



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

**Die Analyse des Erlebens von Demenz als Impuls für
die berufliche Weiterbildung von Pflegepersonal**
Eine psychoanalytisch-pädagogische Einzelfallstudie im
Kontext des Forschungsprojekts
„Lebensqualität im Pflegeheim“

Verfasserin

Tanja Meindorfer

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, April 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Univ. Prof. Dr. Wilfried Datler

Originalitätserklärung

Mit dieser Erklärung bestätige ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig verfasst wurde. Alle Bezüge, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach auf andere Quellen verweisen und aus diesen stammen, wurden gekennzeichnet.

Die Schreibweise wörtlicher Zitate dieser Diplomarbeit wurde dem jeweiligen Original entnommen.

Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein und wurde bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Danksagung

Vor allem möchte ich mich bei Frau Murauer bedanken, die mir einen Einblick in ihren Alltag gewährt hat. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ich konnte nicht nur Beobachtungsmaterial sammeln, sondern in dieser Zeit auch auf persönlicher Ebene viel lernen. Danke!

Bedanken möchte ich mich auch bei Univ.Prof.Dr Wilfried Datler, der mir konstruktive Rückmeldungen beim Schreiben der Diplomarbeit gegeben hat und gemeinsam mit Mag. Kathrin Trunkenpolz, bei der ich mich an dieser Stelle ebenfalls bedanken möchte, bemüht war, hilfreiche Gedanken und Kommentare bei der Protokollbearbeitung und Konzeptentwicklung beizusteuern.

Dank gilt auch meiner Familie, meinen Freunden und Freundinnen, meinem Partner. Ihr habt mich in dieser herausfordernden Zeit unterstützt und wart für mich da.

Besonders danke ich „den Mädels“ - den Studienkolleginnen, die ebenfalls im Rahmen des Forschungsprojekts „Lebensqualität im Pflegeheim“ ihre Diplomarbeit verfasst haben, immer wieder Teile meiner Arbeit gelesen und mir Rückmeldungen gegeben haben. Ihr wart mein Fels in der Brandung, hattet immer ein offenes Ohr für mich und habt mich und meine Emotionen schlicht weg „contained“, wenn es nötig war. Gabi, Marion, Alex, Uschi und Steffy. Danke!

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	5
1.1 Forschungsstand und Hinleitung zur Fragestellung.....	8
1.2 Die Forschungsfragen.....	15
<i>1.2.1 Vorgehensweise zur Beantwortung der ersten, leitenden</i> <i>Forschungsfrage.....</i>	<i>16</i>
<i>1.2.2 Vorgehensweise zur Beantwortung der zweiten, weiterführenden</i> <i>Forschungsfrage.....</i>	<i>17</i>
1.3 Relevanz für die Disziplin.....	17
1.4 Struktur der Diplomarbeit.....	18
 2 Begriffsdefinitionen.....	 21
2.1 Demenz.....	21
<i>2.1.1 Die Verwendung des Begriffs Demenz in dieser Arbeit.....</i>	<i>26</i>
2.2 Das Konzept der Psychischen Strukturen.....	28
2.3 Die Theorie der Affektregulation.....	29
2.4 Das Container-Contained Modell.....	30
 3 Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit	 33
3.1 Die Methode der Infant Observation.....	33
3.2 Die Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept.....	39
3.3 Relevanz der Einzelfallstudie.....	41
 4 Das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer.....	 43
4.1 Vorstellung der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer.....	43
4.2 Analyse von Beobachtungsprotokollausschnitten bezüglich der Subfragen.....	49
<i>4.2.1 Auf welche Weise erlebt Frau Murauer allem Anschein nach</i> <i>ihre Demenz.....</i>	<i>50</i>
<i>4.2.1.1 Zusammenfassung.....</i>	<i>56</i>
<i>4.2.2 Welche Handlungen setzt Frau Murauer aufgrund des Erlebens</i> <i>von Demenz und wie gestaltet sie demnach Beziehungen?.....</i>	<i>57</i>
<i>4.2.2.1 Zusammenfassung.....</i>	<i>62</i>
<i>4.2.3 Welche Interaktions- und Beziehungserfahrungen macht Frau</i> <i>Murauer mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?....</i>	<i>62</i>
<i>4.2.3.1 Zusammenfassung.....</i>	<i>69</i>
<i>4.2.4 Welchen Einfluss haben diese Erfahrungen darauf, wie Frau</i> <i>Murauer Demenz erlebt.....</i>	<i>70</i>
<i>4.2.4.1 Zusammenfassung.....</i>	<i>75</i>

4.3 Beantwortung der ersten, leitenden Forschungsfrage.....	76
<i>4.3.1 Frau Murauer, der Einzelfall?.....</i>	<i>78</i>
 5 Der Schlüssel zur Gefühlswelt von Menschen mit Demenz.....	81
5.1 Beantwortung der zweiten, weiterführenden Forschungsfrage.....	83
 6 Resümee.....	87
6.1 Forschungsergebnisse.....	87
 7 Literaturverzeichnis.....	93
 Anhang.....	97
Zusammenfassung.....	97
Abstract.....	99
Lebenslauf.....	101

1 Einleitung

Dank der medizinischen Forschung und der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung steigt die Lebenserwartung in unseren Breiten an (vgl. Statistik Austria 2011). Alter wird im Demenzhandbuch des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz als bedeutendster Risikofaktor für eine Demenzerkrankung beschrieben (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz 2008, 8). Da die Menschen immer älter werden, erhöht sich aber auch die Anzahl derer, die an Demenz erkranken. Um der wachsenden Anzahl alter Menschen, im Besonderen auch alten Menschen mit Demenz, ein Leben mit möglichst hoher Lebensqualität zu gewährleisten, ist es unumgänglich zu klären, was Lebensqualität für diese Personengruppe bedeutet und wie sie erreicht werden kann. Besonders gefordert sind hier einerseits die wissenschaftliche Forschung, um Erkenntnisse in diesem Bereich zu generieren, und andererseits die Politik und die Institutionen, in denen Menschen mit Demenz leben, um die Umsetzung neuer Erkenntnisse zu ermöglichen, sie also in die Praxis zu implementieren. Von großer Bedeutung wird es auch sein, angemessene Weiterbildungsangebote für Pflegepersonen zu schaffen, sind sie es doch, die „hautnah“ mit den pflegebedürftigen Menschen arbeiten und den Alltag dieser mitgestalten.

Das interdisziplinäre Forschungsprojekt „Lebensqualität im Pflegeheim. Eine empirische Untersuchung zum Lebensalltag und zur Lebensqualität von Menschen im Pflegeheim“, in dessen Kontext vorliegende Arbeit entstand, befasste sich mit eben erwähnter Thematik und wurde dem Forschungsschwerpunkt „Ethische und gesellschaftliche Perspektiven des Alterns“ der Universität Wien zugeordnet.

Das Forschungsprojekt wurde von MitarbeiterInnen des Instituts für Soziologie, des Instituts für Pflegewissenschaft und des Instituts für Bildungswissenschaft durchgeführt, wobei durch den Einsatz unterschiedlicher qualitativer und quantitativer Methoden eine adäquate Bearbeitung der komplexen Fragestellungen dieses Forschungsbereichs ermöglicht werden sollte. Die Fragen, die mit dem bildungswissenschaftlichen Zugang beantwortet werden sollten, sind folgende:

- „Wie erleben PflegeheimbewohnerInnen, die an Demenz erkrankt sind, Alltagssituationen?
- Welche Art von Interaktions- und Beziehungserfahrungen machen einzelne PflegeheimbewohnerInnen in diesem Zusammenhang mit anderen PflegeheimbewohnerInnen, mit dem Pflegepersonal sowie mit ihren Angehörigen?
- Und welchen Einfluss haben die dabei zustande kommenden Interaktions- und Beziehungserfahrungen auf die Lebensqualität der an Demenz erkrankten PflegeheimbewohnerInnen?“ (Lebensqualität im Pflegeheim, 1).

Die methodischen Zugänge des Instituts für Bildungswissenschaft (Forschungseinheit Psychoanalytische Pädagogik) unter der Leitung von Ao Univ. Prof. Dr. Wilfried Datler waren qualitative Interviews, die Methode der Organisationsbeobachtung sowie die modifizierte Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept (siehe Kapitel 3). Im Rahmen der Einzelbeobachtung wurden in zwei Wiener Pflegeheimen im Zeitraum von drei Monaten jeweils vier PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz beobachtet, wobei der Fokus der Analyse auf das Erleben des Alltags der alten Menschen gerichtet war.

Die vorliegende Diplomarbeit basiert größtenteils auf den Ergebnissen einer dieser Einzelbeobachtungen und stellt eine Einzelfallstudie (siehe Kapitel 3.3) dar.

Diese Arbeit wird auf einen individuell bedeutsamen Aspekt des (Alltags-)Erlebens, dem Erleben der Demenz, der von mir beobachteten Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer¹ eingehen. Frau Murauer lebt zum Zeitpunkt der Beobachtungen auf einer Demenzstation eines Pflegeheims. Sie ist eine 80jährige Wienerin und befindet sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Den Großteil ihres Alltags verbringt sie im Aufenthaltsbereich der Station, wo sie immer am gleichen Platz sitzt.

Schon bei meinem ersten Termin im Pflegeheim, als ich Frau Murauer kennenlernen durfte, wurde sie mir von der Stationsleiterin vorab als eine „ganz Liebe“, die nur nickt und lächelt (vgl. Meindorfer 2008, Anbahnung/2/65²). beschrieben. Diese Zuschreibung Frau Murauers schien sich zu bestätigen, als ich ihr schließlich

1 Alle Namen von Personen, die im Rahmen der Beobachtungen Erwähnung finden bzw. in den Beobachtungsprotokollen vorkommen, sind anonymisiert.

2 Erläuterung zu dem Klammerausdruck: Der in Klammer gesetzte Ausdruck gibt zunächst wieder, von wem das Protokoll verfasst wurde, in welchem Jahr die Beobachtung stattfand und um welche Art von Protokoll es sich handelt. Danach folgen die Beobachtungsnummer, die Seitenzahl sowie die Zeilenzahl bei welcher der zitierte Abschnitt beginnt.

gegenüberstand, nachdem die Stationsleiterin mich zu ihr geführt und vorgestellt hat. Frau Murauer ergriff unmittelbar danach meine Hand.

Ich bücke mich zu ihr und sage: „Guten Tag, ich heiße Tanja Meindorfer.....“, worauf Frau Murauer nun auch mit ihrer zweiten Hand nach meiner Hand greift und nun mit beiden Händen meine Hand hält. Sie lächelt mich an und nickt. Ich fahre fort: „Wenn es Ihnen recht ist, komme ich einmal in der Woche zu Ihnen und schaue Ihnen ein bisschen zu.“ Sie erwidert lächelnd und nickend: „Brav, ja, ja brav.“ (Meindorfer 2008, Anbahnung/2/88)

Der Eindruck, dass Frau Murauer immer nur nickt und lächelt und vielleicht sogar glücklich ist, hätte sich womöglich erhärtet, wäre ich eine Besucherin gewesen, die einmal pro Woche Frau Murauer Gesellschaft hätte leisten sollen. Als Beobachterin jedoch, die nach dem Tavistock-Konzept (siehe Kapitel 3) vorgeht, war es meine Aufgabe, durch spezielle psychische Anteilnahme am Geschehen teilzunehmen und dadurch war ich in der Lage, nicht nur sichtbare, manifeste Verhaltensweisen, sondern auch Stimmungen und unbewusste Inhalte wahrzunehmen (vgl. Lazar, Lehmann, Häußinger 1986, 186-210). Durch diese spezielle Art des Beobachtens ist deutlich geworden, dass hinter der nickenden, lächelnden Fassade von Frau Murauer mehr steckt, als der erste Eindruck von ihr hätte vermuten lassen. Es wurden erste Fragen danach aufgeworfen, wie sie ihren Alltag erlebt, wie sie mit der dementiellen Erkrankung zurecht kommt und ob ihr charakteristisches Lächeln Ausdruck davon ist, dass sie glücklich ist. Im Zuge der Beobachtungen und der kontinuierlichen Bearbeitung der Beobachtungsprotokolle (siehe Kapitel 3) hat sich die Frage nach Frau Murauers Erleben von Demenz als besonders bedeutsam für das Verständnis ihres Alltagserlebens erwiesen.

Bevor allerdings aufgeworfenen Fragen nachgegangen werden kann, gilt es, Forschungslücken anhand des aktuellen Forschungsstands zu identifizieren. Danach können die leitenden Forschungsfragen der vorliegenden Diplomarbeit formuliert werden

Nach der Einführung ins Themenfeld wird in weiterer Folge der Weg zu den Fragestellungen dieser Arbeit beschrieben, wobei die Analyse der Literatur veranschaulicht wird. Danach werden die Forschungsfragen vorgestellt sowie die Relevanz für die Disziplin erläutert. Abschließend wird ein Überblick über die weitere Struktur der Arbeit gegeben.

1.1 Forschungsstand und Hinleitung zu Fragestellung

Nachdem im Mittelpunkt der Arbeit die beobachtete Person, Frau Murauer, und somit ihr Alltag und ihr Erleben der Demenz steht, lag der Fokus der Literaturrecherche primär auf dem Erleben von Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz sowie auf deren Erleben von Demenz.

Die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz stehen in Zusammenhang mit der Qualität der Beziehungserfahrungen, die sie mit den Menschen machen, die für sie sorgen (vgl. Datler, Trunkenpolz 2010, 8-10). Die Qualität dieser Beziehungserfahrung hängt davon ab, ob „wichtige Bezugspersonen (wie das Pflegepersonal; Anm. d. Verf.) daran interessiert sind, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern, so wie sie in der jeweiligen Situation gegeben sind, wahrzunehmen, zu verstehen, dies dem Pflegeheimbewohner zu vermitteln und im weiteren Beziehungsverlauf zu berücksichtigen“ (ebd., 9).

Da eine subjektiv hohe Lebensqualität der Betroffenen respektive Wohlbefinden Ziel jeder professionellen Betreuung und Pflege ist und Beziehungserfahrungen, die PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz mit dem Pflegepersonal machen diesbezüglich besondere Relevanz haben, lag der zweite Fokus der Recherche auf den Optionen, die Pflegepersonen haben, um Kompetenzen zu erwerben, die es ihnen ermöglichen, Beziehung mit Menschen mit Demenz zu gestalten und deren Gefühle wahrzunehmen und zu verstehen.

Hierzu wird in einem zweiten Schritt der Darstellung der Literaturanalyse auch ein Überblick über die Weiterbildungsmöglichkeiten von Pflegepersonal hinsichtlich Kompetenzerwerb zur Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz gegeben. Vor allem wird dabei darauf geachtet werden, inwieweit es Weiterbildungsangebote für Pflegepersonen gibt, die darauf zielen, dass die Gefühle dementer Menschen wahrgenommen werden. Denn „wenn wir ihre Welt nicht verstehen, können wir unmöglich eine erfolgreiche Strategie entwickeln, um die Qualität ihrer Pflege und ihres Lebens zu verbessern“ (Bell, Troxel 2007, 21).

Die Suche nach aktueller Literatur bzw. wissenschaftlichen Studien zum Thema Erleben von Menschen mit Demenz gestaltete sich schwierig, da zwar zum Thema Demenz eine Fülle von Publikationen zu finden waren, doch waren diese vor allem

pflegerischen oder medizinischen bzw. pharmakologischen Fachgebieten zuzuordnen. Auch Ratgeberliteratur für Pflegende und Angehörige oder Erfahrungsberichte in Romanform waren in umfangreichem Ausmaß zu finden, doch wissenschaftliche Publikationen über das Erleben von Dementen sind leider rar.

Evelyn Heinemann (2010) thematisiert im Aufsatz „Psychoanalytische Pädagogik in einem Pflegeheim für alte Menschen“ Depression und Demenz im vierten Lebensalter. In Bezug auf Menschen mit Demenz merkt sie an, dass die „Erlebniswelt Demenzkranker (...) geprägt (ist; Anm.d.Verf.) von Desorientierung (räumlich, zeitlich, zur Person), der Veränderung der Körperwahrnehmung, dem Verlust von Gedächtnis, Denken und Logik“ (Kojer 2008 zit. nach Heinemann 2010, 282). Das Verhalten der Menschen mit Demenz werde darüber hinaus „selten als sinnvoll gesehen, meist nur als Zeichen von Demenz, die man medikamentös bekämpft“ (Heinemann 2010, 282). Heinemann geht weiters auf den Zusammenhang von Bindungsmustern und dem Verhalten bei Demenz, die Beziehungen zwischen PflegeheimbewohnerInnen und Betreuungspersonen und wünschenswerte, auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen abgestimmte, Angebote eines Pflegeheims ein.

Welche Auswirkungen oben erwähnte Faktoren wie bspw. Desorientierung oder Veränderung der Körperwahrnehmung auf das Erleben der Menschen mit Demenz haben, greift sie nur kurz auf, indem sie konstatiert, dass diese Menschen die Welt auf der Gefühlsebene erleben und die Frage in den Raum stellt, ob wir ihnen nicht dort begegnen müssen (vgl. ebd., 282). Der Aspekt, wie demente Menschen Demenz erleben, wird in diesem Artikel außer Acht gelassen.

Die Beiträge im Buch „Looking into Later Life. A Psychodynamic Approach to Depression and Dementia in Old Age“, herausgegeben von Rachel Davenhill (2007) befassen sich mit dem Erleben von Menschen mit Demenz aus psychodynamischer Sicht. Am Tavistock Institut in London wurde diesbezüglich der Annahme nachgegangen, dass Menschen mit Demenz mit belastenden Gefühlen auf bewusste und unbewusste Weise konfrontiert sind, unabhängig davon wie sie diese verarbeiten können (vgl. Trunkenpolz 2008, 9). Auf den Punkt bringen den Inhalt dieses Buches Trunkenpolz und Hover-Reisner (2008, 4): „Die Beiträge der Vertreter der Tavistock-Gruppe enthalten durchgängig Ausschnitte aus Beobachtungsmaterial, in dessen Zentrum jene Menschen stehen, die an Demenz erkrankt sind. Anhand der

Bearbeitung von Beobachtungsmaterial arbeiten die Autoren die Bedeutung projektiver³ Prozesse sowie des Containments (siehe Kapitel 2 dieser Arbeit; Anm. d. Verf.) in der Arbeit mit Menschen mit Demenz heraus.“

Obwohl auch in dieser Publikation besonders die Gefühle von Menschen mit Demenz thematisiert werden, wurde das Erleben von Demenz in fortgeschrittenen Stadien nicht behandelt.

Eine Publikation über das Menschen mit Demenz ist das Buch „Innenwelten von Demenz“ von Udo Baer (2007). Er stützt sich in einer leibphänomenologischen Untersuchung auf Interviews und Erfahrungsberichte von Betroffenen in frühen Stadien der Demenz und von Pflegenden sowie auf neuere neurowissenschaftliche Erkenntnisse und versucht so, einen Einblick in das Erleben von Menschen mit Demenz zu geben. Baer (2007), der Demenz als Erlebensprozess definiert, beschreibt in mehreren Kapiteln „Innenwelten“ der Erkrankten, die zu einem besseren Verständnis des Erlebens der Betroffenen führen sollen. Zentrale Aussagen sind etwa, dass Demenz als Krise erlebt wird, die Gefühlsausbrüche oder Rückzug auslösen kann. Weiters erläutert Baer, dass der kognitive Abbau im Laufe der Demenz nicht mit einem Abbau auf der Gefühlsebene einhergeht. Menschen mit Demenz seien sogar zu einer besonders intensiven emotionalen Beteiligung fähig. Häufig genannte Gefühle in diesem Zusammenhang sind Angst, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Wut, Trauer, Scham, Schuld und Einsamkeit. Im Kapitel „Krankheitsbewältigung“ legt Baer dar, dass Menschen, die an Demenz erkrankt sind, auf bewährte Bewältigungsstrategien zurückgreifen, um mit der Erkrankung fertig zu werden. Er nennt beispielsweise „das Erstarren“ und beschreibt es folgendermaßen: „Die Betroffenen verharren in einer erstarrten Körperhaltung, ihre Gangart wird starr, sie trippeln und äußern sich nur noch in stereotypen Bewegungen und stereotypen Wortwendungen“ (Baer 2007, 146).

Obwohl Baer (2007) einen umfassenden Einblick in das Erleben von Menschen mit Demenz gibt, reduziert er doch das Erleben der Demenz auf das Erleben einer Krise. Der umfassende Blick auf das Erleben von Demenz von Betroffenen bleibt somit leider aus. Darüber hinaus ist in Frage zu stellen, inwieweit er durch Interviews

3 Projektion wird im *Vokabular der Psychoanalyse* folgendermaßen definiert: „Operation, durch die das Subjekt Qualitäten, Gefühle, Wünsche, sogar ‚Objekte‘, die es erkennt oder in sich ablehnt, aus sich ausschließt und in dem Anderen, Person oder Sache, lokalisiert. Es handelt sich hier um eine Abwehr sehr archaischen Ursprungs, die man besonders bei der Paranoia am Werk findet, aber auch in ‚normalen‘ Denkformen wie dem Aberglauben“ (Laplanche, Pontalis 1973, 400).

Einblick in die Gefühlswelt von Betroffenen erlangt, sind doch Menschen mit Demenz in späteren Stadien bekanntlich oft nicht mehr in der Lage, komplexe Gespräche zu führen.

