht die historische, sondern die geragogische Perspektive, die sich besonders als Aktivitätsangebot in Heimen und Institutionen eignet.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Vgl. Weingandt 2001, S. 15

Trotzdem soll erwähnt werden, dass eine Gruppenarbeit auch von einem historisch orientiertem Standpunkt denkbar ist, etwa in Form einer sogenannten „Oral-History-Group“ ( Geschichtsgruppe ). KERKHOFF und HALBACH verstehen unter Oral History die

„erzählte Geschichte: Angeregt aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive hat sie das Ziel, geschichtlich gesichertes Wissen durch originale, mündliche Historie zu ergänzen“ ( 2002, S. 12 ).

Die Oral History war lange Zeit auf anglo-amerikanische Länder beschränkt und diente der Überlieferung der Alltagsgeschichte aus Bereichen, die wegen ihrer Komplexität oder gesellschaftlichen Abgelegenheit nicht durch Mediatoren transportiert werden konnten. NIETHAMMER ( 1980 ), der deutsche Pionier wissenschaftlicher Praxis der Oral History, versteht darunter im engeren Sinne auch die Geschichte der nichtschreibenden Schichten, die sich bislang nur als Objekte der Geschichte gesehen haben und die nun bewusst als Oral authors einbezogen werden. Subjektivität und sekundäre Überlagerungen werden dabei als Teile der Geschichte akzeptiert.

In der Oral-History-Gruppe kann die Leitung in geschichtswissenschaftlich belegte Daten und Fakten eine Einführung geben und so persönliche Erinnerungen der älteren Menschen in diese Zeit miteinbeziehen<sup>36</sup>. Eventuell ergibt sich die Möglichkeit, Missverständnisse über bestimmte historische Sachverhalte aufzuklären, die durch ein mangelndes Hintergrundwissen entstanden sind. Da die Oral-History-Gruppe als eine altenbildnerische Maßnahme gesehen werden muss, ist solch ein Angebot im Heim durchaus berechtigt.<sup>37</sup>

Im folgenden soll nun auf die theoretischen Hintergründe biographischen Arbeitens näher eingegangen werden.

---

<sup>36</sup> Vgl. Delius 1990, S. 295

<sup>37</sup> Vgl. Skiba 1997, S. 111 ff.

## **3.2 Theoretischer Hintergrund biographischen Arbeitens**

### 3.2.1 Die Reminiszenz-Therapie nach Robert N. Butler

#### 3.2.1.1 Entwicklung

Auf den Ausführungen des Psychiaters ROBERT N. BUTLER, von SKIBA ( 1997 ) als ein Pionier der „Erinnerungstheoretiker“ bezeichnet, beruhen viele der heute veröffentlichten Arbeiten, Theorien und weiterführenden Untersuchenden, die sich dem Thema „Sicherinnern“ annehmen,<sup>38</sup> einschließlich der vorliegenden Arbeit.

Allerdings äußerte sich schon CHARLOTTE BÜHLER im Jahre 1933, dass die Rückschau auf das gelebte Leben zum normalen Alterungsprozess gehört ( nach COLEMAN 1986 ).

BUTLER entwickelte 1958 ein Therapieprogramm für Patienten mit psychiatrischen Störungen, das er 1960 modifizierte, nachdem er erkannte, dass biographische Informationen neben der medizinischen Anamnese von großer Wichtigkeit waren. Zudem bezieht er die Familie von diesem Zeitpunkt an in den therapeutischen Prozess mit ein.

1963 veröffentlichte BUTLER seinen bahnbrechenden Artikel: „The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged“, in dem einige Thesen zum Umgang mit Erinnerungen im Alter, untermauert mit Fallbeispielen aus seiner eigenen psychiatrischen Praxis, dargestellt werden. Dieser Artikel führte zu einer völligen Neubewertung des Reminiszierens von einer negativen zu einer positiven Konnotation. Das „living in the past“ wird nicht mehr als pathologisches Zeichen von Senilität und Regression gewertet, sondern als ein sinnvoller und kreativer Prozess. Den Begriff des Lebensrückblickes ( „life review“ ) definierte BUTLER folgendermaßen:

---

<sup>38</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 10; Vgl. Opitz 1998, S. 118

„[ Ich verstehe ] unter Lebensrückblick einen natürlichen, universellen geistigen Vorgang, der durch ein zunehmendes Bewusstwerden vergangener Erfahrungen und insbesondere durch das Wiederhochkommen von ungelösten Konflikten zu kennzeichnen ist; üblicherweise können diese wiedererlebten Erfahrungen und Konflikte überblickt und reintegriert werden“ ( BUTLER 1963, S. 66; übers. V.D. ).<sup>39</sup>

Mit dieser Definition grenzte sich BUTLER deutlich von dem Begriff der Erinnerung ( „reminiscence“ ) ab, die er als „act or process of recalling the past“ ( 1963, S. 66 ) bezeichnete. Er sah diesen Begriff im allgemeinen mit negativen Assoziationen behaftet. Hauptsächlich ältere Leute, so BUTLER, würden ihre Erinnerungen nutzen, um eigene Leerräume auszufüllen und dabei äußerst großzügig mit der eigenen Vergangenheit umgehen. BUTLER wies ausdrücklich darauf hin, dass Erinnerung und Lebensrückblick nicht identisch seien. Vielmehr seien Erinnerungsprozesse im Lebensrückblick enthalten und bildeten zugleich ein konstitutives Merkmal.<sup>40</sup>

Den Lebensrückblick-Prozess beschreibt BUTLER als einen Vorgang, der vor allem in elementaren Krisen und im Alter mit einer zunehmend deutlicher werdenden Konfrontation mit dem Tod und der eigenen Vergänglichkeit aufkommt. Durch die Prospektion der Unausweichlichkeit des Todes wird geradezu eine Vergewisserung des eigenen Lebens herausgefordert. BUTLER stellte daher die zentrale These auf:

„The explicit hypothesis intended here, however, is that the biological fact of approaching death [...] prompts the life review“ ( 1963, S. 67 ).

1974 veröffentlicht BUTLER den Artikel „Successful Aging and the Role of the Life Review“, in dem er besonders die Notwendigkeit unterstreicht, ältere Menschen in Richtung positiver Nutzung der Lebensrückschau zu unterstützen. Besonders problematisch sieht er die in der heutigen Industriegesellschaft verankerten stereotypen Vorstellungen ( „Mythen“ ) über das Alter, die einen konstruktiven

---

<sup>39</sup> Originalzitat: „In contrast, I conceive of the life review as a naturally occurring, universal mental process characterized by the progressive return to consciousness of past experiences, and, particularly, the resurgence of unresolved conflicts; simultaneously, and normally, these revived experiences and conflicts can be surveyed and reintegrated.“

<sup>40</sup> Vgl. Butler 1963, S. 66

Umgang der Generationen untereinander und eine erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen, die das Leben an den alten Menschen stellt, erschweren.<sup>41</sup>

BUTLER identifizierte insgesamt sechs Mythen:

1) Der Mythos über das Altern selbst ( the myth of aging itself )

BUTLER versteht darunter die leichtfertige Beurteilung und Einordnung erwachsener Menschen anhand ihres Alters in Jahren. Die individuellen Unterschiede zwischen Personen gleicher Altersgruppen aufgrund externer und interner Einflüsse erfahren weit weniger Berücksichtigung als die Gemeinsamkeiten.

2) Der Mythos Unproduktivität ( the myth of unproductivity )

Menschen, die im Alter bei guter Gesundheit sind und auch sonst in gesicherten Verhältnissen leben, nehmen im Ruhestand durchaus produktiv am gesellschaftlichen Leben teil oder engagieren sich innerhalb der Familie. Diese Tatsache wird aber meist einfach übersehen oder nur sehr gering bewertet, es sei denn, es handelt sich um prominente Persönlichkeiten.<sup>42</sup>

3) Der Mythos des Rückzuges in sich selbst ( the myth of disengagement )

Gemeint ist hier eine einsiedlerische und in sich gekehrte Lebensweise in Abkehr von der Außenwelt. Obwohl eine gewisse Form des Rückzuges bei einigen älteren Menschen zu beobachten ist, warnt BUTLER davor, diesen als ein universelles Altersphänomen zu sehen. Gerade zum Zeitpunkt des Erscheinens seines Artikels wurde dies von vielen Fachleuten so gedeutet. WEINGANDT ( 2001 ) merkt dazu an, dass viele ältere Menschen gerade nach dem Verlust eines Partners unter Einsamkeit leiden und sich unfreiwillig zurückziehen würden. Um dieses Problem zu lösen, das auch Anregung und Unterstützung von außen bedarf, kann sich eine solche Generalisierung der Bedürfnisse Älterer äußerst kontraproduktiv auswirken.

---

<sup>41</sup> Vgl. Butler 1974, S. 531

<sup>42</sup> Vgl. Butler 1974, S. 532

#### 4) Der Mythos Unbeweglichkeit ( the myth of inflexibility )

Oft wird alten Menschen die Fähigkeit abgesprochen, geistig beweglich und anpassungsfähig zu sein. Halten ältere Menschen aus unterschiedlichen Gründen an konventionellen Dingen fest, wird dies schnell mit „Alterstarrsinn“ bezeichnet. BUTLER betont, dass hier eine differenzierte Sichtweise nötig ist, weil die Flexibilität eines Menschen weitaus mehr von seinen Charaktereigenschaften abhängt als von seinem Alter.

#### 5 ) Der Mythos der Senilität ( the myth of senility )

Damit bezeichnet BUTLER:

„The notion that old people are or inevitably become senile ( if they live long enough ) showing forgetfulness, confusional episodes and reduced attention“ ( 1974, S. 532 ).

Sicherlich gibt es einige altersspezifische Krankheiten, die mit diesen Symptomen einhergehen und schließlich zu irreversibler Demenz führen. Trotzdem wäre die Annahme, dass es sich dabei um einen normalen Altersprozess handelt, irreführend. Eine große Mehrheit von Menschen bleibt ihr Leben lang von solchen Beeinträchtigungen ausgeschlossen.

#### 6) Der Mythos Gelassenheit ( the myth of serenity )

BUTLER spielt hier darauf an, dass das Alter als letzte Lebensphase oft in verklärter Sicht so gesehen wird, dass Sorgen und Nöte des mittleren Erwachsenenalters zurückgelassen werden. Da der Alltag des älteren Menschen wenig Belastungen und Bewährungsproben mit sich bringt, kann dieser in Gelassenheit und Ruhe seinen Lebensabend verbringen und hat ausreichend Zeit für angenehme Beschäftigungen. BUTLER zweifelt diese Betrachtungsweise an, indem er behauptet, dass die Realität des älteren Menschen meist völlig anders aussieht. Gerade ältere Menschen leiden im Vergleich zu jüngeren vermehrt an Belastungen durch Krisen aller Art. Dies zeigt sich anhand zunehmender psychischer Krankheiten und erhöhter Selbstmordgefahr.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Vgl. Butler 1974, S. 532

BUTLER plädiert in dem oben genannten Artikel ausdrücklich für eine ausgewogenere Betrachtungsweise des Alters ( „a more balanced view of old age“<sup>44</sup> ), die diesem Lebensabschnitt in seiner Mannigfaltigkeit gerechter wird. Er zeigt hierzu Ansätze auf, wie ein Umdenken in der Gesellschaft angeregt werden und wie älteren Menschen in bezug auf einen konstruktiven Lebensabend hilfreich unter die Arme gegriffen werden kann. Seine beiden Ansätze lauten: ein formales Life-Review-Konzept, das biographische Inhalte therapeutisch nutzbar macht ( „life review therapy“ ) und die Lebenszyklus-Gruppentherapie ( „life-cycle group therapy“ )<sup>45</sup>

Die Life-Review-Therapie bezeichnet BUTLER als eine umfassende Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte, vergleichbar mit dem Verfassen von Memoiren bei berühmten Persönlichkeiten. Es können dabei je nach persönlicher Vorliebe und Möglichkeiten verschiedene Techniken genutzt werden wie z.B. Tonbandaufnahmen. Unterstützung und Anleitung ist neben dem Fachmann auch durch einen geübten Laien möglich. Durch diese strukturierte Form des Reminiszierens soll der Klient eine Entlastung im Umgang mit Schuldgefühlen und anderen lebensgeschichtlich bedingten Belastungen erfahren. Zudem soll eine versöhnliche Begegnungen mit Familienmitgliedern angeregt werden.<sup>46</sup> DOBROF verdeutlicht, was BUTLER´S Arbeit für die Pflege alter Menschen bedeutet:

„In a profound sense, Butler´s writings liberated both the old and the nurses, doctors and social workers; the old were free to remember, to regret, to look reflectively at the past and try to understand it. And we were free to listen, and to treat remembers and remembrances with the respect they deserved, instead of trivializing them by diversion to a bingo game“ ( zit. n. COLEMAN 1986, S. 10 ).

In der Lebenszyklus-Gruppentherapie steht die Interaktion zwischen den Generationen im Vordergrund. Die Gruppenteilnehmer sind daher unterschiedlichster Alterstufen, angefangen von der Pubertät bis hin ins hohe Alter. Gemeinsam ist ihnen, dass sie sich in einer aktuellen Lebenskrise befinden.

---

<sup>44</sup> Butler 1974, S. 533

<sup>45</sup> Vgl. Butler 1974, S. 534

<sup>46</sup> Vgl. Butler 1974, S. 534



Durch den Erfahrungsaustausch zwischen Jung und Alt soll dem einzelnen bei der Bewältigung seiner Krise geholfen werden, indem Anregung und psychische Hilfestellung angeboten wird.<sup>47</sup>

In den 70er und 80er Jahren wurde im englischsprachigen Raum nahezu ein Boom an Artikeln zum Thema Reminiszieren verzeichnet ( z.B. FIELDEN 1990; GOLDWASSER, AUERBACH und HARKINS 1987; ORTEN, ALLEN und COOK 1989 ). Es wurden viele Reminiszenz-Materialien ( Dias, Fotos, Musikkassetten usw. ) entworfen und vertrieben. Zunehmende Popularität erlangte das Reminiszieren in diesen Jahren auch in der Arbeit mit Dementen:

„Reminiscing and Life Review are increasingly popular approaches for working with dementia“ ( MIESEN 1992, S. 459 ).

### 3.2.1.2 Klassifizierung von Unterformen

Die Klassifizierung der Reminiszenz-Therapie gestaltet sich äußerst schwierig. Schon HAIGHT bemerkte, dass die „Reminiszenz“- oder „Biographiearbeit“ ein „Regenschirmbegriff“ darstellt, der sehr unterschiedliche Vorgehensweisen beinhaltet: Der Begriff Reminiszenz

„is a great umbrella encompassing many types of reminiscence“ ( 1991, S. 9 ).

Im folgenden soll eine Typologisierung von GERFO ( 1980 ) vorgestellt werden. Dieser beschreibt drei Typen des Reminiszierens ( REM ): Das informative, das evaluative und das obsessive REM. Beim informativen REM steht das Vergnügen am Erzählen früherer Ereignisse im Vordergrund. Vergangene Erlebnisse und Begebenheiten werden lediglich wiedergegeben, aber nicht gedeutet oder problematisiert. Informatives Reminiszieren findet oft in verschiedenen Gruppentypen Anwendung z.B. in der oben beschriebenen „OraHistory-Group“ ( DELIUS 1990 ). Zum evaluativen Reminiszieren gehört nach GERFO auch

---

<sup>47</sup> Vgl. Butler 1974, S. 535

BUTLER'S „Life-Review-Ansatz“. Hier wird die Neustrukturierung und Neubewertung von Erinnerungen anvisiert. Es erfolgt die Aufarbeitung alter Schuldgefühle, die Konfliktlösung und die Verarbeitung von Verlusterlebnissen. Ziel ist es, die Phase der Ich-Integrität nach ERIKSON zu erreichen d.h. eine positive Bilanzierung des eigenen Lebens und eine Integration der vielfältigen eigenen Erfahrungen.<sup>48</sup> Obsessives REM dagegen bezeichnet GERFO als dysfunktional.<sup>49</sup> Hier können die Erlebnisse nicht akzeptiert werden. Obsessives REM kann das Resultat aus Schuldgefühlen, Stress oder unverarbeiteter Trauer sein, wobei als mögliche Folgen Depressivität, Agitation oder Suizid auftreten können. GERFO betont, dass obsessives REM trotzdem nicht völlig abgeblockt werden sollte. Günstiger ist es, wenn diese Art des Reminiszierens in Bahnen gelenkt und so ein „healing process“<sup>50</sup> eingeleitet werden kann.

### 3.2.1.3 Konzeptuelle Basis

BUTLER'S Reminiszenz-Therapie stellt einen Ansatz dar, der stark biographie- und individuumsbezogen arbeitet und auf Erkenntnissen der humanistischen Psychologie basiert, die sich als „Dritte Kraft“ in Abgrenzung zu Psychoanalyse und Behaviorismus in den 60er Jahren entwickelt hat.<sup>51</sup>

ROGERS charakterisiert als grundlegendste Gemeinsamkeit all dessen, was heutzutage berechtigterweise als „Humanistische Psychologie“ bezeichnet wird, als

„das Interesse am Menschen und seiner Entfaltung in einer modernen Welt, die offensichtlich darauf aus ist, ihn zu ignorieren oder in seiner Bedeutung herabzusetzen“ ( 1973, S. 15 ).

---

<sup>48</sup> Siehe auch Kap. 3.2.1.3

<sup>49</sup> Vgl. Gerfo 1980, S. 44

<sup>50</sup> Vgl. Gerfo 1980, S. 44

<sup>51</sup> Vgl. Hutterer 1998, S. 139

Daher konzentrieren sich die Humanistischen Psychologen vor allem auf die Entdeckung von Prinzipien

„[...] die sich als konstruktiv erwiesen haben bei der Bemühung, ein erfülltes Leben zu leben und aufrechtzuerhalten, und sie ( die Humanistische Psychologie ) ermöglicht es jedem einzelnen Menschen, diese Prinzipien zu begreifen und die Fähigkeiten zu entfalten, die ihm bei der Neugestaltung seines Lebens nützen können“  
( BÜHLER/ALLEN 1974, S. 18 ).

Um dieses Ziel zu erreichen, bedient sich die Humanistische Psychologie einer besonderen Betrachtungsweise menschlicher Erfahrung:

„In scharfen Gegensatz zu den Behavioristen konzentriert sich die Humanistische Psychologie auf die phänomenale ( vom Subjekt erlebte ) Welt, nicht auf die objektive Welt, wie sie von externen Beobachtern und Forschern gesehen wird. Darin gleicht sie dem kognitiven Modell: sie unterscheidet sich von ihm jedoch dadurch, dass es ihr nicht um die detaillierte „Zerlegung“ innerer Prozesse in Schritte der Informationsverarbeitung und deren Anbindung an beobachtbare Verhaltensaspekte geht, sondern um die Art und Weise, wie innere Prozesse zu neuen Einsichten und Werteorientierungen führen“ ( ZIMBARDO 1992, S. 10 ).

Letzteres kann insbesondere in BUTLER´S Life-Review-Ansatz beobachtet werden.<sup>52</sup>

BUTLER geht dabei von einem Menschenbild aus, das der humanistischen Psychologie entspringt. Verankert ist dieses Menschenbild in der Existenzphilosophie ( HEIDEGGER, SARTRE, BUBER, JASPERS u.a. ) und Phänomenologie ( HUSSERL, MERLEAU-PONTY u.a. ).<sup>53</sup> Folgende wesentliche Aspekte prägen das humanistische Modell des Menschen:

Ein allgemeiner Grundsatz der humanistischen Psychologie ist es, den Menschen im Sinne des phänomenologisch-wissenschaftstheoretischen Aspektes als Ganzes zu erforschen und zu verstehen. Indem wie bei BUTLER der Mensch als

---

<sup>52</sup> Siehe BUTLER´S Definition des Lebensrückblickes auf Seite 20

<sup>53</sup> Vgl. Quitmann 1996, S. 16 ff.

Person und die individuelle menschliche Erfahrung in den Mittelpunkt des Interesses gestellt wird<sup>54</sup>, wird der HUSSERLschen Forderung, zu den „Sachen selbst“ zurückzukehren und zumindest für einen Moment die Umwelt auszublenden, Rechnung getragen.<sup>55</sup> Mit dem Merkmal der Ganzheit wird ein Gegenpol zur analytisch-zergliedernden bzw. atomistischen Betrachtung aufgestellt. Der Mensch wird mit seinen verschiedenen Seiten, Aspekten, Ebenen und Prozessen gleichzeitig als Bestandteil einer Einheit und in ihren Wechselbezügen untersucht. Prinzipiell führt eine Betonung der Ganzheit des Menschen dazu, diesen als differenzierte Einheit zu betrachten ( z.B. seine kognitiv-intellektuellen, emotionalen und sozialen Prozesse, als eine Möglichkeit der Differenzierung ).

Der existenzphilosophische Aspekt der Wahl und Entscheidung<sup>56</sup> gilt als Ausdrucksform der Freiheit des Menschen, die eine Verantwortung hinsichtlich der Konsequenzen des Wählens und Entscheidens gegenüber sich selbst und seinen Mitmenschen einschließt – in BUTLER´S Lebensrückschau oft negative Konsequenzen biographischer Fehlentscheidungen und Versäumnisse, die vom Individuum bearbeitet werden müssen.<sup>57</sup>

Unter dem Aspekt der Autonomie - die BUTLER auch dem älteren Menschen zuschreibt<sup>58</sup> – und sozialer Interdependenz wird die Fähigkeit des Menschen beschrieben, sich in Unabhängigkeit von äußerer Kontrolle und in Richtung einer Beherrschung der Umwelt zu begeben, obwohl er in biologische und emotionale Abhängigkeit eingebunden ist. Autonomie ist nach VÖLKER ( 1980 ) die Kehrseite der Eigenverantwortlichkeit als Moment der Freiheit, die aber immer auf die Gemeinschaft bezogen ( Gruppe, Familie, Gesellschaft ) ist. Autonomie und soziale Interdependenz stehen somit stets in einem Wechselverhältnis, das unauflösbar ist.

---

<sup>54</sup> Vgl. Butler 1963, S. 65 ff.

<sup>55</sup> Vgl. Quitmann, S. 284

<sup>56</sup> Vgl. Kollbrunner 1995, S. 200

<sup>57</sup> Vgl. Butler 1963, S. 69

<sup>58</sup> Vgl. Butler 1974, S. 532

Mit der Intentionalität ( Ziel- und Sinnorientierung )<sup>59</sup> wird ein Merkmal des Menschen angesprochen, dass die Fähigkeit eines Richtungsbewusstseins in vielfältigen Abstufungen aufgreift z.B. Bedeutungen, Werte, die über die unmittelbare materielle Existenz hinausgehen, symbolisch vermittelte Sinngehalte, die in Verbindung mit vorhandenen Bestrebungen neue Motivationsquellen darstellen, die das Handeln leiten. Die Lebensrückschau nach Butler unterstützt die Bestrebungen des Menschen, Sinn zu finden.<sup>60</sup>

Das Moment der Selbstverwirklichung<sup>61</sup> beschreibt die Tendenz, neben homöostatischen Aktivierungsformen ( Reduktion von Bedürfnisspannung zugunsten eines Gleichgewichtszustandes ) anti-homöostatischen Bestrebungen zu folgen ( Neugierverhalten, schöpferische Eigenaktivitäten ) d.h. solchen Bestrebungen, die prinzipiell auf die Aufhebung eines Gleichgewichtszustandes, auf Erhöhung der Unsicherheit und der Risikobereitschaft gerichtet sind. BUTLER sieht vor allem bei gesunden und gut situierten älteren Menschen die meisten Chancen der Selbstverwirklichung gegeben.<sup>62</sup>

Ein weiteres zentrales Anliegen der humanistischen Psychologie ist die Aufrechterhaltung von Wert und Würde des Menschen.<sup>63</sup> Das Interesse gilt insbesondere der Entwicklung der jedem Menschen innewohnenden Kräfte und Fähigkeiten, wobei BUTLER davon ausgeht, dass der Mensch bis ins hohe Lebensalter entwicklungsfähig bleibt.<sup>64</sup>

Es darum nicht verwunderlich, dass sich BUTLER'S grundlegende Überlegungen zur Reminiszenz-Therapie auch auf ERIKSON'S Entwicklungsmodell der Lebenskonflikte beziehen, das im folgenden beschrieben werden soll.

---

<sup>59</sup> Vgl. Bugental 1964, zit. n. Hutterer 1998, S. 19

<sup>60</sup> Vgl. Butler 1974, S. 534

<sup>61</sup> Vgl. Bühler/Allen 1974, S. 50 ff.