Mitarbeiter des DEMIAN Projekts (Demenzkranken Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen. Ein Pflegekonzept zur Gestaltung positiver Erlebnisräume) der Universität Heidelberg beschäftigten sich mit der „Entwicklung und Umsetzung eines Konzepts zur Gestaltung positiver Erlebnisräume für Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege (Motruk, Berendonk 2009, 63). Im Artikel „Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen“ von Susanne Re (2003), einer der zwei LeiterInnen des eben erwähnten Projekts, wird auf die Vorgehensweise der Untersuchung eingegangen. In Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und Bezugspersonen der Pflegeheimbewohnerinnen wurden emotional bedeutsame Situationen beschrieben, in denen diese Gefühle wie Ärger, Freude oder Wut zeigen. Die verschiedenen Situationen wurden gefilmt und anschließend analysiert, wobei die Analyse von alltäglichen Situationen dazu diente, auch eine möglichst neutrale Mimik zu erfassen. In der Studie konnte „belegt werden, dass die untersuchten Frauen mit schwerer Demenzerkrankung emotionales Ausdrucksverhalten in ihrer Mimik zeigen“ (Re 2003, 452), die Bedeutung dieses Ausdrucksverhaltens aber individuell betrachtet werden muss, um Schlussfolgerungen für die pflegerische Praxis ableiten zu können (vgl. ebd., 450-452).

In dieser Studie wurde zwar positiven und negativen Emotionen von Menschen mit Demenz besondere Bedeutung zugemessen, jedoch war das Erleben der Demenz nicht im Fokus der Untersuchung.

Virginia Bell und David Troxel (2007) stützen sich im Buch „Richtig helfen bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegenden“ auf Erfahrungsberichte von Betroffenen in frühen Stadien der Demenz und eigenen Erfahrungen im Umgang mit Demenzkranken. Sie konstatieren zwar, dass sich bei jeder Person die Demenz anders auswirkt, dennoch erläutern sie eine Reihe von Emotionen, die bei Menschen mit Demenz vorkommen (können). Dazu zählen Verlust, Isolation, Traurigkeit, Verwirrung, Kummer, Frustration, Angst und Verlegenheit (vgl. Bell, Troxel 2007, 29-58).

Die Ausführungen der AutorInnen beziehen sich ausschließlich auf Menschen mit

Demenz in frühen Stadien, wobei trotz der Aufzählung möglicher Emotionen, das Erleben von Demenz nicht thematisiert wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die angeführten Beiträge Gefühle von Menschen mit Demenz und ihr Erleben zwar behandeln, aber ausschließlich Betroffene in einem frühen Stadium der Demenz beschrieben werden. Den speziellen Aspekt, der das Erleben der eigenen Demenz betrifft und, der besonders bedeutsam für die von mir beobachtete Pflegeheimbewohnerin ist sowie für die Interaktion zwischen ihr und dem Pflegepersonal relevant sein dürfte, konnte in den Publikationen nur wenig differenziert bzw. nicht ausgemacht werden.

Folglich kann die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Erleben respektive dem Erleben von Demenz von Betroffenen in einem fortgeschrittenem Stadium der Demenz als eine Forschungslücke identifiziert werden.

In weiterer Folge wird nun auf das berufliche Weiterbildungsangebot für Pflegepersonal eingegangen, wobei der Fokus auf den Kompetenzerwerb in der Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz und dem Erkennen von Gefühlen von dementen Menschen liegt. Bei der Darstellung der Angebote wurde aus Aktualitätsgründen als Methode die Internetrecherche gewählt, wobei Einrichtungen, die Pflege und Betreuung offerieren und Weiterbildung anbieten, aber auch Einrichtungen, die ausschließlich Aus- und Weiterbildungen anbieten, herangezogen wurden. Es standen dabei Angebote in Wien im Jahr 2011 im Fokus. Es wurden die Titel der Veranstaltungen und die Beschreibung der Kursinhalte auf die Schlagwörter „Demenz“ und „Beziehung“ hin untersucht.

Der Bundesverband des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV) bietet für 2011 zwei Weiterbildungen an, die sich auf den Umgang mit Menschen mit Demenz beziehen, wobei insgesamt fast dreißig Angebote auszumachen waren. Diese lauten „Einführung in das Psychobiographische Pflegemodell“ und „Künstlerisches Gestalten zur Entspannung Demenzkranker“. Beim ersten Seminar wird ein Einblick in das Pflegemodell von Erwin Böhm gegeben, das einen ganzheitlichen Ansatz für die Pflege von Menschen mit Demenz darstellt, das zweite Weiterbildungsangebot bietet die Möglichkeit, praktisches Arbeiten, wie z. B. Malen oder Legen von Blumenlichtern zu erlernen, um es in die

Arbeit mit dementen Menschen einfließen zu lassen (vgl. ÖGKV).

Auf der Website des Wiener Krankenanstaltenverbund findet man auf der Suche nach beruflichen Weiterbildungsangeboten für Pflegepersonal die Akademie für Fortbildung und Sonderausbildung am AKH (Allgemeines Krankenhaus Wien; Anm. d. Verf.). Unter den beinahe hundert Weiterbildungsmöglichkeiten finden sich vier Seminare, in denen das Thema Demenz bzw. Beziehung behandelt wird. Dazu gehören Teil 1 und Teil 2 des Seminars „Gerontologische Pflege für die Pflegehilfe. Umgang mit psychisch auffälligen Menschen“ und Teil 1 und Teil 2 des Seminars „Spezielle Geriatriische Pflege. Umgang mit psychisch auffälligen Menschen“. Bei diesen Angeboten wird den TeilnehmerInnen einerseits Faktenwissen über Demenz und mögliche Verhaltensauffälligkeiten, die damit einhergehen, sowie unterschiedliche Möglichkeiten, auf Emotionen und Bedürfnisse von dementen Menschen einzugehen, näher gebracht (vgl. Krankenanstaltenverbund).

Das Wiener Rote Kreuz bieten neben zahlreichen anderen Weiterbildungsmöglichkeiten (z.B. Sanitätshilfe) unter dem Punkt Gerontologie drei Seminare bzw. Lehrgänge an, die den Suchkriterien entsprechen. Ähnlich wie beim ÖGKV, wird das Pflegemodell von Erwin Böhm referiert, außerdem gibt es mehrere zum Teil aufeinander aufbauende Kurse über Validation⁴ von Naomi Feil. Ein Seminar mit dem Titel „Kongruente Beziehungspflege“, das aber nicht ausdrücklich die Beziehungspflege zu Menschen mit Demenz beinhaltet, wird ebenso angeboten (vgl. Wiener Rotes Kreuz).

Die Caritas Wien verweist auf der Website unter dem Punkt Weiterbildung auf die Kardinal-König-Akademie, die einige Seminare zum Fachbereich Demenz anbietet. Ein Großteil dieser Angebote hat ethische und gesellschaftliche Fragestellungen in Bezug auf Demenz zum Thema. Zwei Seminare konnten jedoch ausgemacht werden, die Pflege und Betreuung bzw. Beziehungsgestaltung von bzw. mit Menschen mit Demenz beinhalten: „Die Praxis der Palliativen Geriatrie in der Betreuung Demenzkranker“, wo Kommunikation, Schmerz, Ernährung sowie deren Bedeutung für die Befindlichkeit von Menschen mit Demenz behandelt werden und „Einführung in die Validation“ (vgl. Kardinal König Haus).

Die Volkshochschulen Wien bieten die Kurse „Umgang mit demenzkranken

4 „Validation ist eine Kommunikationsform und Therapie, mittels derer man lernen kann, mit solchen sehr alten Personen, die an der Alzheimer-Krankheit bzw. damit verwandten Formen von geistiger Verwirrtheit leiden, in Verbindung zu treten und zu bleiben“ (Feil 2001, 44).

Menschen“ und „Rund um die Demenz“ an. Die Kursinhalte umfassen Basiswissen über die Krankheit Demenz und das Kennenlernen verschiedener Validationstechniken (vgl. Wiener Volkshochschulen).

Auf den Websites des Fonds Soziales Wien, dem Wiener Hilfswerk und der Volkshilfe Wien, konnten keine Angebote für die berufliche Weiterbildung gefunden werden.

Nach dieser Umschau bezüglich Angeboten beruflicher Weiterbildung für Pflegepersonal in Hinblick auf Demenz, Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz sowie dem Erkennen der Gefühle von Menschen mit Demenz wird deutlich, dass es eine verschwindend geringe Anzahl von Maßnahmen gibt, die es Pflegepersonen ermöglichen, etwas über das Erleben von dementen Menschen zu erfahren. Geht man aber davon aus, dass die Lebensqualität von Menschen mit Demenz bzw. von PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz erheblich davon abhängt „in welchem Ausmaß die Erfahrung gemacht werden kann, dass eigene Gefühle, Gedanken oder Wünsche von anderen wahrgenommen werden und im weiteren Interaktionsverlauf Berücksichtigung finden“ (Amann, Datler, Seidl 2006, 7), dann ist es notwendig, neue Weiterbildungsangebote zu schaffen, in denen Pflegepersonen dahingehend sensibilisiert werden. Hier kann die vorliegende Arbeit einen Beitrag dazu leisten, eine Diskussion darüber zu entfachen, wie wichtig solche Angebote wären.

Nachdem nun dargestellt wurde, dass Literatur über das Erleben der eigenen Demenz von Menschen, die sich in einem fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung befinden, kaum bzw. nicht auszumachen war und Weiterbildungsangebote für Pflegepersonal, die das Erkennen der Gefühle von Menschen mit Demenz oder die Beziehungsgestaltung mit diesen Menschen zum Inhalt haben, nur spärlich vorhanden sind, widmet sich das folgende Kapitel den Forschungsfragen dieser Arbeit.

1.2. Die Forschungsfragen

In der vorliegenden Diplomarbeit soll den bisherigen Erkenntnissen über das Erleben von Menschen mit Demenz ein weiteres Element hinzugefügt werden, wobei der Fokus auf dem Erleben der Demenz liegt. Da Interaktions- und Beziehungserfahrungen zum Alltag eines jeden Menschen, so auch zu dem von PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz gehören, beschäftigt sich diese Arbeit einerseits mit dem Erleben von Frau Murauer und andererseits mit ihren Beziehungserfahrung. Darüber hinaus sind positive Beziehungserfahrungen, in denen dementen PflegeheimbewohnerInnen „von wichtigen Bezugspersonen ein lebendiges und um Verstehen bemühtes Interesse an deren inneren Welt entgegengebracht wird“ (Datler, Trunkenpolz 2010, 9) besonders bedeutsam „im Zusammenhang mit dem Erleben von Wohlbefinden“ (ebd., 9).

Dies spiegelt sich in der ersten, leitenden Fragestellung wider, die aus der Analyse wissenschaftlicher Literatur sowie erster Überlegungen im Zuge der Beobachtung von Frau Murauer entstanden ist, und wie folgt lautet:

- *Auf welche Art und Weise beeinflusst das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?*

Die Frage geht aus der These hervor, dass die Pflegeheimbewohnerin ihre Demenz wahrnimmt, in spezifischer Weise erlebt, danach handelt und dies die Interaktion mit anderen Personen beeinflusst.

Um der Fragestellung differenziert nachgehen zu können, werden in einem vorgelagerten Arbeitsschritt folgende Subfragen bearbeitet.

- *Auf welche Weise erlebt Frau Murauer allem Anschein nach ihre Demenz ?*
- *Welche Handlungen setzt Frau Murauer aufgrund des Erlebens von Demenz ?*
- *Welche Interaktions- und Beziehungserfahrungen macht Frau Murauer mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?*

- *Welchen Einfluss haben diese Erfahrungen darauf, wie Frau Murauer Demenz erlebt?*

Nach Beantwortung der ersten leitenden Fragestellung möchte ich mich einer zweiten, bildungswissenschaftlich relevanten Frage widmen. Wenn davon ausgegangen wird, dass auch andere Menschen mit Demenz ihren Alltag in ähnlicher Weise erleben wie Frau Murauer, könnten die Ergebnisse dieser Arbeit ermöglichen, Überlegungen für die Schaffung neuer Weiterbildungsangebote für Pflegepersonal voranzutreiben. Demzufolge könnte das Wissen um den Einfluss des Erlebens von Demenz auf die Beziehungs- und Interaktionsgestaltung helfen, einen verbesserten Zugang zu Menschen mit Demenz zu finden und eine für beide Seiten befriedigende Interaktion zu gestalten, um in weiterer Folge zuträglich für die Lebensqualität von PflegeheimbewohnerInnen zu sein. In welcher Weise es möglich wäre, Pflegepersonen zu diesen Kompetenzen zu verhelfen, möchte ich mit der zweiten, weiterführenden Fragestellung klären, die wie folgt lautet:

- *Auf welche Weise könnte das Pflegepersonal dahingehend sensibilisiert werden, das individuelle Erleben der Demenz von PflegeheimbewohnerInnen wahrzunehmen?*

Nachdem die Forschungsfragen dieser Arbeit behandelt wurden, wird in den folgenden Unterkapiteln erläutert, wie diese Fragen einer Beantwortung zugeführt werden.

1.2.1 Vorgehensweise bei der Beantwortung der ersten, leitenden Forschungsfrage

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage werden die von mir verfassten Beobachtungsprotokolle hinsichtlich der entwickelten Subfragen bearbeitet. Zu diesem Zweck kommt die Methode der Einzelfallbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept (siehe Kapitel 3) zum Einsatz, die in dieser Arbeit sowohl als Erhebungs- als auch als Auswertungsmethode zur Anwendung kommt. Um die Analyse der Beobachtungsprotokollbearbeitungen und deren Ergebnisse zu überprüfen bzw. zu

stützen, wird aktuelle wissenschaftliche Literatur wie bspw. Amann, Datler, Seidl 2006; Höwler 2007; Baer 2007; Datler, Trunkenpolz 2010 sowie Heinemann 2010 herangezogen. Die Erkenntnisse werden mit bestehendem Wissen in Bezug gesetzt, „um zu prüfen, was am Fall aus diesen Wissensbeständen heraus erklärbar und was an ihnen aus diesem Fall heraus zu differenzieren und gegebenenfalls zu korrigieren ist. Die Fallstudie zielt also auf (Prüfung oder Erweiterung bestehender oder Gewinnung neuer wissenschaftlicher) Erkenntnis“ (Fatke 1995a, 677).

1.2.2 Vorgehensweise bei der Beantwortung der zweiten, weiterführenden Forschungsfrage

Um die zweite Fragestellung beantworten zu können, wird im Vorfeld erläutert, warum diese Frage für die Allgemeinheit Relevanz hat, warum es erforderlich ist, dass Pflegepersonen das Erleben der Demenz wahrnehmen und welche Kompetenzen dafür geschult werden müssen. Anschließend wird eine, dafür geeignete, Option vorgestellt.

Es wurden nun die Forschungsfragen der vorliegenden Diplomarbeit vorgestellt sowie auf die Vorgehensweise bei der Beantwortung dieser Fragen eingegangen. Das nächste Kapitel widmet sich der Relevanz der Forschungsfragen für die Disziplin der Bildungswissenschaft und der Psychoanalytischen Pädagogik, der die Arbeit schwerpunktmäßig zugeordnet ist.

1.3 Relevanz für die Disziplin

Die Bildungswissenschaft wie auch deren Teilbereich, die Psychoanalytische Pädagogik, befassen sich mit dem Menschen von der Kindheit bis ins hohe Alter. Mit alten Menschen hat sich auch das bereits erwähnte Forschungsprojekt „Lebensqualität im Pflegeheim“ auseinandergesetzt, in dessen Kontext diese Arbeit verfasst wurde und dessen bildungswissenschaftlicher bzw. psychoanalytisch pädagogischer Zugang gekennzeichnet war durch die Beschäftigung mit Fragen

nach dem Alltagserleben von Menschen mit Demenz und deren Interaktions- und Beziehungserfahrungen. In weiterer Folge wurde auch die Frage gestellt, über „welche Qualifikation jene Personen verfügen sollten, die in Alten- und Pflegeheimen für die Betreuung alter Menschen verantwortlich sind und somit großen Einfluss auf die Lebensqualität von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern haben“ (Datler, Trunkenpolz 2010, 60). Die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit stehen im engen Bezug zu den Themen des Forschungsprojekts und haben, wie nun ausgeführt wird, Relevanz für die Bildungswissenschaft und die Psychoanalytische Pädagogik.

Im Fokus der Psychoanalytischen Pädagogik stehen unter anderem „die Entstehung, Entwicklung, Fehlentwicklung, Erweiterung und Veränderbarkeit menschlichen Verhaltens, Fühlens und Selbsterlebens und der daraus resultierenden Beziehungen und Lebensformen (Muck 2001, 13). Die Anbindung vorliegender Arbeit an die Psychoanalytische Pädagogik zeigt sich in der Auseinandersetzung mit dem Erleben der Demenz und dem Einfluss dieses Erlebens auf die Interaktions- und Beziehungserfahrungen von Frau Murauer.

Durch die Beschäftigung mit der Weiterbildung von Pflegepersonal, in Form der zweiten Forschungsfrage dieser Arbeit, wird die Anbindung an die Bildungswissenschaft ausgewiesen, denn der Gegenstandsbereich dieser Disziplin umfasst unter anderem „Erziehungs-, Ausbildungs- und Bildungsprozesse in eigens geschaffenen gesellschaftlichen Institutionen“ (Institut für Bildungswissenschaft), was auch die Weiterbildung von Berufsgruppen, wie dem Pflegepersonal, miteinbezieht.

1.4 Struktur der Diplomarbeit

Im zweiten Kapitel, das eine Basis zum Verständnis dieser Arbeit darstellt, werden Begriffsdefinitionen vorgenommen. Einerseits werde ich mich umfassend dem Begriff Demenz widmen, andererseits werden psychoanalytische Fachausdrücke und Theorien erläutert, die besonders für die Bearbeitung der Beobachtungsprotokolle in Kapitel 4 relevant sein werden.

Das forschungsmethodische Vorgehen wird in Kapitel 3 beschrieben, wobei zu Beginn die Methode der Infant Observation und danach die Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept dargestellt wird. In welcher Weise ich die Forschungsfragen einer Beantwortung zuführen werde, ist ebenfalls Teil dieses Abschnitts.

Das vierte Kapitel beginnt mit einer Vorstellung der Person Frau Murauers und einer Schilderung von für sie typischen Verhaltensweisen.

Im Anschluss werden Beobachtungsprotokolle anhand der bereits erwähnten Subfragen bearbeitet und analysiert, um zur Beantwortung der ersten leitenden Forschungsfrage zu gelangen. Abschließend wird der Frage nachgegangen, ob Frau Murauer einen Einzelfall darstellt oder ob die Klärung der ersten Forschungsfrage auch für andere Menschen relevant sein könnte.

Kapitel 5 widmet sich der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage, im Zuge derer eine Möglichkeit vorgestellt wird, Pflegepersonal dahingehend zu sensibilisieren, das Erleben von Demenz von PflegeheimbewohnerInnen wahrzunehmen.

Das sechste Kapitel stellt ein abschließendes Resümee dar, in dem die Forschungsergebnisse zusammengefasst werden.

2 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden Begriffe geklärt, die in besonderem Maße relevant für das Verständnis der vorliegenden Arbeit sind.

Zu Beginn wird veranschaulicht, was unter „Demenz“ zu verstehen ist, welche Formen und Stadien es gibt sowie welche Symptome auftreten können. Weitere Sichtweisen als die medizinisch geprägte werden ebenfalls vorgestellt.

Im Anschluss daran werden psychoanalytische Theorien und Modelle erläutert, die vor allem die Nachvollziehbarkeit der Bearbeitung und Interpretation der Beobachtungsprotokolle in Kapitel 4 gewährleisten sollen. Dem/der LeserIn wird Basiswissen mit auf den Weg gegeben, um Kenntnis über die Prozesse der menschlichen Psyche zu haben und so die Analyse des Verhaltens und der Gefühle der beobachteten Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer zu verstehen.

2.1 Demenz

Laut Naomi Feil wurde das Wort Demenz zum ersten Mal im 18. Jahrhundert von den französischen Forschern Philippe Pinel und J.E. Esquirol verwendet, die damit einen durch Gehirnläsionen oder -krankheiten entstandenen geistigen Verfall beschrieben haben (vgl. Feil 2001, 35). Obwohl diese Definition auch nach heutigem Wissensstand von Relevanz ist, steht „Demenz“ nicht mehr für eine eigenständige Krankheit, sondern „beschreibt eine Sammlung von Symptomen. Diese sind Teil des großen Erscheinungsbilds krankhafter Gedächtnis- und Denkstörungen“ (Bowlby Sifton 2008, 116). In der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) wird Demenz wie folgt definiert: „Demenz (...) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-

Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (ICD-10, 266).

Von Demenz sind vorwiegend alte Menschen betroffen, wobei „die Erkrankungsrate bei den 65-jährigen bei etwa einem Prozent liegt und bei den 90-jährigen auf fast vierzig Prozent ansteigt“ (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz 2008, 2).

Die Diagnosestellung bei Demenz gestaltet sich sehr schwierig, beruht oft auf einem Ausschlussverfahren und kann nur mittels Autopsie eindeutig geklärt werden. Nach einer Reihe von fachärztlichen Untersuchungen und Informationen von nahe stehenden Personen bezüglich bestehender Verhaltensänderungen, kann eine klinische Diagnose aber durchaus bis zu neunzig Prozent richtig ausfallen (vgl. Bowlby Sifton 2008, 130). Es werden drei Formen bzw. Typen der Demenz unterschieden.

Die häufigste Form ist die *Alzheimer-Krankheit*, die „Veränderungen und Zerstörung von Hirngewebe-, sowie einen Rückgang der biochemischen Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter)“ (Wirsing 2000, 294) verursacht. Außerdem „finden sich Verklumpungen feinsten Nervenfasern, degenerierte Nervenfortsätze und Zellkernveränderungen“ (ebd., 294).

Die *Multiinfarkt Demenz oder Vaskuläre Demenz* wird durch eine Serie kleiner Schlaganfälle ausgelöst, unterscheidet sich im Symptomverlauf nur gering von der Alzheimer-Krankheit und tritt weit weniger häufig auf als man früher angenommen hat. *Atypische Demenz* kann in Zusammenhang mit verschiedenen anderen Grunderkrankungen, wie beispielsweise Alkoholismus, Diabetes oder Multiple Sklerose auftreten und ist in manchen Fällen reversibel (vgl. Bowlby Sifton 2008, 119ff).

Es gibt zwar Unterschiede bei den Symptomen und Verläufen der Demenztypen, wobei auch oftmals Mischformen vermutet werden, doch sind die Gemeinsamkeiten besonders für die Betreuung und Pflege dieser Menschen von größerer Bedeutung und „werden generelle Demenzsymptome genannt“ (ebd., 130). Die Ausprägung dieser Symptome ist individuell unterschiedlich und steht in Zusammenhang mit Persönlichkeit, Biographie sowie sozialem Umfeld eines Menschen. Die Symptome lauten:

„a. Abnahme der kognitiven Fähigkeiten

b. Tiefgreifende kognitive Probleme, verbunden mit Gedächtnisverlust und mindestens einem der folgenden Symptome:

- Probleme mit abstraktem Denken
- Eingeschränktes Urteilsvermögen
- Probleme mit dem Sprechen und Sprachverständnis
- Probleme mit komplizierten Aktivitäten (z.B. Scheck ausstellen, Autofahren)
- Schwierigkeiten beim Wiedererkennen von Personen oder Dingen
- Schwierigkeiten beim Zeichnen oder Bauen von Dingen
- Persönlichkeitsveränderungen

c. Wachzustände abwechselnd mit Zuständen der Benommenheit“ (ebd. 118)

Obwohl sich, wie bereits erwähnt, der Verlauf von Demenz in seiner Manifestation individuell unterscheiden kann, werden in der Literatur (Bowbly Sifton 2008, Wirsing 2000) meist drei bis vier Stadien unterschieden.

Im ersten oder frühen Stadium ist es möglich, dass die Veränderungen weder der betroffenen Person noch den Personen im Umfeld auffallen. Die Betroffenen verlassen sich vor allem auf ihr Langzeitgedächtnis, können mit Hilfsmitteln, wie z.B. einem Kalender, ihren Tagesablauf weitgehend normal gestalten und so die periodisch auftretenden Ausfälle des Kurzzeitgedächtnisses kompensieren. Routineaktivitäten bereiten im Gegensatz zu komplexeren Aufgaben oder dem Erlernen von Neuem keine Schwierigkeiten.

Im zweiten oder mittleren Stadium verstärkt sich der Gedächtnisverlust, vertraute Strategien genügen nicht mehr und bei Aktivitäten wie Essen, Kochen oder Ankleiden sind Erinnerungen notwendig. Es treten Schwierigkeiten bei der verbalen und schriftlichen Kommunikation und motorische Koordinationsprobleme auf. Es kann vorkommen, dass vertraute Menschen zwar erkannt werden, der Name aber vergessen wurde. Eine selbstständige Lebensführung ist mit einem gewissen Ausmaß an Aufsicht aber weiterhin möglich.

Im dritten oder fortgeschrittenem Stadium ist das tägliche Leben dermaßen beeinträchtigt, dass eine umfassende Aufsicht benötigt wird. Die Betroffenen müssen bei nahezu allen persönlichen Aktivitäten unterstützt werden. Sprachliche Fähigkeiten verkümmern, Grob- und Feinmotorik gehen verloren, meist besteht

Stuhl- und Harninkontinenz und bei manchen kommt es zu Anfällen. Verbale Anregungen reichen zwar meist nicht mehr aus, sich wiederholende Aktivitäten, die nur einen Schritt erfordern, sind jedoch häufig noch möglich.

Im vierten oder finalen Stadium sind die betroffenen Menschen völlig abhängig von anderen, können sich kaum mehr bewegen, nicht mehr sprechen, nicht mehr schlucken. Medizinische, demenzbedingte Komplikationen, wie z.B. Aspirationspneumonie (Lungenentzündung, die durch das Einatmen bestimmter Stoffe, wie beispielsweise Nahrung, entsteht) führen schließlich zum Tod.

(vgl. Bowbly Sifton 2008, 130-135; Wirsing 2000, 296).

Neben den bislang eher medizinisch geprägten Erläuterungen über Demenz gibt es noch weitere Sichtweisen, von denen hier einige exemplarisch vorgestellt werden.

Bauer, Bauer und Teising (1994) betrachten den Kausalzusammenhang zwischen Gehirnschädigung und Demenz in kritischer Weise, wobei sie sich auf eine von ihnen durchgeführte kasuistische Studie mit zehn an Morbus Alzheimer erkrankten Personen stützen. Sie haben herausgefunden, dass bei allen zehn Personen übereinstimmende prämorbidie Persönlichkeitsmerkmale vorhanden waren und es eine Reihe von belastenden Faktoren vor Ausbruch der Demenz gegeben hat. „In jedem der von uns untersuchten Fälle fanden wir im Vorfeld der Erkrankung eine dramatische Zuspitzung der persönlichen Situation der Patienten. (...) Die Veränderungen, mit denen die Patienten konkret konfrontiert waren, lassen sich wie folgt zusammenfassen: 1. Verlust sozialer Kontakte; 2. Veränderung der Partnerschaftsbeziehung; 3. Überforderung durch zugewiesene Aufgaben und Arbeiten; 4. Beschämende Bloßstellung und auf die Person zielende, abwertende Kritik mit Attribuierungen im Sinne einer Vorwegnahme der späteren Erkrankung“ (Bauer, Bauer u. Teising 1994, 54).

Kitwood (2008), ebenfalls ein Kritiker der ausschließlich medizinischen Sichtweise auf Demenz, hält die Annahme, nur organische Faktoren seien für die Ursachen einer dementiellen Erkrankung relevant, für zu kurz gegriffen, denn es gäbe Beweise dafür, dass sich Demenz durch gewisse Ereignisse (z.B. Krankenhausaufenthalt) verschlechtern kann und durch gewisse Interventionen (z.B. tiergestützte Therapie) verbessern kann (vgl. Kitwood 2008, 96). Demenz beziehe sich immer auf die ganze Person und nicht nur auf das Gehirn (vgl. ebd., 42). Für Kitwood ist Demenz

gekennzeichnet von zwei Veränderungen, einerseits dem „Versagen geistiger Kräfte, wie Gedächtnis, Denken und Verstehen“ (ebd., 41) und andererseits der „Veränderung im sozialpsychologischen Umfeld – in Mustern von Beziehung und Interaktion“ (ebd., 41). Baer konstatiert ebenfalls, dass die Entwicklung der Demenz in einem hohen Maße von „der Art der Kommunikation und Interaktion sowie vom Milieu beeinflusst“ (Baer 2007, 13) wird. Demenz ist laut Baer „nicht nur ein Ausdruck kognitiver Störungen, sondern eine tiefgreifende und komplexe Veränderung der Art und Weise, wie Menschen sich und ihre Welt erleben“ (ebd., 14).

Heinemann stellt die Frage „ob auch die Demenz selbst, mit all ihren unterschiedlichen Formen und Ausprägungsgraden, psychisch verstanden werden kann“ (Heinemann 2010, 282). Sie erläutert, dass Menschen mit Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium mit zahlreichen Verlusten auf kognitiver Ebene konfrontiert sind und sich ihr Erleben daher vor allem auf die Gefühlsebene beschränkt. Symbole, die z.B. für eine bestimmte abwesende Person stehen, werden für den dementen Menschen zu dieser Person und helfen so über den bestehenden Verlust hinweg zu kommen (vgl. ebd., 282). Weiters schreibt Heinemann, wobei sie sich auf Muthesius und Sonntag (2004) beruft, „dass Menschen mit Demenz sich mit Erinnerungen identifizieren, so dass sie die äußere Realität dem inneren Erleben unterordnen (...). Sie haben keine Erinnerung, sondern leben in der Erinnerung“ (Heinemann 2010, 282).

Naomi Feil, die Begründerin der Validation, geht davon aus, dass Menschen mit Demenz „bestimmte psychische und soziale Bedürfnisse“ (Feil 2001, 41) haben, die sie befriedigen müssen. Diese Bedürfnisse beziehen sich auf das Ausleben lebenslang unterdrückter Gefühle, den Ausgleich des Verlusts körperlicher Fähigkeiten, dem Herstellen früherer sozialer Rollen, dem Lösen von unbefriedigenden Beziehungen und dem Abschließen unerledigter Lebensaufgaben. Um diese Bedürfnisse zu befriedigen, erinnern sich Menschen mit Demenz an Personen oder Situationen aus der Vergangenheit und versuchen ungelöste Konflikte in Ordnung zu bringen oder angenehme Emotionen wieder zu spüren (vgl. ebd., 41f). „Um wieder das Gefühl zu haben, nützlich zu sein, durchleben sie noch einmal Szenen ihrer Arbeit oder Arbeitsabläufe, sie bewegen ihre Hände und Füße so, wie sie sie in der Arbeit bewegen mußten“ (ebd., 42). Das individuelle Verhalten von Menschen mit Demenz lässt demzufolge darauf schließen, welche psychischen

und sozialen Bedürfnisse sie haben bzw. welche Lebensaufgaben sie zu erledigen versuchen (vgl. ebd., 42).

Stuhlmann betrachtet Demenz aus bindungstheoretischer⁵ Sicht und erläutert den Zusammenhang zwischen Störung des Bindungsprozesses beim Kleinkind und erhöhtem Demenzrisiko beim alten Menschen. Er beruft sich auf empirische Bindungsforschung, die „die Konstanz der vier grundlegenden Bindungsmuster, die bei Kleinkindern gefunden werden, auch bei Jugendlichen, bei gesunden Erwachsenen und bei Personen mit den verschiedensten psychischen Störungen“ (Stuhlmann 2007, 20) nachgewiesen hat. Daraus folgend stellt er eine Verbindung her zwischen den „Bindungstypen bei gesunden Erwachsenen“ (ebd., 20) und „Verhaltensmustern, die im Verlauf der Demenzerkrankung auftreten“ (ebd., 20).

Die eben erläuterten Ansichten und Theorien über das Phänomen Demenz beschäftigen sich einerseits mit der Frage danach, welche Faktoren in der Biographie eines Menschen eine Demenzerkrankung begünstigen, andererseits aber auch damit, wie das Verhalten von Menschen mit Demenz zu verstehen ist und mit welchen Emotionen sie konfrontiert sind.

2.1.1 Die Verwendung des Begriffs Demenz in dieser Arbeit

In diesem Kapitel wird dargestellt, welche Definition von Demenz in vorliegender Arbeit verwendet wird, wobei erst eine Zusammenfassung der im vorangegangenen Kapitel dargestellten Definitionen bzw. Beschreibungen von Demenz gegeben wird.

Die Definition von Demenz in der ICD-10 sowie die Beschreibungen der Demenzarten und Stadien (vgl. Bowlby Sifton 2008, 118-130; Wirsing 2000, 294-296) sind medizinisch geprägt und fokussieren eindeutig die kognitive Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns. Es wird zwar darauf hingewiesen, dass sich der

5 Die Bindungstheorie wurde von John Bowlby zwischen 1958 und 1963 formuliert und gründet auf Erkenntnissen der Ethologie und Bowlbys Kritik an der Psychoanalyse. Die Bindungstheorie ist eine räumliche Theorie, die besagt, dass man sich wohl fühlt, wenn man einem geliebten Menschen nahe ist. Aus diesem Wohlbefinden entsteht ein entspannter Zustand, indem man frei ist für eigene Gedanken und Handlungen (vgl. Holmes 2006, 81-88). In den späten 1960er Jahren hat Mary Ainsworth den Fremde-Situation-Test entwickelt, der die Reaktion des einjährigen Kindes auf die Trennung von der Bezugsperson untersucht. Dabei wurden vier Hauptreaktionsschemata bzw. Bindungsmuster beschrieben, die sichere Bindung, unsicher-vermeidendes, unsicher-ambivalentes und unsicher-desorganisiertes Bindungsverhalten (vgl. ebd., 128f.).

Verlauf der Demenz individuell unterscheiden kann, doch Veränderungen der Gefühlswelt oder des Sozialverhaltens werden lediglich als Begleitsymptome angeführt.

Obwohl diese Definitionen für Ärzte oder anderes medizinisches Personal notwendig sind, sind sie für die Klärung der Forschungsfragen dieser Arbeit lediglich als Basiswissen relevant. Von Bedeutung ist nicht so sehr die organische Ursache der Demenz und wie sie die kognitiven Leistungen beeinflusst, sondern in welcher Weise sich Demenz auf bewusste sowie unbewusste Vorgänge im Menschen und auf dessen Gefühlswelt auswirkt oder mit welchen Emotionen Betroffene konfrontiert werden können.

Hierzu wurden im vorherigen Kapitel ebenfalls verschiedene Positionen dargestellt, so bezieht sich Demenz laut Kitwood immer auf den ganzen Menschen, also auch auf seine Persönlichkeit, seine Gefühle, sein Beziehungen und nicht nur auf sein Gehirn (vgl. Kitwood 2008, 41). Baer geht noch weiter, denn er beschreibt Demenz als einen Prozess, der erheblichen Einfluss darauf hat, wie der Mensch sich und seine Welt erlebt und Heinemann konstatiert, dass das Erleben von Dementen vor allem auf der Gefühlsebene passiert (vgl. Baer 2007, 13; Heinemann 2010, 282). Diese und andere bereits beschriebene Standpunkte verdeutlichen, wie wichtig ein anderer Blick als der auf die kognitiven Defizite, die mit der Demenz einhergehen, ist. Die Gefühlswelt von Menschen mit Demenz bleibt bestehen und das Erkennen der Gefühle sowie das empathische Eingehen darauf, sind bedeutsam für das Wohlbefinden dieser Menschen.

Die folgende Definition, die in vorliegender Arbeit verwendet wird und eine adäquate Analyse des Erlebens der Demenz gewährleistet, gibt nicht wieder, wie Fachleute, einerlei aus welchem Bereich, Demenz definieren (würden), sondern stellt einen Versuch der Verfasserin dar, das Phänomen Demenz aus der Innenperspektive der Betroffenen zu beschreiben, wobei die Bezugsquellen vor allem Publikationen von oben genannten Autoren sind (Baer 2007; Kitwood 2008; Heinemann 2010).

Demenz ist demnach ein nicht linear verlaufender Prozess, der vom Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten gekennzeichnet ist. Dieser Prozess beeinflusst das individuelle Erleben der Betroffenen, wobei bewusste und unbewusste Vorgänge auf emotionaler Ebene erhalten bleiben.

Nachdem nun Demenz umfassend besprochen und eine Arbeitsdefinition festgelegt wurde, werden in weiterer Folge die noch ausstehenden Begriffe geklärt, die für das Verständnis der Arbeit relevant sind. Das Konzept der Psychischen Strukturen, die Theorie der Affektregulation und das Container-Contained Modell dienen als theoretischer Hintergrund für das Vorgehen bei der Beantwortung der Forschungsfragen.

2.2 Das Konzept der Psychischen Strukturen

Die Fragen, warum Menschen dazu neigen in ähnlichen Situationen immer wieder ähnlich zu handeln und wie bestimmtes Verhalten zu Zügen der Persönlichkeit wird, können durch das Konzept der „Psychischen Strukturen“ einer Beantwortung zugeführt werden.

„(1.) Unter psychischen Strukturen verstehen wir (a) Ensembles bestimmter latenter Tendenzen einer Person, verschiedene Situationen in ähnlicher Weise wahrzunehmen, zu erleben und einzuschätzen (...), sowie (b) damit verbundene Tendenzen, in solchen Situationen bestimmte manifeste Folgeaktivitäten des Erlebens, Denkens und Handelns zu setzen. (...)

(2.) Das Verfolgen der in Punkt (1.) angeführten Tendenzen bedarf über weite Strecken keiner bewussten Steuerung und erfolgt weitgehend unbewusst. Dessen ungeachtet führt das Verfolgen dieser Tendenzen zur Ausbildung manifester, lebensstiltypischer Formen des Erlebens, Denkens und Handelns, die in unterschiedlichen Situationen in ähnlicher Weise gesetzt werden und über weite Strecken die charakteristischen Persönlichkeitszüge eines Menschen ausmachen. (...)

(3.) Die in Punkt (1.) und (2.) angeführten Tendenzen des latenten Wahrnehmens, Erlebens und Einschätzens sowie die massgeblich (sic!) darin gründenden Tendenzen des manifesten Erlebens, Denkens und Handelns sind stabil und über die Zeit hinweg nur langsam veränderbar“ (Datler 2001, 160f).

Psychische Strukturen bilden sozusagen die Basis bzw. das Fundament dafür (zu verstehen), in welcher Weise Menschen ihre Umwelt wahrnehmen und erleben, wie

sie sich verhalten und wie diese Verhaltensweisen zu individuellen Charakterzügen werden. Vor allem der Umstand, dass psychische Strukturen stabil und über die Zeit hinweg schwer veränderbar sind, lässt den Schluss zu, dass das Wissen darum auch die Deutung des Erlebens und Handelns von Personen mit Demenz erleichtern kann.

2.3 Die Theorie der Affektregulation

Um das Verhalten von Menschen zu verstehen bzw. entsprechend deuten zu können, ist es erforderlich, Kenntnisse über Theorien zu haben, die diesbezüglich Erklärungen anbieten. Eine dieser Theorien ist die der Affektregulation, die davon ausgeht, dass Menschen meist unbewusst danach trachten, angenehme Gefühle herbeizuführen und unangenehme Gefühle zu vermeiden. Da Emotionen omnipräsent sind, Menschen meist mehrere Gefühle gleichzeitig verspüren und sich Gefühle, Wahrnehmung und Denken gegenseitig beeinflussen, ist Affektregulation ein komplexer Prozess.

Bei Datler (2004a, 122f) ist diesbezüglich zu lesen: „Das Verlangen, bestimmte Situationen und damit verbundene Zustände zu stabilisieren oder zu verändern, gründet in der Art und Weise, in der ein Mensch aktuell gegebene Gefühle als angenehm oder unangenehm erlebt: Menschen sind beständig bestrebt, unangenehme Gefühle zu lindern oder zu beseitigen sowie angenehme Gefühle festzuhalten oder herbeizuführen. Das Verlangen, das darin zum Ausdruck kommt, ist das Verlangen nach Affektregulation, (...) das Verlangen nach Affektregulation gibt *den* motivationalen Kern ab, der Menschen beständig veranlasst oder auch drängt, in bestimmter Weise aktiv zu sein“.

Affekte bzw. das Verlangen, diese zu regulieren, wirken sich also auf das manifest beobachtbare Verhalten aus, wobei die Tatsache, dass der Prozess der Affektregulation meist auf der unbewussten Ebene passiert, es schwierig macht festzustellen, „welche Gefühle – und welche Akte der Affektregulation – am Zustandekommen bestimmter Verhaltensweisen und an der Ausgestaltung bestimmter Beziehungsprozesse welchen Anteil haben“ (Datler 2003, 247).

Menschen mit Demenz, wie die Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer, sind aufgrund ihrer Erkrankung allerdings nur noch in beschränktem Maße fähig, ohne die

Unterstützung anderer Personen „Gefühle so zu regulieren, dass sich Wohlbefinden einstellt, sie sind – wie auch in so vielen anderen Aspekten ihres Lebens – auf die sensible Unterstützung wichtiger Bezugspersonen, wie beispielsweise Pflegepersonen angewiesen“ (Datler, Trunkenpolz 2010, 54). Eine Möglichkeit, wie die Unterstützung von Menschen mit Demenz bei der Regulierung ihrer Gefühle benannt bzw. durchgeführt werden kann, stellt das Container-Contained Modell dar, das nun beschrieben wird.

2.4 Das Container-Contained Modell

Das Container-Contained Modell wurde von Wilfred R. Bion in den 1960er Jahren entwickelt und ist eine „Theorie des Denkens, die das Erfassen und Zuordnen von Gefühlszuständen, das Erkennen und Benennen der Qualität des Emotionalen im Selbst und im anderen als Voraussetzung für die Entstehung und Entwicklung des Denkprozesses betrachtet“ (Lüders 1997, 85).

Das Bionsche Modell wurde vor allem für die Darstellung der Beziehung der Mutter zum Kind entwickelt, kann aber auch auf andere Beziehungen (z.B. AnalytikerIn – PatientIn oder Pflegeperson – PflegeheimbewohnerIn mit Demenz) angewendet werden, in denen eine Person eine andere dabei unterstützt, mit bedrohlichen Gefühlen fertig zu werden (vgl. ebd., 85).

Der „Container“ (Behälter), der von Bion mit dem weiblichen Symbol beschrieben wird, nimmt das „Contained“ (Gehalt), das mit dem männlichen Symbol gekennzeichnet wird, auf und formt es so um, dass etwas Neues entstehen kann. Am Beispiel Mutter – Säugling bedeutet dies, dass „das Kind, das ein Bedürfnis hat, in irgendeiner Not ist, eine Mutter findet, die für diese Bedürfnislage aufnahmebereit ist und sich durch das in sie Projizierte derart verändern läßt, daß sie die Not fühlt und mit einer adäquaten Reaktion beantwortet“ (Lüders 1997, 91). Der Zustand der Mutter, der es ihr ermöglicht, dies zu tun, wird „Reverie“ genannt und bezeichnet eine Art träumerische Gelöstheit, in der sie „vom Baby als ein Objekt erlebt wird, das seine Gefühlszustände ‚containen‘, aufbewahren kann und sie nach und verstehen lernt“ (Lazar 1993, 75). Die als bedrohlich erlebten Gefühle, welche der Säugling selbst (noch) nicht bearbeiten oder deuten kann, weil sie sich noch in einem

Rohzustand befinden, werden als Beta-Elemente bezeichnet. Nachdem also die Mutter die Beta-Elemente im Zustand der Reverie in sich aufgenommen hat, transformiert sie sie mittels Alpha-Funktion in Alpha-Elemente. Die Mutter setzt sich aktiv mit den projizierten Emotionen des Säuglings auseinander und denkt darüber nach bis sie Bedeutung bekommen (vgl. Lazar 1993, 70-72; Lüders 1997, 87-90). Die so entstandenen Alpha-Elemente, die der Säugling im Stande ist wieder aufzunehmen, „erlauben, bewußt und unbewußt gemacht zu werden, erlauben deshalb Verdrängung, sind im Wachen und im Träumen verwendbar, weil sie dem psychischen Erleben näher stehen als die bedrängend und beängstigend (...) empfundenen Beta-Elemente“ (Lüders 1997, 89). Etwas Neues entsteht und der Prozess des Denkens ist angeregt, bis das Kind im Idealfall, schließlich lernt auch selbst mit unbekannten, undeutbaren Emotionen umzugehen.