<sup>62</sup> Vgl. Butler 1974, S. 352

<sup>63</sup> Vgl. Bühler/Allen 1974, S. 8

<sup>64</sup> Vgl. Butler 1963, S. 72 ff.; Vgl. Müller 1994, S. 103

Der Psychologe ERIK ERIKSON beschreibt in seinem universalen und unidirektionalen<sup>65</sup> Modell acht zentrale Lebenskonflikte von der Geburt bis ins hohe Alter. Diese Konflikte werden als vorgegeben betrachtet und erst ihre jeweilige Lösung überführt in die nächste Phase.<sup>66</sup> Obwohl die Konflikte andauern und nie gänzlich gelöst werden können, muss jede Phase vom Individuum hinreichend bewältigt werden, um auch zukünftig als stabile Persönlichkeit bestehen zu können. Im Unterschied zu FREUD sieht ERIKSON Entwicklung als einen Prozess an, der ein ganzes Leben lang andauert.<sup>67</sup> Die Bewältigung der Krisen ruft in der Kindheit Vertrauen, Autonomie, Initiative und Kompetenz hervor, in der Jugend führt sie zu Identität, im frühen Erwachsenenalter zu Intimität und im mittleren Erwachsenenalter zur Generativität d.h. Interesse an Familie, Gesellschaft, künftigen Generationen, das über das unmittelbar persönliche Belange hinausgeht.<sup>68</sup>

Auf der achten Stufe beschreibt ERIKSON gewissermaßen als Frucht der vorangegangenen Stadien die Herausbildung der „Ich-Integrität“, die wichtigste Anforderung des letzten Lebensabschnittes.<sup>69</sup> Integrität beschreibt ERIKSON als die Verschmelzung des gegenwärtigen Selbst mit dem idealisierten Selbst.<sup>70</sup> Integrität im Alter heißt, seine Stärken trotz seiner Schwächen zu erkennen. Der Mensch soll in dieser Phase lernen, sein zurückliegendes Leben so zu akzeptieren wie es war und Verantwortung dafür zu übernehmen. Aus der Perspektive des Rückblickes ist er jetzt im günstigsten Fall in der Lage, in seiner Biographie sich selbst mit seinen individuellen Eigenheiten sowie wichtige Personen und Ereignisse auf neue und reifere Art anzunehmen. Ist diese Stufe erreicht, ist die Angst vor dem Tod besiegt. Bei Nichtakzeptanz resultieren dagegen Verzweiflung<sup>71</sup>, Todesangst und Kummer über den vermeintlich missglückten Lebensweg, der sich oft in übersteigerten Selbst- und Fremdvorwürfen äußert.<sup>72</sup>

---

<sup>65</sup> Vgl. Wilker/Bischoff/Novak 1994, S. 138

<sup>66</sup> Vgl. Radebold 1992, S. 61

<sup>67</sup> Vgl. Zimbardo 1986, S. 98

<sup>68</sup> Vgl. Erikson 1988, S. 86

<sup>69</sup> Vgl. Erikson 1988, S. 78 ff.

<sup>70</sup> Vgl. Erikson 1999, S. 262 ff.

<sup>71</sup> Vgl. Erikson 1988, S. 80 ff.

<sup>72</sup> Vgl. Miller 1993, S. 164

Beide Gegenpole finden sich auch als mögliche Konsequenzen der Lebensrückschau bei BUTLER wieder. Dabei hängt es nach BUTLER in großem Maße von der Persönlichkeit des Individuums ab, ob die Lebensrückschau als ein produktiver, bereichernder Prozess angesehen wird, der eine größere Lebenszufriedenheit bietet ( und zur Ich-Integrität nach ERIKSON führt ) oder ob eine zwanghafte Beschäftigung mit überwiegend negativen Aspekten der Vergangenheit ( wie unerledigte Situationen, Schuldgefühle, nicht verarbeiteten und betrauernten Verlusterfahrungen, die allesamt noch offen sind und abgeschlossen werden wollen )<sup>73</sup> erfolgt, die schlimmstenfalls zu psychischen Krankheiten oder sogar Selbstmordabsichten führen kann:

„One group of persons who seem to be especially prone to anxiety, despair, depression, or the extreme kind of total catastrophe outlined above, consists of those who always tended to avoid the present and to put great emphasis on the future”  
( 1963, S. 70 ).

In den meisten Fällen werden aber wieder hochkommende Probleme bewältigt<sup>74</sup>, schwerwiegende Komplikationen sind eher die Ausnahme.

BUTLER´S theoretische Annahmen konnten in mehreren Studien ( u.a. 1976 bei BOYLIN et al. ) bestätigt werden, wovon einige im folgendem Kapitel vorgestellt werden sollen. Neben einer kritischen Betrachtung der Studien erfolgt eine Auswertung hinsichtlich affektiver, kognitiver und sozialer Effekte der Erinnerungsarbeit.

---

<sup>73</sup> Vgl. Opitz 1998, S. 97

<sup>74</sup> Vgl. Butler 1963, S. 68 ff.

### **3.3 Positive Wirkfaktoren der biographischen Gruppenarbeit**

#### 3.3.1 Auswertung der Studien

Im folgenden sollen positive Wirkfaktoren der biographischen Gruppenarbeit anhand von empirischen Studien dargestellt werden.

Bei den ausgewählten Studien handelt es sich um publizierte Gruppenstudien. Ein Teil der Untersuchungen wurde an verwirrten Bewohnern in verschiedenen Einrichtungen durchgeführt, wobei die Verwirrtheitsdefinition variiert. So wurde die Auswahl der Probanden etwa vom pragmatischen klinischen Urteil ( „erscheint verwirrt“, „verhält sich nonkonform“ ) oder sogar multidimensional mittels Arztdiagnose, Mini Mental State-Test und Personalrating bestimmt . Zwischen reversibler und irreversibler Verwirrtheit wurde selten unterschieden, auch erfolgte nur sporadisch eine Differenzierung nach Ursachen. Subgruppenspezifische Aussagen sind daher nicht möglich. Aussagen über die Phasenspezifität d.h. in welchen Verwirrtheits-/Demenzphasen die Intervention besonders geeignet erscheint, wurden größtenteils außer acht gelassen.<sup>75</sup>

Unklar ist teilweise, ob die Teilnahme freiwillig erfolgte. Es wurden oft keine Angaben gemacht, ob gerade bei diesem sehr verletzlichen Personenkreis ethische Maßstäbe ( „human rights“ ) berücksichtigt wurden.

Zu den Effekten lässt sich sagen, dass eine multiple Erfassung nur vereinzelt vorgenommen wurde z.B. muss ein aktiver Gruppenteilnehmer nicht zwangsläufig orientierter erscheinen, ein orientierter Bewohner ist nicht zwangsläufig auch lebensfroher. COLEMAN ( 1986 ) betont, dass Effekte stets differentiell aufgezeigt werden sollten, etwa welche Effekte unter welchen Bedingungen erreicht werden könnten oder welche Therapieintensität eine optimale Wirkung erzielen würde.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> Vgl. Müller 1994, S. 128

<sup>76</sup> Vgl. Müller 1994, S. 128



In den seltensten Fällen konnte das Personal die durchgeführte Erinnerungsarbeit bewerten, obwohl dies für eine langfristige Integration des Programms sehr wichtig wäre. Interessant könnten hier insbesondere Aspekte der Akzeptanz, Zufriedenheit oder Einbettung der Gruppenarbeit in den Pflegealltag sein.

Im folgenden soll nun unter Berücksichtigung der aufgezeigten Schwächen eine Darstellung der positiven Effekte der biographischen Gruppenarbeit erfolgen.

### 3.3.1.1 Affektive Wirkfaktoren

GOLDWASSER et al. fragten 1987 nach kognitiven, affektiven und behavioralen Effekten von Gruppenreminiszenz bei Dementen eines Pflegeheimes.<sup>77</sup> Die Stichprobe umfasste n=30 Probanden, die nach dem klinischen Eindruck, der Diagnose Demenz und dem Mini Mental State ausgewählt wurden. Als Instrumente kamen im Pre-, Post- und 5-Wochen-Follow Up-Test der Mini Mental State ( MMS ), das Beck Depression Inventory ( BDI ) und der Katz Index of Activities of Daily Living ( ADL ) zum Einsatz. Es wurden drei Gruppen gebildet a zehn Personen. Die erste Gruppe ( Experimental Group ) traf sich zweimal in der Woche für je eine halbe Stunde über den Zeitraum von insgesamt fünf Wochen. In diesen Sitzungen wurden insgesamt zehn Themenbereiche angeschnitten u.a. Essen und Kochen, Persönliche Werke, Feiern. Die zweite Gruppe ( Support Group ) erhielt ein Behandlungsprogramm, das gegenwärtige und zukünftige Ereignisse und Probleme zum Inhalt hatte. Diese Gruppe traf sich genauso häufig wie die Experimentalgruppe. Die dritte Gruppe war die Kontrollgruppe, diese erhielt keine Behandlung. Nach fünf Wochen wurde festgestellt, dass es keinen signifikanten Einfluss der Gruppen-Erinnerungsarbeit auf kognitive Funktionen und lebenspraktische Funktionen gab. Allerdings konnte ein deutlicher Einfluss auf affektive Dimensionen nachgewiesen werden. In der Experimentalgruppe wurde ein signifikanter Effekt auf das Depressionsniveau der Teilnehmer festgestellt, das im Vergleich zum Pre-Test stark gesunken war. Die Teilnehmer der Support

---

<sup>77</sup> Vgl. Goldwasser et al. 1987, S. 209

Group und der Kontrollgruppe zeigten nur leichte Veränderungen im Depressionsgrad, die im Vergleich mit der Erinnerungsgruppe nicht signifikant erschienen.<sup>78</sup>

FIELDEN stellte sich 1990 die Frage, ob Erinnerungs-Gruppenarbeit Einfluss auf Faktoren wie psychische Ausgeglichenheit und Lebenszufriedenheit hat. Die Experimentalgruppe umfasste fünfzehn Personen einer Seniorenwohnanlage, darunter elf Frauen, das Durchschnittsalter betrug 74 Jahre. Die Kontrollgruppe setzte sich aus sechzehn Personen zusammen, darunter zwölf Frauen, das Durchschnittsalter betrug hier 75,4 Jahre. Im Pre- und Posttest wurden zur Messung der psychologischen Ausgeglichenheit das General Health Questionnaire 28Q und zur Messung der Lebenszufriedenheit die Philadelphia Geriatric Center Morale Scale herangezogen. Die Experimentalgruppe traf sich einmal wöchentlich für je ein- bis eineinhalb Stunden. Es wurden den Teilnehmern Bild- und Tonmaterial aus den Jahren 1900-1980 angeboten. Auch die Kontrollgruppe traf sich einmal in der Woche über den Zeitraum von neun Wochen, beschäftigte sich aber mit aktuellen Themen und Problemen ( Here And Now Group ). Die Gruppenleitung hatte ein Psychologe mit seinem Assistenten. Im Ergebnis zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe. Die Teilnehmer der Erinnerungsgruppe waren deutlich ausgeglichener und lebenszufriedener, während die Mitglieder der Kontrollgruppe diesbezüglich keine markanten Unterschiede vor und nach der Intervention aufwiesen.<sup>79</sup>

HAVIGHURST und GLASSER führten 1972 eine Fragebogenuntersuchung mit dem Ziel durch, die Häufigkeit und die affektiven Aspekte der Erinnerungsarbeit aufzuzeigen. Es wurden mehr als fünfhundert ältere Menschen der Mittelschicht und der gehobenen Mittelschicht im Alter von 70 bis 75 Jahren befragt.

HAVIGHURST und GLASSER kamen zu dem Ergebnis, dass ein häufiger Gebrauch von Erinnerungen positive Affekte ( u.a. größere Freude/Spaß )

---

<sup>78</sup> Vgl. Goldwasser et al. 1987, S. 216

<sup>79</sup> Vgl. Fielden 1990, S. 28

hervorrufen, die wiederum mit einer gelingenden personal-sozialen Anpassung einhergehen.<sup>80</sup> Diese Kombination von Effekten bezeichneten sie als „Syndrom“.

BOYLIN et al. stellten sich 1976 die Frage, ob Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit des Gebrauchs von Erinnerungen und der Ich-Integrität nach ERIKSON bestehen. Dabei untersuchten sie mittels Fragebogen einundvierzig Kriegsveteranen im Durchschnittsalter von 64,3 Jahren, die in einem Stiftungsgebäude in New York lebten. BOYLIN et al. hielten abschließend fest:

„As predicted, there was a significant correlation [...] between frequency of reminiscing and scores on the ego integrity subscale“ ( 1976, S. 121 ).

Allerdings kamen sie entgegen HAVIGHURST/GLASSER ( 1972 ) zu dem Schluss, dass hier die häufige Reproduktion der Erinnerungen von negativen Affekten überschattet war. BOYLIN et al. erklären sich dieses Ergebnis dadurch, dass in beiden Studien äußerst unterschiedliche Bevölkerungsschichten herangezogen wurden. Während HAVIGHURST/GLASSER für ihre Studie erfolgreiche Personen der Mittelschicht rekrutierten ( teilweise sogar im „WHO´s WHO in America“ aufgeführt ), griffen BOYLIN et al. auf Kriegsveteranen zurück, die wesentlich mehr Unzufriedenheit mit ihrem früheren Leben aufwiesen.<sup>81</sup>

ROMANIUK und ROMANIUK untersuchten 1981 in ihrer Studie die Funktionen des Erinnerns bei älteren Menschen. Insgesamt nahmen einundneunzig Männer und Frauen aus drei Seniorenzentren im Durchschnittsalter von 78,5 Jahren an dem Vorhaben teil, wobei über achtzig Prozent der Teilnehmer weiblich waren.<sup>82</sup> Jeder Proband füllte einen Fragebogen aus, bestehend aus einer Skala aus dreizehn Typen des Umganges mit Erinnerungen ( unterteilt in die drei Kategorien bzw. Konzepte Selbstbestätigung/Selbstinszenierung, Lösung gegenwärtiger Probleme und Existentielles Selbstverstehen ). ROMANIUK und ROMANIUK kamen zu den Ergebnissen, dass 64 % der Versuchspersonen das Konzept „Selbstbestätigung“ bevorzugten, 12 % das Konzept „Lösung gegenwärtiger

---

<sup>80</sup> Vgl. Havighurst/Glasser 1972, S. 252

<sup>81</sup> Vgl. Boylin et al. 1976, S. 123

<sup>82</sup> Vgl. Romaniuk/Romaniuk 1981, S. 479

Probleme“ und 13 % das Konzept „Existentielles Selbstverstehen“. Diese Befunde sind so zu interpretieren, dass Erinnerungen vorzugsweise zur Selbstbestätigung herangezogen werden. Desweiteren fanden die Autoren, dass in der Kategorie „Selbstbestätigung“ der Gebrauch von fünf der sieben genannten

Erinnerungsfunktionen signifikant mit positiven Affekten verbunden war. So gaben die Teilnehmer an, dass ihnen angenehme Erinnerungen Freude berieten und sie dabei unterhalten wurden. Erinnerungen wurden von ihnen zum Zwecke der Stimmungsverbesserung erzählt. Die Probanden nutzten den Gebrauch der Erinnerungen aber auch zur Unterstützung des Selbstwertes und als eine Methode der Selbst-Identifikation.<sup>83</sup> Die Autoren kamen damit zu ähnlichen Ergebnissen wie HAVIGHURST und GLASSER ( 1972 ).

### 3.3.1.2 Kognitive Wirkfaktoren

HUGHSTON und MERRIAM gingen 1982 der Frage nach, ob durch den Einsatz von Erinnerungen die kognitiven Funktionen älterer Menschen verbessert werden können. An der Studie nahmen dreiundachtzig Personen im Alter von 60 bis 88 Jahren aus einer Wohneinrichtung in Pennsylvania teil, davon waren dreiundsechzig Personen weiblich. Im Pre- und Post-Test kam die Raven Standard Progressive Matrices zur Messung der kognitiven Funktionen zum Einsatz. Es erfolgte eine Einteilung in zwei Experimentalgruppen, wovon eine Gruppe von achtundzwanzig Personen mit neuem Material ( New Material Group ) und eine von siebenundzwanzig mit erinnertem Material ( Reminiscence Group ) geführt wurde. Den Mitgliedern der Kontrollgruppe wurde lediglich einmal pro Tag ein zehnminütiger Besuch gestattet. Nach vier Wochen wurde festgestellt, dass sich die Leistungen in der Kontrollgruppe vom Pre- zum Posttest verschlechtert hatten, in den beiden Experimentalgruppen aber angestiegen waren. In der Reminiscence Group zeigte sich ein signifikanter Leistungsanstieg der weiblichen Teilnehmer, nicht aber der Männer. Weiterhin konnte aufgezeigt werden, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der New Material Group und der

---

<sup>83</sup> Vgl. Romaniuk/Romaniuk 1981, S. 481

Reminiscence Group gab.<sup>84</sup> Auf die Höhe des Leistungsanstieges hatte die Verwendung von neuem oder erinnertem Material keinen Einfluss.

Zusammenfassend betonen HUGHSTON und MERRIAM, dass diese Ergebnisse keine einseitige Festlegung auf das Erinnerungstraining als Stimulator geistiger Leistungen im Alter zulassen. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass Interventionen, die kognitive Funktionen bei Älteren anregen, lohnenswert sind. HUGHSTON und MERRIAM kommen zu dem Schluss:

„This study also revealed that structured reminiscent exercises can lead to improved cognitive functioning in women ( 1982, S. 146 ).

Warum männliche Teilnehmer keinen Profit aus der Erinnerungsarbeit ziehen können, bleibt weitgehend offen. MERRIAM stellt dagegen in einer späteren Studie fest, dass die Reproduktion von Erinnerungen bei Männern häufiger ist als bei Frauen.<sup>85</sup> In dieser Studie kam MERRIAM auch zu den Ergebnissen, dass Personen, die am Erinnerungstraining teilnehmen, weniger an Depressionen leiden und vorteilhafter mit Gesundheitsproblemen umgehen. Dies wurde in kognitiver Hinsicht als auch im praktischen Umgang mit diesen Phänomenen beobachtet. Insgesamt bestehen an den Ergebnissen der hier vorgestellten Studie jedoch große Bedenken in bezug auf die generelle Aussage, Männer würden aus der Erinnerungsarbeit keinen Nutzen ziehen.

### 3.3.1.3 Soziale Wirkfaktoren

In der 1984 von COOK durchgeführten Pilotstudie an sechs verwirrten Älteren in Institutionen bestand das Hauptinteresse an der Frage, ob die Erinnerungsarbeit eine Aufhebung der sozialen Isolation bewirkt. Er kam zu dem Gesamtergebnis, dass die Isolation verringert, die soziale Interaktion erhöht sowie die mentale Stimulation und Wachheit erhöht werden.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Vgl. Hughston/Merriam 1982, S. 145

<sup>85</sup> Vgl. Merriam 1993, S. 9

<sup>86</sup> Vgl. Müller 1994, S. 122

FIELDEN stellte 1990 in der bereits oben vorgestellten Studie auch fest, dass es deutliche Unterschiede zwischen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe hinsichtlich der sozialen Aktivität der Teilnehmer gab. Diese wurde im Pre- und Posttest anhand des Sociometric Rating of Relationships nach MORENO ermittelt. Während des Studienzeitraumes veränderten sich die Bewohner der Experimentalgruppe von sozial desinteressiert wirkenden Personen zu einer Gruppe von Menschen, die sich offensichtlich über die Zuwendung der Mitarbeiter freute und organisierte Angebote gern annahm. Am Schluss begannen sie sogar, sich an der Organisation von Aktivitäten zu beteiligen und übernahmen teilweise sogar selbst die Rolle der Organisatoren.<sup>87</sup> Die Teilnehmer der Kontrollgruppe wiesen nach den neun Sitzungen keine Unterschiede in ihrer sozialen Aktivität auf. Die Beschäftigung mit den Erinnerungen und der gemeinsame Erfahrungsaustausch hatte die Teilnehmer der Experimentalgruppe viel enger zusammenwachsen lassen als die Teilnehmer der Kontrollgruppe, so dass hier Raum für die nötige Vertrautheit und Offenheit entstand.<sup>88</sup> FIELDEN untermauert mit dieser Studie auch die Bedeutsamkeit der Erinnerung in Gruppen und relativiert damit die Aussage, dass die Eins-zu-Eins-Betreuung in der Bearbeitung von Erinnerungen herausragend sei.

KIERNAT stellte 1979 die Frage, ob das Erinnerungstraining einen Effekt auf das Verhalten von Verwirrten ausübte. Die Stichprobe umfasste dreiundzwanzig Probanden aus drei Pflegeheimen, darunter einundzwanzig weibliche ( ohne Altersangabe ). Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte durch die Einrichtungen selbst. Jeder Teilnehmer musste demnach vom Personal seit mindestens drei Monaten als verwirrt eingestuft worden sein.<sup>89</sup> Es wurden drei Experimentalgruppen eingerichtet, welche je aus zehn, sieben und sechs Mitgliedern bestanden. Eine Kontrollgruppe bestand nicht. Jede Sitzung wurde von zwei Leiter/innen geführt, darunter eine Beschäftigungstherapeutin. Das Programm lief insgesamt zehn Wochen oder zwanzig Sitzungen, wobei ein Gruppentreffen zweimal wöchentlich für fünfundvierzig bis sechzig Minuten

---

<sup>87</sup> Vgl. Fielden 1990, S. 30

<sup>88</sup> Vgl. Fielden 1990, S. 28

<sup>89</sup> Vgl. Kiernat 1979, S. 307

stattfand. Jede Experimentalgruppe befasste sich im Sinne der BUTLERSchen Lebensrückschau mit bestimmten Lebensabschnitten, beginnend mit der Kindheit. In einem Pre-, Mittel- und Post-Test wurde das Verhalten jedes Teilnehmers mittels Ward Behavior Scale ( WBS ) und Life Review Scale ( GBS ) gemessen. Nach zehn Wochen zeigte sich, dass sich das Verhalten bei elf Teilnehmern verbessert hatte, bei sieben unverändert geblieben war und sich bei zweien verschlechtert hatte. Die größte Verbesserung zeigte sich bei regelmäßiger Teilnahme.<sup>90</sup> KIERNAT fasst zusammen:

„This pilot project demonstrated that life review activity is a valuable intervention technique for use with confused residents of nursing homes. Conversation can be stimulated, interest can be sparked, and attention span can be increased through the recall and review of past life experiences“ ( 1979, S. 310 ).

KIERNAT stellt weiterhin fest, dass Bewohner, die anfangs nur auf direkte Fragen der Gruppenleitung reagierten, später mit anderen Bewohnern in der Gruppe kommunizierten und dem Personal ohne Aufforderung eigene Erinnerungen schilderten. Auch stärker verwirrte Teilnehmer konnten sich in den Gruppen zu Objekten und Begebenheiten aus ihrer Familie äussern. Unruhige Teilnehmer blieben im Laufe des Gruppenprozesses zunehmend ruhiger auf ihren Stühlen sitzen.<sup>91</sup>

ORTEN, ALLEN & COOK untersuchten 1989, ob die Arbeit mit Erinnerungen das Sozialverhalten verbessert und ob bestimmte demographische Faktoren mit Erfolg korrelieren. Die Stichprobe n=56 im Alter von 58-101 Jahren umfasste einundfünfzig weibliche Teilnehmerinnen. Alle Teilnehmer lebten in Pflegeheimen und waren nach einer von ORTEN et al. gestalteten Screening Checklist ( zu Gedächtnis, Orientierung, Konzentration, Urteilsfähigkeit ) mittelschwer verwirrt. Demographische Daten, Medizinischer Status, soziale Kontakte usw. wurden durch das Multidimensional Functional Assessment Questionnaire erhoben. Das Sozialverhalten wurde im Pre-, Mittel- und Posttest durch die Social Behavior Scale ermittelt. Drei Experimentalgruppen und drei Kontrollgruppen

---

<sup>90</sup> Vgl. Kiernat 1976, S. 309

<sup>91</sup> Vgl. Kiernat 1979, S. 309

trafen sich einmal wöchentlich insgesamt sechzehn Wochen lang. Es zeigte sich als Ergebnis, dass nur eine Experimentalgruppe signifikante Verbesserungen zeigte. Dies wurde auf den Gruppenleiter zurückgeführt, der Erfahrung mit Erinnerungsgruppen hatte. Keine Variable ( Sozialisierungsgrad, Medizinischer Status, Familienstand ) korrelierte signifikant mit Erfolg.<sup>92</sup> Mit diesen Untersuchungsergebnissen wurde eine unerlässliche Bedingung für das Gelingen der Gruppenarbeit verdeutlicht, nämlich die Güte der Erfahrungen der Gruppenleiter. Die Gruppenarbeit mit alten dementen Menschen kann nicht nebensächlich durchgeführt werden, sondern erfordert Erfahrungen und profunde Kenntnisse. Es handelt sich nicht um eine simple Technik, die mit geringem Trainingsaufwand erlernt werden kann.<sup>93</sup>

#### 3.3.1.4 Zusammenfassung

Die hier aufgeführten Untersuchungen zur Effektivität des Umganges mit Erinnerungen unterscheiden sich sowohl in der Probandenauswahl ( demente wie auch geistig klare Versuchspersonen ) als auch in der Vorgehensweise. Davon abgesehen konnten in den Arbeiten überwiegend positive Ergebnisse des gezielten Einsatzes von Erinnerungen aufgezeigt werden.