Die Verbindung zum Umgang mit alten Menschen mit Demenz liegt hier förmlich auf der Hand. Krankheitsbedingt ist der Mensch mit Demenz, wie der Säugling, mit bedrohlichen Gefühlen konfrontiert, die „contained“ werden müssen und ist abhängig von einem einfühlsamen Gegenüber (vgl. Wadell 2007, 192-193). Zwar gibt es, anders als beim Säugling, keine Aussicht darauf, dass nach erfolgreichem „Containment“ ein langfristiger Lernprozess hinsichtlich des Deutens dieser Emotionen erfolgt, doch kann es in der Situation erhebliche Unterstützung beim Verarbeiten bedrohlicher und der Herstellung angenehmer Gefühle bieten.

Nachdem nun Begriffe und Theorien, die für das Verständnis der vorliegenden Arbeit relevant sind, geklärt wurden, wird im folgenden Kapitel auf die Forschungsmethode eingegangen.

3 Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit

Um einen detaillierten Einblick in das Forschungsdesign dieser Arbeit zu erlangen, wird im folgenden Kapitel erst auf die Methode der Infant Observation eingegangen. Nach einem kurzen historischen Abriss wird die Vorgehensweise beim Einsatz dieser Methode im Forschungskontext erläutert.

In weiterer Folge wird die Forschungsmethode dieser Arbeit (Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept) bzw. das forschungsmethodische Vorgehen bei der Datenerhebung und Datenauswertung beschrieben.

3.1 Die Methode der Infant Observation

Die methodische Basis dieser Arbeit ist die Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept, die eine Modifikation der, von Esther Bick begründeten, Infant Observation darstellt. Esther Bick, eine Schülerin von Melanie Klein und Charlotte Bühler, wurde 1948 von John Bowlby beauftragt, eine Ausbildung für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen an der Tavistock Klinik in London aufzubauen, wonach sie die Infant Observation als Teil dieser Ausbildung einführte (vgl. Lazar, Lehmann, Häußinger 1986, 186).

Der Ablauf der Infant Observation gestaltet sich wie folgt:

Es wird im Zeitraum von zwei Jahren, wöchentlich bzw. im zweiten Jahr vierzehntägig, ein Säugling in seinem normalen Lebensumfeld für eine Stunde beobachtet. „Der Zweck der Beobachtung ist für den Beobachter ausschließlich das eigene Lernen im Hinblick auf die Entstehung und Entwicklung menschlicher Beziehungen sowie die körperliche und psychische Entwicklung des Säuglings“ (ebd., 188). Die Babybeobachtungen beginnen, nach der Kontaktaufnahme mit den Eltern und deren Einverständnis, kurz nach der Geburt des Kindes und finden im familiären Umfeld statt.

Die Aufgabe des/der Beobachters/in ist es, sich auf das Verhalten des Babys und dessen Interaktion mit Bezugspersonen zu konzentrieren, wobei er/sie eine neutrale, wertfreie Grundeinstellung einnehmen und sich, so weit wie möglich, frei machen soll von eigenen Theorien und Hypothesen. „Man muss eine Position für sich finden, wo

man genug ‚mental space‘, also genügend psychischen Spielraum hat, um sowohl das Geschehen in einem selbst, also auch in der Situation beobachten und reflektieren zu können; eine Position, in der man freundlich, aufnahmefähig und unkritisch bleiben kann“ (ebd., 207).

Der/die BeobachterIn nimmt nicht durch eigenes Handeln, sondern durch diese spezielle psychische Anteilnahme am Geschehen teil und ist dadurch in der Lage, nicht nur sichtbare, manifeste Verhaltensweisen, sondern auch Stimmungen und unbewusste Inhalte wahrzunehmen. Im Anschluss daran wird ein Beobachtungsprotokoll verfasst, das so deskriptiv wie möglich und frei von Interpretationen gehalten sein soll. Anmerkungen zur subjektiven emotionalen Betroffenheit sind erlaubt, wobei diese optisch unterscheidbar zum deskriptiven Textverlauf sein müssen. Das Protokoll wird einmal wöchentlich in der Gruppe besprochen, wobei es von dem/der BeobachterIn vorgelesen wird. Die Gruppe besteht aus weiteren BeobachterInnen und einem/r psychoanalytisch geschulten GruppenleiterIn. Die GruppenteilnehmerInnen richten dabei ihre Aufmerksamkeit auch auf das nicht Ausgesprochene und auf die Art und Weise der Formulierungen, um auf diese Weise die unbewusste Dimension des Geschehenen zu erfassen. Sie reflektieren das Gehörte und geben ihre emotionalen Eindrücke, Assoziationen und mögliche Thesen zu der Beobachtung wieder. Der so entstehende Prozess des Nachdenkens über das Beobachtete, aber auch über die Eindrücke des/der Beobachters/in auf der Gefühlsebene, die ihm/ihr womöglich nur zum Teil bewusst ist, kann mit dem Prozess im Sinne des „Container-Contained“ Modells von Wilfred Bion verglichen werden (vgl. Steinhardt, Reiter 2009, 142). Um später das Nachdenken über das Baby fortsetzen zu können und schon entstandene Hypothesen zu bestätigen oder zu revidieren, werden auch diese Besprechungen protokolliert (vgl. Lazar, Lehmann, Häußinger 1986, 186-210; Lazar 2000, 402-405).

Die ursprünglich als Methode zu Aus-und Weiterbildung konzipierte Infant Observation hat bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt erhebliche Weiterentwicklung erfahren. So wird sie einerseits im Forschungskontext eingesetzt, andererseits ist das Spektrum der beobachteten Personen erheblich erweitert worden und umfasst nun das gesamte Lebensalter (vgl. Trunkenpolz, Datler, Funder, Hover-Reisner 2009, 335-336).

Das Projekt „Lebensqualität im Pflegeheim“ der Universität Wien, in dessen Kontext unter anderen diese Arbeit verfasst wird, ist dafür ein Beispiel, dass die Besonderheit dieser Methode, nämlich Erkenntnisse über Menschen zu erlangen, die ihre Gefühle, Wünsche und Erfahrungen nicht äußern können, dazu geführt hat, sie auch bei alten Menschen anzuwenden (vgl. Davenhill u.a. 2003, 129). Der spezielle Ertrag dieser Methode ist es, das emotionale Geschehen, das zu einem großen Teil unbewusst bleibt, erfahrbar und somit erforschbar zu machen. Die besondere Rolle des/der Beobachters/in ermöglicht ein differenziertes Nachdenken über das Erleben der beobachteten Person und vorhandene Gefühle können „nachgefühlt“ werden, wobei Gegenübertragungsgefühle⁶ des/der Beobachters/in und der Gruppe eine erhebliche Rolle spielen (vgl. Trunkenpolz 2008, 10-16).

Die Phasen, die im Forschungsprozess zu durchlaufen sind, wenn Infant Observation eingesetzt wird, konkretisieren Datler, Steinhardt, Trunkenpolz und Hover-Reisner (2008) sowie Trunkenpolz, Datler, Funder, und Hover-Reisner. (2009) aufgrund ihrer Erfahrungen mit dieser Methode wie folgt.

In einem ersten Schritt wird entschieden, die Methode der Infant Observation zur Bearbeitung einer bestimmten Forschungsfrage einzusetzen. Die Methode ist aufgrund ihrer Besonderheit geeignet, das „bewusste und unbewusste Zusammenspiel zwischen den Beziehungs- und Interaktionserfahrungen eines Kindes“ (Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 88) und die „Ausbildung der inneren Welt eines Kindes“ (ebd., 88) zu untersuchen. Das naturalistische Forschungssetting ermöglicht, „dass nicht erst von Beobachtungen, die in Laborsituationen gemacht werden, auf das Geschehen in Alltagssituationen geschlossen werden muss, da das Alltagsgeschehen selbst zum Gegenstand der Untersuchung gemacht wird“ (ebd., 88).

Weiters müssen strukturelle Belange, Rahmenbedingungen und personelle Ressourcen abgeklärt werden.

Im Folgenden werden nun die einzelnen Schritte der Infant Observation nach dem Tavistock-Konzept beschrieben, wenn diese als Forschungsmethode eingesetzt wird.

6 Gegenübertragung wird im Vokabular der Psychoanalyse wie folgt beschrieben: „Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Analytikers (in diesem Fall: die auswertende Gruppe; Anm. d. Autorin) auf die Person des Analysanden (in diesem Fall: die beobachtete Person; Anm. der Autorin) ...“ (Laplanche, Pontalis 1973, 164).

- Beobachten und Behalten: Der/die BeobachterIn im Feld

Ein/e geschulte/r BeobachterIn beobachtet nach den vorab festgelegten Bedingungen ein Baby in einer Familie, wobei die Vorgehensweise jene der Aus- und Weiterbildungsmethode entspricht. Der/die BeobachterIn versucht, „das in der Beobachtungssituation Wahrnehmbare in sich aufzunehmen und im Gedächtnis zu behalten“ (Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 88). Der/die BeobachterIn stellt also quasi das Aufnahmegerät dar und zwar mit seinen/ihren „Sinnen und mentalen Kapazitäten“ (ebd., 88). Der/die BeobachterIn muss sich einerseits frei machen von theoretischen Hypothesen und persönlichen Annahmen, andererseits muss er/sie auch davon Abstand nehmen während der Beobachtung verstehen zu wollen, was im Gegenüber auf unbewusster Ebene vorgeht (vgl. Trunkenpolz, Datler, Funder, Hover-Reisner 2009, 340).

- Erinnern und Schreiben des Beobachtungsprotokolls: Einzelarbeit des/der Beobachters/in

Das Beobachtete wird in Form von Beobachtungsprotokollen, die „so gestaltet sind, dass im Seminar über das Geschehen einer beobachteten Stunde intensiv nachgedacht werden kann, ohne dass dafür weitere Transkriptionen, Verdichtungen oder Aufbereitungsarbeiten notwendig wären“ (Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 89), festgehalten. Dazu ist es erforderlich „das multimodal Aufgenommene innerpsychisch so zu bearbeiten und zu transformieren, dass es in Sinneinheiten gegliedert, in Sprache gefasst und in weitgehend deskriptiver Form schriftlich fixiert werden kann“ (ebd., 89).

- Präsentation des Beobachtungsprotokolls durch den/die BeobachterIn im Infant Observation Seminar

Im Seminar, das aus weiteren BeobachterInnen und einem/r psychoanalytisch geschulten LeiterIn besteht, wird das Beobachtungsprotokoll vorgelesen. Die Vorgehensweise beim Lesen, welche Stellen der/die BeobachterIn betont, welchen Tonfall er/sie hat, in welchem Tempo er/sie liest, trägt dazu bei, dass die Gruppe

nachempfinden kann, was der/die BeobachterIn während des Beobachtens wahrgenommen und erlebt hat (vgl. Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 89).

- Die Besprechung des Protokolls im Infant Observation Seminar

Es werden Überlegungen entwickelt, „die vom Erleben des Kindes und seinen Beziehungserfahrungen handeln“ (ebd., 89). Der/die BeobachterIn bringt eigene Eindrücke und Gefühle ein, die von der Gruppe besprochen und analysiert werden. Die Emotionen des/der BeobachterIn sowie der Gruppe können als „Gegenübertragungsreaktionen begriffen werden“ (Trunkenpolz, Datler, Funder, Hover-Reisner 2009, 336) und tragen dazu bei, das Erleben des Babys besser nachvollziehen zu können (vgl. Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 90; Trunkenpolz, Datler, Funder, Hover-Reisner 2009, 337).

- Das Verfassen von Besprechungsprotokollen

Ein Gruppenmitglied hat die Aufgabe, die zentralen Inhalte der Besprechung zusammenzufassen und schriftlich festzuhalten, um sie für später nachvollziehbar zu machen.

- Die Abfassung eines Zwischenberichts

In dieser Phase sichtet der/die BeobachterIn ein weiteres Mal alle Beobachtungs- und Besprechungsprotokolle und analysiert sie bezüglich der leitenden Forschungsfrage. Die Ergebnisse werden in Form eines Zwischenberichts der Seminargruppe vorgelegt und von dieser besprochen (vgl. Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 89).

- Die nochmalige Präsentation des Beobachtungsprotokolls in der Forschungsgruppe

Ausgewählte Beobachtungsprotokolle werden in einer neu entstandenen Forschungsgruppe nochmals gelesen und bearbeitet. Die veränderte

Zusammensetzung der Gruppe soll gewährleisten, dass „eingeschliffene Denk- und Interpretationsmuster nicht unbedacht weitergeführt werden und der Kreis jener Personen, die sich mit den Beobachtungsprotokollen kritisch befassen, ausgeweitet werden kann“ (Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 91).

- Die Analyse des Protokolls in Hinblick auf die leitende Forschungsfrage

Neben den Beobachtungsprotokollen werden ebenfalls die bereits entstandenen Besprechungsprotokolle herangezogen und hinsichtlich der leitenden Fragestellung bearbeitet.

- Das Verfassen von Besprechungsprotokollen

Ebenso, wie in der ersten Phase der Besprechung von Beobachtungsprotokollen in der Seminargruppe, werden auch in dieser zweiten Phase Besprechungsprotokolle angefertigt.

- Finale Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Die bislang angestellten Überlegungen werden zusammengefasst, ergänzt und zu Papier gebracht. Auf diese Weise entsteht ein Forschungsbericht, in dem „die Antwort auf die zentralen Forschungsfragen sowie die Herleitung und Begründung der damit verbundenen Geltungsansprüche nachgelesen werden können“ (Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 91).

- Veröffentlichung der Ergebnisse

Nach weiteren Arbeitsschritten und der Darlegung „in welchem Bezug das Erarbeitete zu bereits veröffentlichten Theorien (...) steht (...) und welchen Beitrag die erarbeiteten Forschungsergebnisse zur Weiterentwicklung von bestehenden Theorien leisten“ (ebd., 91), kommt es zur Veröffentlichung der Arbeit.

Im folgenden Kapitel wird auf die forschungsmethodische Vorgehensweise im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingegangen.

3.2 Die Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept

Die Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept, eine Modifizierung der Infant Observation, wurde in dieser Diplomarbeit als Forschungsmethode eingesetzt, wobei eine alte Frau mit Demenz in einem Pflegeheim beobachtet wurde, um Erkenntnisse über deren Alltagserleben und deren Beziehungserfahrungen zu erlangen.

Es wird nun auf die methodischen Arbeitsschritte im Rahmen dieser Diplomarbeit eingegangen, wobei dieses Kapitel relativ kurz gehalten wird, da sich zahlreiche Ausführungen wiederholen würden. Hierzu ist anzumerken, dass die Vorgehensweise

der Beobachterin den entsprechenden Darstellungen der Infant Observation im Forschungskontext entspricht, wie sie im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurde.

- Im Vorfeld der Beobachtungen

Vor dem Beginn des Forschungsprojekts nahm die Beobachterin⁷ an universitären Seminaren teil, welche die Vorbereitung auf das Forschungsprojekt „Lebensqualität im Pflegeheim“ zum Ziel hatten. Sie konnte einerseits ihr Wissen bezüglich psychoanalytischer Theorien, mittels Lektüre dementsprechender Literatur, vertiefen, das für die Teilnahme am Projekt unumgänglich war. Andererseits führte sie Probebeobachtungen in einem selbst ausgewählten Pflegeheim⁸ durch, um mit der Methode der Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept vertraut zu werden. Nach den Beobachtungen wurden Protokolle verfasst und in Kleingruppen besprochen.

7 Ich spreche von mir im weiteren Verlauf der Arbeit als Beobachterin oder Autorin. Die Distanz, die dadurch entsteht, erleichtert mir das Arbeiten mit den Beobachtungsprotokollen.

8 Die Bedingung für die Auswahl dieses Pflegeheims war, dass es nicht am Forschungsprojekt teilnahm.

- Durchführung der Beobachtungen

Nachdem die Projektleitung des Projekts „Lebensqualität im Pflegeheim“ die verantwortlichen Personen des Pflegeheims ausführlich über alle fachlichen und administrativen Belange in Kenntnis gesetzt hatte und die Vorgehensweise der Projektteilnehmerinnen geklärt war, konnte die Beobachterin schließlich nach einer telefonischen Anmeldung die zu beobachtende Pflegeheimbewohnerin in einem Anbahnungsgespräch kennenlernen. Eine Einverständniserklärung der zu beobachtenden Person bzw. deren SachwalterIn, die die Beobachtungen erst ermöglichte, wurde ebenfalls zu diesem Termin eingeholt.

Einige Tage später begannen die zwölf Beobachtungseinheiten, die wöchentlich erfolgten, jeweils eine Stunde dauerten und zu unterschiedlichen Tageszeiten stattfanden, um so einen umfassenden Einblick in den Alltag der Pflegeheimbewohnerin zu erlangen. Der Fokus während der Beobachtung war auf das Erleben der Pflegeheimbewohnerin gerichtet.

- Verfassen der Protokolle

Die Protokolle, die möglichst unmittelbar nach den Beobachtungen verfasst wurden, waren deskriptiv und narrativ zu halten. Um persönlichen Eindrücken und Beschreibungen Raum zu geben bzw. um zu einem besseren Verständnis der verschriftlichten Beobachtung beizutragen, wurde vereinbart, diese Bemerkungen ebenfalls anzuführen und dementsprechend zu kennzeichnen, im konkreten Fall waren diese daher kursiv zu schreiben.

- Bearbeitung der Protokolle

Bereits parallel zu den Beobachtungen wurden einzelne Beobachtungsprotokolle in der Gruppe mit einem, in der Methode geschulten, Leiter und einer Leiterin analysiert und besprochen. Um erarbeitete Thesen bezüglich des Erlebens und der Beziehungserfahrungen der beobachteten Person überprüfen und verfolgen zu können und um den Einstieg in eine weitere Diskussion zu erleichtern, wurden Besprechungsprotokolle angefertigt. Ergebnisse aus den ersten Protokollanalysen

sowie der weiteren Bearbeitung durch die Beobachterin selbst wurden in einem Zwischenbericht zusammengefasst, wobei psychoanalytische Literatur als theoretische Basis diente, um das Erleben von den PflegeheimbewohnerInnen besser nachvollziehen zu können (vgl. Amann, Datler, Seidl 2006, 7-8; Datler, Steinhardt, Trunkenpolz, Hover-Reisner 2008, 3-6).

- Nochmalige Bearbeitung der Protokolle

Die gesamten zwölf Protokolle wurden ein zweites Mal, in veränderter Gruppenzusammensetzung, besprochen.

In der Zweitlesung wurden Thesen aufgestellt bzw. überprüft und es wurden Themenkreise erarbeitet, die im Alltag der Pflegeheimbewohnerin von Bedeutung sind. Abermals kam es zum Verfassen von Besprechungsprotokollen, wobei die Besprechungen zusätzlich mit einem Diktiergerät aufgezeichnet wurden.

Die bereits geleistete Arbeit des Beobachtens und der zweimaligen Bearbeitung der Beobachtungsprotokolle dient nun als Basis für die weitere Analyse der Protokolle bezüglich der ersten leitenden Fragestellung.

Bevor allerdings „der Fall“ Frau Murauer fokussiert wird, wird im nächsten Abschnitt erläutert, inwiefern eine Einzelfallstudie Relevanz für den wissenschaftlichen Diskurs hat.

3.3 Relevanz der Einzelfallstudie

In der Psychoanalytischen Pädagogik haben Falldarstellungen eine lange Tradition. Dies dürfte mit einem psychoanalytischen Anspruch zusammenhängen, „dem auch in psychoanalytisch-pädagogischen Veröffentlichungen zu genügen versucht wird. Denn seit den Anfängen der Psychoanalyse stellt die Veröffentlichung und Diskussion von ‚kasuistischem Material‘ einen zentralen Aspekt des Präsentierens und Begründens von psychoanalytischen Überlegungen dar“ (Datler 2004b, 13).

Die Besonderheit einer Einzelfallstudie, die anders als etwa eine Falldarstellung, „auf

die wissenschaftliche Erkenntnis zielt“ (Fatke 1995b, 683), ist die Beschäftigung mit dem einzelnen Fall. Dies ermöglicht einen detaillierten Zugang zur Lebenswelt und den psychischen Prozessen einer Person. Hönigswald (1927 zit. nach Fatke 1995b, 682) konstatiert in Bezug auf Pädagogik: „Ein einziger, wirklich analysierter Fall eines pädagogischen Verhaltens ... hat für die Theorie der Pädagogik mehr wissenschaftlichen Wert als ein ganzes Heer statistischer Angaben über das Zusammenbestehen von Merkmalen und Reaktionsweisen.“

Um von Einzelaussagen zu wissenschaftlich relevanten Aussagen zu gelangen bzw. Wissenschaftlichkeit zu gewährleisten, muss das „Ergebnis der Fallanalyse zu den vorhandenen allgemeinen Wissensbeständen in Beziehung gesetzt werden“ (Fatke 1995b, 683). Dies geschieht, „um den Fall als einen typischen, exemplarischen auszuweisen, der eine wissenschaftlich-theoretische Erkenntnis sichtbar macht und die allgemeinen Wissensbestände bereichert (vgl. ebd., 683).