Deutliche Vorteile der biographischen Gruppenarbeit sind in der Verbesserung affektiver Aspekte zu sehen. Da das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit steigen, werden auch depressive Verstimmungen reduziert. Gefühle wie Freude und Spaß können in der Erinnerungsgruppe ausgelebt werden.<sup>94</sup> Unruhige Teilnehmer wirken dabei am Ende der Sitzungen ausgeglichener, unsichere Teilnehmer erlangen ein größeres Selbstwertgefühl. Bei einem häufigen Gebrauch der Erinnerungen erfolgt zudem eine Zunahme der Ich-Integrität nach ERIKSON.

---

<sup>92</sup> Vgl. Orten et al. 1989, S. 84

<sup>93</sup> Vgl. Orten et al. 1989, S. 86

<sup>94</sup> Vgl. Romaniuk/Romaniuk 1981, S. 486



Eine Anregung der kognitiven Funktionen konnte in einer Studie immerhin an den weiblichen Teilnehmerinnen nachgewiesen werden.<sup>95</sup>

Desweiteren scheint der biographischen Gruppenarbeit besondere Bedeutsamkeit hinsichtlich der Förderung der sozialen Aktivität und des Sozialverhaltens zuzukommen. Die Erinnerungen wecken dabei das Interesse und die Aufmerksamkeit der Teilnehmer. Die Kommunikation zwischen allen Teilnehmern wird erheblich verbessert, Gespräche bzw. Diskussionen werden durch den Erinnerungsaustausch angeregt.<sup>96</sup> Das Arbeiten in Gruppen verringert im Gegensatz zur Einzelbetreuung nicht nur die Isolation der Teilnehmer, sondern bildet die Basis für die nötige Vertrautheit und Offenheit. Letztendlich spielt die Erfahrung und die Kompetenz der Gruppenleitung eine erhebliche Rolle für den Erfolg eines Erinnerungstrainings.<sup>97</sup>

In Kapitel 4.4.5 der Konzeptentwicklung wird dieser wichtige Aspekt noch einmal aufgegriffen, indem geklärt werden soll, welche speziellen Kompetenzen eine Betreuungskraft für demente Menschen aufweisen muss, um als geeignet zu erscheinen. Denn das Verhalten der Gruppenleitung beeinflusst nachhaltig die Entwicklung der Gruppe und die der persönlichen Ressourcen des einzelnen. Daher sollen im folgenden verschiedene Führungsstile dargestellt werden, die eine ganz unterschiedliche Einflussnahme auf die Gruppenteilnehmer ermöglichen.

---

<sup>95</sup> Vgl. Hughston/Merriam 1982, S. 146

<sup>96</sup> Vgl. Kiernat 1979, S. 310

<sup>97</sup> Vgl. Orten et al. 1989, S. 86

### **3.4 Aspekte der Kommunikations- und Beziehungsgestaltung**

#### 3.4.1 Führungsstile

Die Leitung einer Gruppe wird in stationären Einrichtungen der Altenhilfe meist nicht von der Gruppe selber bestimmt oder ausgewählt, sondern von einer übergeordneten Stelle ( Träger, Behörde ). Zwischen der Gruppenleitung und ihrer Gruppe besteht eine berufliche Beziehung:

„Dies bedeutet, dass sie befristet und ablösbar, mithin auf einen anderen übertragbar ist; sie verlangt, dass der Leiter sich allen gleichmäßig, wenn auch nicht in gleicher Weise, zuwendet, und keine Freundschaften oder Feindschaften zu einzelnen Mitgliedern entwickelt; dass sie sich ihres Zieles und ihrer Verantwortung bewusst bleibt; dass sie die Beziehung um die Gruppe und nicht um ihrer eigenen Bestätigung willen pflegt; dass sie eine helfende Beziehung ist, die Anerkennung und Forderung in rechter Verschränkung vereint [...] ( KELBER 1971, S. 76 ).

Den Begriff der Führung definiert STAEHLE folgendermaßen:

„Die Beeinflussung der Einstellungen und des Verhaltens von Einzelpersonen sowie der Interaktion in und zwischen Gruppen, mit dem Zweck, bestimmte Ziele zu erreichen. Führung als Funktion ist eine Rolle, die von Gruppenmitgliedern in unterschiedlichem Umfang und Ausmaß wahrgenommen wird“ ( 1999, S. 328 ).

Führung vollzieht sich in Teilprozessen ( Zielsetzung, Planung, Entscheidung usw. ). Dabei besitzt Führung drei wichtige Aufgabenfelder:

- „1) Sachlicher Aspekt ( Steuerung der verschiedenen Einzelaktivitäten in Hinblick auf die Gruppe )
- 2) Humaner Aspekt ( Menschenführung, Verhaltensbeeinflussung, Motivation usw. )
- 3) Beziehungs- bzw. Kommunikationsaspekt ( Gespräche, Kontakte herstellen, informieren, beraten, anleiten usw. )“ ( METZINGER 1999, S. 79 )

Bei der Umsetzung dieser Aufgaben kommt es entscheidend darauf an, von welcher Art die Gruppenführung ist. Dazu ist es hilfreich, die wissenschaftlichen Untersuchungen über einzelne Leitungs- bzw. Führungsstile heranzuziehen.

WEIBLER bezeichnet als Führungsstil ein „konsistentes und typisches Verhalten, das von einem Führenden gegenüber den Geführten vielfach wiederkehrend gezeigt wird“ ( 2001, S. 286 ).

Von LEWIN, LIPPITT und WHITE wurden bereits in den dreißiger und vierziger Jahren in einer Pionierstudie ( sog. Iowa-Studie ) Merkmale und Auswirkungen verschiedener Führungsstile festgestellt.<sup>98</sup> Im wesentlichen können drei idealtypische Formen, die auch in Erwachsenengruppen ( wenngleich nicht in Reinform ) vorkommen, unterschieden werden, mit denen Gruppenleitungen ihre Leitungsaufgabe erfüllen können: der autoritäre, der demokratische Stil und der Laissez-faire-Stil.

Beim autoritären Führungsstil ist die Gestaltungsmacht in den Händen der Gruppenleitung konzentriert. Diese bestimmt und lenkt die Aktivitäten und Ziele der einzelnen und der Gruppe. Sie demonstriert Macht und Stärke, setzt Bedingungen und Werte und übt Kontrolle aus. Die einzelnen Gruppenmitglieder werden gelobt und getadelt, es werden häufig Anordnungen, Anweisungen und Befehle gegeben. Individuelle Bedürfnisse einzelner werden übergangen. Dementsprechend bestehen kaum Partizipationschancen für Gruppenteilnehmer.<sup>99</sup>

Der kooperative Führungsstil räumt hingegen vielfältige partizipative Beteiligungschancen ein. Die demokratische Führungsperson ermutigt die Gruppenmitglieder, ihre Aktivitäten und Ziele zum Gegenstand von Gruppendiskussionen und -entscheidungen zu machen. Sie leitet die Gruppe nur soweit, wie dies notwendig ist und demonstriert wenig Macht und Stärke. Obwohl sie ein hohes Maß an Freiheit und Freiraum gewährt, setzt sie begründete und einsichtige Grenzen. Eine Hilfe bei Problemen und Konflikten wird durch aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten gewährt ( Beratungsfunktion ). Konstruktive Kritik wird angewendet.<sup>100</sup>

---

<sup>98</sup> Vgl. Hentze/Kammel/Lindert 1990, S. 246

<sup>99</sup> Vgl. Birker 1997, S. 139

<sup>100</sup> Vgl. Birker 1997, S. 139

Laissez-fair steht schließlich für treiben lassen. Im eigentlichen Sinn findet hier keine führungsbezogene Einflussnahme statt. Die Gruppenleitung nimmt eine weitgehend passive und nachgiebige Haltung ein, gibt nur auf Fragen Antworten. Sie beteiligt sich nicht am Gruppen- und Lernprozess und greift nicht in das Gruppengeschehen ein.<sup>101</sup>

JOPPIG ( 1996a ) bemerkt, dass es bei der Bildung neuer Gruppen von Vorteil sein kann, wenn die Gruppenleitung eine autoritäre Haltung einnimmt, um erst einmal „die Fäden in der Hand“ zu haben. Eine abwartende Haltung im Sinne des Laissez-faire-Stils bietet sich an, um zu beobachten, „wo die Gruppe steht“.<sup>102</sup> JOPPIG kommt zu der Schlussfolgerung, dass ein demokratisch-partnerschaftlicher Führungsstil am sinnvollsten für das Leiten einer Gruppe erscheint, da er sich besonders günstig auf die Teilnehmer auswirkt.<sup>103</sup> Er sieht hier im Vergleich zu den anderen beiden Führungsstilen Effekte wie eine höhere Zufriedenheit der Gruppenmitglieder, eine gute Atmosphäre, freundliche und hilfsbereite Kontakte untereinander, ein größeres Selbstvertrauen der Teilnehmer sowie eine gute Gruppenmoral und einen besseren Zusammenhalt. Die Leistungen sind zwar geringer, aber sie zeichnen sich durch ein höheres Maß an Qualität aus.<sup>104</sup>

### 3.4.2 Gruppenpädagogische Grundsätze

Die nachfolgend dargelegten Grundsätze unterstützen eine Gruppenarbeit mit dem Ziel der oben dargestellten kooperativen Gruppenleitung.<sup>105</sup>

Die Gruppenleitung sollte zunächst „anfangen, wo die Gruppe steht“. Sie sollte durch Beobachtung, Gespräch oder Befragung<sup>106</sup> die Interessen, Kenntnisse,

---

<sup>101</sup> Vgl. Birker 1997, S. 139

<sup>102</sup> Siehe Kap. 3.4.2

<sup>103</sup> Daher sollte dieser Führungsstil bei der Durchführung einer Gruppenstunde, wie in Kap. 4.5.3 der Konzeptentwicklung beschrieben, Berücksichtigung finden.

<sup>104</sup> Vgl. Joppig(a) 1996, S. 30

<sup>105</sup> Darum sollten diese bei der Durchführung einer Gruppenstunde ( siehe Kap. 4.5.3 der Konzeptentwicklung ) in Verbindung mit dem beschriebenen demokratisch-partnerschaftlichen Führungsstil Anwendung finden.

<sup>106</sup> Siehe Kap. 4.2 der Konzeptentwicklung und Biographischer Erhebungsbogen im Anhang A

Wertvorstellungen sowie die religiösen, sittlichen und sozialen Voraussetzungen der Teilnehmer erkunden. Eine gründliche Analyse vor der Einrichtung einer Gruppe kann nach klären, ob sich die Unterschiede innerhalb der Gruppe produktiv nutzen lassen oder ob sie das Gemeinsame voraussichtlich nicht zum Tragen kommen lassen. Die Gruppenleitung hat also festzuhalten, ob sich die Teilnehmer der Gruppe ergänzen oder behindern werden.<sup>107</sup>

Gleichzeitig kommt der Gruppenleitung die Aufgabe zu, zu „Individualisieren“. Sie muss sowohl die Gesamtgruppe im Auge behalten, aber auch auf den einzelnen eingehen. Schließlich sollte die persönliche Förderung und Entfaltung von sehr verschieden begabten, individuell entwickelten Menschen oberstes Ziel sein. Der einzelne Teilnehmer wünscht, dass er trotz eventueller Schwächen oder Eigenarten von der Gruppe so angenommen wird, wie er ist, und nicht aufgegeben wird. Für die Gruppenleitung ist es oftmals nicht leicht, dem Einzelnen und der Gruppe gerecht zu werden. Häufig kann daher nur eine Vermittlung zwischen den Erwartungen Einzelner und der Gruppe erreicht werden. Das Recht des Einzelnen ist in der Gruppe insofern begrenzt, da er die Gruppe oder den Leiter nicht nur mit seinen eigenen Wünschen und Erwartungen bedrängen kann.<sup>108</sup>

Ein weiterer Grundsatz ist es, „mit der Stärke zu arbeiten“. Sind erst einmal die Stärken und Schwächen des einzelnen bekannt, ist es möglich, dieses Prinzip ohne große Mühe zu berücksichtigen. Selbst die kleinste Fähigkeit kann, wenn sie anerkannt und eingesetzt wird, zur Aktivierung und Selbstbestätigung führen.

Die Gruppenleitung sollte sich zudem „im Tempo der Gruppe in Bewegung setzen“. Je nach Gruppe empfiehlt sich ein schrittweises Vorgehen. Es ist sich danach zu richten, wie die Schwächsten der Gruppe mithalten können. Stets muss sich die Gruppenleitung fragen, ob die dementen Menschen nicht unter- oder überfordert werden.<sup>109</sup> Emotional überfordernde Erlebnisse oder Reaktionen in der

---

<sup>107</sup> Vgl. Erl 1980, S. 26

<sup>108</sup> Vgl. Schmidt-Grunert 2002, S. 70

<sup>109</sup> Vgl. Gunzelmann 2001, S. 15

Gruppe kann diese durch empathische, wertschätzende und akzeptierende Grundhaltung auffangen. Dabei lenkt sie die Aufmerksamkeit der Teilnehmer immer darauf, selbst Überforderung und Anspannung bei sich wahrzunehmen und mit bewusster Entspannung zu reagieren.

Außerdem sollte es einen „Raum für Entscheidungen geben“. Es ist von großer Wichtigkeit, dass ältere Menschen, soweit dies noch möglich ist, in allen sie betreffenden Angelegenheiten mitentscheiden können z.B. bei der Zielsetzung und Planung der Gruppe. Erfahren die Teilnehmer, dass ihre Ideen und Vorschläge ernst genommen und verwirklicht werden, bietet sich nicht nur die Gelegenheit zur Aktivierung, sondern auch zur Bereinigung und Erwärmung der Atmosphäre. Wo kein Raum und kein Ansporn zur Entscheidung gegeben ist, kann auch kein Engagement erwartet werden.<sup>110</sup>

Vorteilhaft ist es „die Zusammenarbeit mehr zu pflegen als den Einzelwettbewerb“. In der Gruppe kommt es vor allen Dingen auf die Gemeinsamkeit an, nicht auf Höchstleistungen einzelner. Gerade bei älteren Menschen sollte behutsam vorgegangen werden, damit einer den anderen nicht überbietet.

Der Aspekt „Hilfe durch Programmgestaltung“ lässt die Gruppenleitung sich immer wieder fragen: Wie beeinflusst dieses Tun die Gemeinschaft, den Fortgang des Gruppenprozesses und die Entwicklung jedes einzelnen? Das Programm sollte von der Leitung nie alleine aufgestellt und bis ins letzte fixiert worden sein. Anfangs ist kaum mit spontanen Vorschlägen der Teilnehmer zu rechnen. Sinnvoll ist es daher, anhand eines Programmrasters mehrere Möglichkeiten des Programmverlaufes vorzustellen und das Für und Wider zu diskutieren, um zu einer (eventuellen) Abstimmung zu gelangen. Von den Teilnehmern sollte möglichst viel eigenes Tun zum Zuge kommen. In diesem Sinn sollte sich die Gruppenleitung, soweit dies möglich ist, um eine hohe Beteiligung und Mitwirkung an der Programmgestaltung bemühen.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> Vgl. Joppig(a) 1996, S. 22

<sup>111</sup> Vgl. Goeken 1969, S. 30

Weiterhin sollen „Konflikte positiv genutzt werden“. Obwohl es sich um Erwachsene Gruppenteilnehmer handelt, kann es Streitigkeiten geben. Es muss damit gerechnet werden, dass die Teilnehmer -aber auch die Leitung- Fehler machen. Solche Konflikte dürfen nicht unbeachtet bleiben sondern in dem Kreis besprochen werden, in dem sie auftauchen.

Ein letzter gruppenpädagogischer Grundsatz lautet nach SCHMIDT-GRUNERT ( 2002 ) „sich entbehrlich zu machen“. Er zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte Arbeit und ist der Leitgedanke aller zuvor genannten Grundsätze. Die Leitung verhält sich so aktiv wie unbedingt nötig und so passiv wie möglich. Die Teilnehmer sollen das selber machen, was sie noch übernehmen können: Vorschläge unterbreiten, Aufgaben klären, Arbeiten verteilen oder ausführen usw.. Dadurch wird der Leiter im Laufe des Gruppenprozesses vom Organisator zum Impulsgeber oder zum Berater, der für eine gute Atmosphäre sorgt, bei Streitigkeiten vermittelt, Gehemmtten Mut macht, Tätigkeiten anerkennt und dafür sorgt, dass Spielregeln und Grundsätze der Gruppenpädagogik eingehalten werden.

Ein anderes Problem in der Arbeit mit Demenzkranken und deren Verwirrtheit ist es, dass sie oft nur schwer zu verstehen sind, ihre Erlebnis- und Verhaltensweise nur mühsam nachvollziehbar ist. Manchmal ist nicht ersichtlicht, was in diesen Menschen vorgeht, was sie ausdrücken wollen oder was sie empfinden. In ihrer Hilflosigkeit bedienen sich immer mehr Pflegekräfte einer Art Babysprache<sup>112</sup> oder gebrauchen das sogenannte Krankenschwester-Wir.<sup>113</sup> Eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung ist jedoch ohne eine gelungene Kommunikation undenkbar. Das folgende Kapitel befasst sich darum mit den Grundlagen der Kommunikation und den Ursachen von Kommunikationsstörungen.

---

<sup>112</sup> Der sogenannte Secondary Baby Talk ( SBT ) verwendet emotionsbezogene, vereinfachende und verdeutlichende Strategien. In der Altenpflege meist fürsorglich gemeint, oft aber herablassend als Bestrafung unkooperativen Verhaltens älterer Menschen eingesetzt ( SACHWEH 2000, S. 53 )

<sup>113</sup> SACHWEH bezeichnet das Krankenschwester-Wir als „unechtes Wir: Es bezieht sich tatsächlich nur auf eine Person, nämlich entweder auf den/die Pflegenden selbst oder den/die BewohnerIn“ ( 2002, S. 97 ). Ein unbewusstes Motiv ist die Wahrnehmung von Ähnlichkeiten in der Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von pflegebedürftigen alten Menschen und Kleinkindern. Demente kann es ( insbesondere während der Körper- und Intimpflege ) sogar verwirren oder ängstigen, weil sie häufig nicht mehr in der Lage sind, bildhafte Sprache zu verstehen und die gesprochenen Worte in das tatsächlich Gemeinte zu „übersetzen“.

### 3.4.3 Die Kommunikation

#### 3.4.3.1 Grundlagen

METZINGER definiert:

„Unter Kommunikation werden die Vorgänge der Informationsübermittlung und des Informationsaustausches zwischen Menschen verstanden“ ( 1999, S. 88 ).

Beim Kommunizieren wird dem Kommunikationspartner eine Botschaft, Mitteilung übermittelt. WATZLAWIK, BEAVIN und JACKSON ( 2003 ) beschreiben in ihrem Modell, das zum besseren Verständnis der Kommunikationsprozesse entworfen wurde, Axiome menschlicher Kommunikation. Die wesentlichsten Annahmen lauten:

Es ist unmöglich, nicht auf eine Mitteilung eines Kommunikationspartners zu reagieren. Immer wenn sich Menschen wahrnehmen und aufeinander beziehen können, kommunizieren sie miteinander, denn auch Schweigen und Abwenden ist eine Form der Kommunikation.<sup>114</sup>

Beim Senden von Botschaften entsteht zwischen Sender und Empfänger zwangsläufig eine soziale Beziehung, so dass Kommunikation immer eine Sach- bzw. Inhaltsebene und eine Beziehungsebene aufweist, wobei die Beziehungsebene die Inhaltsebene bestimmt. Die Inhaltsebene bezieht sich stets auf das, was dem Gesprächspartner als Botschaft übermittelt werden soll, also auf Daten. Auf der Beziehungsebene werden die Daten gedeutet, es wird interpretiert, wie diese aufzufassen sind. Hier findet eine Mitteilung über eine Mitteilung statt, die auch als Metakommunikation bezeichnet wird.<sup>115</sup>

Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt. Damit ist gemeint, dass Teile des Gespräches in

---

<sup>114</sup> Vgl. Watzlawik et al. 2003, S. 53 ; Vgl. Wingchen 2000, S. 27

<sup>115</sup> Vgl. Watzlawik et al. 2003, S. 55



Abhängigkeit vom Blickwinkel des Kommunikationspartners unterschiedlich gewichtet und gedeutet werden. Aufgrund der eingeschränkten Sichtweisen kommt es zu Missverständnissen und die Kommunikation dreht sich im Kreis, wenn die Kommunikationspartner hartnäckig auf ihren Standpunkten beharren.<sup>116</sup>

Mitteilungen zwischen Sender und Empfänger können sich sowohl digitaler ( verbaler ) als auch analoger ( nonverbaler ) Modalitäten bedienen. Digitale Kommunikation entsteht durch Vereinbarung oder Konvention, während bei der analogen Kommunikation die Verständigung außerhalb des festgelegten Kommunikationsrahmens erfolgt, etwa durch Gestik, Mimik, Berührung oder Blickkontakt. Oft werden diese nonverbalen Mitteilungen ( wie z.B. ein freundliches Lächeln ) viel intensiver wahrgenommen als das gesprochene Wort. WATZLAWIK äußerte sich zu der enormen Bedeutung der Körpersprache in der menschlichen Kommunikation folgendermaßen:

„Es muss ferner daran erinnert werden, dass das „Material“ jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene ( wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen ), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen ( Körpersprache ) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes umfasst- kurz, Verhalten jeder Art“ ( 2003, S. 51 ).

Während der Beziehungsaspekt einer Unterhaltung vor allem in der analogen Form realisiert wird, kommt der Inhaltsaspekt durch die digitale Form zum Ausdruck.<sup>117</sup>

Schließlich können zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe symmetrisch und/oder komplementär sein, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Personen auf Gleichheit oder Ungleichheit beruht.<sup>118</sup>

Nach dem Modell des Nachrichtenquadrates von SCHULZ VON THUN (2003), das als Weiterentwicklung des oben beschriebenen klassischen Ansatzes von

---

<sup>116</sup> Vgl. Watzlawik et al. 2003, S. 61 ; Vgl. Göldi 2003, S. 49

<sup>117</sup> Vgl. Watzlawik et al. 2003, S. 62

<sup>118</sup> Vgl. Watzlawik et al. 2003, S. 70

WATZLAWIK et al. gelten kann, setzt sich jede Mitteilung, Nachricht oder Botschaft aus den folgenden vier Aspekten zusammen:

Die Sachebene meint nur den sachlichen Inhalt der Botschaft.

Die Beziehungsebene sagt aus, wie die Person, die eine Nachricht sendet, zu dem Empfänger der Nachricht steht und wie sie über ihn denkt.

Auf der Appellebene zeigt der Sender der Nachricht, welche Erwartungen er an den Empfänger der Nachricht hat und wozu er ihn veranlassen möchte.

Die Selbstoffenbarungsebene gibt Hinweise über die Person, welche die Nachricht sendet z.B. wie fühlt sich der Sender ? Was sagt er mit seiner Aussage über sich und seine Gefühle ?<sup>119</sup>

Das folgende Beispiel von GROND ( 2003 ) soll diese vier Dimensionen veranschaulichen: Wenn eine demente Person zu ihrer Pflegerin sagt: „Du bist meine Tochter!“ so ist nur der Inhaltsaspekt dieser kommunikativen Botschaft verwirrt. Der Beziehungsaspekt drückt ein Lob, ein Dank oder eine Anerkennung aus, im Appellaspekt bittet sie, weiter so gut zu pflegen und mit dem Selbstoffenbarungsaspekt teilt sie ihre Bedürftigkeit mit.

Der Idealzustand der Kommunikation wird dann erreicht, wenn sowohl auf der Inhaltsebene als auch auf der Beziehungsebene zwischen den Kommunikationspartnern Übereinstimmung besteht. Dieser Fall ist in zwischenmenschlichen Beziehungen jedoch selten. Häufig kommt es zu Kommunikationsstörungen.<sup>120</sup> Es sind vor allem drei Arten von Kommunikationsstörungen zu beachten:

Auf der Inhaltsebene bestehen unterschiedliche Auffassungen, aber die Beziehung beider Kommunikationspartner ist intakt. Beispiel: Die Pflegerin und die zu Pflegende finden sich sympathisch. Die zu Pflegende hat aber keine Lust, sich an der Aktivierung zu beteiligen. Sie antwortet: „Eigentlich sehe ich den Sinn nicht ein, aber weil Sie so freundlich sind, werde ich mitmachen.“

---

<sup>119</sup> Vgl. Schulz von Thun 2003, S. 26

<sup>120</sup> Vgl. Popp 1999, S. 282

Es bestehen Differenzen auf der Beziehungsebene, aber zu dem Inhalt der Mitteilung besteht Übereinstimmung. Beispiel: Die Pflegerin und die zu Pflegende können sich nicht so recht leiden, es herrscht ein barscher, aggressiver Umgangston. Wenn die Pflegerin unfreundlich auffordert: „Heute müssen Sie aber mal unbedingt ihre Haare waschen, das ist bitter nötig !“, wird die zu Pflegende sich nicht bereit zeigen, diese Aufforderung zu befolgen, auch wenn sie der Inhaltsaussage innerlich zustimmt d.h. ebenfalls der Meinung ist, eine Haarwäsche wäre nötig.<sup>121</sup>

Die dritte Möglichkeit der Kommunikationsstörung wäre eine Uneinigkeit auf beiden Kommunikationsebenen. Diese Form der Kommunikationsstörung ist häufig in der Pflege dementer Menschen anzutreffen.<sup>122</sup> Beispiel: Pflegekraft und zu Pflegende finden sich gegenseitig unsympathisch. Die Pflegekraft bemerkt beim Essenausteilen: „Heute müssen Sie aber unbedingt aufessen!“ Daraufhin entgegnet die Gepflegte: „Ich werde nichts essen, Sie wollen mich nur vergiften, weil sie mich nicht mögen.“

Die Ursachen von Kommunikationsstörungen sind sehr vielschichtig. Einige mögliche Ursachen für Störungen auf der Inhaltsebene sind dabei:

- „-unzureichende Information
- unterschiedlicher Bildungsstand
- unterschiedliche Begriffe für gleiche Sachverhalte
- Allgemeinbefinden ( Müdigkeit, Abgespanntheit, Unkonzentriertheit, Desinteresse )
- körperliche Ursachen ( Schwerhörigkeit, Sehschwäche, Veränderungen der Hirnstruktur u.a. )“( POPP 2003, S. 100 ).

Mögliche Ursachen für Kommunikationsstörungen auf der Beziehungsebene sind:

- „-Voreingenommenheit/Vorurteile,
- mangelnde Wertschätzung, gegenseitige Achtung und Akzeptanz,
- wenig ausgeprägtes Einfühlungsvermögen,

---

<sup>121</sup> Vgl. Popp 1999, S. 283

<sup>122</sup> Vgl. Popp 1999, S. 283

-gestörtes Verhältnis zur eigenen Person

-mangelnde Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und sich in die Gefühlswelt anderer Menschen hineindenken zu können“ ( POPP 2003, S. 100 ).

Die Ausprägung von grundlegenden Einstellungen und Verhaltensweisen im Kommunikationsprozess ( insbesondere mit dementen Menschen ) sind daher von großer Bedeutung für eine günstige Kommunikation und für das Kontaktverhalten. Eine grundsätzliche Orientierung erfolgt dabei an den Variablen der klientenzentrierten Gesprächsführung nach CARL ROGERS<sup>123</sup>, die im folgenden dargestellt werden sollen.

#### 3.4.3.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung nach C. ROGERS

Der amerikanische Psychologe CARL ROGERS hat zunächst Theologie und Pädagogik studiert und war in psychoanalytisch orientierter Beratung in verschiedenen Stellen ( mit Kindern, Jugendlichen, Delinquenten und Studenten ) tätig. Er kam dort zu der Überzeugung, dass die tiefenpsychologische Behandlungsmethode zur Bewältigung psychologischer Krisen unbefriedigend sei. Als Alternative dazu entwickelte er ein partnerschaftliches, nicht-direktives und antiautoritäres Konzept für hilfreiche ( therapeutische ) Gespräche mit dem Ziel der konstruktiven Persönlichkeitsentwicklung.<sup>124</sup>

Die zwischenmenschliche Beziehung gestaltet sich nach ROGERS durch folgende kommunikationsfördernde drei Basisvariablen, „die fast universell gültig sind“<sup>125</sup>: bedingungsfreie positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz.

Als erste Basisvariable ist die bedingungsfreie positive Wertschätzung zu nennen. Die Beziehung zum Klienten ist weder neutral noch distanziert, sondern durch emotionales Engagement gekennzeichnet. ROGERS bezeichnet dies als

„[...] eine Art von Zuneigung, die Kraft hat und nicht fordert“ ( 2001, S. 102 ).

---

<sup>123</sup> Siehe Konzeptentwicklung Kap. 4.1 Zielsetzungen und Kap. 4.4.5 Personalausstattung

<sup>124</sup> Vgl. Revenstorf 1983, S. 14

<sup>125</sup> Vgl. KDA, 2000

Der Klient erfährt eine elementare Wertschätzung durch Interesse an seinem Leben d.h. es wird ihm mit Warmherzigkeit, Zugewandtheit und Aufnahmebereitschaft entgegengetreten. Es bedeutet eine Art Liebe zu dem Klienten, vorausgesetzt, dass Liebe entsprechend dem theologischen Begriff Agape verstanden wird und nicht in seiner romantischen oder besitzergreifenden Bedeutung.<sup>126</sup>

Der Klient wird bedingungslos in seinem jeweiligen So-Sein als einzigartiger Mensch von Wert akzeptiert und respektiert, ohne dies von seinem Verhalten, Gefühlen, Meinungen etc. abhängig zu machen. Die Äußerungen von defensiven, feindseligen, negativen oder schmerzlichen Gefühlen werden in gleicher Weise angenommen wie die Äußerungen von liebevollen, reifen oder positiven Gefühlen. Qualitativ ist dies mit einer Eltern-Kind-Beziehung vergleichbar. Die Eltern schätzen ihr Kind als eine Person unabhängig davon, wie es sich im Moment benimmt. Bedingungsloses Akzeptieren verlangt dabei aber nicht, dass alle Verhaltensweisen und Einstellungen des Klienten gebilligt werden sollten.<sup>127</sup>

Als zweite Basisvariable führt ROGERS die Empathie ( das einfühlende, nicht wertende Verstehen ) auf. Empathisch zu sein bedeutet, die Gedanken, Gefühle, Sorgen und Wünsche des anderen möglichst vollständig und zutreffend aufzunehmen und zu verstehen und dieses Verstehen dem anderen gegenüber so zu zeigen, dass er es wahrnehmen kann.<sup>128</sup> Ein solches einfühlerisches Verstehen besagt, dass man vorsichtig und ohne Urteile zu fällen in der Welt des Klienten zu Hause ist. Es entwickelt sich ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt des Klienten mit dessen persönlichen Bedeutungen, als wäre sie die eigene ( doch ohne die Qualität des „als ob“ zu verlieren ). ROGERS merkt dazu an:

„Die Verwirrung des Klienten, seine Ängstlichkeit, seine Wut oder sein Gefühl, ungerecht behandelt zu werden, so zu spüren, als seien es die eigenen Gefühle, und sie nicht mit der eigenen Unsicherheit, Angst oder Wut zu vermischen - das ist der Zustand, um dessen Darstellung ich mich bemühe“ ( 2001, S. 101 ).

---

<sup>126</sup> Vgl. Rogers/Stevens 2001, S. 102

<sup>127</sup> Vgl. Rogers 2002, S. 27

<sup>128</sup> Vgl. Sachse 1999, S. 33 ff.

Wer ohne Vorurteil die Erlebniswelt des anderen betritt, muss in gewissem Sinn sein Selbst zurückstellen. Dabei darf er sich in der fremden und bizarren Erlebniswelt des anderen nicht selbst verlieren, muss in sich stabil genug sein, um jederzeit ohne Schwierigkeiten in seine eigene Welt zurückkehren zu können.<sup>129</sup> Er kann im Idealfall sowohl bewusste als auch vage Bedeutungsgehalte in der phänomenalen Welt des Klienten aufspüren.<sup>130</sup> Zu bedrohlich wäre allerdings der Versuch, völlig unbewusste Gefühle aufdecken zu wollen.

Empathie darf jedoch nicht als eine hölzerne Technik des Pseudoverstehens aufgefasst werden, bei der lediglich widerspiegelt wird, was der Klient soeben gesagt hat. Auch ist es kein Analysieren, Diagnostizieren, kausales Erklären oder intellektuelles Interpretieren. Geheucheltes Interesse und vorgespülte Anteilnahme sind ebenso deplaziert wie oberflächliche, floskelhafte Äußerungen (z.B. „Ich verstehe“, „Ich habe so etwas ähnliches wie Sie erlebt“).<sup>131</sup>

Neben der Empathie nennt ROGERS als dritte Basisvariable die Kongruenz (Echtheit). ROGERS versteht darunter in erster Linie eine Übereinstimmung mit sich selbst. Der Mitarbeiter soll meinen, was er sagt und darstellen, was er ist d.h. er ist gänzlich er selbst und verleugnet sich nicht. „Fassadenhaftigkeit, rollenhaftes Verhalten oder gespielte Gefühle sind das Gegenteil zu Selbstkongruenz“.<sup>132</sup>

Der kongruente Mitarbeiter bietet offen die Gefühle und Einstellungen dar, die ihn augenblicklich bewegen. Das heißt, er begibt sich in eine unmittelbare persönliche Begegnung mit seinem Klienten, dem er von Mensch zu Mensch gegenübertritt. Diesem Sachverhalt wird der Begriff Transparenz gerecht: All das, was sich im Mitarbeiter abspielt und was für die direkte, personale Beziehung zum Klienten maßgeblich ist, kann vom Klienten deutlich gesehen werden, kann dieser klar durchschauen.

---

<sup>129</sup> Vgl. Biermann-Ratjen et al. 1995, S. 16

<sup>130</sup> Vgl. Rogers 2002, S. 24

<sup>131</sup> Vgl. Tausch/Tausch 1990, S. 34

<sup>132</sup> Vgl. Wilker 1994, S. 282

ROGERS bemerkt einschränkend, dass es wohl niemanden gibt, der die persönliche Kongruenz bis zur Vollkommenheit beherrscht. Er erwähnt,

„dass je mehr [...] [ jemand ] imstande ist, akzeptierend auf das zu achten, was in ihm selbst vor sich geht, und je besser er es fertig bringt, ohne Furcht das zu *sein*, was die Vielschichtigkeit seiner Gefühle ausmacht, um so größer ist seine Übereinstimmung mit sich selbst“ ( zit. n. QUITMANN 1996, S. 151 ).

Betrachtet man zusammenfassend die drei beschriebenen Basisvariablen einführendes Verstehen, positive Wertschätzung und Echtheit/Fassadenfreiheit, so haben diese nachweislich günstige Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen des Klienten. Der demente Bewohner weist in erster Linie weniger Angststörungen und niedrigere Befangenheitswerte auf<sup>133</sup> und es erfolgt eine intensivere Selbstauseinandersetzung. Beim dementen Menschen entsteht ein Gefühl des Akzeptiert- und Ernstgenommen-Seins, des Vertrauens und der Gleichberechtigung. Letztendlich ist durch die kommunikationsfördernde Eigenschaft der oben genannten Einstellungen und Verhaltensweisen auch eine bessere Konfliktlösung möglich.

#### 3.4.3.3 Integrative Validation nach N. RICHARD

Die oben genannten grundlegenden Einstellungen und Verhaltensweisen nach ROGERS sind die Basis und Grundvoraussetzung für den Zugang zur Gefühls- und Erlebniswelt von demenziell Erkrankten durch die Validationsarbeit.

Die Theorie und Praxis der Validation wurde zwischen 1963 und 1980 von der US-amerikanischen Sozialarbeiterin NAOMI FEIL für alte verwirrte Menschen in vier festzustellenden Stadien des dementiellen Prozesses entwickelt<sup>134</sup>, da diese unzufrieden mit den traditionellen Betreuungsformen war und nach einem Konzept suchte, das den Umgang mit hochaltrigen dementen Menschen gerechter wird.

---

<sup>133</sup> Vgl. Rogers/Stevens 2001, S. 107

<sup>134</sup> Vgl. Feil 2001, S. 48

Die theoretischen Grundlagen basieren auf Grundaussagen der Verhaltens-, Entwicklungs- und humanistischen Psychologie sowie auf ihren eigenen jahrzehntelangen Erfahrungen in der Arbeit mit alten Menschen in Institutionen.<sup>135</sup>

NICOLE RICHARD, Diplom-Pädagogin und Psychogerontologin, hat mit der „Integrativen Validation ( IVA )“ die Validation nach FEIL seit 1989 theoretisch und praktisch weiterentwickelt.<sup>136</sup> Integrierend ist die Validation nach RICHARDS insofern, dass sie gut in andere Methoden des Umganges mit dementen Menschen wie z.B. die Biographiearbeit oder das Gedächtnistraining eingebunden werden kann. Während FEIL aus ihrem Validationsmodell den Anspruch erhob, zur Bewältigung von den in früheren Lebensphasen nicht gelösten Problemen beizutragen und sogar versäumte Entwicklungsschritte nachzuholen, versteht sich die Validation nach RICHARDS als gefühlsorientierte Kommunikationsform und Umgehensweise, nicht als Therapie im eigentlichen Sinn.<sup>137</sup>

Validieren<sup>138</sup> nach RICHARD kann übersetzt werden mit wertschätzen, annehmen, akzeptieren.<sup>139</sup> Anstelle die Wirklichkeit des alten Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, soll von der Erlebniswelt des Dementen ausgegangen und diese für gültig und richtig erklärt werden. Grundsätzlich soll der Demenzkranke so angenommen werden, wie er ist, und in seiner eigenen Realität belassen und begleitet werden.

Die Integrative Validation vermeidet bei der Kontaktaufnahme die Orientierung auf der Inhaltsebene, Fragetechniken ( insbesondere Warum-Fragen, deren erforderliche logische Verknüpfung bei fortgeschrittener Demenz nicht mehr möglich ist )<sup>140</sup> und Interpretationen. Sie nutzt dagegen bewusst die Kraft und Vertrautheit von Allgemeinesgesprächen, die Kenntnis vom allgemeinen Sprachgebrauch ( z.B. Volksweisheiten ) und die Orientierung am aktuell gezeigten Gefühl bzw. Antrieb des demenzkranken Menschen als begleitende Konstante des täglichen Umganges und der Begegnung. Die Betreuer versuchen,

---

<sup>135</sup> Vgl. Feil 2000, S. 47 ff.

<sup>136</sup> Vgl. Richard 1994(a), S. 232

<sup>137</sup> Vgl. Fischer/Schwarz 1999, S. 141

<sup>138</sup> Siehe Konzeptentwicklung Kap. 4.1 Zielsetzungen und Kap. 4.4.5 Personalausstattung

<sup>139</sup> Vgl. Richard 1994(b), S. 433

<sup>140</sup> Vgl. Feldbinder 2002, S. 24



den gefühlsmäßigen Inhalt einer Äußerung zu erfassen und diesen in für den Demenzkranken angemessener Weise wiederzugeben.<sup>141</sup>

Integrative Validation findet aber nicht nur auf verbaler, sondern auch auf nonverbaler Ebene statt. Gerade bei fortschreitendem Krankheitsverlauf gewinnt der Beziehungsaspekt der Kommunikation, nach WATZLAWIK ( 2003 ) vorwiegend in der analogen Kommunikationsform realisiert<sup>142</sup> gegenüber dem Inhaltsaspekt an Bedeutung. Die analogen Formen sind den Dementen wegen ihrer Eigenschaften ( u.a. sind Verbindungen zwischen den Zeichen und Designaten nicht arbiträr, es gibt keine logische Syntax )<sup>143</sup> länger zugänglich als die digitale Form. So erfassen die Erkrankten z. B. oft die Stimmungen der Sprechenden und reagieren auf deren Stimmklang: Durch langsame und freundliche Worte werden sie beruhigt, durch schnelle und ärgerliche unsicher und aggressiv. Ebenso lädt nur eine offene, entspannte Körperhaltung zur Interaktion mit dem Betroffenen ein.<sup>144</sup>

Im validierenden Gespräch soll grundsätzlich vermieden werden, die verwirrten Gefühls- und Verhaltensäußerungen zu korrigieren, zu konfrontieren, abzuschwächen bzw. wegzuleugnen oder in unsere Realität zurückzuholen.<sup>145</sup> Auch sollte nicht versucht werden, den Verwirrten von seinen Wünschen, seinen Zielen wegzubringen oder abzulenken, weil dann der paradoxe Effekt eintritt: Durch Widerstand wird dieses geäußerte Bedürfnis noch stärker hervorgebracht.

Durch die Orientierung und das konkrete Vorgehen auf der Gefühlsebene kann eine starke Vertrauensbasis zum dementen Menschen geschaffen werden, da dieser spürt, dass seine inneren Empfindungen nicht abgelehnt werden, indem er sich zunehmend angenommen und aufgefangen fühlt. Dadurch lässt sich ein Zugang zu der Erlebniswelt Demenzerkrankter finden, von RICHARD bezeichnet

---

<sup>141</sup> Vgl. Richard 1995, S. 248

<sup>142</sup> Siehe Kap. 3.4.3.1

<sup>143</sup> Vgl. Roth 1989, S. 129

<sup>144</sup> Vgl. Powell 2002, S. 12

<sup>145</sup> Vgl. Richard 1995, S. 248

als Zutritt zur „Lichtung im Nebel“. <sup>146</sup> Aufgrund der geschaffenen Vertrautheit kann der verwirrte alte Mensch große Anteile Angst verlieren und für sich neuen Freiraum zur Entfaltung finden. Hieraus wachsen viele Möglichkeiten z.B. um biographische Gespräche ( weiter ) zuführen, persönliche Rituale und Gewohnheiten zu erfahren und leben zu lassen, oder temporäre Energieschübe zu erfassen und in den Alltag einzugliedern. <sup>147</sup>

#### 3.4.3.4. Basale Stimulation nach A. Fröhlich

Basale Stimulation, also die Einbeziehung und Reizung möglichst vieler ( oder aller ) Sinne, entstand als pädagogisches Konzept zur Förderung schwerstbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher. <sup>148</sup> Es wurde in den siebziger Jahren von dem Sonderpädagogen und heilpädagogischen Psychologen Andreas Fröhlich in Zusammenarbeit mit seinen Mitarbeitern im Rahmen ihrer Arbeit mit schwerstbehinderten Kindern entwickelt. Anfang der achtziger Jahre wurde es unter Mitwirkung der Krankenschwester und Diplompädagogin Christel Bienstein in die Pflege Erwachsener, vor allem wahrnehmungsveränderter Patienten wie z.B. mit komatösen Zuständen oder gerontopsychiatrischen Erscheinungsbildern, übernommen und bis 1995 erweitert und überarbeitet. Der theoretische Ansatz für das Modell Basale Stimulation begründet sich u.a. auf das neurophysiologische Entwicklungsmodell nach PECHSTEIN, auf den entwicklungs-genetischen Ansatz nach PIAGET, auf Erkenntnissen der Physiotherapie z.B. nach BOBATH und auf die Theorie zur frühen Form des Selbstbewusstseins nach ADLER. <sup>149</sup>

FRÖHLICH bezeichnet Basale Stimulation als einen

„qualifizierten Versuch, sich der Lebenssituation eines Menschen anzupassen, ihm für diese aktuelle, sehr individuelle Situation geeignete Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Kommunikationsangebote zu machen“ ( 1997, S, 13 ).

---

<sup>146</sup> Richard 1994(c), S. 198

<sup>147</sup> Vgl. Brinker 1997, S. 42

<sup>148</sup> Vgl. Werner 2002, S. 13

<sup>149</sup> Vgl. Werner 2002, S. 31

Eine Grundaussage der Basalen Stimulation lautet:

„Eine Reizsituation, die sich nicht mehr verändert, wird immer undifferenzierter wahrgenommen“ ( BIENSTEIN/FRÖHLICH 1995, S. 15 ).

Menschen nehmen ihre Umgebung mit sämtlichen Information nur wahr, wenn ihre körperlichen Sinne wechselnd gereizt werden. An eintönige, also gleichförmige Reize erfolgt eine Habituation ( d.h. Gewöhnung ), sodass diese nach einiger Zeit nicht mehr wahrgenommen werden.<sup>150</sup> Dies gilt für Schmerzen genauso wie für unterschiedliche Temperaturen, den Tastsinn, den Geruchssinn und das Sehen. Wer also an Reizen verarmt, verliert früher oder später den Bezug zur äußeren Realität und wird völlig desorientiert. Dieses Schicksal droht vor allem bettlägerigen Dementen oder solchen, die sich kaum noch bewegen können. Demenziell Erkrankte sind somit auf Unterstützung, auf ein Input von außen angewiesen, da sie oft nicht mehr in der Lage sind, sich selbst die notwendige Sinnesanregung zu verschaffen.

Basale Stimulation versucht daher, die Wahrnehmung des Menschen zu sich selbst und seiner Umwelt, also auch zu anderen Menschen, anzuregen, das Interesse zu wecken und einen Zugang zu dem Menschen zu schaffen. Dabei gleicht es z.B. den Anregungsmangel bei Personen mit Demenz aus.<sup>151</sup>

In der Basalen Stimulation werden verschiedene Sinne angesprochen und aktiviert. Die Orientierung erfolgt dabei an den physiologischen Entwicklungsstufen des Menschen: an Vibrationsempfinden, Berührungssensibilität und Gleichgewichtssinn, an den sensorischen, taktilen und kinästhetischen Sinnen, an Wahrnehmungssinnen wie Sehen ( visuell ), Riechen ( olfaktorisch ), Schmecken ( oral/gustativ ), Hören ( auditiv ) und Empfinden/Berühren ( taktil ).<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Vgl. Bienstein/Fröhlich 1995, S. 15

<sup>151</sup> Vgl. Grond 2003, S. 88

<sup>152</sup> Vgl. Bienstein/Fröhlich 1995, S. 22

Besonders bedeutsam erscheint hier der gezielte, geplante, kurzfristige Einsatz der stimulierenden Reize. Von einem dauerhaften, stereotypen Bereizen oder Beturnen ist anzusehen<sup>153</sup>, insbesondere da nachteilige Effekte durch Habituation und Überforderung auftreten. Der Erkrankte kann sich durch die Reizüberflutung dauerhaft verschließen.

Kommt die Basale Stimulation beim biographischen Arbeiten zum Einsatz<sup>154</sup>, sollten Betreuende herausfinden, auf welche Reize eine demente Person aus ihrer Biographie positiv und nicht mit Stress oder Scham reagiert. Bei dementen Menschen sollten zudem immer differente Wahrnehmungsbahnen angeregt werden, da diese auf eine Gesamtheit von Reizen reagieren und nicht mehr selektiv das sie Betreffende oder Interessierende wahrnehmen können.<sup>155</sup> Insbesondere der Gebrauch von sogenannten Triggern d.h. Gegenständen, Melodien, Bewegungsabläufen, Geschmacksstoffen, Fotos, Materialien mit speziellen Oberflächen usw. hilft, bestimmte Erinnerungen über die Sinnesorgane wachzurufen, indem sie diese durch ihr Aussehen, durch den Geruch oder ihre stoffliche Beschaffenheit stimulieren. Im folgenden sollen Umsetzungsbeispiele für einige Stimulationsarten vorgestellt werden<sup>156</sup>, die besonders beim biographischen Arbeiten unterstützend herangezogen werden können:

Durch visuelle Stimulation soll der Demente Blickkontakt aufnehmen und sich über den Sinnzusammenhang der Situation orientieren d.h. visuelle Objekte, Geräusche und Berührungen einfacher zuordnen können.<sup>157</sup> Die Orientierung hinsichtlich seiner Person im Raum wird möglich und er verfügt über eine Kontrollmöglichkeit bei auftretenden Unsicherheiten gegenüber seiner Person oder Umgebung beispielsweise bei der Koordination seiner Bewegungen. Hilfsmittel hierzu können z.B. Mobiles, Poster, Bilder mit leicht erkennbaren Formen oder Fotos aus dem Privatleben des Erkrankten sein.

---

<sup>153</sup> Vgl. Werner 2002, S. 33

<sup>154</sup> Siehe Konzeptentwicklung Kap. 4.1 Zielsetzungen und Kap. 4.4.5 Personalausstattung

<sup>155</sup> Vgl. Trilling et al. 2001, S. 74

<sup>156</sup> Siehe Anhang B

<sup>157</sup> Vgl. Nydahl 1997, S. 86

Die akustische Stimulation bewirkt eine Anregung durch bekannte Geräusche, die Steigerung der Differenzierungsfähigkeit des Hörens und den Kontaktaufbau. Bestimmte Geräusche können von unterschiedlichen Personen jeweils anders wahrgenommen werden. Daraus ergibt sich für die Qualität der akustischen Stimulation, dass besonders die Eindeutigkeit des Angebotes von großer Bedeutung ist.<sup>158</sup> Dazu können aus unterschiedlicher Entfernung laute und leise, hohe und tiefe Töne und wechselnde Rhythmen mit Metronom oder Schlagzeug angeboten werden, Tierlaute, Wasserrauschen oder verschiedene Musikinstrumente erklingen und selber Töne erzeugt werden durch Singen, Flüstern, Pfeifen, Klatschen usw.. Auch der Einsatz von Musik ruft Begebenheiten und Menschen ins Gedächtnis zurück. Mit bestimmter Musik sind jeweils auch bestimmte Stimmungen eng verknüpft und können durch wiederholtes Hören provoziert werden.