Die Erkenntnisse der vorliegenden Diplomarbeit, die eine Einzelfallstudie darstellt, werden mit bestehendem Wissen in Bezug gesetzt, „um zu prüfen, was am Fall aus diesen Wissensbeständen heraus erklärbar und was an ihnen aus diesem Fall heraus zu differenzieren und gegebenenfalls zu korrigieren ist. Die Fallstudie zielt also auf (Prüfung oder Erweiterung bestehender oder Gewinnung neuer wissenschaftlicher) Erkenntnis“ (Fatke 1995a, 677).

4 Das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer

Zu Beginn dieses Kapitels wird die beobachtete Person, die Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer, vorgestellt, wobei ihre typischen Verhaltensweisen beschrieben werden, damit ein Eindruck von ihr und ihres Alltags entstehen kann.

Danach werden ausgewählte Beobachtungsprotokollausschnitte anhand von Subfragen, die zur Beantwortung der leitenden Fragestellung (*Auf welche Art und Weise beeinflusst das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?*) führen, bearbeitet und analysiert.

Den Abschluss des Kapitels bildet die Beantwortung der Forschungsfrage.

4.1 Vorstellung der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer

Zu Beginn der Beobachtungen im Pflegeheim nimmt die Beobachterin einen Termin bei der Stationsleiterin wahr, um Organisatorisches zu klären. Noch bevor die Beobachterin die Gelegenheit hat, Frau Murauer kennenzulernen, wird sie von der Stationsleiterin über den Charakter und die nicht mehr vorhandenen Fähigkeiten von Frau Murauer in Kenntnis gesetzt. Sie könne einem Gespräch nicht mehr folgen und bewege sich nicht mehr selbstständig (vgl. Meindorfer 2008, Anbahnung/2/65). In der ersten Beobachtungsstunde wird von einer Pflegeperson erzählt, dass sie ausschließlich auf ihren Vornamen bzw. das „Du-Wort“ reagiert und deswegen auch dementsprechend angesprochen wird (vgl. Meindorfer 2008, Beob.1/4/195). Frau Murauer wird als gutmütige, liebe Person beschrieben, die offenbar aufgrund ihrer weit fortgeschrittenen Demenzerkrankung nicht mehr in der Lage ist, die Einverständniserklärung, die zur Durchführung der Beobachtung notwendig ist, selbst zu unterzeichnen, sondern nur noch fähig ist zu nicken und zu lächeln, und sich selten bewegt (vgl. Meindorfer 2008, Anbahnung/2/65). Die folgenden Ausschnitte sind dem Protokoll des Anbahnungsgesprächs entnommen. Die Beobachterin trifft sich zu einem vereinbarten Termin mit der Stationsleiterin und wird für ein Gespräch in deren Büro gebeten.

Wir setzen uns an einen Schreibtisch und sie eröffnet das Gespräch: „So, Sie haben die Frau Murauer, gelt?“ Ohne auf eine Antwort zu warten, fährt sie fort: „Frau Murauer kann nicht mehr selbst unterschreiben, sie nickt nur und lächelt, aber sie ist eine ganz Liebe und sie hat auch schon an einer anderen Studie teilgenommen. Ich werde unterschreiben“ (Meindorfer 2008, Anbahnung/2/65).

Anschließend gehen wir zu Frau Murauer in den Aufenthaltsraum, wobei mir die Stationsleiterin berichtet, dass Frau Murauer immer auf ihrem Platz sitzt und sich kaum bewegt (Meindorfer 2008, Anbahnung/2/79).

Eine Pflegerin macht die Beobachterin darauf aufmerksam, dass in dieser Stunde bei Frau Murauer voraussichtlich nicht viel zu sehen sei.

Sie fragt mich, ob ich diejenige bin, die jetzt immer zu Frau Murauer kommt. Als ich bejahe, erzählt sie mir, dass bei Frau Murauer jetzt nicht viel zu sehen sei. In der Früh sei sie gut behandelbar, aber jetzt werde sie voraussichtlich die ganze Stunde schlafen (Meindorfer 2008, Beob.1/2/85).

Im Zuge der Beobachtung einer Pflegehandlung gibt die ausführende Schwester eine Darstellung von Frau Murauer ab, die sie als „eine Spezielle“ zeigt, die durchaus ihren Unwillen ausdrücken kann.

Während Schwester Elfriede einen Schmutzwäschewagen und einen Müllwagen holt und ich sie begleite, erzählt sie mir, dass Frau Murauer eine ganz spezielle Frau ist. Man müsse sie zur richtigen Zeit erwischen, sonst lasse sie sich nicht waschen. Es komme schon einmal vor, dass sie zuschlägt und jegliche Pflege verweigert. Sie wäre halt eine richtige Wienerin (Meindorfer 2008, Beob.4/1/27).

Nach diesen Beschreibungen Frau Murauers durch das Pflegepersonal, folgt nun der Eindruck der Beobachterin, der im Zuge der zwölf Beobachtungsstunden gewonnen wurde.

Frau Murauer ist ca. 80 Jahre alt, schlank und relativ groß gewachsen. Sie hat kurzes hellgraues Haar und trägt meist eine große, dunkel gerahmte Brille mit dicken Gläsern. Ihr Gesicht ist länglich, sie hat kleine Augen, eine wohlgeformte Nase und

schmale Lippen, der Ausdruck ihres Gesichtes wirkt freundlich und offen (vgl. Meindorfer 2008, Beob.1/1/30).

Für die Beobachterin ist, aufgrund der Wahrnehmungen, die sie in den zwölf Beobachtungsstunden gesammelt hat, Frau Murauer allem Anschein nach eine Person, die dem Leben gegenüber eher positiv eingestellt, kontaktfreudig und offen für Neues gleichzeitig jedoch auch mit schmerzlichen Gefühlen konfrontiert ist. Aufgrund ihrer Demenzerkrankung ist sie aber, allem Anschein nach, nicht (mehr) in der Lage, gewisse Eindrücke auf kognitiver Ebene zu verarbeiten bzw. die Vorgänge in ihrem Inneren zu artikulieren. Wie die Beobachterin zu diesem Eindruck bezüglich des Wesens von Frau Murauer gelangt ist, wird beim Lesen des Kapitels klarer werden.

In beinahe jedem Protokoll sind einige Situationen zu finden, in denen Frau Murauer lächelt. Wäre Lächeln immer ein Ausdruck der Freude, wäre dieser Umstand für sich noch nichts Besonderes. Lächeln kann aber auch, um nur ein Beispiel zu nennen, Verlegenheit ausdrücken. Besonders auffällig ist, dass Frau Murauer oft lächelt, nachdem sie angesprochen bzw. berührt wird, was zwei kurze, aber typische Protokollausschnitte veranschaulichen. Der erste Ausschnitt zeigt die Begrüßung der Beobachterin zu Beginn einer Beobachtungsstunde und steht für viele Begrüßungen und Verabschiedungen zwischen Frau Murauer und der Beobachterin, die auf sehr ähnliche Weise verlaufen sind. So hat Frau Murauer meist mit Lächeln, oft auch mit einer Berührung reagiert, wenn sie von der Beobachterin angesprochen wurde.

Ich gehe zu Frau Murauer, beuge mich etwas zu ihr, begrüße sie und sage ihr, dass ich ihr wieder für eine Stunde zusehen werde, sofern es ihr recht ist. Während wir einander die Hand geben und sie meine Hand kräftig in der ihren hält, strahlt sie mich nickend an und sagt: „A`so, jo jo“ (Meindorfer 2008, Beob.3/1/39).

Der nächste Ausschnitt zeigt die Kontaktaufnahme einer Bewohnerin des Pflegeheims mit Frau Murauer.

Sie greift Frau Murauer am Oberarm an und spricht mit ihr, wobei sie sich beim Artikulieren der Wörter sehr anzustrengen scheint. Ich kann kein Wort von dem,

was sie sagt, verstehen. Frau Murauer schaut sie an und lächelt. Die Bewohnerin schaut grimmig drein, sie lässt Frau Muraus Arm los, bleibt vor ihr stehen und sagt laut: „Ich weiß nicht, wer das war.“ Frau Murauer lächelt wieder und nickt (Meindorfer 2008, Beob.2/5/197).

Frau Murauer wird von einer anderen Bewohnerin berührt und in unverständlicher Sprache angesprochen, worauf Frau Murauer Blickkontakt aufnimmt und lächelt. Sie versucht vielleicht eine adäquate Form zu finden, um auf die Bewohnerin zu reagieren, sie zu beschwichtigen, nachdem sie „grimmig“ schaut. Es gelingt ihr aber nicht, auf ein Gespräch einzugehen, denn auf den verständlich artikulierten Satz der Bewohnerin reagiert sie wieder mit einem Lächeln.

Ebenfalls charakteristisch für Frau Murauer ist, dass sie sich mit den Dingen in ihrer nächsten Umgebung beschäftigt. Da sie sich nicht selbstständig von ihrem Platz im Aufenthaltsbereich wegbewegt, muss sie mit den Dingen vorlieb nehmen, die vom Pflegepersonal auf ihrem Tisch platziert werden. Oftmals sind dies Gegenstände wie Geschirr, von dem sie gegessen hat, Servietten oder eine Zeitung. Die folgenden Protokollausschnitte sind in einer Beobachtungseinheit nach dem Abendessen im Pflegeheim entstanden und zeigen dies sehr anschaulich.

Sie (Frau Murauer; Anm. d. Verf.) schiebt den Teller etwas von sich weg, nimmt ihren Becher in die Hand und schüttet den letzten Rest des Saftes auf den Teller. Sie stellt den Becher auf den Teller, nimmt auch die Gläser, die in der Mitte des Tisches stehen und stellt sie neben den Becher. Sie nimmt die Serviette, die neben dem Teller liegt und reißt sie langsam und vorsichtig in zwei Teile (Meindorfer 2008, Beob.2/4/147).

Nachdem Frau Murauer ihren Sitznachbarn, der sie danach fragt was sie denn da mache, davon abhält die Serviettenstücke zu nehmen, schiebt sie sie unter einen Teller. Wenig später jedoch beschäftigt sie sich wieder damit.

Frau Murauer hebt den Teller etwas auf und holt die Serviettenstücke wieder hervor. Sie ordnet sie nebeneinander an, legt sie übereinander und schiebt sie wieder unter den Teller (Meindorfer 2008, Beob.2/5/213).

Im Anschluss an diese Sequenz ermüdet Frau Murauer, schließt für einige Zeit die Augen und sitzt reglos auf ihrem Sessel. Kurz darauf jedoch:

Frau Murauer öffnet wieder die Augen und zieht das Serviettenstück unter dem Glas hervor. Sie legt das Stück auf das Glas und streift die überstehenden Teile der Serviette über den Rand. Sie hält das Glas so, dass das Serviettenstück gespannt über der Öffnung des Glases bleibt, atmet tief ein und aus und schließt wieder die Augen (Meindorfer 2008, Beob.2/6/251).

Nach bzw. zwischen diesen Phasen der Beschäftigung war oftmals eine Phase zu beobachten, die als eine Art Dämmerzustand beschrieben werden kann. Dabei sitzt sie mit geschlossenen Augen auf ihrem Sessel und führt dabei stereotyp wirkende Bewegungen aus. Im nächsten Ausschnitt sind diese Bewegungen vor und während des Dämmerzustands zu sehen.

Frau Murauer stützt sich mit dem rechten Arm am Tisch ab, hat die linke Hand unter dem Tisch und ist nach vorne gebeugt, wodurch sie ganz schief dasitzt. Mit angespannten, konzentrierten Gesichtsausdruck sieht sie in die Zeitung. Sie wippt etwas mit dem Oberkörper und sagt etwas, das ich nicht verstehe. Ihre linke Hand bewegt sich unter dem Tisch, sodass ihr ganzer Körper sich mit bewegt. Ich lehne mich etwas nach unten und sehe, dass ihre linke Hand mit schnellen, stereotyp wirkenden Bewegungen ihr rechtes Knie streichelt. Frau Murauer schließt kurz die Augen, öffnet sie wieder und schließt sie dann für ca. 10 Minuten, wobei sie währenddessen ihr Unterkiefer immer wieder vor und zurück schiebt und die Lippen dabei „mümmelnd“, mit geschlossenem Mund, bewegt (Meindorfer 2008, Beob.1/2/56).

Frau Murauer kann jedoch rasch aus diesem Zustand geweckt werden und ist dann sofort wieder zugänglich für ihre Umwelt. Sie ist in der Lage in die wache Welt „zurückzukehren“ und hat allem Anschein nach auch den Willen, sich den Anforderungen, die auf sie zukommen, zu stellen, was der nächste Ausschnitt veranschaulicht.

Die Pflegerin geht zu Frau Murauer, berührt sie am Oberarm und flüstert ein „Hallo“. Frau Murauer erwacht schlagartig aus ihrer Lethargie, öffnet die Augen sehr weit und schaut die Pflegerin lächelnd an. Die Pflegerin fragt sie, ob sie etwas zu trinken möchte und vielleicht einen Apfel. Frau Murauer strahlt die Pflegerin an, nickt ausladend und sagt: „Ja...ja“ (Meindorfer 2008, Beob.1/2/91).

Die Phasen des Versinkens in die innere Welt, der Rückzug auf sich selbst, könnte regenerativen Charakter haben, während das Verweilen in der äußeren Welt von einem offenen und neugierigen Zugehen auf immer wieder veränderte und fremde Situationen geprägt zu sein scheint.

Typisch für Frau Murauer ist auch, dass sie trotz ihrer eingeschränkten Möglichkeiten immer wieder versucht, Kontakt aufzunehmen. Folgende Protokollausschnitte zeigen, auf welche Versuche Frau Murauer unternimmt, mit den Menschen in ihrer Umgebung in Beziehung zu treten. Frau Murauer ist meist darauf angewiesen, dass sich ihr jemand zuwendet, da sie sich, wie weiter oben erwähnt, nicht von sich aus von ihrem Platz wegbewegt. Zwei Herren, deren Stammplatz ebenfalls der Tisch ist, an dem auch Frau Murauer sitzt, sind die Einzigen, die auch längere Zeit in ihrer unmittelbaren Nähe verweilen. Die erste Sequenz zeigt den sehr eindringlichen

Versuch von Frau Murauer, mit ihrem Tischnachbarn Kontakt aufzunehmen, wobei sie ihn berührt und ihn auf adäquate Weise danach fragt, wo er hingeht.

Herr Reiser rutscht unruhig auf seinem Sessel hin und her und murmelt irgendetwas, das ich aber nicht hören kann. Er steht auf und schickt sich an zu gehen. Frau Murauer ergreift seinen Arm, schaut ihn mit weit aufgerissenen Augen an und fragt ihn, wo er denn jetzt hinschaut. Er meint, dass er mit dem Chef sprechen müsste und geht in Richtung Schwesternstützpunkt weg. Frau Murauer nickt lächelnd und beginnt wieder Kaffee aus der Tasse zu löffeln (Meindorfer 2008, Beob.7/1/32).

Im nächsten Ausschnitt ist zu sehen, wie Frau Murauer die Pflegerin richtiggehend auffordert, bei ihr zu bleiben, um mit ihr Kaffee zu trinken. Sie lädt sie zu sich ein und zeigt dies auf verbale und gestische Weise, indem sie die Pflegerin berührt und mit dem Kinn auf den Kaffee zeigt, den sie ihr anbietet.

Die blonde Pflegerin mit den zusammengebundenen Haaren kommt zu Frau Murauer, sagt „Hallo Elli“ zu ihr, schiebt die Zeitung mit dem darauf liegenden Buch und der darunter liegenden Serviette zur Seite und stellt eine Tasse mit Kaffee und eine kleine Glasschüssel mit Apfel- und Bananenstücken auf den Tisch. Frau Murauer berührt die Pflegerin am Oberarm, hält sie kurz fest und meint: „Kumm her, bleib do.“ Die Pflegerin lächelt Frau Murauer an und sagt ihr, dass sie jetzt leider zu tun hätte. Frau Murauer zeigt, indem sie das Kinn in diese Richtung bewegt, auf die Kaffeetasse, lächelt und schaut die Pflegerin wieder an, worauf diese ihr erklärt: „Ich hab schon Kaffee getrunken, das gehört dir.“ Frau Murauer nickt und wendet sich den Obststücken zu (Meindorfer 2008, Beob.3/2/59).

Frau Murauer möchte offensichtlich Zweisamkeit herstellen und hat möglicherweise das Verlangen nach einer Beziehungserfahrung, die Geborgenheit und Nähe gibt. In den vorangegangenen Protokollausschnitten sind die Versuche von Frau Murauer nicht geglückt, sie war nicht in der Lage, eine befriedigende Beziehung herzustellen. Die Interaktions- und Beziehungserfahrungen Frau Murauers werden in einem der folgenden Kapitel ausführlich behandelt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass unter anderen ein Charakteristikum von Frau Murauer ohne Zweifel ihr Lächeln ist, das anscheinend ihrer offenen, freundlichen Persönlichkeit entspricht. Vermutlich muss dem Lächeln aber mehr Bedeutung zugemessen werden, denn es kann ebenso Ausdruck von Verlegenheit oder Scham sein. Gleichfalls typisch für sie ist einerseits ihr Interesse an der Umwelt, seien es die Gegenstände in ihrer nächsten Umgebung, mit denen sie sich beschäftigt, oder die Menschen, mit denen sie versucht in Kontakt zu treten, andererseits eine Art Dämmerzustand, in dem sie sich oft selbst berührt.

4.2 Analyse von Beobachtungsprotokollausschnitten hinsichtlich der Subfragen

In diesem Kapitel werden vier aufeinander aufbauende Subfragen bearbeitet, die erforderlich sind, um die erste leitende Forschungsfrage adäquat beantworten zu können. Die Fragen stellen zugleich die Überschriften der Unterkapitel dar und lauten:

- Auf welche Weise erlebt Frau Murauer allem Anschein nach ihre Demenz?
- Welche Handlungen setzt Frau Murauer aufgrund des Erlebens von Demenz?
- Welche Interaktions- und Beziehungserfahrungen macht Frau Murauer mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?
- Welchen Einfluss haben diese Erfahrungen darauf, wie Frau Murauer Demenz erlebt?

4.2.1 Auf welche Weise erlebt Frau Murauer allem Anschein nach ihre Demenz?

Dieser Frage geht die Annahme voraus, dass Menschen mit Demenz, wie Frau Murauer, auch in der Lage sind, Demenz zu erleben. Da Menschen mit Demenz oftmals abgesprochen wird überhaupt wahrzunehmen, dass sie an Demenz leiden, bedarf es einer Rechtfertigung dieser Annahme.

Bei der Studie SUWADEM (Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium) wurde anhand von 25 Interviews mit Menschen mit Demenz und deren Angehörigen festgestellt, dass die fehlende Krankheitseinsicht bei den Betroffenen „überwiegend auf psychologische (z.B. internalisierte Altersstereotypen) und soziale Faktoren (z.B. undifferenzierte Krankheitstheorie der Bezugspersonen) zurückzuführen“ (Stechl, Lämmer, Steinhagen-Thiessen, Flick 2007, 71) ist und nicht, wie vielfach angenommen wird, auf kognitiven Abbauprozessen beruht. Die Ergebnisse der Studie „zeigten, dass alle Interviewten kognitive und funktionelle Defizite wahrgenommen haben“ (ebd., 73). Weiters wird angeführt, dass sogar der Schweregrad der Demenz bei der psychisch bedingten Krankheitsverleugnung, die ein Erkennen der Demenz voraussetzt, keine Rolle spielt (vgl. ebd., 76).

Kitwood (2008, 95) legt dar, dass es eindeutige Beispiele für „eine Wiederherstellung geistiger Funktionen` bzw. eine meßbare Erholung scheinbar verlorengegangener Kräfte“ bei Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz gibt. Es zeigen sich auch kurze „Episoden scheinbarer Wachheit und klarer Kommunikation“ (ebd., 97). Dies könnte einerseits mit Interventionen aus dem sozialen Umfeld zusammenhängen und andererseits darauf zurückzuführen sein, dass „selbst ein schwer geschädigtes Gehirn unter Umständen über mehr Reserven und Flexibilität verfügt, als gemeinhin behauptet wird“ (ebd., 97). Das Wissen um die Möglichkeit der Wiederherstellung kognitiver Fähigkeiten, sei es auch nur für kurze Zeiträume, verleiht Betroffenen nachweisbar die Fähigkeit, Demenz wahrzunehmen respektive zu erleben.

An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass bei allen Menschen mit Demenz zu jedem Zeitpunkt die Fähigkeit vorhanden ist, die eigene Demenz wahrzunehmen, doch genauso wenig kann verleugnet werden, dass es möglich und oftmals sogar wahrscheinlich ist. Denn obwohl niemand mit Gewissheit sagen kann, was in einem anderen Menschen vorgeht, was er denkt oder wie er empfindet, so muss gerade bei Menschen mit

Demenz angenommen werden, dass mehr emotionale oder geistige Vorgänge im Inneren passieren als nach außen kommuniziert werden können (vgl. Mace, Rabins 2001, 62-65; Baer 2007, 67-149; Bell, Troxel 2007, 20; Kitwood 2008, 91-98).

Die Bearbeitung der Beobachtungsprotokolle lässt darauf schließen, dass auch Frau Murauer die Demenz wahrnimmt und auf individuelle Weise erlebt. Der folgende Protokollausschnitt veranschaulicht exemplarisch, wie es zu der Annahme kommt, dass sie ihre Demenz wahrnimmt. Er zeigt eine Situation, in der ein Pflegeheimbewohner Frau Murauer nach dem Datum fragt.