Bei der olfaktorischen Stimulation, der Anregung des Geruchsinns, wird auf die Förderung der Erinnerung durch vertraute Gerüche gebaut. Obwohl Demenz das Geruchsvermögen reduziert, kann die Person mit Demenz verschiedene Gerüche wieder unterscheiden lernen. Durch Blumen, ätherische Öle, Essensdüfte oder Gewürze kann der Geruchssinn angeregt werden.<sup>159</sup>

Durch orale Stimulation kann der Geschmack von Speisen, die man lange nicht mehr zu sich genommen hat, intensive Erinnerungen auslösen. Übergeordnetes Ziel der Oralstimulation ist die Vermittlung von unterschiedlichen Erfahrungen und die Steigerung der Aufmerksamkeit.<sup>160</sup>

Die taktil-haptische Stimulation, also die Stimulation des Tast- und Greifsinns, ermöglicht es dem Dementen nicht nur zu spüren, sondern durch den aktiven Vorgang des Abtastens und Greifens seine Umwelt zu identifizieren und zu differenzieren, zu „be-greifen“. Für demente Menschen liegt hier ein hoher Wiedererkennungswert. Zum Anfassen und Herumreichen sollten unterschiedliche

---

<sup>158</sup> Vgl. Nydahl 1997, S. 8

<sup>159</sup> Vgl. Grond 2003, S. 90

<sup>160</sup> Vgl. Bienstein/Fröhlich 1995, S. 93

Materialien wie Pelz, Satin, Samt, Holzstücke, Silberschmuck, Jute usw. ausgewählt werden.<sup>161</sup>

Mit der Darstellung der Basalen Stimulation als elementare Form der Kontaktaufnahme mit dementen alten Menschen soll nun die Betrachtung von theoretischen und empirischen Aspekten des biographischen Arbeitens mit Demenzerkrankten abgeschlossen sein. Die folgende konzeptuelle Entwicklung kann als Orientierungshilfe für das Einrichten einer Erinnerungsgruppe mit demenziell Erkrankten in der stationären Altenhilfe gesehen werden.

## **4. Konzeptentwicklung für eine biographische Gruppenarbeit mit Dementen**

### **4.1 Zielsetzungen**

Die im folgenden beschriebene prozessorientierte biographische Gruppenarbeit befasst sich als Aktivitätsangebot in der stationären Altenhilfe hauptsächlich damit, wie demente Menschen ihre Erinnerungen aus geragogischer Perspektive persönlich erfahren, verarbeiten und weitergeben können.

Durch die biographische Gruppenarbeit soll für dementielle Bewohner ein geschützter Raum geschaffen werden, in dem Verleugnungsstrategien aufgrund der ähnlichen Betroffenheit aller Gruppenmitglieder nicht mehr notwendig sind (Prinzip der Universalität des Leidens in Gruppen). Das Erleben von gemeinsamer Betroffenheit ist ein zentrales tragendes Element der Gruppe.<sup>162</sup> Dadurch eröffnen sich Freiräume, in denen eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben möglich wird.

---

<sup>161</sup> Vgl. Nydahl 1997, S. 8

<sup>162</sup> Vgl. Gunzelmann 2001, S. 11

Die Gruppenarbeit findet in einem vertrauensvollem Klima statt. Alle Mitarbeiter orientieren sich an den Prinzipien der humanistischen Psychologie von Carl Rogers und entwickeln eine Haltung, die von Einfühlsamkeit, Wertschätzung und Echtheit den Teilnehmern gegenüber geprägt ist. Spezifische Kommunikations- und Betreuungsmethoden wie Integratives Validieren oder Basale Stimulation finden ihre Anwendung.

In der biographischen Gruppenarbeit wird nach den Inhalten der aktivierenden Pflege gearbeitet. Theoretische Grundlage dieses Pflegekonzeptes ist das Kompetenzmodell, welches Alter als eine eigenständige Entwicklungsphase ansieht. Dies heißt, dass im Alter auch Entwicklung möglich ist, wenn das Betreuungspersonal und die Institution die Voraussetzungen dafür schaffen. Ziel der biographischen Gruppenarbeit ist es daher, dass Augenmerk auf die Ressourcen ( Fähigkeiten )<sup>163</sup> der Gruppenteilnehmer zu richten z.B. im Bereich des emotionalen Erlebens. Vorhandene Fähigkeiten werden trainiert und erhalten, um eine stärkere Abhängigkeit zu vermeiden.<sup>164</sup> Vorhandene Defizite ( Mängel ) sollten möglichst ausgeglichen werden, etwa das Defizit, sich selbst beschäftigen zu können.

Auf die Bedürfnisse der Teilnehmer soll individuell eingegangen werden. Es können gezielte Betreuungspläne gemeinsam mit ihnen entwickelt werden.<sup>165</sup> Dies kann aufgrund der ermittelten lebensgeschichtlichen Daten z.B. über den Umgang mit Erkrankungen, über die persönliche Einstellungen zu Sterben und Tod, über Eigenarten des sozialen Verhaltens, über entwickelte Leitbilder für das eigene Leben sowie über die im Alter eingesetzten Coping-Strategien geschehen

Der Gruppenteilnehmer hat die Möglichkeit, sich durch Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, mit Brüchen in der Lebensplanung, Schuldgefühlen und Zerwürfnissen mit sich und anderen und mit unerfüllten Wünschen ein Stück weit zu versöhnen und das eigene Leben anzunehmen. In einer Art Bilanz<sup>166</sup> kann dem

---

<sup>163</sup> Vgl. Leptihn 1998, S. 21

<sup>164</sup> Vgl. Leptihn 1998, S. 17

<sup>165</sup> Vgl. Dilger 1997, S. 20

<sup>166</sup> Vgl. Butler 1963, S. 65 ff.

vergangenen Leben ein Sinn abgewonnen und manches eventuell in einem anderen Licht gesehen werden. Der Teilnehmer soll dadurch entlastet und sein subjektives Wohlbefinden gefördert werden. Problematisch kann es sein, wenn unangenehme Erlebnisse hochkommen, die nicht entsprechend verarbeitet wurden. In dieser Situation können menschliche Wärme, Einfühlungsvermögen, Anteilnahme und Zuhören für den Betroffenen hilfreich sein.

Desweiteren soll die biographische Gruppe als Möglichkeit gesehen werden, das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen<sup>167</sup> der dementiellen Teilnehmer durch Würdigung der individuellen Lebensgeschichte zu stärken. Die Teilnehmer sollen allmählich an Sicherheit gewinnen, bekommen Mut, sich auf Neues einzulassen und werden neugierig auf Unbekanntes.

Im Laufe des Gruppenprozesses können aber auch die durch langjährige Berufstätigkeit oder familiäres Engagement verdrängten Hobbys, Interessen oder Talente aus der Jugend oder dem frühen Erwachsenenalter wiederentdeckt oder neu belebt werden.<sup>168</sup>

Der Gruppenteilnehmer soll Gefühle wie Lebenslust, Trauer, Ärger und Wut wiederentdecken und eine Möglichkeit haben, diese Gefühle zu äußern.<sup>169</sup> Er kann Spaß daran haben, zuzuhören und unterhalten zu werden und sich mit Freude positive Ereignisse ins Gedächtnis zurückrufen. Biographische Gruppenarbeit kann depressive Stimmungen auflösen, Abwechslung in den Alltag bringen und die Teilnehmer fröhlicher stimmen. Durch Schaffung einer höheren emotionalen Ausgeglichenheit können auch Symptome wie Angst, Unruhe und Rastlosigkeit reduziert werden. Biographiearbeit ist jedoch keine Therapie. Sie kann nicht eingesetzt werden, um die Teilnehmer von Problemen zu heilen.<sup>170</sup>

Biographische Gruppenarbeit dient dazu, den Bogen von der Vergangenheit in die Gegenwart zu spannen. Oft lässt die Diskussion erkennen, dass die „gute

---

<sup>167</sup> Vgl. Buijssen 1998, S. 25

<sup>168</sup> Vgl. Blimlinger et al. 1996, S. 49

<sup>169</sup> Vgl. Hardenberg-Ortmann 1999, S. 52

<sup>170</sup> Vgl. Wais 2002, S. 45



alte Zeit“ gar nicht so schön war wie behauptet. Da ist von drakonischen Erziehungsmaßnahmen, von Elend, Not und Ausbeutung die Rede. Die Kehrseite von solchen sogenannten Mythen ( etwa die schöne Kindheit, die Kameradschaft der Soldaten usw. ) zu erkennen und zuzugeben ist für einige sicher schmerzvoll, da diese eine schützende Wirkung entfalten.<sup>171</sup> Durch die Aufhebung extrem einseitiger Sichtweisen wird jedoch die eigene Weiterentwicklung unterstützt. Eingefahrene Verhaltensmuster, die heute überflüssig und blockierend wirken, können entdeckt werden, obwohl diese früher vielleicht einmal sinnvoll waren ( z.B. im Berufsleben ).

Durch biographische Gruppenarbeit soll insbesondere eine Aktivierung der geistigen Fähigkeiten, vor allem des Langzeitgedächtnisses und der Konzentrationsfähigkeit, erfolgen.<sup>172</sup> Sich zu erinnern, mehr oder weniger zusammenhängend erzählen zu können und auch zuzuhören, erfordert komplexe Gedächtnisleistungen. Gruppengespräche wirken in diesem Sinne wie ein Gedächtnistraining.

Zu betonen ist, dass es immer wieder besonderer Anreize und einer moderaten Gesprächsführung bedarf, um den Erinnerungsfluss zu aktivieren und am Laufen zu halten. Bei dementen Menschen kann nicht erwartet werden, dass dies ohne Vorbereitung und Planung quasi automatisch im Sinne einer eher beiläufig praktizierten alltagsnahen Biographieorientierung geschieht.<sup>173</sup> Die biographische Gruppenarbeit gibt daher gezielte Erinnerungsanstöße.

Die biographische Gruppenarbeit soll der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit dienen. Biographische Gruppenarbeit nutzt den Umstand, dass es oft nur einer kleinen Anregung bedarf, um demente Menschen zum Sprechen zu motivieren. Die meisten erinnern sich gern und haben das Gefühl, hier einen Beitrag leisten zu können. Gruppengespräche fördern so das Miteinander. Die Teilnehmer erfahren etwas von anderen

---

<sup>171</sup> Vgl. Opitz 1998, S. 114

<sup>172</sup> Vgl. Müller/Schesny-Hartkorn 1998, S. 38; Vgl. Hardenberg-Ortmann 1999, S. 53

<sup>173</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 16

Mitgliedern, die sie bislang nur flüchtig kannten. Der Blick kann von der eigenen Erlebniswelt auf eine andere gerichtet werden.<sup>174</sup>

Auch der Abbau von Kommunikationsängsten wird angestrebt. Wenn ältere Menschen nicht miteinander sprechen, sind nicht immer Desinteresse oder Depressionen der Grund. Oft liegt dies an tiefverwurzelten Ängsten, andere zu langweilen, zu stören oder zurückgewiesen zu werden. Abhilfe schaffen hier Gesprächsregeln und eine Moderation, die eine angenehme und vertrauensvolle Atmosphäre erzielen kann.

Biographische Gruppenarbeit soll das gegenseitige Verständnis und die Akzeptanz fördern. Viele demente Menschen verspüren große Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation und sind sehr ungeduldig mit anderen, insbesondere wenn diese durch physische oder psychische Mängel verhaltensauffällig sind, etwa durch eine laute Stimme, unruhiges Benehmen usw.. In der Gruppe muss man sich zwangsläufig mit diesen Menschen auseinandersetzen und erkennen, welche Persönlichkeiten dahinterstecken: ihre Hoffnungen, ihre Leiden, Freuden und Enttäuschungen. Der Respekt der Gruppenteilnehmer wird vor der Geschichte und der Person des anderen gefördert.<sup>175</sup>

Durch biographische Gruppenarbeit kann die Übernahme einer Rolle innerhalb der Gruppe und die Entwicklung und Stärkung einer Teil-Identität gefördert werden, denn durch die umfassende Vollversorgung im Heim kann der demente Mensch durch Rollenverlust und Funktionslosigkeit bedroht sein.<sup>176</sup> In der Gruppe haben ältere Menschen einen festen Platz und können durch ihre Mitarbeit anderen von Nutzen sein. Dadurch erleben sie Anerkennung und Bestätigung.

Die Gruppe bietet Raum für soziale Kontakte und stellt damit einen gewissen Ersatz für verlorene soziale Beziehungen dar. Oft haben in der Gruppe geknüpfte Beziehungen auch außerhalb dieses Rahmens Bestand und können so

---

<sup>174</sup> Vgl. Gereben/Kopinitsch-Berger 1998, S. 19; Jenrich 1997, S. 20

<sup>175</sup> Vgl. Gereben/Kopinitsch-Berger 1998, S. 21

<sup>176</sup> Vgl. Morgalla-Pfenning 1990, S. 21

Einsamkeit und Isolation entgegenwirken.<sup>177</sup>

Durch den Austausch mit Gleichaltrigen werden Identifikationsprozesse gefördert, durch die der Demente eine Entlastung von Gefühlen des Versagens aufgrund erlebter Krisen und eine Ermutigung zu neuen Problemlösungsversuchen erlangen kann. Aus den Erfahrungen anderer Älterer kann gelernt und Hilfen für die eigene Problemlösung gefunden werden.

Die Teilnehmer können sich gut auf den Gruppenprozess einlassen, da die Möglichkeit zur Aufspaltung der Übertragung auf die Gruppe als Ganzes, auf einzelne Mitglieder und auf die Leitung gegeben ist.<sup>178</sup> Es besteht nicht die Notwendigkeit wie in einer Einzelsitzung, sich in eine affektiv hochbesetzte, durch regressive Abhängigkeit geprägte Beziehung zum Therapeuten oder Sozialarbeiter zu begeben. Durch multilaterale Übertragung können Gefühle quasi aufgeteilt und so leichter damit umgegangen werden.

Letztendlich wird jeder Teilnehmer in den Gruppenprozess involviert, auch wenn seine Partizipation nur schweigend stattfindet. Durch die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wie viel Nähe und Distanz der einzelne Teilnehmer braucht, bis ein emotionales Engagement stattfinden kann, können auch ängstliche und misstrauische Demente an der Gruppenarbeit teilnehmen.<sup>179</sup>

## 4.2 Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe

Das Gruppenangebot richtet sich an Menschen, bei denen die Diagnose einer demenziellen Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit bestätigt wurde.<sup>180</sup>

Günstig ist es, wenn diese noch über ausreichend kognitive und verbale Fähigkeiten verfügen können, um über sich selbst zu reflektieren, dem Gruppenverlauf folgen und sich daran beteiligen können. Da das biographische

---

<sup>177</sup> Vgl. Buijssen 1998, S. 25

<sup>178</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 40

<sup>179</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 40

<sup>180</sup> Zur Diagnostik mit dem DSM-III-R siehe S. 12

Arbeiten verstärkt Inhalte des Langzeitgedächtnisses aktiviert, ist dessen relative Intaktheit erforderlich, während im Kurzzeitgedächtnis partielle Ausfälle akzeptiert werden.<sup>181</sup> Sehr demente ältere Menschen können an Gesprächen nur in Ausnahmefällen teilhaben. Dies soll aber nicht heißen, dass sich Personen, die zunächst als nicht geeignet erscheinen, nicht in Gruppen integrieren lassen. GEREKEN und KOPINITSCH-BERGER führen folgendes Beispiel an:

„Frau W., eine Tagesbesucherin im fortgeschrittenen Alzheimerstadium, kam regelmäßig in die Vorlesegruppe d.h. sie musste geholt werden, denn von alleine hätte sie die Gruppe nicht gefunden. Sie lauschte immer sehr aufmerksam den Erzählungen der anderen TagesbesucherInnen. Das sie verstanden hatte, warum es ging, erkannte man an ihrem Gesichtsausdruck. Ihr Körper war aufgerichtet, leicht nach vorne gebeugt, sie hielt Blickkontakt mit der Vorleserin und den DiskussionsteilnehmerInnen. Ab und zu konnte auch sie einige interessante Geschichten aus ihrem Leben beisteuern. Auch wenn es nur einige Sätze waren, die sie sprach. Sie war in der Gruppe integriert und alle TeilnehmerInnen staunten über die Leistungen einer Frau, die sonst nur die einfachsten Tätigkeiten des täglichen Lebens nicht mehr verrichten konnte“ ( 1998, S. 25 ).

Demenziell Erkrankte, die folgende Begleiterkrankungen aufweisen und dadurch vermutlich nicht vom Gruppengeschehen profitieren können, sollten nach RADEBOLD et al. ( 1989 ) eher von der Gruppenarbeit ausgeschlossen werden: Bewohner mit hochgradiger Schwerhörigkeit, starker Wahnerkrankung, latenter bzw. akuter Suizidalität sowie mit ausgeprägtem dominierenden und agierenden Verhalten, das in der Regel die totale Aufmerksamkeit der Leitung und der Gruppe beansprucht und dadurch den Gruppenprozess stagnieren lassen könnte.

Ausgenommen von der Gruppenarbeit sind desweiteren klar denkende Bewohner ohne demenzielle Erkrankung. Dies entspricht -wie beschrieben- der Zielsetzung der Gruppe, für dementielle Bewohner einen geschützten Raum zu schaffen, in dem Verleugnungsstrategien aufgrund der ähnlichen Betroffenheit aller Gruppenmitglieder nach dem Prinzip der Universalität des Leidens nicht mehr notwendig sind.

---

<sup>181</sup> Vgl. Hohmeier/Ribbert-Elias 1993, S. 272

Diese Erkenntnis grenzt sich von der in der Literatur oft vertretenen Meinung ab, wie etwa bei MORGALLA-PFENNING ( 1990 ), dass in einer gemischten Gruppe die klar denkenden Mitglieder ein Stück Normalität repräsentieren, den Dementen die Orientierung erleichtern und diese dadurch in der Gruppe mittragen.

Vielmehr ist der Nachteil einer heterogenen Gruppe offensichtlich. Für die Gruppenleitung besteht ein dauerhafter Balanceakt, solch ein Programm zu evolvieren, dass allen Beteiligten gerecht wird und nicht ein Teil der Gruppe über- oder unterfordert wird. Für klar denkende Heimbewohner kann es prekär sein, sich auf eine gemischte Gruppe einzulassen, da sie ein steigendes Bedürfnis nach Abgrenzung haben, je mehr Verwirrte im Heim leben.<sup>182</sup> MÜLLER zweifelt auch an, ob die gesünderen Teilnehmer die schwächeren Mitglieder tolerieren und ihnen notfalls Hilfestellung geben würden. Oft werden gesündere Mitglieder so unter moralischen Druck gesetzt, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen in der Gruppenarbeit zurückstellen und wenig davon profitieren.<sup>183</sup>

Ob die Motivation der älteren Menschen als Aufnahmekriterium für die Gruppenarbeit eine Rolle spielt, bleibt kontrovers. BECHTLER postuliert, dass der Wunsch nach Unterstützung bei entsprechendem Problembewusstsein bzw. Leidensdruck vorhanden sein sollte. Es reicht nicht aus, dass ein Arzt, Psychologe oder die Gruppenleitung der Meinung ist, dass die Teilnahme an der Gruppe dem älteren Menschen gut tut.<sup>184</sup> Gerade Menschen im Anfangsstadium einer Demenz erleben den Kompetenzverlust meist sehr bewusst, sodass hier das Bedürfnis nach Hilfe durchaus präsent sein kann. Andererseits zeichnet sich speziell diese Personengruppe dadurch aus, dass im frühen Stadium der Krankheit Erscheinungsbilder wie fehlende Initiative und Motivation, Depression und Antriebslosigkeit und das mangelnde Interesse an Hobbys und Alltagsaktivitäten verstärkt auftreten.<sup>185</sup> Solche Menschen als unmotiviert von der Gruppe zu separieren, ginge sicherlich am Ziel der aktivierenden Gruppenarbeit vorbei, welche dieser Symptomatik entgegensteuern möchte. Demente dürfen aber

---

<sup>182</sup> Vgl. Morgalla-Pfenning 1990, S. 22

<sup>183</sup> Vgl. Müller 1999, S. 31; Vgl. Göschel 1990, S. 39

<sup>184</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 52

<sup>185</sup> Vgl. Füsgen 2001, S. 99

keinesfalls zur Partizipation gedrängt werden, da sie dann ohnehin nach wenigen Treffen ausscheiden. Zumindest ein minimales Interesse, sich mit der subjektiven Lebensgeschichte oder derer anderer auseinanderzusetzen, sollte existieren.<sup>186</sup>

Ein komplexes Bild von einem potentiellen Teilnehmer lässt sich dabei in einem Vorgespräch erlangen. Durch den persönlichen Kontakt zur Gruppenleitung sowie explizite Informationen über Zielsetzung, Arbeitsweise und Setting ( Rahmenbedingungen ) der Gruppenarbeit lassen sich bei den dementen Älteren auch Unsicherheiten und Ängste vor den fremden Menschen hinreichend eliminieren. Bisherige Behandlungserfolge und –mißerfolge sowie Vorerfahrungen und Frustrationstoleranz in Gruppen können angesprochen werden. Auf existierende Vorbehalte und Ängste sowie daraus resultierende negative Erwartungen sollte eingegangen werden. Das Vorgespräch ist ebenfalls unerlässlich für die Frage, ob die geplante Gruppenarbeit eine Hilfestellung und Problemlösung offerieren kann.<sup>187</sup>

Es können hierbei exklusive Informationen, eventuell mit der Zurhilfenahme eines Biographiebogens<sup>188</sup>, über den älteren Menschen gesammelt werden z.B. persönliche und soziale Daten, relevante biographische Informationen, Wünsche und Bedürfnisse, medizinische Daten und Informationen über die Selbständigkeit/Unselbständigkeit bei der Verrichtung der AEDL´ s ( Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens ). Angehörige sind bei Demenzkranken stets wichtige Informanten.<sup>189</sup> In Stichpunkten umfasst diese Informationssammlung also u.a. folgende sozial-kulturelle und anthropogene Voraussetzungen, die für eine personenorientierte Arbeit wichtig sind: Alter, Geschlecht, Hobbys, Religion, Herkunft, Familie<sup>190</sup>, Bildung, Beruf, Fähigkeiten, Bedürfnisse, Interessen, Probleme, Motivation, Behinderung, Einschränkungen, Persönlichkeitsstruktur. Diese Kenntnisse können auch bei der Gruppenzusammensetzung sehr hilfreich sein.

---

<sup>186</sup> Vgl. Hohmeier/Ribbert-Elias 1993, S. 273; Vgl. Göschel 1988, S. 15

<sup>187</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 54

<sup>188</sup> Siehe Anhang A; Nach LEPTIHN ( 2001 ) dient ein guter Biographiebogen niemals nur einer einmaligen Erhebung, sondern ist immer auf Fortschreibung und Ergänzung hin angelegt.

<sup>189</sup> Vgl. Leptihn 2001, S. 38

<sup>190</sup> Vgl. KDA 2000, S. 17 ff.

### 4.3 Zusammensetzung der Gruppe

#### 4.3.1 Nach dem Krankheitsbild Demenz

Es hat sich gezeigt, dass die Gruppenzusammensetzung unabhängig vom Aufsichts- und Betreuungsaufwand ist, den Pflegemitarbeiter mit den Beteiligten auf deren Stationen haben. Vielmehr muss die Gruppenzusammensetzung nach ähnlichen intellektuellen und affektiven Restfähigkeiten gestaltet werden.<sup>191</sup>

Gruppenmitglieder sollten sich in bezug auf ihren Verwirrtheitsgrad nicht allzu sehr differenzieren.<sup>192</sup> Besonders schwach bis mittelmäßig demenziell Erkrankte fassen ein Zusammensein mit stark dementen Teilnehmern als beunruhigend oder sogar als diskriminierend auf. Andererseits wird sich ein stark dementer Bewohner in einer Gruppe mit leichteren Demenzerkrankten vermutlich überfordert fühlen.<sup>193</sup>

Eine zu starre Trennung in Gruppen nach dem Muster leicht dement, stärker dement und stark dement ist aber nicht erwünschenswert, zudem die personellen Voraussetzungen nur selten eine solche Trichotomie erlauben. Diese Vorgabe suggeriert eindeutige Grenzlinien zwischen den drei Stadien, die sich in der Praxis nicht präzise ziehen lassen können.<sup>194</sup>

Auch quasi objektive Unterscheidungsmerkmale wie Resultate aus psychometrischen Tests<sup>195</sup> bieten kein ausreichendes Vorhersagemerkmal für das Funktionieren einer Gruppe mit dementen Teilnehmern. Diese Tests können ebenso wenig eine gelingende interne Kommunikation noch die Toleranz der Gruppenmitglieder untereinander voraussagen, obwohl beides von immenser Wichtigkeit ist, betont EICHARDT ( 1991 ). Vorteile bietet die Gruppenzusammenstellung anhand von intellektuellen Kriterien mittels

---

<sup>191</sup> Vgl. Eichardt 1991, S.486

<sup>192</sup> Vgl. Wensauer 1998, S. 39

<sup>193</sup> Vgl. Rasehorn 1991, S. 93 ff.

<sup>194</sup> Vgl. Eichardt 1991, S. 486; Vgl. Hohmeier/Ribbert-Elias 1993, S. 272

<sup>195</sup> Wie z.B. die Clinical Dementia Rating Scale ( CDR ) nach Hughes et al. ( 1982 ) und die Global Deterioration Scale ( GDS ) nach Reisberg et al. ( 1982 ) zur Erfassung des Schweregrades, der Mini-Mental-State-Examination ( MMSE ) nach Folstein et al. ( 1975 ) zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Testverfahren insofern, als dass diese ungeachtet späterer Probleme einfach und schnell stattfinden kann.

Im Vorfeld einer Gruppenbildung können oben genannte Gruppenzuordnungskriterien zu einer Grobunterscheidung beitragen, sollten aber kein Hauptkriterium darstellen. Für das Schaffen einer Gruppe mit dementen Teilnehmern hat sich das stufenweise Konstituieren<sup>196</sup> bewährt, das günstigere Voraussetzungen für ein Funktionieren schafft. Die Vorgehensweise ist dabei solche: Die Gruppe beginnt zunächst mit einem oder zwei Teilnehmern. Weitere Teilnehmer stoßen allmählich dazu. Diese müssen in bezug auf ihren intellektuellen Abbau, aber auch insbesondere ihrer Persönlichkeit in die progressive Gruppenatmosphäre und Gruppenkultur hineinpassen. Diese persönliche Eignung ist entscheidender für die Gruppenzusammensetzung als die Zuordnung aufgrund des Verwirrtheitsgrades.<sup>197</sup>

In Gruppen mit dementen Bewohnern spielen sich analog zu herkömmlichen Gruppen gruppendynamische Prozesse ab. Die Dynamik geht jedoch nicht ausschließlich von der Gruppenleitung aus, wie oft irrtümlicherweise angenommen.<sup>198</sup> Das Wir-Gefühl wird zwar vom emotionalen Stil der Leitung beeinflusst, aber auch maßgeblich vom Miteinander-Können der Gruppe determiniert. Dieses Miteinander-Können basiert primär auf emotiven Persönlichkeitsanteilen der Dementen, nicht auf intellektuellen Fähigkeiten oder Einbußen.

Zu bedenken ist ferner, dass eine Gruppenzusammensetzung aufgrund Persönlichkeit und emotionaler Toleranz der Teilnehmer ein längerfristiger Prozess ist, zumal Emotionen objektiv nicht messbar sind. Diese Tatsache muss bei Erfolgserwartungen an Gruppen mit Dementen berücksichtigt werden.<sup>199</sup>

---

<sup>196</sup> Vgl. Eichardt 1991, S. 486

<sup>197</sup> Vgl. Eichardt 1991, S. 486

<sup>198</sup> Vgl. Eichardt 1991, S. 487

<sup>199</sup> Vgl. Eichardt 1991, S. 487



BECHTLER betont, dass es jedoch nicht darum geht, den idealen Teilnehmer zu bestimmen, der für das Konzept besonders attraktiv erscheint. Auch ist es in der Altenarbeit nicht immer möglich, die Gruppe nach eigenen Vorstellungen zusammenzustellen, einzelne Teilnehmer auszuwählen und andere gegebenenfalls abzulehnen. Es ist aber festzuhalten, dass die Gruppenleitung schon vor Beginn verpflichtet sein sollte, für eine arbeitsfähige Gruppe zu sorgen.<sup>200</sup> Nur so kann gewährleistet werden, dass sich die Gruppe nicht als Enttäuschung für die Teilnehmer entpuppt, welche sich aufgrund ihrer Probleme, spezifischer Persönlichkeitsmerkmale oder sonstiger Voraussetzungen nicht in die Gruppe integrieren oder von der Arbeitsweise nicht profitieren können.

#### 4.3.2 Nach Geschlecht, Alter und Milieu

Ein harmonisches Geschlechterverhältnis ist wegen des hohen Frauenanteils in der stationären Altenhilfe oft nicht möglich. Ein einzelner Mann in einer Frauengruppe kann in eine prekäre Position gelangen. Er wird mit positiven oder negativen Erfahrungen konfrontiert, die Frauen mit Männern gemacht haben. Gefühle der Zuneigung oder Enttäuschung, so GEREKEN und KOPINITSCHBERGER ( 1998 ), können auf ihn projiziert werden. Je nach Persönlichkeitsstruktur spielt dieser Mann eine dominierende Rolle oder er fühlt sich unterlegen und scheidet vorzeitig aus der Gruppe aus. Wenn es möglich ist, empfiehlt es sich daher, mindestens zwei Männer in die Gruppe einzugliedern.

Generell sollte ein singulärer Außenseiterstatus, den ein Mitglied aufgrund seines Geschlechtes, seiner Schichtzugehörigkeit, seiner körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einnimmt, schon bei der Selektion der Teilnehmer vermieden werden. Jedes Mitglied sollte in der Gruppe zumindest ein anderes Mitglied finden, mit dem er sich identifizieren kann. Darum sollten mindestens zwei sich in bestimmten Merkmalen ähnelnde Teilnehmer aufgenommen werden.<sup>201</sup>

---

<sup>200</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 55

<sup>201</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 53

Dies ist bei der Gruppenzusammensetzung nach Geschlechtern insofern auch zu beachten, da ältere Männer und Frauen aufgrund gesellschaftlicher Umstände meist sehr divergente Ausbildungsmöglichkeiten, Karrieremöglichkeiten oder ganz allgemein Lebensperspektiven hatten. So erhielten die heute 80jährigen Frauen und Mädchen eine Volksschulbildung, aber keine Berufsausbildung, während Jungen eine Berufsausbildung finanziert wurde.<sup>202</sup>

Sind die Unterschiede zwischen den Teilnehmern zu groß, kann dies das gegenseitige Verständnis und die Toleranz in der Gruppe erschweren. Dies gilt desgleichen für immense Altersunterschiede. Unter der völlig undifferenzierten Bezeichnung „der Alten“ können mehrere Generationen zu finden sein. Die Alten können 60 oder 65, aber auch 85 oder 90 sein d.h. es können Eltern und Kinder sein.<sup>203</sup> Es erscheint nicht sinnvoll, Menschen mit Altersdifferenzen von 30 Jahren unter einen Begriff fassen zu wollen. Die Frage nach generationenspezifischen Lebenserfahrungen ist nachhaltig notwendig. In bezug auf die Einbindung in die jeweilige politische, soziale und gesellschaftliche Lage ist es wesentlich, ob jemand z.B. 1910, 1920 oder 1930 geboren ist.<sup>204</sup>

Gemeinsamkeiten der Teilnehmer hinsichtlich des Milieus sind ebenfalls desiderabel. Der Terminus Milieu bezeichnet „die Gesamtheit der natürlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten, die auf ein Lebewesen oder eine soziale Gruppe einwirken“.<sup>205</sup> Das Milieu ist zunächst einmal primär durch den Beruf und die Position im Arbeitsprozess bedingt, die von Bildung, Ausbildung, Einkommen und Vermögen abhängig ist. Für die Kindheit bedeutet dies, dass das Milieu durch den Arbeitszusammenhang der Eltern bestimmt ist ( idealtypische Unterscheidung in Arbeiter, Angestellte, Gewerbetreibende u.a. ).<sup>206</sup> Das Milieu beeinflusst dabei maßgeblich die Erfahrungen und damit zugleich die Art und Weise des Denkens, Wertens und Entscheidens des einzelnen.

---

<sup>202</sup> Vgl. Brands-Haverkamp 2000, S. 11

<sup>203</sup> Vgl. Blimlinger et al. 1996, S. 77

<sup>204</sup> Vgl. Brands-Haverkamp 2000, S. 11

<sup>205</sup> Wink 2001, S. 222

<sup>206</sup> Vgl. Blimlinger et al. 1996, S. 70

## 4.4 Rahmenbedingungen ( Setting )

### 4.4.1 Gruppengröße

Prinzipiell ist die Größe der Gruppe abhängig vom Zustand der dementen Teilnehmer. Kriterien sind hier die Art und Ausprägung ihrer Verhaltensauffälligkeit, ihr Bewusstseinszustand sowie ihre Fähigkeit zu längerer kontinuierlicher Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf das Gruppengeschehen bzw. auf den Leiter und andere Mitglieder. Bei sehr agitierten Teilnehmern kann die Obergrenze bereits bei zwei bis drei Mitgliedern liegen<sup>207</sup>, bei weniger unruhigen kann die Gruppengröße sechs bis acht Teilnehmer ( sogenannte Kleingruppe ) betragen.<sup>208</sup> Ausgenommen sind hierbei ruhige, schweigende oder dösend dasitzende Teilnehmer.

Generell lässt sich sagen, dass eine zu umfangreiche Teilnehmerzahl stets ungünstig ist, da sie das Zusammenwachsen und die Vertrautheit in der Gruppe erschwert. Eine Gruppe sollte nur so groß sein, dass sich die Mitglieder noch persönlich kennenlernen können.<sup>209</sup>

Mit steigender Gruppengröße sinkt die mögliche aktive Beteiligungszeit des einzelnen: in der Dyade hat jeder einzelne im Prinzip 50 % der Redezeit für sich, in der Gruppe mit 10 Mitgliedern 10 %, bei 30 Mitgliedern entfallen auf den einzelnen durchschnittlich 3,3 %. Dies hat zur Konsequenz, dass bei größeren Gruppen die Anwesenden

- „-eigene Ideen und Anregungen nicht angemessen einbringen können
- die Gruppe in geringerem Maße als ihre eigene Gruppe erleben
- weniger eigene Verantwortung für Geschehen und Unterlassungen der Gruppe erleben
- sich möglicherweise weniger anstrengen, weil das Resultat der Arbeit des einzelnen nicht so deutlich sichtbar ist“ ( SADER 2002, S. 62 ).

---

<sup>207</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 23

<sup>208</sup> Vgl. Foulkes 1992, S. 24

<sup>209</sup> Vgl. Graber-Dünow 1999, S. 115

Empirisch lässt es sich bestätigen ( nach HARE 1994 ), dass mit der Gruppengröße die Anzahl der Schweiger und der organisatorische Anteil an der Arbeitszeit wächst, der erlebte Zusammenhalt der Gruppe abnimmt.

#### 4.4.2 Organisationsform

Es ist zu klären, welche Organisationsform der Zielsetzung und Arbeitsweise der Gruppe am besten entspricht. Die Gegebenheiten der Organisation sind dabei zu berücksichtigen. Das Gruppenangebot kann nur dann durchgeführt werden, wenn die Bewohner die Gelegenheit erhalten, daran mitzuwirken.

Bei Dementen ist der praktikabelste Typ der Gruppenorganisation die halboffene Gruppe. Charakteristisch für die halboffene Gruppe ist eine begrenzte Anzahl von Mitgliedern.<sup>210</sup> Diese können nach und nach ausscheiden ( bei Älteren z.B. durch Krankheit ) und jeweils durch neue ersetzt werden. Auf diese Weise kann die Gruppe nach Bedarf aufgefüllt und vorhandene Plätze ausgenutzt werden. Oft bringen die neuen Mitglieder neue Problemstellungen und Sichtweisen in die Gruppe ein und beleben dadurch den Gruppenprozess. Zuviel Wechsel kann jedoch das Zusammenwachsen der Gruppe und das Integrieren neuer Mitglieder erschweren.<sup>211</sup> Von einer Bahnhofsatmosphäre mit ständigem Kommen und Gehen sollte abgesehen werden. Scheidet ein Mitglied aus, sollte sorgfältig abgeklärt werden, ob und wann einem neuen Teilnehmer Aufnahme gewährt wird und wer - wie beschrieben - nach seiner Persönlichkeit und potentiellen Problemen in die Gruppe integriert werden kann.

Im Gegensatz zu der geschlossenen Gruppe, in der alle Mitglieder gemeinsam beginnen, über eine längere Zeit zusammenarbeiten und schließlich gemeinsam aufhören, weist die Interaktion in halboffenen Gruppen weniger Einengung durch festgefügte Normen und bei schrumpfender Anzahl der Mitglieder weniger Anzeichen von Stagnation auf.<sup>212</sup>

---

<sup>210</sup> Vgl. Graber-Dünow 1999, S. 116

<sup>211</sup> Vgl. Foulkes 1992, S. 23

<sup>212</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 47

#### 4.4.3 Zeitplanung

Bei der Zeitplanung sind vor allem die Gesamtdauer der Gruppenarbeit, die Häufigkeit, die Dauer, der Wochentag und die Stunde der einzelnen Treffen zu bedenken. In stationären Einrichtungen sollte die Zeitplanung unbedingt mit den Mitarbeitern abgestimmt werden, um zu verhindern, dass das Gruppentreffen mit sonstigen Angeboten wie etwa Gymnastik oder den Besuchszeiten der Angehörigen kollidiert.

Die Gesamtdauer einer biographischen Gruppenarbeit ist mit mindestens einem Jahr anzusetzen, da die Entwicklungen im Gruppenprozess bei Älteren schwerfälliger in Gang kommen als bei Jüngeren.<sup>213</sup> Nach Etablierung kann die Gruppe aber auch längerfristig als festes Angebot weitergeführt werden, weil sie als halboffene Gruppe weniger der Gefahr unterläuft, Ermüdungs- und Erstarrungsanzeichen aufzuweisen.

Bei der Arbeit mit Dementen muss von einer durchschnittlichen Dauer eines Gruppentreffens von einer halben bis einer dreiviertel Stunde ausgegangen werden. Erfahrungsgemäss können die älteren Menschen dann nicht mehr ruhig sitzen und sich nicht mehr ausreichend konzentrieren.<sup>214</sup> Bei stärker Verwirrten muss die Dauer eventuell auf zehn Minuten verkürzt werden. Im Anschluss an die Gruppe sollte noch die Möglichkeit bestehen, beisammen zu sitzen und die Gespräche ausklingen zu lassen.

Für den Zeitpunkt der Gruppenstunde gibt es unterschiedliche Argumente. Eine Gruppenstunde an einem eher ruhigen Nachmittag bedeutet eine sinnvolle Abwechslung. Am Vormittag ist jedoch eine höhere Konzentration und Aufmerksamkeit der Bewohner zu erwarten.<sup>215</sup>

Hinsichtlich der Häufigkeit der Gruppentreffen kann gesagt werden, dass für Demente das tägliche Treffen das Optimum darstellt. Die täglichen Treffen, die für

---

<sup>213</sup> Vgl. Bechtler 1999, S. 48

<sup>214</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 23

<sup>215</sup> Vgl. Morgalla-Pfenning 1990, S. 23

die Dementen emotional angenehm sind, führen schon in kürzerer Zeit dazu, dass der Tagesablauf strukturiert wird. Dies geschieht im Sinne einer Gewöhnung oder Konditionierung. Ein Hauptproblem von dementen Menschen liegt ja darin, dass die Wahrnehmung der das Leben bestimmenden Ordnungsstrukturen verloren geht. Ein tägliches Gruppentreffen um 10.00 Uhr zeigte, so EICHARDT ( 1991 ), dass sich schon nach wenigen Tagen Teilnehmer gleich nach dem Frühstück in der Umgebung des Raumes aufhielten, herumliefen oder versuchten, die Tür zu öffnen.

Da das tägliche Angebot auch an Wochenenden oder Feiertagen läuft, kommen in den Einrichtungen häufig Probleme hinsichtlich freier Räume oder der personellen Besetzung insbesondere zu Urlaubszeiten auf. Desgleichen lassen sich regelmäßige Treffen auch an den Wochentagen nicht immer durchführen. Erfahrungsgemäss ist aber ein Treffen einmal in der Woche auf jeden Fall zu wenig.<sup>216</sup> Durchaus akzeptabel sind dagegen noch zwei- bis dreimalige wöchentliche Treffen, welche das Befinden der Verwirrten bereits erheblich verbessern können.

#### 4.4.4 Raumplanung

Essenziell für das Wohlfühlen der Teilnehmer in der Gruppe und deren Zusammenwachsen ist ein attraktiver Raum. Dieser sollte für die gesamte Sequenz der Gruppenarbeit kontinuierlich zur Verfügung stehen. Eventuell sollte eine Garderobe disponibel und eine nahegelegene Toilette benutzbar sein.<sup>217</sup> Der Gruppenraum sollte für alle Teilnehmer gut erreichbar sein. In stationären Institutionen muss ausdrücklich darauf geachtet werden, dass der Gruppenraum für das Treffen zur Verfügung steht und auch vorbereitet ist.

Das wichtigste ist -egal wo gearbeitet wird- , dass die Gruppe ungestört beisammen sein kann ( notfalls muss ein Türschild angebracht werden ). Räume,

---

<sup>216</sup> Vgl. Eichardt 1991, S. 488

<sup>217</sup> Vgl. Blimlinger et al. 1996, S. 117

in denen zur gleichen Zeit andere Aktivitäten stattfinden, erschweren die Konzentration.<sup>218</sup> Nicht geeignet sind daher multifunktionale Räume, wie etwa der Speisesaal, in dem während der Gruppenzeit Tische gedeckt oder abgeräumt werden, die Eingangshalle bzw. eine Ecke darin, der in der Regel störende Zaungäste anlockt oder der allgemeine Aufenthaltsraum, in dem ferngesehen wird.<sup>219</sup> Schwierigkeiten gibt es auch in Räumen, in denen Geräusche nachhallen oder die für die Gruppe zu klein oder zu groß sind. Ein weiterer Faktor ist durch die Raumtemperatur gegeben, weil alte Menschen leicht frieren und in einen kalten Raum nicht gern zurückkommen. Auch können unzureichende Belüftung und Beleuchtung zu Ermüdungserscheinungen führen.

Bei der Ausstattung des Gruppenraumes sollte auf eine helle, wohnliche Atmosphäre geachtet werden. Das Mobiliar sollte altersgerecht sein d.h. es finden sich bequeme, aber nicht zu niedrige Stühle oder weiche Sessel sowie Tische, die sich zu einer kleinen Runde gruppieren lassen. Eine runde oder ovale Sitzordnung erleichtert das Kommunizieren.<sup>220</sup> Ein alter Küchensessel, eine Ottomane oder ein Fauteuil aus vergangenen Zeiten schaffen eine angenehme Stimmung, erzeugen eine familiäre Atmosphäre und stimulieren darüber hinaus das Erinnerungsvermögen. Sie lösen Denkprozesse aus und lassen ein positives Gruppengefühl entstehen. Ein jahreszeitlich passender Blumenstrauß, Bilder oder Materialien, die den Inhalt der Gruppenstunde ankündigen, verschönern den Raum nicht nur, sondern haben auch Aufforderungscharakter. Letztendlich sollte es die Möglichkeit geben, die besprochenen Themen während der Sitzung zu visualisieren z.B. mittels Diaprojektor oder Flip-Chart.

#### 4.4.5 Personalausstattung

Analog der Gruppengröße hängt die Anzahl der benötigten Betreuer von der Art und Ausprägung der Verhaltensauffälligkeit der Teilnehmer, dem Bewusstseinszustand sowie ihrer Fähigkeit zu längerer kontinuierlicher Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf das Gruppengeschehen ab.

---

<sup>218</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 23

<sup>219</sup> Vgl. Gereben/Kopinitsch-Berger 1998, S. 29

<sup>220</sup> Vgl. Gereben/Kopinitsch-Berger 1998, S. 29

In der Praxis hat es sich bewährt, wenn ein einzelner Betreuer optimal vier bis sechs nicht allzu unruhige Gruppenteilnehmer beaufsichtigt.<sup>221</sup> Bei sehr unruhigen oder stark verhaltensauffälligen Teilnehmern kann das Verhältnis von Betreuer zu Klient auch 1:2 betragen.

Empfehlenswert ist es demnach, wenn z.B. eine Gruppe mit maximal acht ruhigeren, verhaltensunauffälligeren Teilnehmern von zwei Personen geleitet wird. Somit kann jeweils eine der Leitungen den Gruppenablauf strukturieren und thematisch gestalten, der/die andere als Co-Leitung eine eher beobachtende Funktion einnehmen und aufmerksam für die Gruppenatmosphäre, Überforderungen einzelner Teilnehmer oder Störungen sein.<sup>222</sup>

Als Betreuer von Demenzkranken werden in der Praxis hauptsächlich folgende Berufsgruppen beobachtet: Pflegefachkräfte, Sozialpädagogen/-arbeiter, Musiktherapeuten, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten.<sup>223</sup> Unterstützt werden diese Kräfte unter Umständen durch zusätzliches Personal: Pflegehilfskräfte, Zivildienstleistende, Praktikanten und Ehrenamtliche mit oder ohne spezifische Fachkenntnisse.

Das Leistungsprofil einer Gruppenleitung sollte hierbei durch Fachlichkeit sowie durch persönliche und soziale Kompetenz gekennzeichnet sein. Übergeordnetes Anliegen ist jedoch die freiwillige Entscheidung für eine Arbeit mit demenzkranken Menschen. MÜLLER unterstreicht folgende fachliche Merkmale, die u.a. für eine Eignung als Betreuer in der Demenzarbeit sprechen:

- „-gutes pflegerisches und medizinisches Wissen ( auch Pharmakologie )
- Wissen über das Krankheitsbild der Demenz
- Repertoire an Kommunikations- und Betreuungsmethoden ( zum Beispiel Validation, Biographisches Arbeiten, [ Basale Stimulation ] )
- Bereitschaft zur ständigen Fort- und Weiterbildung“ ( 1999, S. 38 )

---

<sup>221</sup> Vgl. Eichardt 1991, S. 486

<sup>222</sup> Vgl. Gunzelmann 1991, S. 14

<sup>223</sup> Vgl. Kämmer 2001, S. 79



KÄMMER fordert des weiteren folgende persönliche Kompetenzen von Mitarbeitern in der Begleitung Demenzkranker:

- „-Interesse am Leben anderer und So-geworden-sein
- Freude an unkonventionellen Verhaltensweisen und ungewöhnlichen Wegen
- Kreativität in der Gestaltung von Situationen
- Diplomatie und eine überdurchschnittliche Aggressionshemmung
- Höflichkeit und Humor ( auch über sich selbst lachen )
- hohe körperliche und seelische Belastbarkeit
- Beziehungsfähigkeit
- Freude am Pflegen und an der Berührung von Menschen“ ( 2001, S. 77 ).

GUNZELMANN ( 2001 ) hebt hervor, dass vor allen Dingen ein enormes Maß an Geduld, Gelassenheit, Flexibilität und Akzeptanz gegenüber Unvermögen, Unsicherheit, Schwäche oder individuellen Grenzen gefordert ist. Die Gruppenleitung sollte vorrangig von ausreichender innerer Stabilität und kognitiver Strukturierung gekennzeichnet sein. Durch die Konfrontation mit Ängsten, Wut oder Verlusten der dementen Menschen darf sie nicht selbst aus dem Gleichgewicht fallen und nicht unsensibel für die Entwicklung alternativer Interpretationsmuster und Handlungsmöglichkeiten werden. Dies beinhaltet auch einen konstruktiven Umgang mit eigenen Leistungsschwankungen und mit Erschöpfungszuständen.

POPP dagegen stellt heraus, dass die Pflegekraft in der Lage sein muss, eine akzeptierende, wertschätzende, selbstkongruente, echte und einfühlende Haltung gegenüber dem Dementen, der als adäquater Partner anerkannt wird, einzunehmen.<sup>224</sup>

Bezüglich der sozialen Kompetenz äußert sich MÜLLER folgendermaßen: Die Betreuungskraft ist

- „-offen und kommunikativ, kann mit anderen reden, auf andere zugehen
- teamfähig, kooperationsbereit mit anderen Berufsgruppen
- geht konstruktiv mit Kritik um
- gibt Rückmeldungen ( Lob und Tadel )
- kann anderen ein Vorbild sein und anleiten
- verhindert Mobbing, Intrigen, Gerüchte“ ( 1999, S. 39 ).