Herr Reiser (Ein Pflegeheimbewohner; Anm. d. Verf.) nickt, geht zu Frau Murauer und fragt auch sie ein weiteres Mal nach dem Datum. Frau Murauer lacht, dann fragt sie: „Wos?“. „Na ist heut der Zweite?“ „Jo.“ „Bist da sicher?“ „Jo, jo.“ (...) Kopfschüttelnd meint er zu Frau Murauer: „Der Siebente is heut, siebenter August, das haben die drinnen gesagt, die werden´s ja wissen, da sitzen ja einige beieinander“ Frau Murauer sieht ihn an, lacht und sagt: „Jo, i waß eh“. Herr Reiser schaut sie lange an, dann meint er: „Ja, aber wie kommst auf den Zweiten, der Siebente ist heut.“ Frau Murauer lacht wieder und erwidert erneut: „Jo jo eh.“ (Meindorfer 2008, Beob.12/2/82).

Frau Murauer kann offensichtlich keine adäquate Antwort auf die Frage nach dem Datum geben. Sie lacht erst, versucht dadurch die Situation zu überspielen und antwortet schließlich „Jo“, um zu verbergen, dass sie nicht in der Lage ist, eine richtige Antwort zu geben. Wahrscheinlich fühlt sich Frau Murauer unzulänglich und schämt sich, weil sie nicht angemessen antworten kann oder nicht versteht, was von ihr verlangt wird. Besonders deutlich wird dies, als sie auch bei der zweiten und dritten Frage des Pflegeheimbewohners lacht und anschließend „Jo, i waß eh“ bzw. „Jo Jo eh“ antwortet. Frau Murauer versucht offensichtlich, ihre Demenz mit Lachen und scheinbar passenden Phrasen zu kaschieren, wobei diese Handlung, wie weiter oben erwähnt, ein Erkennen der eigenen Unfähigkeit, adäquat zu antworten, voraussetzt. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass Frau Murauer in der Lage ist, ihre Demenz wahrzunehmen und somit auch zu erleben.

Nachdem die Berechtigung der Annahme, Frau Murauer erlebt Demenz, geklärt wurde, wird nun auf die oben stehende Frage eingegangen.

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben, ist Frau Murauer eine Frau, die oftmals lächelt, im wachen Zustand oftmals offen und neugierig ist und häufig in eine Art Dämmerzustand verfällt. Doch in welcher Weise sind diese Zuschreibungen

hilfreich für die Beantwortung der oben stehenden Frage?

Wie Frau Murauer Demenz erlebt, hängt in einem nicht unerheblichen Maße von ihrer Persönlichkeit bzw. den individuellen psychischen Strukturen ab (siehe Kapitel 2.3), die im Laufe ihres Lebens entstanden sind. Bowlby Sifton (2008, 117) erläutert hierzu: „Wie jeder Mensch einzigartig ist, ist die Demenzerfahrung eines jeden Menschen einzigartig. Dazu kommt, dass viele der im Laufe eines Lebens erworbenen Fertigkeiten und Angewohnheiten bestehen bleiben, ungeachtet der durch Gehirnschädigung verursachten Ausfälle.“ Das Erleben der Demenz des Individuums Frau Murauer kann daher einzig durch einen genauen Blick auf ihren Alltag respektive auf die Beobachtungsprotokolle erschlossen werden.

Der folgende Beobachtungsprotokollausschnitt zeigt eine Situation am Vormittag im Aufenthaltsbereich des Pflegeheims, wo Frau Murauer jeden Tag sitzt. Frau Murauer bekommt von einer Pflegerin eine Jause, die aus einem Orangensaft und Apfelspalten besteht. Erst sieht sie sich das Gebrachte neugierig an, beginnt etwas Saft zu trinken und wird anschließend vom Geschehen im Raum abgelenkt. Sie beobachtet einen Herrn, der herum geht und sich wenig später zu einem anderen Tisch setzt.

Als er sich hinsetzt, nimmt Frau Murauer das Glas und trinkt in einem Zug den restlichen Saft aus. Sie stellt es auf den Tisch zurück, behält es in der Hand, hebt es gleich wieder auf und „trinkt“ aus dem leeren Glas. Sie hält das Glas anschließend direkt vor ihr Gesicht und schaut es aufmerksam an, dann „trinkt“ sie wieder daraus. Sie stellt das Glas auf den Tisch, schüttelt den Kopf und sagt: „A´so.“ Sie hält das Glas wieder vor ihr Gesicht, betrachtet es ausführlich von außen und innen und stellt es auf den Tisch. Dies wiederholt sie einige Male (...). Frau Murauer (...) wendet sich den Apfelspalten zu. Sie nimmt eine Spalte in die Hand, hält sie direkt vor ihr Gesicht und sieht sie sich an. Sie nimmt die Apfelspalte in beide Hände, wobei sie sie zwischen den Fingern hält und beginnt zu essen. Sie beißt ganz kleine Stückchen ab und kaut relativ lange darauf herum. Sie wirkt sehr konzentriert und es sieht so aus, als würde sie einen Maiskolben abnagen. Sie isst insgesamt 3 Spalten auf die gleiche Weise. Vom dritten Stück isst sie erst nur die Hälfte und schmeißt die andere Hälfte in das Glas. Sie nimmt das Glas in die Hand und schüttet das Apfelstück in die Handfläche der anderen Hand, dann isst sie das Stück auf. Sie schaut in die Zeitung, wobei ihr die Augen gleich wieder zufallen. Ein paarmal reißt sie die Augen auf und richtet sich dabei etwas auf als kämpfe sie mit dem Schlaf. Sie lässt die Augen nun geschlossen. Ihre Hände liegen auf dem Tisch und Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand streichen ruckartig am Handrücken

der linken Hand hin und her. Ihr ganzer Körper wippt, kaum merklich, mit der Bewegung der Hand mit. So bleibt sie einige Minuten sitzen (Meindorfer 2008, Beob.1/3/138).

In dieser Sequenz ist zu sehen, dass Frau Murauer die Jause zwar als solche wahrnimmt, sie aber jedes Objekt genau betrachtet bzw. erkundet. Das Trinken aus dem leeren Glas, das in anderen Beobachtungseinheiten ebenfalls zu sehen war, könnte darauf hinweisen, dass das Trinken ein automatisierter Vorgang ist, sie jedoch nicht erkennt, wann sich kein Saft mehr im Glas befindet. Sie schaut sich das Glas genau an und muss sich durch Wiederholungen davon überzeugen, dass es leer ist. Die Apfelspalten erkundet sie ebenso ausführlich, bevor sie sie isst. Sie nimmt sie in beide Hände und beißt kleine Stücke ab, als ob sie sich erst vergewissern müsste, dass es sich um etwas Essbares handelt. Sie isst einige Apfelspalten, bevor sie das Glas wieder in ihr Tun miteinbezieht und eine Apfelspalte hinein wirft. Im Zuge der Beobachtungsprotokollbesprechungen wurde diese Sequenz, in der sie das leere Glas befüllt, damit verglichen, dass sich Frau Murauers Verstand immer mehr „leert“ und vielleicht der unbewusste Wunsch in ihr entsteht, diesen wieder mit Inhalt zu „füllen“. Die Beschäftigung mit dem Essen und das Ausführen der zwar alltäglichen, aber offensichtlich nicht mehr ganz vertrauten Tätigkeit, ermüdet sie sehr stark und könnte auch frustrierenden Charakter für sie haben. Sie schließt die Augen und beginnt sich selbst zu berühren, wobei sie mit zwei Fingern den Handrücken der anderen Hand streichelt und dabei mit dem ganzen Körper wippt. Dieses Verhalten lässt darauf schließen, dass sie sich durch den Rückzug auf ihren eigenen Körper Sicherheit und Halt erhofft, die ihr Intellekt nicht mehr imstande ist ihr zu geben. Sie versucht, vielleicht unbewusst, in diesem Dämmerzustand neue Kraft zu schöpfen, um mit dem körperlichen und kognitiven Abbau, der mit der Demenz einhergeht, fertig zu werden. Frau Murauer erlebt allem Anschein nach die Auswirkungen der Demenz als einen Zustand, der ihr abverlangt, immer wieder Neues kennenlernen zu müssen. Selbst vermeintlich bekannte Situationen wie das Essen werden zu einem herausfordernden Erlebnis, das Konzentration und Motivation erfordert.

Die Betätigung mit dem Essen oder mit Dingen in ihrem nächsten Umfeld ist zwar einerseits Kräfte raubend für Frau Murauer, andererseits bietet sie ihr die Möglichkeit, beschäftigt zu sein bzw. so zu wirken. Immer wieder war zu beobachten,

dass sie durch die Beschäftigung mit Dingen in ihrem Umfeld auch versucht, fehlende Fähigkeiten aufgrund der Demenz zu verbergen. Ein Beispiel dafür stellt der nächste Ausschnitt dar, der einen Teil einer Stunde am Nachmittag im Aufenthaltsraum des Pflegeheims beschreibt. Frau Murauer sitzt an ihrem Platz und vor ihr auf dem Tisch steht eine Pappschachtel, mit deren Inhalt sie sich beschäftigt, bis sie von einer Pflegeperson zu einer anderen Handlung aufgefordert wird.

In der Pappschachtel befinden sich verschiedenste kleine Tierfiguren aus Plastik. Der Boden der Schachtel ist ausgelegt mit einer ausgebreiteten Serviette, die über die rechte Seite der Schachtel hinausragt. Frau Murauer hat beide Unterarme am Tisch, neben der Schachtel, liegen und blickt mit zusammengekniffenen Augen hinein. Sie macht ein ernstes Gesicht und wirkt sehr konzentriert. Sie greift in die Schachtel und schiebt einzelne Figuren in der Schachtel herum. Sie begleitet ihr Handeln mit für mich unverständlichen Worten. Sie blickt kurz auf, schaut zuerst zu Herrn Bieler, dann zu mir und beginnt wieder die kleinen Figuren in der Schachtel herumzuschieben.

(...) Schwester Elfriede fordert nun die BewohnerInnen auf, die Arme zu heben und Übungen mit den Händen zu machen. (...) Schwester Elfriede kommt nun zu Frau Murauer und spricht sie an: „Anna, Hallo! Komm mach auch mit!“ Sie nimmt die Hände von Frau Murauer und versucht, sie ebenfalls in die Höhe zu ziehen. Frau Murauer lacht zuerst, schaut dann aber böse und wehrt sich gegen Schwester Elfriedes Vorhaben. Schwester Elfriede hält inne, lässt die Hände von Frau Murauer aus, beugt sich zu ihr und sagt in ruhigerem Ton: „Na geh Anna, tu die Hände in die Höh, mach auch mit!“ Sie ergreift die Hände von Frau Murauer wieder und beide lachen. „So und jetzt zähl ma bis 10, eins...“. Frau Murauer zieht ihre Hände mit den Worten „Jo, waß i eh“ wieder zurück. (...) Frau Murauer schaut wieder in ihre Schachtel und schiebt die kleinen Figuren hin und her, dabei sagt sie: „So so...da her so soda und da her.“ (Meindorfer 2008, Beob.5/1/34).

Frau Murauer wirkt bei der Beschäftigung mit den Figuren in der Schachtel zufrieden. Sie kann in ihrem eigenen Tempo und nach ihrer eigenen Vorstellung etwas tun, das ihr womöglich auch angenehme Gefühle bereitet. Als die Schwester, die offensichtlich versucht, einige PflegeheimbewohnerInnen zu gymnastischen Übungen zu motivieren, zu Frau Murauer kommt, um auch sie teilhaben zu lassen, wird diese aus ihrer Beschäftigung gerissen. Als die Pflegerin Frau Muraurs Hände ergreift, lacht diese zwar erst, schaut dann aber böse und beginnt sich zu wehren. Als die Pflegerin die Hände von Frau Murauer loslässt, sie in ruhigem Ton anspricht und die Hände wieder ergreift, lacht Frau Murauer wieder. Sobald aber die Aufforderung erfolgt, bis zehn zu zählen, zieht sie die Hände wieder zurück. Sie ist

mit dem Auftrag allem Anschein nach überfordert und versucht diese Überforderung, die wahrscheinlich von dem Gefühl der Scham begleitet wird, mit „Jo, waß i eh“ zu verbergen. Sie blickt danach wieder in ihre Schachtel und schiebt die kleinen Figuren herum. Die Beschäftigung mit den Dingen, die unmittelbar in ihrer Nähe sind, dürfte ihr einerseits ein Gefühl der Sicherheit bescheren, andererseits kaschiert sie damit ihr Unvermögen, an der Übung teilzunehmen und verhindert somit auch, bloßgestellt zu werden.

Ein weiteres Beispiel dafür, wie Frau Murauer Demenz erlebt, ist folgende Sequenz, in der sie sich einerseits mit einer Zeitung beschäftigt, andererseits aber Kontakt zu einem Pflegeheimbewohner herstellen möchte. Dem Ausschnitt geht eine Szene voraus, in der eine Pflegeperson mit Frau Murauer in Beziehung tritt und sie nach einiger Zeit wieder verlässt.

Frau Murauer schaut ihr (der Pflegeperson; Anm. d. Verf.) lange nach und wendet sich dann der Zeitung zu. Sie führt den Zeigefinger zu einer Schlagzeile, blickt sehr konzentriert und beginnt zu lesen: „Pr...Pr...Prozess...Pro...Prozess Praff“. Sie schaut auf zu Herrn Bieler, der ihr zusieht. Sie beginnt mit ihm zu sprechen, doch sind es unzusammenhängende Wortketten durchsetzt mit verständlichen Worten, sodass weder ich noch Herr Bieler etwas verstehen. (...) Als Herr Bieler nicht antwortet und Frau Murauer nur mit offenem Mund anschaut, blickt sie wieder in die Zeitung und liest dieselbe Überschrift laut vor: „Pro...Pr...Prozess umPr... um Gift...Praff...Praff..“. Sie sagt dann zu Herrn Bieler gewendet: „Na, Praff... (unverständlich)...bei uns net... (unverständlich)...daham...(unverständlich)“. Sie redet so einige Zeit weiter, wobei sie Herrn Bieler ansieht, und dazu abwechselnd lächelt, lacht, die Schultern hebt und den Kopf schüttelt. Herr Bieler schaut Frau Murauer erst wieder zu, wendet sich dann aber ab und richtet seinen Blick in den Aufenthaltsraum. Frau Murauer betrachtet darauf stumm die Zeitung (Meindorfer 2008, Beob. 3/4/192).

Nachdem die Pflegeperson gegangen ist, blickt Frau Murauer ihr nach und widmet sich danach der Zeitung zu. So weit scheint dies noch nichts Besonderes zu sein, doch wenn davon ausgegangen wird, dass das Weggehen der Pflegeperson vielleicht mit Verlustgefühlen oder mit Gefühlen der Unsicherheit verbunden ist, dann ist die Zeitung für Frau Murauer ein „Rettungsanker“, an dem sie sich festhalten kann, um nicht von negativen Emotionen „weggerissen“ zu werden. Der Wunsch, mit einer anderen Person in Kontakt zu treten, dürfte sehr stark sein, denn sie wendet sich einem anderen Pflegeheimbewohner, Herrn Bieler, zu und versucht sich mit ihm

zu unterhalten. Als dieser sie jedoch nicht versteht, wendet sie sich erneut der Zeitung zu und versucht nun, mit Hilfe dieser mit ihrem Tischnachbarn ein Gespräch zu forcieren.

In dieser Situation ist auch das typische Lachen bzw. Lächeln von Frau Murauer zu bemerken, welches hier ganz offensichtlich ein Zeichen für Verlegenheit ist sowie allem Anschein nach einen Versuch darstellt, positive Resonanz zu erhalten. Sie dürfte einerseits merken, dass es ihr nicht gelingt, eine adäquate verbale Interaktion entstehen zu lassen, andererseits könnte ihr auch bewusst werden, nicht mehr zum Lesen einer Zeitung im Stande zu sein. Beides sind Fertigkeiten, die im alltäglichen Leben einen hohen Stellenwert haben und deren Verlust belastende Gefühle der Scham, der Trauer oder der Wut nach sich ziehen können.

Als Herr Bieler schließlich die missglückte Interaktion beendet und seinen Blick in den Aufenthaltsbereich richtet, blickt Frau Murauer stumm in die Zeitung. Die Zeitung dürfte ihr bei all den belastenden, bedrohlichen Emotionen, denen Frau Murauer in diesem Ausschnitt ausgesetzt ist Halt und Sicherheit geben, bei den Verlustgefühlen als die Pflegeperson sie verlässt, bei Gefühlen der Verlegenheit, der Unzulänglichkeit und der Scham nach bzw. bei dem Versuch, mit Herrn Bieler zu kommunizieren sowie beim Versuch zu lesen und schließlich bei Gefühlen des Versagens und der Trauer, nachdem alle Versuche fehlgeschlagen sind und Herr Bieler sich abwendet.

4.2.1.1 Zusammenfassung

Wie also erlebt Frau Murauer Demenz? Augenscheinlich erlebt Frau Murauer Demenz als einen Zustand, der ihr abverlangt, immer wieder mit unbekannten Situationen, Dingen und Personen konfrontiert zu sein. Sie dürfte belastende und bedrohliche Gefühle, wie Angst, Unsicherheit, Scham, Verlegenheit verspüren, doch nutzt sie auch eigene Strategien, die es ihr ermöglichen, diese Gefühle für kurze Zeit zu regulieren. Scheinbar trotz sie den Widrigkeiten der Krankheit, denn sie setzt immer wieder Handlungen, die in ihrer offenen, neugierigen Persönlichkeit und ihren psychischen Strukturen fußen, die trotz der Demenz erhalten geblieben sind. Sie beschäftigt sich mit Dingen in ihrer nächsten Umgebung, die ihr Sicherheit, Halt und Struktur geben, sie lässt die Nahrungsaufnahme zu einem explorativen Moment

werden und versucht, mit anderen Personen in Beziehung zu treten.

Durch die Analyse der Beobachtungsprotokolle wird jedoch deutlich, dass dieses Bemühen, mit Anderen Beziehung herzustellen Kräfte raubend und frustrierend ist. Gefühle der Scham und der Unsicherheit sind immer wieder präsent. Sie wird damit konfrontiert, dass ihre Welt immer mehr zerfällt, was wiederum Hilflosigkeit und Trauer zur Folge hat. Oftmals erlebt sie sich selbst als unzulänglich und ist gezwungen, von vielen Fähigkeiten Abschied zu nehmen. Dieses Empfinden äußert sich in den häufig beobachteten Situationen, in denen Frau Murauer versucht, ihre Demenz zu kaschieren oder in eine Art Dämmerzustand verfällt, sich auf ihren eigenen Körper zurückzieht und stereotyp wirkende Handlungen durchführt. Es gelingt ihr aber kaum, selbstständig angenehme bzw. wohltuende Gefühle herbeizuführen.

4.2.2 Welche Handlungen setzt Frau Murauer aufgrund des Erlebens von Demenz?

Eine Handlung bzw. Verhaltensweise, die bei Frau Murauer immer wieder zu beobachten war, ist ihr Lächeln. Wie bereits angedeutet wurde, kann es nicht nur als Zeichen der Freude verstanden werden, sondern auch als Ausdruck von Gefühlen der Verlegenheit oder Scham, die aufgrund des Erlebens von Demenz präsent werden. Der folgende Beobachtungsprotokollauschnitt wird dies veranschaulichen.

Schwester Elfriede schlägt das Malbuch auf, nimmt einen Stift und hält ihn Frau Murauer mit den Worten „Schau Anna, da kannst ein bissl malen“ hin. Frau Murauer schaut auf den Stift, schaut Schwester Elfriede an, beginnt zu lächeln und lacht dann. Ihre Schultern heben und senken sich. *Das Lachen klingt aufgesetzt und verlegen.* Die Pflegerin blickt zu mir, lächelt und zeigt Frau Murauer im Buch vor, wie man malt. Als Frau Murauer nicht reagiert, sondern immer noch lacht, gibt die Schwester ihr den Stift in die Hand, nimmt ihre Hand und führt sie zum Papier. Schwester Elfriede führt die Hand von Frau Murauer, macht damit ein paar Striche im Malbuch und meint: „Schau so geht das, probier’s selber“. Sie lässt die Hand von Frau Murauer wieder los, bleibt kurz neben ihr stehen und schaut ihr zu. Frau Murauer macht zögerlich einen Strich in das Malbuch. Schwester Elfriede (...) geht zum Fenstertisch. (...) Frau Murauer hält den Stift auf dem Papier, bewegt ihn aber nicht. Sie sitzt wie *versteinert* da und blickt in das Buch. Langsam lässt sie die rechte Hand, in der sie den Stift hält, unter den Tisch sinken. Sie sitzt über das Malbuch gebeugt

da, hat beide Hände auf den Oberschenkeln liegen und schaut in das Buch (Meindorfer 2008, Beob.11/3/139).

Frau Murauer weiß offenbar nicht, welche Funktion der Stift hat bzw. was sie damit machen soll, worauf sie lacht und ihre Unsicherheit, ihre Scham und/oder ihre Angst vor dem Sichtbarwerden ihres Unvermögens überspielt. Sie lacht, während die Pflegerin anwesend ist, und schafft es in dieser Zeit, negative Gefühle fernzuhalten bzw. zumindest diese nicht sichtbar werden zu lassen. Als die Pflegerin weg ist, verfällt Frau Murauer regelrecht, sie sinkt in sich zusammen und starrt in das Malbuch. Das Lächeln bzw. Lachen von Frau Murauer könnte, in Anlehnung an die Theorie der Affektregulation, Ausdruck dafür sein, dass sie negative Emotionen wie Unsicherheit und Angst nicht zulassen will, denn „Menschen sind beständig bestrebt, unangenehme Gefühle zu lindern oder zu beseitigen sowie angenehme Gefühle festzuhalten oder herbeizuführen. Das Verlangen, das dabei zum Ausdruck kommt, ist das Verlangen nach Affektregulation“ (Datler 2004a, 122). Es soll aber an dieser Stelle nicht der Anschein erweckt werden, Frau Murauer treffe die Entscheidung der Affektregulation bewusst, da Gefühle oft nicht ins Bewusstsein vordringen und dennoch einer Regulation zugeführt werden. Als Erläuterung wird folgendes Zitat angeführt, wonach die menschliche Psyche die Fähigkeit hat, „Gefühlszustände auszumachen, noch ehe diese von uns bewusst wahrgenommen werden, und verschiedene Aktivitäten einzuleiten, die dazu dienen, das Aufkommen oder Stärkerwerden von unangenehmen Affekten zu behindern und das Zustandekommen oder Bestehenbleiben von angenehmen Affekten nach Möglichkeit zu fördern“ (Datler 2004a, 247).

Sinason (2000) bietet in ihrem Buch „Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins“ weitere Hinweise darauf, welche Bedeutung „Lächeln“ haben kann. Sie beschreibt, anhand von mehreren Beispielen, den Umstand, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig das Lächeln als ein charakteristisches Merkmal zugeschrieben wird. Sie erscheinen somit, aufgrund dieser Zuschreibung, glücklich und zufrieden (vgl. Sinason 2000, 92-101). Hierzu muss angemerkt werden, dass geistige Behinderung und Demenz nicht gleichgesetzt werden sollen, doch ist es nach Auffassung der Verfasserin durchaus möglich, gewisse Ähnlichkeiten zu erkennen und, insbesondere in Bezug auf das Lächeln, Vergleiche anzustellen. So

beschreibt Sinason das „behinderte Lächeln“ einerseits als Folge von innerem Schmerz und der nicht vorhandenen Möglichkeit, diesen auszudrücken, andererseits als Reaktion auf den Druck der Umwelt, die nicht in der Lage ist, die negativen, schmerzhaften Gefühle der betreffenden Person und die damit verbundenen eigenen, ebenfalls schmerzlichen, Emotionen wahrzunehmen und sie folglich verleugnet. „Das Schuldgefühl, dass es Menschen gibt, die eine ungerechte und entsetzliche emotionale, physische oder geistige Last zu tragen haben, kann so unerträglich sein, dass ein Zustand der Verleugnung aufrecht erhalten wird, wo diejenigen, die die größten Schmerzen haben, gedrängt werden, die glücklichsten zu sein“ (Sinason 2000, 94). Demenz und der damit einhergehende kognitive Verfall kann ohne Zweifel bedrückende Gefühle, wie Angst, Hilflosigkeit oder Trauer bei der erkrankten Person, wie Frau Murauer, und auch bei den Menschen in der Umgebung auslösen, was oft dazu führt, dass die Betroffenen, bildlich gesprochen, die Augen verschließen, lächeln und negative Gefühle nicht aufkommen lassen wollen.

Eine weitere Handlungsweise, die Frau Murauer aufgrund des Erlebens von Demenz setzt, ist der Rückzug auf ihren Körper. Sie versinkt dabei in eine innere Welt und berührt sich selbst oder bewegt sich scheinbar sinnlos hin und her. In zahlreichen Beobachtungseinheiten hat Frau Murauer dieses Verhalten gezeigt, wobei die nächsten zwei Protokollausschnitte dies illustrieren.

Frau Murauer sitzt wieder mit geschlossenen Augen, über ihre Zeitung gebeugt, da. Die Finger ihrer rechten Hand umkreisen die Knöchel von Zeige- und Mittelfinger der linken Hand. Zwischen ihren Augenbrauen ist eine tiefe Falte zu sehen, *es wirkt als würde sie diese Bewegung sehr konzentriert ausführen*. Ihr Lippen schiebt sie vor und zurück (Meindorfer 2008, Beob.1/3/118).

Sie sitzt nach vorne gebeugt auf ihrem Sessel und hat beide Unterarme auf ihren Oberschenkeln liegen. Sie wippt kaum merklich mit ihrem Oberkörper vor und zurück und hat die Augen geschlossen (Meindorfer 2008, Beob.2/2/68).

In der ersten Passage umkreisen die Finger der rechten Hand die Knöchel der anderen Hand, außerdem schiebt sie ihre Lippen vor und zurück. In der zweiten Passage berührt sie mit beiden Unterarmen ihre Oberschenkel und wippt mit dem Oberkörper vor und zurück. Nachdem Frau Murauer Demenz als etwas erlebt, dass ihr Gefühle der Unsicherheit oder der Hilflosigkeit beschert und ihre Welt um sie

herum bzw. das Verständnis dafür zerfallen lässt, handelt sie wahrscheinlich so, um Sicherheit und Halt durch das Berühren ihres eigenen Körpers zu erlangen. Sie versichert sich auf diese Weise davon, dass ihr Körper ihr erhalten bleibt, denn Autostimulationsmechanismen sind „Versuche zur Selbsthilfe, um zu Informationen über den eigenen Körper zu kommen“ (Bienstein, Fröhlich 1995, 33). Der Rückzug auf sich selbst als Möglichkeit, unangenehme Gefühle nicht aufkommen zu lassen und angenehme Gefühle herbeizuführen, wird auch im folgenden Protokollausschnitt deutlich, der bereits im Kapitel 4.1 verwendet wurde. Frau Murauer sitzt am Vormittag auf ihrem Platz im Aufenthaltsbereich.

Frau Murauer stützt sich mit dem rechten Arm am Tisch ab, hat die linke Hand unter dem Tisch und ist nach vorne gebeugt, wodurch sie ganz schief dasitzt. Mit angespannten, konzentrierten Gesichtsausdruck sieht sie in die Zeitung. Sie wippt etwas mit dem Oberkörper und sagt etwas, das ich nicht verstehe. Ihre linke Hand bewegt sich unter dem Tisch, sodass ihr ganzer Körper sich mit bewegt. Ich lehne mich etwas nach unten und sehe, dass ihre linke Hand mit schnellen, stereotyp wirkenden Bewegungen ihr rechtes Knie streichelt. Frau Murauer schließt kurz die Augen, öffnet sie wieder und schließt sie dann für ca. 10 Minuten, wobei sie währenddessen ihr Unterkiefer immer wieder vor und zurück schiebt und die Lippen dabei „mümmelnd“, mit geschlossenem Mund, bewegt (Meindorfer 2008, Beob.1/2/56).

Frau Murauer sieht in die Zeitung, sagt etwas und versucht vielleicht zu lesen. Sie beschäftigt sich mit der Umwelt, mit einem Stück der „normalen“, der erwachsenen Welt, der Zeitung. Sie scheint konzentriert und bemüht, möchte „normal“ erscheinen, vor der Beobachterin und vielleicht auch vor sich selbst. Sie macht möglicherweise die schmerzliche Erfahrung, das Geschriebene nicht zu verstehen und fühlt, dass ihre kognitiven Fähigkeiten schwinden bzw. geschwunden sind. Sie zieht sich auf etwas zurück, das ihr Sicherheit vermittelt. Sie zieht sich auf bzw. in sich selbst zurück, indem sie sich, während sie in die Zeitung blickt, selbst berührt. Ihr Körper, der ihr nicht abhanden kommen kann, vermittelt ihr den Halt, den sie in dieser Situation möglicherweise braucht. Doch dieses Tun, das ihr kurzfristig angenehme Gefühle bereitet, dürfte Kräfte raubend und anstrengend sein, denn nach kurzer Zeit gibt sie es auf, in die Zeitung zu blicken und schließt die Augen, schließt die Augen vielleicht davor, dass sie nicht mehr lesen kann, was in der Zeitung geschrieben steht. Sich selbst zu spüren gibt sie jedoch nicht auf, denn sie führt weiterhin selbststimulierende Bewegungen durch, indem sie den Unterkiefer vor und zurück

schiebt und ihre Lippen bewegt. Laut Kitwood (2008) ziehen sich Menschen mit Demenz in ihr Inneres zurück, um Sicherheit zu spüren. „In ihrem Inneren schaffen sie einen Raum minimaler Sicherheit und unternehmen eine letzte verzweifelte Anstrengung, psychisch am Leben zu bleiben“ (Kitwood 2008, 115). Sie zeigen dabei sich wiederholende Bewegungen, „wie etwa das Reiben von Körperteilen, Zwicken des Gesichts und der Hände, hin und her Schaukeln oder das Zusammenknüllen oder Verdrehen von Kleidung“ (ebd., 114). Es wird deutlich, dass Frau Murauer nicht selbstständig in der Lage ist, dauerhaft wohltuende Gefühle herbeizuführen. Unterstützung von einer Bezugsperson im Sinne des Containments nach Bion könnte ihr womöglich dabei helfen, mit belastenden Gefühlen fertig zu werden.

Eine weitaus tatkräftigere Handlungsweise von Frau Murauer, als der Rückzug auf sich selbst, die sie aufgrund des Erlebens zeigt, ist die Beschäftigung mit den Dingen in ihrer Umgebung. In vielen Beobachtungseinheiten war zu sehen, wie sie sich den Gegenständen zuwendet, die sich in ihrem nächsten Umfeld, sprich dem Tisch, an dem sie so gut wie immer sitzt, befinden. Obwohl es, wie bereits erwähnt, ihrem Naturell entspricht, sich für ihre Umwelt zu interessieren, hat die Beschäftigung mit Dingen eine weitere Bedeutung, die mit der folgenden Stelle eines Beobachtungsprotokolls deutlich werden wird. Dem Ausschnitt geht eine Situation voraus, in der einige PflegeheimbewohnerInnen mit dem Pflegepersonal zu Musik tanzen.

Der Pfleger beugt sich zu Frau Murauer und fragt sie, ob sie auch tanzen möchte. Frau Murauer nickt und bejaht sofort. Der Pfleger meint darauf, sie solle sich doch den jungen Mann dort schnappen und zeigt auf den anderen Pfleger, der gerade mit der Bewohnerin tanzt, die vorhin bei Herrn Bieler war. Dann geht er. Frau Murauer schaut ihm nach, greift nach der Glasschüssel, schiebt sie zu sich und wieder zurück in die Mitte des Tisches. Sie macht dies einige Male und begleitet ihr Tun mit „So soda soda, do her“ (Meindorfer 2008, Beob. 7/4/165).

Der Pfleger fragt Frau Murauer ob sie tanzen möchte, doch als sie bejaht verweist er sie an eine andere Pflegeperson und geht. Frau Murauer wird hier auf drastische Weise vor Augen geführt, dass sie aufgrund der Demenz nicht mehr in der Lage ist, ihren Wünschen entsprechend zu handeln. Sie schafft es zwar auf adäquate Weise, den Wunsch zu tanzen zu artikulieren, kann jedoch nichts dagegen machen als der Pfleger weg geht. Sie ist auch nicht in der Lage selbstständig aufzustehen, um mit

jemand anderen zu tanzen. In dieser Situation kommen in Frau Murauer womöglich nicht nur Scham oder Traurigkeit, sondern auch das Gefühl der Wut auf. Nachdem sie dem Pfleger nachgeblickt hat, greift sie nach der Glasschüssel am Tisch und beschäftigt sich damit, indem sie diese scheinbar sinnlos hin und her schiebt. Dinge in ihrer nächsten Umgebung sind ebenso fassbar, also „anfassbar“ wie ihr eigener Körper und dürften ihr durch die Beschäftigung damit, Sicherheit und Struktur geben, wodurch sie auch die Möglichkeit hat sich kompetent zu fühlen.

4.2.2.1 Zusammenfassung

Frau Murauer zeigt Handlungsweisen, die sie eindeutig aufgrund des Erlebens von Demenz setzt. Dazu zählt das Lächeln, das nicht nur Ausdruck von Freude ist, sondern dazu dient, negative Gefühle in ihr und den Menschen in ihrem Umfeld zu vermeiden bzw. nicht sichtbar werden zu lassen. Außerdem zieht sie sich in bzw. auf sich selbst zurück und berührt sich selbst in Form von selbststimulierenden Bewegungen. Durch das Berühren des eigenen Körpers versucht sie, Sicherheit zu erlangen und muss so, zumindest für einige Zeit, nicht spüren, wie hilflos sie ist angesichts der „mächtigen“ Demenz, die ihre Welt zum Zerfallen bringt. Eine ähnliche Bedeutung hat meist die Beschäftigung mit Dingen, denn auch sie gibt Halt und Sicherheit.

4.2.3 Welche Interaktions- und Beziehungserfahrungen macht Frau Murauer mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?

In diesem Kapitel wird erst auf die Interaktions- und Beziehungserfahrung von Frau Murauer mit dem Pflegepersonal eingegangen, anschließend werden die genannten Erfahrungen mit anderen PflegeheimbewohnerInnen thematisiert.

Die zwei, etwas längeren, Beobachtungsprotokollausschnitte stammen aus zwei Beobachtungsstunden, deren Fokus auf die Pflegehandlung gerichtet war. Die Ausschnitte zeigen die Vorgehensweisen zweier Pflegepersonen vom Begrüßen Frau Murauers bis zum Zeitpunkt, an dem sie im Bett sitzt und die Beine am Boden

stehen hat. Bemerkenswert sind die unterschiedlichen Herangehensweisen der Pflegepersonen, sowie die Reaktionen von Frau Murauer und damit einhergehend, die Beziehungserfahrungen, die sie macht. Zu Beginn des ersten Ausschnitts liegt Frau Murauer wach im Bett.

Pfleger Peter geht zu ihr und beugt sich zu ihr, sodass sein Gesicht ganz nah bei ihrem ist. Er wünscht: „Guten Morgen Anni“, und fragt sie, ob sie gut geschlafen hätte. Sie blickt ihn mit großen Augen an, beginnt zu lächeln und bejaht mit dem *obligatorischen* „Jo“. Pfleger Peter erwidert ein fröhliches „Super“ und richtet sich auf. (...)

Er beugt sich wieder zu Frau Murauer und fragt sie, ob sie aufstehen und frühstücken möchte. Sie streichelt mit dem Handrücken seine Wange und lacht laut auf, dann sagt sie „Jo“. Pfleger Peter erklärt ihr, dass er jetzt Socken und Hose holen werde und ihr anziehen werde. Frau Murauer nickt und meint: „Jo brav“. Er geht zum Kasten, öffnet ihn und nimmt eine beige Hose und gelbe Socken heraus. Frau Murauer sieht ihm zu. Er geht zum Fußende des Bettes und schlägt die Bettdecke etwas zurück. Frau Murauer schaut ihm ernst zu. Pfleger Peter lächelt Frau Murauer an und meint, er werde ihr jetzt die Socken anziehen. Er nimmt einen Fuß, hebt ihr Bein ein wenig an und schaut sich den Fuß an. Er blickt wieder zu Frau Murauer und sagt ihr, dass sie schön saubere Füße hätte. Frau Murauer lacht.

Pfleger Peter zieht die Socke langsam über ihren Fuß und legt ihn zurück auf das Bett. Dann nimmt er den zweiten Fuß und zieht wieder die Socke darüber. Er hält kurz inne, schaut zu Frau Murauer und fragt sie, ob er ihr auch die Hose anziehen dürfe. Sie bejaht lächelnd. Er nimmt die Hose und schlägt die Bettdecke auf die Seite. Frau Murauer hat ein weiß-blau gemustertes Nachthemd an. Pfleger Peter zieht Frau Murauer die Hose bis zu den Knien an. Dann geht er zum Kopfende des Bettes und beugt sich leicht zu Frau Murauer. Er berührt sie an der Schulter und fragt sie, ob sie aufstehen wolle. Sie lächelt. Er fragt sie noch einmal. Als sie bejaht, sagt er, dass er ihr dabei helfen würde. Frau Murauer sagt: „Jo danke“. Er richtet sich auf und zeigt auf die rechte Hand, die noch immer unter Frau Muraus Kopf liegt und sagt ihr, dass er aber diese Hand bräuchte. Frau Murauer schaut auf ihren rechten Arm, schaut zum Pfleger, lacht und nickt. Er sagt ihr wieder, dass er die Hand braucht und ergreift die Hand. Frau Murauer lässt dies geschehen und blickt Pfleger Peter freundlich ins Gesicht. Er sagt ihr nochmals, dass er ihr jetzt beim Aufsetzen hilft. Er hält mit der rechten Hand ihre rechte Hand und greift mit der linken unter ihre Knie. Er schiebt die Beine langsam aus dem Bett und zieht sie an der Hand auf. *Es sieht so aus, als würde Frau Murauer mithelfen. Das Aufsetzen wirkt leicht und harmonisch.* Als Frau Murauer im Bett sitzt und ihre Beine am Boden stehen, stellt sich Pfleger Peter vor sie (Meindorfer 2008, Beob. 6/1/30).

Der Pfleger geht nahe zu Frau Murauer und begrüßt sie, fragt sie nach ihrem Befinden und lässt Körperkontakt zu. Er lässt ihr Zeit sich mit der Situation auseinander zu setzen, indem er erst ihre Kleidung aus dem Kasten holt und dann

beginnt, sie anzuziehen. Immer wieder macht er kurze Pausen und sucht Blickkontakt mit Frau Murauer, erklärt ihr, was er tut, fragt sie, ob er ihr behilflich sein darf und wartet auf eine Antwort von ihr. Mit diesem Verhalten spricht der Pfleger Frau Murauer Kompetenz zu. Insgesamt wirkt diese Sequenz wie ein unbeschwertes und harmonisches Miteinander. Frau Murauer hat durch den gedulden, einfühlsamen Umgang des Pflegers mit ihrer Person die Möglichkeit, sich auf das Geforderte, nämlich aus dem Bett aufzustehen, einzustellen. Sie antwortet allem Anschein nach adäquat auf seine Fragen und zeigt sich kooperativ. Sie lächelt ihn an, wobei dieses Lächeln einen merklich anderen Charakter hat als das bereits beschriebene Lächeln aus Verlegenheit oder Scham. Sie lässt sich von ihm berühren und berührt auch ihn. Frau Murauer dürfte sich in Gesellschaft dieser Pflegeperson wohl fühlen, sie verspürt vielleicht sogar Zuneigung, Sicherheit und Geborgenheit. Die Beziehungserfahrung, die sie hier macht, ist wahrscheinlich durchwegs positiv und befriedigend für sie.

Im zweiten Ausschnitt liegt Frau Murauer ebenfalls wach im Bett und wird von der Pflegeperson begrüßt.

Schwester Elfriede geht zum Bett und begrüßt Frau Murauer mit einem freundlichen „Guten Morgen, Anni!“. (...) Schwester Elfriede fragt Frau Murauer, ob sie denn aufstehen möchte und streift die Bettdecke ein kleines Stück nach unten. Frau Murauer bejaht zuerst die Frage, nimmt aber dann die zurückgestreifte Decke, deckt sich wieder zu und verneint. Schwester Elfriede fragt sie, ob sie denn nicht frühstücken gehen möchte und deckt Frau Murauer wieder ab. Frau Murauer sagt: „Jo“, und die Pflegerin kündigt an, dass sie sie jetzt aufsetzen werde. Sie greift mit der rechten Hand unter den Schultergürtel von Frau Murauer und mit der linken Hand unter ihre Kniekehlen. Frau Murauer drückt die Pflegerin weg und sagt laut: „Na na, nix“. Schwester Elfriede unternimmt einen zweiten Versuch mit den Worten: „Na kum Anna, wenigstens aufsetzen, ha? Gemma waschen.“ Frau Murauer zieht sich die Decke wieder bis zum Hals und schüttelt den Kopf. Schwester Elfriede legt erneut die Decke zurück, diesmal so, dass sie Frau Murauer nicht erreichen kann und setzt sie nun, wie vorhin beschrieben, auf. Frau Murauer macht sich ganz steif und versucht, dagegen zu wirken, was sie aber nicht schafft. Frau Murauer sitzt nun quer im Bett und hat die Beine aus dem Bett hängen. Sie hat ein Nachthemd an und eine elastische Netzhose, in der eine Einlage sichtbar ist. Schwester Elfriede steht vor ihr und hat die rechte Hand auf Frau Murauers Schulter gelegt (Meindorfer 2008, Beob. 4/1/46).

Die Schwester begrüßt Frau Murauer, fragt sie, ob sie aufstehen möchte und streift zugleich die Bettdecke nach unten. Der verbale Kontakt wird mit einer Handlung

kombiniert, sodass Frau Murauer keine Zeit hat, die Situation einzuschätzen und überfordert wirkt. Frau Murauer wird die Kompetenz, selbst zu entscheiden abgesprochen, wodurch sie ihre Erkrankung stärker fühlt. Es entsteht ein Hin und Her, indem Frau Murauer erst Fragen bejaht und die darauf folgende Handlung der Pflegeperson abwehrt. Schließlich wehrt sie sich vehement gegen das Vorgehen der Schwester, zieht die Bettdecke bis zum Hals und versucht, aktiv gegen das Aufgesetztwerden zu wirken. Die Sequenz mutet temporeich und chaotisch an, wobei dennoch das gleiche Ergebnis erzielt wird wie im ersten Protokollausschnitt – Frau Murauer sitzt am Bett und hat die Beine am Boden stehen. Allerdings dürfte die Beziehungserfahrung, die Frau Murauer hier macht, von unbefriedigender Natur sein. Durch die raschen, überfordernden Handlungsabläufe, erlebt sie allem Anschein nach Gefühle der Machtlosigkeit und Unsicherheit, die mit verbaler und körperlicher Abwehr einhergehen.

Die folgende Beobachtung ist im Aufenthaltsbereich des Pflegeheims entstanden. Frau Murauer sitzt an ihrem Stammplatz, wobei vor ihr auf dem Tisch eine Zeitung und ein Buch liegen.

Die blonde Pflegerin mit den zusammengebandenen Haaren kommt zu Frau Murauer, sagt: „Hallo Anni“ zu ihr, schiebt die Zeitung mit dem darauf liegenden Buch und der darunter liegenden Serviette zur Seite und stellt eine Tasse mit Kaffee und eine kleine Glasschüssel mit Apfel- und Bananenstücken auf den Tisch.