---

<sup>224</sup> Vgl. Popp 1999, S. 284

POPP fügt noch hinzu, dass die Betreuungskraft sensibel für alle verbalen und nonverbalen Äußerungen des Dementen sein sollte und auf beiden Ebenen Reaktionsfähigkeiten aufweisen muss. Sie sollte Verständnis für den Inhalt der gemachten Äußerungen sowohl auf sachlicher als auch auf persönlich-emotionaler Ebene aufbringen und entsprechende Unterscheidungen und Differenzierung vornehmen können.<sup>225</sup>

Von Belang ist zudem, ob die betreffende Person nur für die Gruppenarbeit ins Haus kommt und damit kaum Vorkenntnisse über Bewohner, Mitarbeiter, Strukturen und Atmosphäre im Heim besitzt oder ob sie ins Haus integriert ist, etwa als Mitglied des Pflegedienstes oder eines im Haus existierenden Sozialdienst. Eine Integration ins Heim bietet zudem Möglichkeiten, unter anderem bei der Motivierung der Heimbewohner, die einem Außenstehenden in aller Regel verschlossen bleiben.<sup>226</sup>

## **4.5 Struktur einer Gruppenstunde**

### **4.5.1 Vorbereitung**

Die Durchführung einer Gruppenarbeit erfordert eine detaillierte Planung und Vorbereitung. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hilft die Planung nach dem methodisch-didaktischem Modell nach MARTIN.<sup>227</sup> Es umfasst sämtliche Konditionen, die bei der zielgerichteten Durchführung einer Gruppenarbeit beachtet werden müssen und vermittelt Sicherheit im Umgang mit Gruppenarbeiten. Das Planungsraster ist in vier Teile untergliedert:

- „1. Vorplanung: Ausgangslage-Hochbetagte, Themenfindung, Ziele;
2. Vorbereitung: Ort und Zeit, Information und Absprache, Finanzierung, Praktische Vorbereitung;
3. Durchführung: Arbeitsplatzvorbereitung, Sitzordnung, Programmablauf, Lückenfüller, Nachbereitung;
4. Reflexion und Auswertung ( DUNKHORST 2001, S. 36 ).

---

<sup>225</sup> Vgl. Popp 1999, S. 284

<sup>226</sup> Vgl. Morgalla-Pfenning 1990, S. 23

<sup>227</sup> Vgl. Dunkhorst 2001, S. 35

Während Aspekte der Vorplanung schon in einem anderen Kapitel präzisiert wurden<sup>228</sup>, soll nun anhand des Rasters ein weiteres Vorgehen veranschaulicht werden. Vor Beginn der Veranstaltung muss -wie beschrieben- der Ort und die Zeit der Gruppenaktivität geklärt sowie die Häufigkeit und Dauer fixiert werden. Um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, müssen im Vorfeld zentrale Übereinkünfte mit einzelnen Personen oder Berufsgruppen arrangiert werden. Absprachen sind zu treffen mit: Pflegepersonal, Leitung der Institution, Pflegedienstleitung, Küche, Hausmeister, Angehörigen, Zivildienstleistenden usw.. Die Gruppenteilnehmer sollen durch persönliche oder schriftliche Einladung oder durch ein Plakat auf die Veranstaltung aufmerksam gemacht werden.<sup>229</sup>

Auch die Finanzierung sollte rechtzeitig abgeklärt werden<sup>230</sup> u.a. welche Kosten durch die Gruppenarbeit erwachsen und von wem diese übernommen werden. Letztendlich sollte an die praktische Vorbereitung von Materialien, Hilfsmitteln, Techniken und Medien gedacht werden. Dabei hat es sich bewährt, in der Planung eine Liste zu erstellen, in der skizziert wird, welche Dinge vorzubereiten, anzufertigen oder zu erledigen sind.

## 4.5.2 Durchführung

### 4.5.2.1 Arbeitsplatzvorbereitung

Rechtzeitig vor Beginn der Veranstaltung sollte die Gruppenleitung den Gruppenraum richten. Dies beinhaltet: Materialien bereitstellen, Tische und Stühle platzieren, Heizung aufdrehen ( oder lüften ), evtl. Tische eindecken, Raumschmuck dekorieren, technische Hilfsmittel montieren und kontrollieren.<sup>231</sup> Räume und Material stellen eine elementare Rahmenbedingung für die Gruppenarbeit dar. Sie ermöglichen oder behindern, regen an oder schränken ein, erleichtern oder erschweren die Arbeit. Von daher rentiert es sich, die Gestaltung sehr akkurat durchzuführen und das Ambiente kritisch zu prüfen und gegebenenfalls zu korrigieren.

---

<sup>228</sup> Siehe Kap. 4.1 Zielsetzungen

<sup>229</sup> Vgl. Joppig(a) 1996, S. 14

<sup>230</sup> Vgl. Dunkhorst 2001, S. 42

<sup>231</sup> Vgl. Dunkhorst 2001, S. 43

#### 4.5.2.2 Sitzordnung

Je nach Gruppengröße, Zielsetzung und Inhalt einer Gruppenstunde muss die Sitzordnung konzipiert werden. Ein Stuhlkreis hat den Vorteil, dass sich alle Beteiligten gut sehen und hören können, einige Aktivitäten sind aber nur am Tisch durchzuführen. Herausragende oder abseitige Sitzpositionen sind zu vermeiden wie auch größere Sitzlücken durch vakante Plätze.<sup>232</sup> Die Sitzordnung kann offen gelassen werden, so dass die Teilnehmer selbst die Option haben, wer neben wem Platz nimmt. Manchmal ist aber eine von der Gruppenleitung angeordnete Sitzordnung wichtig für das Gelingen einer Gruppenstunde. Diese kann abhängig sein von Sympathie oder Antipathie, vom Grad der Hilfsbedürftigkeit ( wer kann wen unterstützen ), von Sinneseinschränkungen ( Sehschwäche, Schwerhörigkeit ) und Eigenarten der Teilnehmer ( z.B. besonders unruhige Teilnehmer ). Auch an dieser Stelle wird deutlich, wie relevant es für die Gruppenleitung ist, profunde Kenntnisse über die Teilnehmer zu besitzen.

#### 4.5.2.3 Programmablauf

Jede Gruppenarbeit lässt sich in eine Einstiegsphase, einen Hauptteil und eine Abschlussphase gliedern.<sup>233</sup>

In der Einstiegsphase findet die gegenseitige Begrüßung und eine erste Annäherung an das Thema statt. Ideal ist es, wenn der Einstieg in ein Thema von einem festen Ritual<sup>234</sup> begleitet wird z.B. Händeschütteln während der Begrüßung, ein freundliches „Guten Tag“ oder „Grüß Gott“ sowie das Ansprechen der Teilnehmer mit Namen. Gerade Menschen mit kognitiven Einbussen erfahren durch Rituale Sicherheit und Geborgenheit und erleben Gemeinschaft. Geeignet ist auch ein prägnantes Begrüßungslied, welches einen hohen Wiedererkennungswert aufweist.<sup>235</sup>

---

<sup>232</sup> Vgl. Blimlinger et al. 1996, S. 118

<sup>233</sup> Vgl. Gatz/Schäfer 2002, S. 14

<sup>234</sup> Vgl. Ruhe 1998, S. 43

<sup>235</sup> Vgl. Müller 1999, S. 55

Nach der Begrüßung kann die Erläuterung der jeweiligen Themenstellung beginnen. Im Sinne der themenorientierten Gruppenarbeit wird für die jeweilige Stunde ein bestimmtes Leitmotiv ausgewählt, welches die möglichen Aktivitäten kanalisiert und in einen sinnvollen Zusammenhang stellt. SKIBA proponiert fünf größere Themengruppen:

- „-lebenslaufbezogene Themen: Vorfahren, Geburt, Kindheit, Jugend, Erwachsenenendasein, Ruhestand
  - lebensortbezogene Themen: Hort/Krippe/Kindergarten, Schule/Internat, Arbeit, Familie, Freizeit, Heim/Wohngemeinschaft
  - lebensaufgabenbezogene Themen: Bildung/Qualifikation, Freundschaft, Ehe/Partnerschaft, Nachkommenschaft
  - normativ-ethische Themen: Glück/Freude, Verlust/Trauer, Mut/Gesinnung, Solidarität/Nächstenliebe
  - gesellschafts- und kulturbezogene Themen: Politik, Musik, Mode“
- ( 1997, S. 91 ).

Diese Themengruppen und Themen sind beliebig modifizierbar und durch Grob- und Feinaufgliederung weiter zu spezifizieren. Für jedes Gruppentreffen kann ein neues Thema selektiert oder das gleiche mehrmals unter differenten Gesichtspunkten erarbeitet werden.

Beispielhaft wurde für dieses Gruppentreffen das Thema Arbeitsleben gewählt. Der früher ausgeübte Beruf gehört meist zu einer identitätsprägenden Erfahrung, die auch bei einer demenziellen Erkrankung noch eine wichtige Rolle für die Betroffenen spielt.<sup>236</sup> Es kann vom ersten Arbeitsplatz berichtet werden oder von der Arbeitsstelle, die im Leben am bedeutsamsten war. Auch Arbeitslosigkeit durchzieht die Biographie vieler heute alter Menschen. In den Jahren 1923 bis in die frühen 30er Jahre stieg die Zahl der Erwerbslosen in Deutschland auf über sechs Millionen an. Bezüge zu politischen Verhältnissen werden beim biographischem Aufarbeiten quasi automatisch deutlich.<sup>237</sup> Je nach Geburtsjahrgang wird der Arbeitsdienst und das Pflichtjahr, der Militärdienst und die Arbeit in Munitionsfabriken geschildert werden.

---

<sup>236</sup> Vgl. Hardenberg-Ortmann 1999, S. 51 ff.

<sup>237</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 153

Zur Orientierung sollte ein kurzer Überblick über die intendierten Aktivitäten und deren Dauer erfolgen.<sup>238</sup> Biographisches Arbeiten kann sehr abwechslungsreich gestaltet werden. Viele Methoden laden zu einer Konfrontation zwischen Früher und Heute ein, so dass ältere Menschen ihre Ansichten über die „gute alte Zeit“ kritisch überdenken und einen Bogen von der Vergangenheit in die Gegenwart spannen können.

Zum Einstieg in das Thema Arbeitsleben werden diverse berufstypische Werkzeuge herumgereicht und inspiziert z.B. Kochlöffel, Nudelholz, Schere, Nadel und Faden, Kreide oder auch eine kleine Schiefertafel, Lockenwickler, Zollstock, Pinsel und Farbe, Verbandszeug. Es soll über die Art der Tätigkeit referiert werden, die mit den einzelnen Gegenständen in Verbindung gebracht wird und wie diese benutzt wurden.<sup>239</sup>

Danach wird im Hauptteil das Reihum-Fragen zum Thema „Was ich alles gearbeitet habe“ initiiert. Die Gruppenleitung stellt jedem Teilnehmer eine identische Frage, die mit einem Wort oder einem kurzen Satz quittiert wird. Die alten Menschen schildern, was sie früher für Berufe ausgeübt haben. Viele werden im selben Beruf geblieben sein, andere übten diverse Tätigkeiten aus, darunter sicherlich auch unbezahlte Hausarbeiten: Putzen, Kochen, Einkaufen, Angehörige pflegen und betreuen usw.. Einige Frauen werden als Aushilfsarbeiterin oder als Mithilfe im Familienbetrieb gearbeitet haben. Auf Differenzen und Parallelitäten innerhalb der Gruppe sollte hingewiesen und sich darüber ausgetauscht werden. Um primäre Informationen über die Teilnehmer zu erhalten, ist diese Technik ein effektiver Einstieg. Der Redefluss besonders gesprächiger Teilnehmer wird gebremst, während die stilleren zum Sprechen animiert werden. Gerade solche Personen, die sich kaum noch äußern können, vermögen manchmal mit einem Wort zu antworten und mit etwas Ermutigung ihre Erinnerungen vielleicht sogar noch weiter auszumalen.<sup>240</sup>

---

<sup>238</sup> Vgl. Wensauer 1998, S. 39

<sup>239</sup> Vgl. Tschirner 1997, S. 43 ff.

<sup>240</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 154

Zur Auflockerung der Gruppenstunde können alte Lieder gehört oder gesungen werden, denn diese bewegen Emotionen oft effizienter als Worte und Texte.<sup>241</sup> Demente Menschen kennen noch viele Volkslieder oder Schlager, die sie an Kindheit, Schul- oder Jugendzeit erinnern, weil diese im Langzeitgedächtnis gespeichert sind. Gemeinsam gesungene Lieder können dabei eine gruppenstützende Wirkung entfalten. Es empfiehlt sich, die Musikstücke nicht einfach nur abzuspielen, sondern zeitgeschichtliche Bezüge herzustellen und die Teilnehmer um Erinnerungen an persönliche Ereignisse aus dem jeweiligen Jahr zu bitten.<sup>242</sup>

Im weiteren Verlauf der Gruppenstunde kann eine Liste aufgestellt werden, über „Berufe, die es nicht mehr gibt“. Es werden auf einem großen Bogen Berufe notiert, die in der Jugend der Teilnehmer existierten und die heute sehr selten geworden oder verschwunden sind. Es wird gefragt, was die Teilnehmer über diese Berufe wissen. Einige Vorschläge: Lampenanzünder, Scherenschleifer, Altwarenhändler, Waschfrau, Gepäckträger, Putzmacherin, Weißnäherin, Büglerin/Plätterin.<sup>243</sup>

Anschließend werden alte Fotografien herumgereicht, auf denen die Beteiligten selbst, Verwandte oder Freunde bei der Ausübung des früheren Berufes zu sehen sind. Jeder Teilnehmer sollte eine kurze Episode zu einem Foto erzählen können. Persönliche Fotografien können helfen, Schlüsselereignisse einer Lebensgeschichte aufzuzeigen, zumal diese viele Veränderungen eines Menschen miterlebt haben. Manchmal ist der Einsatz von Diaprojektoren sinnvoll.<sup>244</sup>

Nun wird mit der Gruppe ein Rollenspiel inszeniert. Das Rollenspiel zählt zu den Standardmethoden der Bildungsarbeit.<sup>245</sup> Es werden hier spielend Lebensperspektiven analysiert bzw. bedacht. Die Beiträge einzelner Teilnehmer

---

<sup>241</sup> Vgl. Ruhe 1998, S. 42

<sup>242</sup> Vgl. Joppig 1996(b), S. 404

<sup>243</sup> Vgl. Osborn/Schweitzer/Trilling 1997, S. 160

<sup>244</sup> Vgl. Trilling et al. 2001, S. 79

<sup>245</sup> Vgl. Ruhe 1998, S. 99

können sehr kurz gehalten werden, um so Versagensängsten vorzubeugen, dass Ideen oder Texte vergessen werden könnten. Gegebenfalls muss die Gruppenleitung spontan intervenieren und das Geschehen dirigieren. Manche Szene dauert vielleicht nur eine Minute und erfordert unter Umständen nicht einmal eine Bewegung. In der heutigen Gruppenstunde dreht sich das Rollenspiel um das Bewerbungsgespräch. Ein Teilnehmer fungiert als Arbeitgeber, ein anderer als junger Stellensuchender. Die Gruppe hat das Vorschlagsrecht, Fragen und Antworten beider Parteien zu forcieren. Solch ein Bewerbungsgespräch kann aus dem Stegreif inszeniert oder im Kollektiv vorbereitet werden. Am Ende entscheidet die Gruppe, ob dem jungen Bewerber die Stelle zugeteilt wird.

Anstelle des Rollenspieles kann das kreative Zeichnen, Malen und Anfertigen von Collagen offeriert werden, welches Erinnerungen transparent macht.<sup>246</sup> Der Ideenreichtum kann nahezu unerschöpflich sein. Im Vordergrund steht aber stets die Gestaltung des Prozesses, nicht die Qualität des Endproduktes. Malt ein Teilnehmer selber, fördert ein Helfer diesen durch interessiertem und präzises Nachfragen, Assoziieren und Interpretieren. Führt ein anderer ein Bild aus, weil ein Teilnehmer nicht mehr in der Lage ist zu zeichnen, müssen genaue Beschreibungen abgegeben werden, die nach und nach ergänzt und modifiziert werden. Dadurch wird die Erinnerung in besonderem Maße stimuliert.

Als nächster Programmpunkt können Stichwörter zu dem Thema „Meine erste Stelle“ präsentiert werden. Es handelt sich um den ersten Kontakt mit dem Berufsleben. Die Teilnehmer beschreiben ihren ersten Arbeitsplatz, meist die Lehrstelle. Die Gruppenleitung unterstützt das Erzählen mit folgenden Fragen:

- „-Wie haben Sie die Lehrstelle gefunden ?
  - Gab es ein Bewerbungsgespräch ?
  - Wieviele haben Sie verdient ?
  - Wo wohnten Sie in dieser Zeit ?
  - Mußten Sie der Mutter Kostgeld abliefern ?
  - War eine bestimmte Arbeitskleidung erforderlich ?
- ( OSBORN/SCHWEITZER/TRILLING 1997, S. 157 )

---

<sup>246</sup> Vgl. Jenrich 1997, S. 20



Es bedarf dabei einer Fragetechnik, die das Gedächtnis der älteren Menschen anregt, ohne ihnen jedoch ein Gefühl des Versagens zu vermitteln, falls Fragen nicht beantwortet werden können. Passende Fragen und Stichworte sollten zu den einzelnen Themen und dem zeitgeschichtlichen Hintergrund sorgfältig recherchiert werden. Viele Impulse entstehen jedoch im Laufe der Zeit durch die Gespräche selber, sodass ein Gefühl für Schlüsselbegriffe und Formulierungen wächst.<sup>247</sup> Um treffende Stichworte zum adäquaten Zeitpunkt einbringen zu können, sollte das Gruppengespräch moderiert und schwächeren Teilnehmern gelegentlich Hilfestellung gegeben werden, damit jeder gleichermaßen zu Wort kommen und interessierte Zuhörer finden kann.

Zu betonen ist, dass die einzelnen Methoden des Hauptteils individuell angeordnet und komplettiert werden können. Singuläre Sequenzen können reduziert werden, weil sie zu schwierig für die Gruppe sind oder die Zeit schon zu weit vorangeschritten ist.<sup>248</sup> Geeignete Lückenfüller sollte sich jeder Gruppenleiter bereitlegen, falls eine Aufgabe abgelehnt wird oder weniger Zeit als vorgesehen braucht. Generell gilt: die biographische Gruppenarbeit darf nicht langweilen, sollte die Teilnehmer aber auch nicht überfordern. Es darf kein Leistungsdruck entstehen.<sup>249</sup> Priorität genießen auf jeden Fall spontane Reaktionen der Teilnehmer wie plötzliches Singen oder Rezitieren eines Verses. Die Gruppenleitung sollte auf diese eingehen, Gefühle spiegeln und andere Teilnehmer in den Dialog mit einbeziehen.

Wenige Minuten vor dem Ende der Gruppenstunde wird der Schluss angekündigt. Dieser beinhaltet wie der Beginn ein festes Ritual z.B. wird immer ein bestimmter Spruch aufgesagt.<sup>250</sup> Die Teilnehmer sollten noch Gelegenheit bekommen, sich zu der Veranstaltung zu äußern und Vorschläge für die nächste Stunde einzubringen. Ein gemeinsamer Händedruck als Verabschiedung kann das Gruppentreffen abschließen.

---

<sup>247</sup> Vgl. Trilling et al. 2001, S. 74

<sup>248</sup> Vgl. Gatz/Schäfer 2002, S. 15

<sup>249</sup> Vgl. Gatz/Schäfer 2002, S. 15

<sup>250</sup> Vgl. Ruhe 1998, S. 43

#### 4.5.2.4 Nachbereitung

Nach der Beendigung der Gruppenaktivität ist zu klären, wer für das Aufräumen des Raumes verantwortlich ist, macht dies die Gruppe gemeinsam, die Gruppenleitung oder einzelne Teilnehmer ? Der Rücktransport der Teilnehmer auf den Wohnbereich oder ins eigene Zimmer muss gewährleistet sein. Die Gruppenleitung nimmt Eintragungen ins Dokumentationssystem vor.

#### 4.5.2.5 Reflexion und Auswertung

Nach jeder Gruppenstunde sollte eine Reflexion, am besten mit einem Kollegen, stattfinden. Die Gruppenleitung hält folgende Punkte fest:

- „-Erreichung der Zielsetzung ( Womit kann belegt werden, dass die Arbeitsziele - erreicht wurden ? )
- Welches waren besonders erfolgreiche Interventionen ? ( etwa, dass die Sitzordnung diesmal allen freie Sicht erlaubte ? )
- Störende Einflüsse ( Vielleicht Maschinengeräusche vor der Tür, die verhinderten, dass alle gut hören konnten ? )
- Gruppendynamische Situation ( Ist sie positiv oder sollte man sie zu verändern suchen ? )
- Bemerkungen zur Leitungsrolle ( Ist es z.B. gelungen, alle Teilnehmer gleichermaßen einzubeziehen ? Gibt es eine zu starke Fixierung auf die Leitung ? )
- Pläne zur weiteren Arbeit ( Was sollte beim nächsten Treffen wieder aufgegriffen werden ? )“ ( OSBORN/SCHWEITZER/TRILLING 1997, S. 34 )

Mit diesem letzten Punkt schließt das methodisch-didaktische Raster nach MARTIN ab. Obwohl es anfangs recht aufwendig erscheint, ermöglicht es insbesondere unerfahrenen Gruppenleitungen eine sorgfältige Planung und Durchführung sowie Sicherheit im Umgang mit Gruppenarbeiten. Hat sich mit der Zeit diese Herangehensweise automatisiert, besteht die Möglichkeit, dieses Verfahren zu verkürzen.

## 5. Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass die Rückschau auf das gelebte Leben zum normalen Alterungsprozess gehört. Besonders alte demente Menschen besinnen sich gern zurück auf die Zeit, in der sie ein aktives, erlebnisreiches und kompetentes Leben führten.

Biographisches Arbeiten verfolgt dabei vorrangig das Ziel, unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte und -kontinuität die Lebensqualität und das Wohlbefinden des demenziell erkrankten Menschen zu verbessern, sein Selbstwertgefühl zu steigern und seine Identität zu erhalten. Obwohl biographisches Arbeiten nicht als Therapie verstanden werden darf, sind therapeutische Auswirkungen wie z.B. eine Reduktion von depressiven Verstimmungen empirisch belegt. Weiterhin konnten in mehreren Studien insbesondere eine Steigerung der sozialen und kommunikativen Aktivität dementer Menschen verzeichnet werden, unterstützt durch das Eingebundensein in einer Gruppe.

Diese und weitere positive Effekte lassen die biographische Arbeit mit Dementen als fester Bestandteil der Altenarbeit als durchaus nützlich, wenn nicht sogar unabdingbar erscheinen. Denn das Wissen um die Biographie erleichtert es, den dementiell Erkrankten in seinem Handeln und Widerständen zu verstehen. Es erlaubt zu erkennen, was ihn bewegt, mit ihm in Beziehung zu treten und ihm zu helfen, mit den Anforderungen der Gegenwart fertig zu werden.

Wie die vorliegende Arbeit gezeigt hat, sind dabei nicht nur Fachlichkeit, sondern auch persönliche und soziale Kompetenz des Mitarbeiters gefordert. Daher wäre es für die Betreuung Demenzkranker im Zuge der weiteren Professionalisierung wünschenswert, wenn die Vermittlung von spezifischen Kenntnissen und Fähigkeiten verstärkt in die Curricula von psychosozialen Studiengängen, Alten- und Pflegeausbildungen usw. Einzug erhielte.

Auch pflegebegleitende Forschung und weitere Evaluationsstudien zum Thema Biographiearbeit mit Dementen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der differentiellen Indikation, bleibt eine wichtige Aufgabe für die Zukunft. Wie bereits dargestellt wurde, fehlen größer angelegte ( institutionsübergreifende ) und längerfristige Untersuchungen.

Das biographisches Arbeiten mit Dementen ist zudem gegenwärtig weit davon entfernt, zum Standardrepertoire von Institutionen zu gehören. Für eine dauerhafte, kontinuierliche Implementierung eines biographischen Angebotes für verwirrte alte Menschen müssen daher umgehend entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit dieses nicht nur auf dem Papier bestehen bleibt:

Rechtlich gesehen muss der aktivierenden und rehabilitativen Betreuung eine bedeutendere Rolle zukommen, als dies bereits in der Sozialgesetzgebung ( nach § 11, Abs. 2 SGB V ) der Fall ist.

Institutionell muss eine Individualisierung von Heimleistungen d.h. eine bewohner- statt ablaufbezogener Planung dazu beitragen, dass neben Aspekten der Kostenoptimierung solche der Optimierung von Lebensqualität nicht vernachlässigt wird.

Gesellschaftlich ist noch immer keine Höherbewertung der Pflege, vor allem alter und dementer Menschen, erfolgt. Stets geht zwar eine Welle der Empörung durch die Bevölkerung, wenn Missstände in Heimen bekannt werden, es wird jedoch den Pflegekräften meist keine Anerkennung und Hilfe gewährt, bevor etwas passiert.

Trotz alledem bleibt zu betonen, dass auch jetzt schon -und zwar mit den vorhandenen Mitarbeiterressourcen- alles mögliche getan werden sollte, um für die dementen Bewohner eine bestmögliche Pflege und Betreuung zu ermöglichen. Gelingt es, alle Beteiligten vom Sinn eines Betreuungskonzeptes wie des vorliegenden zu überzeugen, so kann es gelingen, Schritt für Schritt dem hochgestecktem Ziel näher zukommen: Der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der dementen Menschen in der stationären Altenhilfe.

## 6. Literaturverzeichnis

Bechtler, H. ( Hrsg. ). ( 1999 ). Gruppenarbeit mit älteren Menschen. 3., veränd. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Behrens-Cobet, H.; Reichling, N. ( 1997 ). Biographische Kommunikation: Lebensgeschichten im Repertoire der Erwachsenenbildung. Neuwied: Luchterhand.

Bernstein, S.; Lowy, L. ( 1971 ). Untersuchungen zur sozialen Gruppenarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Bienstein, Ch.; Fröhlich, A. ( 1995 ). Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

Biermann-Ratjen, E.-M.; Eckert, J.; Schwartz, H.-J. ( 1995 ). Gesprächspsychotherapie. 7. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Birker, K. ( 1997 ). Führungsstile und Entscheidungsmethoden. Berlin: Cornelsen.

Blimlinger, E.; Ertl, A.; Koch-Straube, U.; Wappelshammer, E. ( 1996 ). Lebensgeschichten: Biographiearbeit mit alten Menschen. Hannover: Vincentz.

Böhm, E. ( 1988 ). Verwirrt nicht die Verwirrten: Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Böhm, E. ( 1991 ). Re-aktivierende Pflege nach Böhm. In: Heilberufe, 43 ( 9 ), 417-420.

Böhm, E. ( 1993 ). Zuerst muss die Seele wieder bewegt werden... . In: RBS-Bulletin, 8, 4-8.

Boylin, W.; Gordon, S. K.; Nehrke, M. F. ( 1976 ). Reminiscing and Ego Integrity in Institutionalized Elderly Males. In: The Gerontologist, 16, 118-124.

Brands-Haverkamp, M. ( 2000 ). Biografiearbeit braucht umfassendes Generationenwissen. In: Pflegezeitschrift, 10, 672-674.

Brinker, A. ( 1997 ). Freiheit der Gefühle. In: Altenpflege, 7, 41-42.

Bühler, Ch.; Allen, M. ( 1974 ). Einführung in die Humanistische Psychologie. Stuttgart: Klett.

Buijssen, H. ( 1997 ). Senile Demenz. Weinheim: Beltz.

Buijssen, H. ( 1998 ). Zurück in die Vergangenheit. In: Altenpflege, 11, 22- 25.

Butler, R. N. ( 1963 ). The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. Psychiatry, 26, 65-76.

Butler, R. N. ( 1974 ). Successful Aging and the Role of the Life Review. In: Journal of the American Geriatrics Society, 22, 529-535.

Colemann, P.G. ( 1986 ). Ageing and Reminiscence Processes: Social and Clinical Implications. Chichester: Wiley & Sons.

Delius, P. ( 1990 ). Das Kompetenzmodell des Alters: Möglichkeiten klinisch-psychiatrischer Umsetzung am Beispiel einer Geschichtsgruppe ( Oral-History-Gruppe ). In: Zeitschrift für Gerontologie, 23 ( 5 ), 293-299.

Dilger, I. ( 1997 ). Biographiearbeit in einer Gerontopsychiatrischen und Geriatrischen Tagespflege – „Geteiltes Leid ist halbes Leid“. In: Psychiatrie & Altenhilfe News, 4, 20-24.

Dunkhorst, H. ( 2001 ). Gestaltung und Beschäftigung. Hannover: Vincentz.

Eichardt, D. ( 1991 ). Gruppenarbeit mit Verwirrten. Altenpflege, 8, 483- 489.

Eisenbach, M. ( 1977 ). Psychologie in der Altenarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Erikson, E. H. ( 1988 ). Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Erikson, E. H. ( 1999 ). Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.

Erl, W. ( 1980 ). Gruppenpädagogik in der Praxis. Tübingen: Katzmann.

Feil, N. ( 2000 ). Validation. 6. Aufl. München: Reinhardt.

Feil, N. ( 2001 ). Validation in Anwendung und Beispielen. 3. Aufl. München: Reinhardt.

Feldbinder, H. ( 2002 ). Integrative Validation nach Nicole Richard. In: Pflegen Ambulant. 13 ( 6 ), 21-24.

Fielden, M. M. ( 1990 ). Reminiscence as a Therapeutic Intervention with Sheltered Housing Residents: A Comparative Study. In: British Journal of Social Work, 20, 21-44.

Fischer, J. D.; Schwarz, G. ( 1999 ). Alzheimer Kranke verstehen, betreuen, behandeln. 2., völlig neu bearb. und erweit. Aufl. Freiburg im Breisgau: AGJ.

Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; McHugh, P. R. ( 1975 ). Mini-Mental-State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the clinician. In: Journal of Psychiatric Research, 189-198.

Förstl, H. ( Hrsg. ). ( 2001 ). Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin: Springer.

Foulkes, S. H. ( 1992 ). Gruppenanalytische Psychotherapie. München: Pfeiffer.

Füsgen, I. ( 2001 ). Demenz: Praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörungen. 4., neu bearb. Aufl. München: Urban und Vogel.

Gatz, S.; Schäfer, L. ( 2002 ). Themenorientierte Gruppenarbeit mit Demenzkranken. Weinheim: Beltz.

Gereben, C.; Kopinitsch-Berger, S. ( 1998 ). Auf den Spuren der Vergangenheit. Wien: Maudrich.

Gerfo, M. L. ( 1980 ). Three Ways of Reminiscence in Theory and Practice. International Journal of Aging and Human Development, 12 ( 1 ), 39-48.

Goeken, A. ( 1969 ). Gruppenarbeit mit älteren Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Goffmann, E. ( 1973 ). Asyle. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Göldi, S. ( 2003 ). Kommunikation: Handbuch für Studierende. 2. Aufl. Bern: hep.

Goldwasser, A. N.; Auerbach, S. M.; Harkins, S. W. ( 1987 ). Cognitive, Affective and Behavioral Effects of Reminiscence Group Therapy on Demented Elderly. In: International Journal of Aging and Human Development, 25 ( 3 ), 209-222.

Göschel, I. ( 1988 ). Sperrt uns nicht ein. Hannover: Vincentz.

Graber-Dünow, M. ( 1994 ). Die Unwirtlichkeit unserer Pflegeheime. In: Sozialmagazin, 19 ( 3 ), 48-54.

Graber-Dünow, M. ( 1999 ). Milieutherapie in der stationären Altenhilfe. Hagen: Kunz.

Grond, E. ( 2003 ). Pflege Demenzkranker. 2., vollst. überarb. Aufl. Hannover: Kunz.

Gunzelmann, T. ( 2001 ). Durch Offenheit und Vertrauen innere Kräfte und Energien stärken. In: Evangelische Impulse, 2, 11- 15.

Gutzmann, H. ( Hrsg. ). ( 1992 ). Der dementielle Patient. Bern: Huber.

Hardenberg-Ortmann, A. ( 1999 ). „Erinnerst Du Dich noch?“ Ergebnisse des European Reminiscence Network. In: Pro Alter , 1, 51-53.

Havighurst, R. J.; Glasser, R. ( 1972 ). An Exploratory Study of Reminiscence. In: Journal of Gerontology, 27, 235-253.

Henschenmacher, H.-P. ( 1997 ). Nach Jahren wird die Institution als Heimat angenommen. In: Pflegezeitschrift, 50 ( 7 ), 394-398.

Hentze, J.; Kammel, A.; Lindert, K. ( 1990 ). Personalführungslehre. 3., vollst. überarb. Aufl. Bern: Haupt.

Hohmeier, J.; Ribbert-Elias, J. ( 1993 ). Rehabilitative Gruppenarbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen. In: Soziale Arbeit, 8, 271-274.

Hughes, C. P.; Berg, L.; Danziger, W. L.; Coben, L. A. Martin, R. L. ( 1982 ). A New Clinical Scale for the Staging of Dementia. In: British Journal of Psychiatry, 140, 566-572.

Hughston, G. A.; Merriam, S. B. ( 1982 ). Reminiscence: A Nonformal Technique for Improving Cognitive Functioning in the Aged. In: International Journal of Aging and Human Development, 15 ( 2 ), 139-149.

Hutterer, R. ( 1998 ). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Wien: Springer.

Jenrich, H. ( 1996 ). Begegnung mit der eigenen Vergangenheit. In: Altenpflege, 2, 137-141

Jenrich, H. ( 1997 ). „Erinnern ist Genuss“. In: Altenpflege, 8, 20.

Joppig, W. ( 1996a ). Gruppenarbeit mit Senioren. 4., überarb. und erweiter. Aufl. München: Stam

Joppig, W. ( 1990b ). „Bald kommt auch das Glück zu dir“. In: Altenpflege, 6, 402-404.

Kämmer, K. ( 2001 ). Leitlinien für Planung, Organisation und Personalentwicklung. In: Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V..

KDA. ( 2000 ). Das Viandener Konzept zur Betreuung demenziell erkrankter Menschen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Kelber, M. ( 1971 ). Zum Verständnis der Gruppenpädagogik. Wiesbaden: Haus Schwalbach.

Kerkhoff, B.; Halbach, A. ( 2002 ). Biografisches Arbeiten. Hannover: Vincentz.

Kiernat, J. M. ( 1979 ). The Use of the Life Review Activity with Confused Nursing Home Residents. In: The American Journal of Occupational Therapy, 33 ( 5 ), 306-310.

Koch-Straube, U. ( 2003 ). Fremde Welt Pflegeheim. 2. Aufl. Bern: Huber.

Kollbrunner, J. ( 1995 ). Das Buch der Humanistischen Psychologie. Eschborn: Klotz.

Konopka, G. ( 2000 ). Soziale Gruppenarbeit: Ein helfender Prozess. 6., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.



Langmaack, B.; Braune-Krickau, M. ( 2000 ). Wie die Gruppe laufen lernt. 7., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Lehr, U. ( 1979 ). Interventionsgerontologie. Darmstadt: Steinkopff.

Leptihn, T. ( 1998 ). Guter Wille allein reicht nicht: Leitfaden für ein gerontopsychiatrisches Pflegekonzept. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Leptihn, T. ( 2001 ). Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie. Hannover: Schlütersche.

LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. ( 1996 ). Pflegeforschung. Berlin: Ullstein Mosby.

Merriam, S. B. ( 1993 ). Race, Sex and Age-Group Differences in the Occurrence and Uses of Reminiscence. In: *Activities, Adaptation & Aging*, 18 ( 1 ), 1-18.

Metzinger, A. ( 1999 ). Arbeit mit Gruppen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Mielke, R.; Kessler, J. ( 1994 ). Alzheimersche Erkrankung und andere Demenzen. Göttingen: Hogrefe.

Miesen, B. M. L. ( 1992 ). Care-Giving in Dementia: Review and Perspectives. In: G. M. M. Jones & B. M. L. Miesen ( Eds. ), *Care-Giving in Dementia – Research and Applications*, London: Routledge, 454-469.

Miller, P. ( 1993 ). Theorien der Entwicklungspsychologie. Heidelberg: Spektrum

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg ( Hrsg. ). ( 1993 ). Betreuung verwirrter und psychisch kranker alter Menschen. Stuttgart.

Morgalla-Pfenning, C. ( 1990 ). Sozialpädagogische Gruppenarbeit mit alten verwirrten Menschen im Heim. Teil 1. In: *Mitteilungen zur Altenhilfe*, 27 ( 2 ), 12-21.

Müller, D. ( 1994 ). Interventionen für verwirrte, ältere Menschen in Institutionen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe ( KDA ).

Müller, D.; Schesny-Hartkorn, H. ( 1998 ). Biographiegestützte Arbeit mit verwirrten alten Menschen – ein Fortbildungsprogramm. Kuratorium Deutsche Altershilfe ( KDA ).

Müller, D. ( 1999 ). Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe ( KDA ).

Niethammer, L. ( 1980 ). Lebenserfahrung und kollektives Gedächtnis: Die Praxis der Oral History. Frankfurt am Main: Syndicat.

Nydahl, P.; Bartoszek, G. ( Hrsg. ). ( 1997 ). Basale Stimulation: Neue Wege in der Intensivpflege. Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Opitz, H. ( 1998 ). Biographie-Arbeit im Alter. Würzburg: Ergon.

Orten, J. D.; Allen, M.; Cook, J. ( 1989 ). Reminiscence Groups with Confused Nursing Center Residents: An Experimental Study. In: Social Work in Health Care, 14 ( 1 ), 73-86.

Osborn, C.; Schweitzer, P.; Trilling, A. ( 1997 ). Erinnern: Eine Anleitung zur Biographiarbeit mit alten Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Popp, I. ( 1999 ). Klientenzentrierte Gesprächsführung verlangt spezielle Fähigkeiten. In: Altenpflege, 4, 282-284.

Popp, I. ( 2003 ). Pflege dementer Menschen. 2., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Powell, J. ( 2002 ). Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch. ( 1990 ). 256., neu bearb. Aufl. Berlin: de Gruyter.

Quitmann, H. ( 1996 ). Humanistische Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

Radebold, H.; Bechtler, H.; Pina, I. ( 1989 ). Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Radebold, H. ( 1992 ). Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin: Springer.

Rasehorn, H.; Rasehorn, E. ( 1991 ). Ich weiss nicht, was soll es bedeuten: Für ein anderes Verständnis von Verwirrtheit. Hannover: Vincentz.

Reisberg, B. ( 1987 ) Hirnleistungsstörungen: Alzheimersche Krankheit und Demenz. 2., korr. Aufl. Weinheim: Beltz.

Reisberg, B.; Ferris, S. H.; Leon de, M. J.; Crook,, T. ( 1982 ). The Global Deterioration Scale ( GDS ): In Instrument for the Assessment of Primary Degenrative Dementia ( PDD ). In: American Journal of Psychiatry, 139, 1135-1139.

Revenstorf, D. ( 1983 ). Psychotherapeutische Verfahren: Humanistische Theorien. Bd. 3, Stuttgart: Kohlhammer.

Richard, N. ( 1994a ). Mit Validation finden wir die Lichtung im Nebel der Verwirrtheit. In: Pflegezeitschrift, 47 ( 4 ), 232-235.

Richard, N. ( 1994b ). Alter Wein in neuen Schläuchen. In: Altenpflege, 7, 433-435.

Richard, N. ( 1994c ). Validation: Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit finden. In: Altenpflege, 3, 196-199.

Richard, N. ( 1995 ). Annehmen und begleiten. In: Altenpflege, 4, 244-248.

Rogers, C. R. ( 1973 ). Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett.

Rogers, C. R.; Stevens, B. ( 1991 ). Von Mensch zu Mensch. Wuppertal: Hammer.

Rogers, C. R. ( 2002 ). Therapeut und Klient. 17. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.

Romaniuk, L.; Romaniuk, J. G. ( 1981 ). Looking Back: An Analysis of Reminiscence Functions and Triggers. In: Experimental Aging Research, 7, 477-489.

Roth, V. M. ( Hrsg. ). ( 1989 ). Kommunikation trotz gestörter Sprache. Tübingen: Narr.

Ruhe, H. G. ( 1998 ). Methoden der Biografiearbeit. Weinheim: Beltz.

Sachse, R. ( 1999 ). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Sachweh, S. ( 2000 ). „Schätzle hinsitze!“ Kommunikation in der Altenpflege. Frankfurt am Main: Lang.

Sachweh, S. ( 2002 ). „Noch ein Löffelchen?“ Effektive Kommunikation in der Altenpflege. Bern: Huber.

Sader, M. ( 2002 ). Psychologie der Gruppe. 8. Aufl. München: Juventa.

Schmidt-Grunert, M. ( 2002 ). Soziale Arbeit mit Gruppen. 2., veränd. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Schneider, H.-D. ( 1975 ). Kleingruppenforschung. Stuttgart: Teubner.

Schulz von Thun, F. ( 2003 ). Miteinander Reden. Bd. 1. Reinbek: Rowohlt.

Skiba, A. ( 1997 ). Altern: Biographie und Geschichte. Regensburg: Roderer.

Staehele, W. H. ( 1999 ). Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. 8. Aufl. München: Vahlen.

Steffen, R. ( 1986 ). Psychiatrie und Altenpflegeheim. In: Heim und Anstalt, 17 ( 1 ), 25-27.

Stöckler, M.; Widensky, E. ( 1990 ). Der alte Mensch im Heim – neue Wege in der Pflege und Aktivierung. In: Heim und Anstalt, 21 ( 2 ), 30-32.

Stracke-Mertes, A. ( 1994 ). Was der alte Mensch heute ist, ist er geworden. In: Altenpflege, 3, 17-20.

Stracke-Mertes, A. ( 2003 ). Soziologie: Lehrbuch der Altenpflege. 3., überarb. Aufl. Hannover: Vincentz.

Tausch, R.; Tausch, A.-M. ( 1990 ). Gesprächspsychotherapie. 9., ergänz. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Tschirner, K. ( 1997 ). Den Schatz der Erinnerungen heben. Altenpflege, 4, 43-45.

Trilling, A.; Bruce, E.; Hodgson, S.; Schweitzer, P. ( 2001 ). Erinnerungen Pflegen. Hannover: Vincentz.

Völker, U. ( 1980 ). Grundlagen der Humanistischen Psychologie. In: Völker, U. ( Hrsg. ). Humanistische Psychologie: Ansätze einer lebensnahen Wissenschaft vom Menschen. Weinheim: Beltz.

Wächtler, C. ( Hrsg. ). ( 1996 ). Demenz: Die Herausforderung. Singen: Ramin.

Wais, M. ( 2002 ). Biographiearbeit und Lebensberatung. 5. Aufl. Stuttgart: Urachhaus.

Watzlawik, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D. ( 2003 ). Menschliche Kommunikation. 10., unveränd. Aufl. Bern: Huber.

Weibler, J. ( 2001 ). Personalführung. München: Vahlen.

Weingandt, B. ( 2001 ). Biografische Methoden in der Geragogik – qualitative und inhaltsanalytische Zugänge. Kuratorium Deutsche Altershilfe ( KDA ).

Wensauer, M. ( 1998 ). Stabilisieren und Motivieren. Altenpflege, 6, 38-39.

Werner, B. ( 2002 ). Konzeptanalyse Basale Stimulation. 2. Aufl. Bern: Huber.

Wettstein, A. ( 1991 ). Senile Demenz. Bern: Huber.

Wilker, F.-W.; Bischoff, C.; Novak, P. ( 1994 ). Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.

Wingchen, J. ( 2000 ). Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Hagen: Kunz.

Wink, M. ( Hrsg. ). ( 2001 ). Vererbung und Milieu. Berlin: Springer.

Witterstätter, K. ( 1999 ). Soziologie für die Altenarbeit. 12., überarb. und erg. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Zaudig, M. ( 2001 ). Demenzen im Alter: Aktuelle Diagnostik und Therapie für die Praxis. Bremen: Uni-Med.

Zimbardo, P. ( 1992 ). Psychologie. 5., neu übers. und bearb. Aufl. Wien: Springer.

## 7. Anhang

### A. BIOGRAPHISCHER ERHEBUNGSBOGEN

#### 1. „Vorbogen“/Erstinformation

Angaben zur Person: \_\_\_\_\_

Wichtige Gewohnheiten/Interessen: \_\_\_\_\_

Kontakte/Kontaktfreudigkeit aktuell: \_\_\_\_\_

Beruf(e) früher: \_\_\_\_\_

Erwartungen für den Heim-/Tagesstättenaufenthalt: \_\_\_\_\_

#### 2. Entwurf eines Biographie-Bogens

##### 1. Angaben zur Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

( letzte ) Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

##### 2. Herkunftsfamilie:

Eltern: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ Mutter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Verhältnis zu den Eltern: \_\_\_\_\_

Wichtige weitere Informationen: \_\_\_\_\_

Wohnverhältnisse: \_\_\_\_\_

Sozialer Stand: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ Namen: \_\_\_\_\_

Geburtsfolge/Reihe:

---

Weitere Verwandte/wichtige Familienkonstellationen:

---

Wichtige Ereignisse in der Familie:

---

### 3. Schulischer Werdegang:

Welche Schulen/Abschlüsse:

---

Wichtige Ereignisse:

---

Wichtige Personen der Schulzeit:

---

### 4. Beruflicher Werdegang:

Berufsfindung:

---

Ausbildung(en):

---

Berufliche Wechsel:

---

( Auslandsaufenthalte):

---

Wichtiges zum Beruf ( z.B. Zufriedenheit ):

---

Verhältnis zu Kollegen:

---

Umstände der Pensionierung:

---

### 5. Familiärer Werdegang:

Beziehungsgeschichte:

---

Partnerwahl:

---

Hochzeit(en):

---

Schwiegereltern:

---

Verwitung:

---

Besonderheiten ( z.B. Partnerprobleme ):

---

Kinder:

---

Enkel/Urenkel:

---

Verhältnis zu Kindern/Enkeln:

---

Besonderheiten ( z.B. unerfüllter Kinderwunsch ):

---

6. *Prägende Ereignisse ( an anderer Stelle nicht zuzuordnen ):*

---

7. *Einstellungen/Werte/Persönlichkeit ( auch Religiösität ):*

---

8. *Frühere Gewohnheiten und Interessen ( Essen, Trinken, Schlafen, Hygiene, Kleidung, Hobbies...)*

---

9. *Wohnortwechsel:*

---

10. *Besonderheiten:*

---

aus: Müller 1999, S. 50

## **B. BEISPIELE FÜR ANREGUNGSMATERIAL**

### Beispiele für Geschmacksproben

- Obst ( Äpfel, Birnen, Apfelsinen, Bananen, Zitronen, Pflaumen...- je nach Jahreszeit und Thema )
- Gemüse ( Kohlrabi, Möhren, Rotkohl, Sellerie, Fenchel ...- je nach Jahreszeit und eventuell Nationalität )
- Gebäck ( verschiedene Brotsorten, Feiertagsgebäck )
- Süßigkeiten ( selbstgekochter Karamel, Brause, Pfefferminzbonbons, andere Bonbons, Zuckerstangen, verschiedene Sorten Schokolade, Marmelade, Kompotte, Lakritze, Veilchenpastillen, Salmiakpastillen )
- Getränke ( verschiedene Sorten Saft, Most, Wein, Kaffee, Kaffeesatz, Kakao, heiße Milch, verschiedene Tees, selbstgemachte Limonade )
- Eingelegtes ( Gurken, Kürbis, Rote Beete )
- Käsesorten

### Beispiele für Geruchsproben

- Gewürze ( Zimt, Nelken, Lorbeer, Muskat, Pfeffer, Vanille, Backaromen, Anis, Piment, Kümmel...- eventuell auch schmecken lassen )
- Kräuter ( Petersilie, Dill, Borretsch, Sellerie, Thymian, Salbei, Zitronenmelisse, Bohnenkraut, Maggikraut, Schnittlauch...- eventuell noch andere landestypische Kräuter )
- Aromaöle ( auch als Ersatz für Naturaromen möglich; Weihnachtsbäckerei, Zitrone, Lavendel, Minze, Oleander, Flieder, Maiglöckchen, Jasmin, Rose, Veilchen )
- Essig, Tabak, Leder, Mottenkugeln, Salmiak, Bohnerwachs, Seife, Schuhcreme



### Beispiele zum Anfassen

- verschiedene Gewebe ( Sackleinen, Samt, Seide, Spitze, Leinen, Wolle, Satin, Baumwolle )
- Bürstensortiment ( Wurzelbürste, Babybürste, Spülbürste, Tierbürste, Haarbürste, Schuhbürste, Kleiderbürste )
- Papiere ( Butterbrotpapier, Karton, Wellpappe, Seidenpapier, Pergament, Büttenpapier, Zeitung )
- Stein und Holz ( verschiedene Arten )
- Gerätschaften ( je nach Thema, zum Beispiel Gartengeräte, Küchengeräte )
- Schmuck ( zum Beispiel Perlenketten, eine alte Taschenuhr, Straßenschmuck, Rubine und Halbedelsteine )
- Rosenkranz, Blätter/Blumen, Erde, Schnee/Eis, Kastanien ( weiche Innenseite, stachelige Außenhülle, Murmeln

### Beispiele zum Ansehen

- Fotos ( eventuell vergrößert oder als Dia – aber Vorsicht: Verdunkelung kann einigen Leuten angst machen )
- Ansichtskarten
- Landkarten ( mit eingesteckten Nadeln, die die Herkunft der Teilnehmer markieren )
- gemalte Bilder
- eventuell Filmausschnitte ( lange Spielfilme übersteigen meist die Aufnahmekapazität )
- Kurzpassagen mit altdeutscher Schrift
- Material mit Farbreizen

### Beispiele zum Hören

- Naturgeräusche ( Bachlauf, Tierstimmen, Wind )
- Lieder ( Volkslieder, Schlager, „Gassenhauer“, Kinderlieder, Festlieder, Kirchenlieder )
- Tanzmusik ( zum Beispiel Wiener Walzer, langsamer Walzer, „Schieber“, Polka )
- Instrumentalmusik ( zum Beispiel isolierte Instrumente und deren Klangbild )
- Oper/Operette/Klassik
- Märchen
- Volksgeschichten/Sagen
- Gedichte ( zum Beispiel zu den Jahreszeiten oder Themen passend )
- kurze Zeitungsartikel vorlesen ( mit Bezug zur Vergangenheit )

aus: MÜLLER 1999, S. 56.

## **8. Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Reinbek, den 22.09.2003

Verena Dukar

---

Unterschrift