Frau Murauer berührt die Pflegerin am Oberarm, hält sie kurz fest und meint: „Kumm her, bleib do.“ Die Pflegerin lächelt Frau Murauer an und sagt ihr, dass sie jetzt leider zu tun hätte. Frau Murauer zeigt, indem sie das Kinn in diese Richtung bewegt, auf die Kaffeetasse, lächelt und schaut die Pflegerin wieder an, worauf diese ihr erklärt: „Ich hab schon Kaffee getrunken, das gehört dir.“ Frau Murauer nickt und wendet sich den Obststücken zu. Sie nimmt mit der linken Hand eine Apfelspalte und hält sie sich vor das Gesicht. Sie sieht sich zuerst das Apfelstück genau an, beginnt dann kleine Stücke abzubeißen und relativ lange zu kauen, bevor sie sie hinunterschluckt (Meindorfer 2008, Beob. 3/2/59).

Eine Pflegeperson kommt zu Frau Murauer, begrüßt sie und stellt eine kleine Jause für sie auf den Tisch. Frau Murauer nimmt Kontakt zu der Pflegerin auf, indem sie sie berührt und verbal dazu auffordert, bei ihr zu bleiben. Als die Pflegeperson die Aufforderung ablehnt, unternimmt Frau Murauer den Versuch, durch eine Geste und ein Lächeln den Kontakt aufrecht zu erhalten. Als auch dies scheitert, wendet sie sich

den Obststücken zu.

Situationen, wie jene, die eben beschrieben wurde, konnten häufig beobachtet werden. Es sind Situationen, in denen es zu flüchtigen Interaktionen zwischen Pflegepersonen und Frau Murauer kommt und deren Anlass häufig mit der Nahrungsaufnahme in Zusammenhang steht. Laut Wojnar (2005) ist das gemeinsame Essen ein wichtiges Ritual im Zusammenleben von Menschen, das Verbindung herstellt und das dazu führt, dass BetreuerInnen als Gruppenmitglieder wahrgenommen werden. „Es sind besonders schöne Augenblicke für Demenzzranke, erfüllt mit Freude und Gefühlen der Verbundenheit“ (Wojnar 2005, 70).

Frau Murauer bleibt ein solcher Augenblick verwehrt, ihre Einladung zum gemeinsamen Essen wurde nicht angenommen, was dazu geführt haben könnte, dass sie sich traurig und zurückgewiesen fühlt. Sie widmet sich daraufhin einem Stück Apfel, das sie ausführlich erkundet und lange im Mund behält, bevor sie es schluckt. Dies könnte darauf hindeuten, dass sie durch die intensive Beschäftigung mit dem Apfelstück und die sinnliche, vielleicht sogar lustvolle Erfahrung, die sie dabei macht, versucht, die negativen Emotionen nicht aufkommen zu lassen.

Der nächste Protokollausschnitt, der an dieser Stelle zum zweiten Mal in längerer Form zitiert wird, ist in einer Stunde entstanden, in der das Pflegepersonal den PflegeheimbewohnerInnen im Aufenthaltsbereich Musik und Tanz anbietet. Einzelne Personen werden zum Tanzen aufgefordert, andere schauen zu oder bewegen sich sitzend zur Musik, wieder andere reagieren kaum auf das Angebot. Frau Murauer, die davor mit geschlossenen Augen auf ihrem Sessel gesessen ist, öffnet die Augen wieder, blickt interessiert in den Aufenthaltsbereich, wo getanzt wird und lacht einige Male laut auf. Währenddessen kommt eine Pflegeperson zu ihr.

Ein junger Pfleger kommt zu Frau Murauer, stellt sich hinter sie und legt beide Hände auf ihre Schultern. Frau Murauer zuckt kurz zusammen, wendet ihren Kopf nach hinten und beginnt zu lachen, wobei sich ihre Schultern heben und senken. Sie greift mit der linken Hand auf die rechte Hand des Pflegers und streichelt sie. (...)

Der Pfleger beugt sich zu Frau Murauer und fragt sie, ob sie auch tanzen möchte. Frau Murauer nickt und bejaht sofort. Der Pfleger meint darauf, sie solle sich doch den jungen Mann dort schnappen und zeigt auf den anderen Pfleger, der gerade mit der Bewohnerin tanzt, die vorhin bei Herrn Bieler war. Dann geht er. Frau Murauer schaut ihm nach, greift nach der Glasschüssel,

schiebt sie zu sich und wieder zurück in die Mitte des Tisches. Sie macht dies einige Male und begleitet ihr Tun mit „So soda soda, do her“ (Meindorfer 2008, Beob. 7/4/159).

Der Pfleger stellt sich hinter Frau Murauer und berührt sie, worauf sie kurz erschrickt, gleich darauf aber lacht und den körperlichen Kontakt erwidert, indem sie die Hand des Pflegers streichelt. Er fragt sie zwar, ob sie tanzen möchte, was sie auch bejaht, lässt sie an diesem Punkt aber mit ihrem Wunsch alleine und geht. Frau Murauer blickt dem Pfleger nach und beschäftigt sich als nächstes mit einer Glasschüssel. Wie mag sich Frau Murauer in dieser Sequenz fühlen? Frau Murauer bemüht sich allem Anschein nach, den Kontakt mit dem Pfleger aufrecht zu erhalten. Sie nutzt ihre noch vorhandenen Fähigkeiten, lacht, streichelt die Hand der Pflegeperson und artikuliert Zustimmung auf seine Frage. Sie freut sich wahrscheinlich über die Ansprache sowie die körperliche Zuwendung und möchte Beziehung herstellen. Dieser Versuch scheitert und löst wahrscheinlich Gefühle des Versagens, der Unsicherheit und der Trauer aus, worauf sie sich in gewohnter Weise mit einem Gegenstand in ihrer Umgebung beschäftigt.

Nachdem die Interaktions- und Beziehungserfahrungen von Frau Murauer mit dem Pflegepersonal analysiert wurden, wird nun auf ihre Erfahrungen mit anderen PflegeheimbewohnerInnen eingegangen.

Folgende Beobachtungsprotokollausschnitte widmen sich den Interaktions- und Beziehungserfahrungen, die Frau Murauer mit anderen PflegeheimbewohnerInnen macht. Der erste Ausschnitt zeigt ein Gespräch mit Frau Murauer und ihrem Tischnachbarn, der zuerst in einem anderen Teil des Aufenthaltsbereichs mit einer Pflegeperson gesprochen hat.

Der Tischnachbar kommt zu Frau Murauer und stellt sich neben sie. Sie blickt auf und schaut ihn an. Er wirkt aufgeregt und erzählt Frau Murauer: „Die hat gesagt, ich hab schon gegessen, ich hab noch nichts gegessen, das weiß ich 100prozentig.“ Er hält kurz inne, Frau Murauer nickt und sagt ernst: „Jo“. Es entwickelt sich ein Dialog.

Er: „Stell dir vor, die sagen, ich hab gegessen, hab ich schon gegessen?“

Sie: „Jo.“

Er: „Ja wann, ich war ja gar nicht da, wann hast du gegessen?“

Sie: „Na...jo.“

Er (immer aufgeregter): „Wann hast du gegessen?“

Sie: „... Jetzta.“

Er: „Aber ich hab nichts gegessen, ich war ja gar nicht da, die sagen, ich hab schon gegessen, ich weiß, dass ich noch nichts gegessen habe, ich hab jetzt ein Brot verlangt. Hab ich schon gegessen?“

Sie: „Jo....na.“

Er (während er sich umdreht und geht): „Nein ich hab noch nichts gegessen.“

Sie: „Jo....danke.“

Frau Murauer schaut ihm kurz nach, lehnt sich im Sessel zurück und schließt die Augen (Meindorfer 2008, Beob. 2/4/177).

Frau Murauers Tischnachbar beginnt mit ihr ein Gespräch darüber, dass er denkt, er habe noch nichts gegessen, jemand anderes aber behauptet, dass doch schon gegessen hätte. Frau Murauer antwortet zwar auf seine Fragen, doch offenbar kann sie dem Inhalt dieser nicht folgen. Sie antwortet mit „ja“, „nein“ oder einer Kombination aus beiden Wörtern, einzig die Frage danach, wann sie gegessen habe beantwortet sie beim zweiten Mal scheinbar adäquat. Für Frau Murauer könnte diese doch sehr schnelle Abfolge von Fragen überfordernd sein, ihr wird vor Augen geführt, dass sie nicht im Stande ist zu verstehen, was ihr Tischnachbar von ihr möchte bzw. welches Problem er hat. Der kurze Dialog ist für sie anscheinend auch anstrengend, denn als ihr Tischnachbar wieder geht, sucht sie allem Anschein nach Erholung, indem sie sich zurückzieht und die Augen schließt.

Einige Zeit später, in der gleichen Beobachtungseinheit nimmt eine Bewohnerin des Pflegeheims Kontakt zu Frau Murauer auf.

Die Bewohnerin im hellblauen Bademantel, die sehr laut „schnauft“, kommt zu Frau Murauer. Seit ich hier bin ist sie rastlos im Aufenthaltsraum und am Gang herum gegangen. Sie greift Frau Murauer am Oberarm an und spricht mit ihr, wobei sie sich beim Artikulieren der Wörter sehr anzustrengen scheint. Ich kann kein Wort von dem, was sie sagt, verstehen. Frau Murauer schaut sie an und lächelt. Die Bewohnerin schaut *grimmig* drein, sie lässt Frau Murauers Arm los, bleibt vor ihr stehen und sagt laut: „Ich weiß nicht, wer das war.“ Frau Murauer lächelt wieder und nickt. Die Bewohnerin schreit Frau Murauer plötzlich an: „Na tu halt was, tu halt was!“ Frau Murauer zuckt zusammen und fragt „Na was denn?“ Die Bewohnerin sagt, wieder etwas ruhiger: „I waß net“, und geht. Frau Murauer schüttelt den Kopf und schaut ihr nach. (Meindorfer 2008, Beob. 2/5/195).

Eine Pflegeheimbewohnerin beginnt die Interaktion mit Frau Murauer mit einer

Berührung und unverständlichen Worten. Obwohl Frau Murauer sie anlächelt, schaut ihr Gegenüber „grimmig“. Sie sagt etwas zu Frau Murauer, worauf diese nickt und wieder lächelt. Vielleicht versucht sie, die Frau zu besänftigen, vielleicht versucht sie auch mit den, von ihr oft eingesetzten Phrasen zu kaschieren, dass sie die Situation kognitiv nicht erfassen kann. Als Frau Murauer von der Frau mit „Na tu halt was, tu halt was!“ angeschrien wird, zuckt sie zusammen und stellt als Antwort eine passende Gegenfrage, womit sie anscheinend die Pflegeheimbewohnerin etwas beruhigt. Als die Gesprächspartnerin von Frau Murauer schließlich geht, schaut diese ihr nach und schüttelt den Kopf, was darauf hindeuten könnte, dass sie Wut verspürt oder verwirrt ist ob der unfreundlichen Art der anderen Frau.

Der folgende Beobachtungsprotokollausschnitt zeigt eine Situation beim Frühstück, in der Frau Murauer beginnt, mit einem Pflegeheimbewohner in Interaktion zu treten.

Frau Murauer nimmt sich ein weiteres Stück Brot, hält es vor ihr Gesicht und begutachtet es. Dann schaut sie lange zu Herrn Bieler, der dies aber nicht zu merken scheint. Sie hält ihm das Brot hin und lächelt, zieht es zurück und streckt es ihm noch einmal entgegen. Als Herr Bieler nicht reagiert, führt sie es zum Mund und isst es (Meindorfer 2008, Beob. 4/4/196).

Frau Murauer sieht sich ihr Brot an, blickt lange zu ihrem Tischnachbarn und bietet ihm das Brot zweimal lächelnd an. Als dieser nicht reagiert, isst sie ihr Frühstück auf. Allem Anschein nach versucht sie, wie auch schon in einem Protokollausschnitt weiter oben mit der Pflegeperson, die Mahlzeit zu einem gemeinsamen Erlebnis zu machen. Sie scheitert bei ihrem Versuch, Beziehung herzustellen, denn Herr Bieler nimmt keine Notiz von ihr. Diese Erfahrung könnte wiederum Gefühle der Einsamkeit oder des Versagens zur Folge haben.

4.2.3.1 Zusammenfassung

Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, verbringt Frau Murauer die meiste Zeit ihres Alltags im Aufenthaltsbereich auf demselben Platz und bewegt sich nicht selbstständig von dort weg. Sie kann also nur mit Personen in Kontakt treten, die zu ihr kommen oder ebenfalls bei diesem Tisch sitzen. Die einzige beobachtete Situation, in der Frau Murauer längeren Kontakt zu einer Pflegeperson hatte und in der sie positive, von

Gefühlen der Sicherheit und Verbundenheit geprägte, Erfahrung machen konnte, war die mit der männlichen Pflegeperson am Morgen in ihrem Zimmer. Der Pfleger war offensichtlich fähig, im Sinne des Containments von Bion, die Gefühle von Frau Murauer in sich aufzunehmen, richtig zu deuten und adäquat damit umzugehen. Überwiegend war allerdings zu beobachten, dass ihr Wunsch nach persönlichem Kontakt und Beziehung zwar augenscheinlich ist, meist aber von den Pflegepersonen nicht wahrgenommen und/oder nicht adäquat erwidert wird. Die Kontakte sind meist flüchtig, sodass Frau Murauer nicht genügend Zeit bleibt, sich damit auseinander zu setzen oder Frau Murauer zeigt Bestrebungen, den Kontakt aufrecht zu erhalten, um Beziehungserfahrungen zu machen, auf diese wird jedoch nicht eingegangen. Ihr Wunsch nach Nähe wird meist nicht erfüllt, was zur Folge haben kann, dass sie Gefühle der Frustration, der Unsicherheit, der Trauer verspürt.

Ebenso belastende Emotionen entstehen bei der Interaktion mit anderen PflegeheimbewohnerInnen, denn weder Frau Murauer noch die anderen können aufgrund ihrer dementiellen Erkrankung auf die Bedürfnisse des Gegenübers eingehen. Frustration und Unverständnis sind zwangsläufig die Folge. Dennoch zeigt Frau Murauer immer wieder Bestrebungen, mit dem Pflegepersonal oder anderen PflegeheimbewohnerInnen in Beziehung zu treten. Dies mag einerseits damit zusammenhängen, dass Frau Murauer eine kontaktfreudige Person ist, andererseits könnte es ein Anzeichen dafür sein, dass sie die Zurückweisungen, die ihr widerfahren vergisst oder nicht mehr einordnen kann. Präsent sind aber die Gefühle, die dadurch in ihr aufkommen, denn „Menschen mit fortgeschrittener Demenz erleben die Welt auf der Gefühlsebene“ (Heinemann 2010, 282).

4.2.4 Welchen Einfluss haben diese Erfahrungen darauf, wie Frau Murauer Demenz erlebt?

In diesem Kapitel wird geklärt, welchen Einfluss die Interaktions- und Beziehungserfahrungen von Frau Murauer darauf haben, wie sie Demenz erlebt. Der erste, umfangreichere Teil dieses Kapitels, widmet sich den Erfahrungen, die Frau Murauer mit dem Pflegepersonal macht. Danach wird darauf eingegangen, wie die

Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit anderen PflegeheimbewohnerInnen das Erleben von Demenz von Frau Murauer beeinflussen. Der Grund, die Erfahrungen mit den Pflegekräften ausführlicher zu bearbeiten und damit zu fokussieren, ist die grundsätzliche Möglichkeit der Pflegepersonen, im Gegensatz zu den PflegeheimbewohnerInnen, die Erfahrungen in einem bestimmten Ausmaß bewusst zu beeinflussen.

Um den direkten Bezug der Interaktions- und Beziehungserfahrungen zu dem Erleben von Demenz von Frau Murauer zu veranschaulichen, werden unter anderen Teile der zwei, besonders aussagekräftigen Beobachtungsprotokollauschnitte verwendet, die zwei Pflegesituationen beschreiben und zu Beginn des vorherigen Kapitels zum Einsatz gekommen sind. Den Auftakt machen die Begrüßungssequenzen, die zeigen, auf welche Art und Weise zwei verschiedene Pflegepersonen Frau Murauer am Morgen zweier verschiedener Tage begrüßen, als diese noch im Bett liegt.

Pfleger Peter geht zu ihr und beugt sich zu ihr, sodass sein Gesicht ganz nah bei ihrem ist. Er wünscht: „Guten Morgen Anni“, und fragt sie, ob sie gut geschlafen hätte. Sie blickt ihn mit großen Augen an, beginnt zu lächeln und bejaht (...). Pfleger Peter erwidert ein fröhliches „Super“ und richtet sich auf (Meindorfer 2008, Beob.6/1/30).

Durch den ruhigen, langsamen Ablauf der Begrüßung des Pflegers kann Frau Murauer sich auf die Situation einstellen, sie lächelt und antwortet dem Pfleger eindeutig. Der zweite Protokollauschnitt zeigt wie Schwester Elfriede diese Situation gestaltet.

Schwester Elfriede geht zum Bett und begrüßt Frau Murauer mit einem freundlichen „Guten Morgen, Anni!“. (...) Schwester Elfriede fragt Frau Murauer, ob sie denn aufstehen möchte und streift die Bettdecke ein kleines Stück nach unten. Frau Murauer bejaht zuerst die Frage, nimmt aber dann die zurückgestreifte Decke, deckt sich wieder zu und verneint (Meindorfer 2008, Beob.4/1/44).

Die Pflegeperson begrüßt Frau Murauer zwar, überrumpelt sie dann aber richtiggehend, indem sie eine Frage stellt, jedoch nicht auf die Antwort wartet und sofort handelt. Frau Murauer antwortet daraufhin nicht eindeutig. Sie verbalisiert

Zustimmung, setzt jedoch eine Handlung, die gegenteilige Antwort ausdrückt.

Was mögen diese beiden unterschiedlichen Interaktions- bzw. Beziehungserfahrungen in Hinblick auf das Erleben von Demenz für Frau Murauer bedeuten?

In der ersten Sequenz ist Frau Murauer allem Anschein nach in der Lage, adäquat zu reagieren, was darauf zurückgeführt werden kann, dass langsam und ruhig auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird. Sie fühlt sich verstanden und angenommen und muss keine Energie aufwenden, negative Emotionen aufgrund der Demenz fernzuhalten. In der zweiten Passage geschieht das Gegenteil, sie wird durch die schnelle Abfolge von Worten und Handlungen überfordert. Die negativen und belastenden Emotionen, wie Unsicherheit oder das Gefühl unzulänglich zu sein, die mit dem Erleben der Demenz einhergehen, sind sofort präsent und müssen reguliert werden. Es bleibt dadurch anscheinend keine Energie vorhandene Fähigkeiten zu nutzen, um der Situation folgen zu können.

Die beiden folgenden Beobachtungsprotokollausschnitte zeigen ebenfalls diese divergenten Erfahrungen von Frau Murauer und die direkten Auswirkungen auf das Erleben von Demenz, die denen in der Erläuterung oben entsprechen.

Die erste Passage zeigt wieder die männliche Pflegekraft und wie sie vorgeht, um Frau Murauer dabei behilflich zu sein, aus dem Bett aufzustehen.

Dann geht er zum Kopfende des Bettes und beugt sich leicht zu Frau Murauer. Er berührt sie an der Schulter und fragt sie, ob sie aufstehen wolle. Sie lächelt. Er fragt sie noch einmal. Als sie bejaht, sagt er, dass er ihr dabei helfen würde. Frau Murauer sagt: „Jo danke“. Er richtet sich auf und zeigt auf die rechte Hand, die noch immer unter Frau Murauers Kopf liegt und sagt ihr, dass er aber diese Hand bräuchte. Frau Murauer schaut auf ihren rechten Arm, schaut zum Pfleger, lacht und nickt. Er sagt ihr wieder, dass er die Hand braucht und ergreift die Hand. Frau Murauer lässt dies geschehen und blickt Pfleger Peter freundlich ins Gesicht (Meindorfer 2008, Beob.6/2/53).

Noch immer geht der Pfleger ruhig und langsam vor und Frau Murauer kann offensichtlich annehmen, allem Anschein nach sogar verstehen, was der Pfleger von ihr fordert. Auf das Vorgehen der weiblichen Pflegekraft reagiert Frau Murauer anders, wie die nächste Sequenz zeigt.

Schweser Elfriede fragt sie, ob sie denn nicht frühstücken gehen möchte und deckt Frau Murauer wieder ab. Frau Murauer sagt: „Jo“, und die Pflegerin kündigt an, dass sie sie jetzt aufsetzen werde. Sie greift mit der rechten Hand unter den Schultergürtel von Frau Murauer und mit der linken Hand unter ihre Kniekehlen. Frau Murauer drückt die Pflegerin weg und sagt laut: „Na na, nix.“ (Meindorfer 2008, Beob.4/2/52).

Die Pflegerin wartet zu Beginn dieses Abschnitts erneut auf keine Antwort und handelt. Frau Murauer artikuliert zwar dann Zustimmung auf die Frage, kann aber offensichtlich die Handlung der Pflegekraft nicht mit der Frage in Verbindung bringen und wehrt sich physisch und verbal. Wieder kommen zwangsläufig belastende Gefühle in Frau Murauer hoch. Ihr Unvermögen, Frage und Handlung in Bezug zu setzen, löst wahrscheinlich Angst und Unsicherheit aus. Die negativen Auswirkungen der Demenz werden präsent und belastende Emotionen gehen damit einher.

Wie bereits in Kapitel 4.2.3 besprochen, macht Frau Murauer meist Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem Pflegepersonal, die ihr offensichtliches Bedürfnis nach Beziehung nicht befriedigen und belastende Gefühle hervorrufen. Inwieweit dies auch das Erleben der Demenz beeinflusst, veranschaulicht ein letzter Beobachtungsprotokollauschnitt, in dem eine Pflegeperson Frau Murauer am Rücken massiert. Dabei sitzt Frau Murauer an einem Tisch im Aufenthaltsbereich, ihr gegenüber sitzt ein Pflegeheimbewohner und hinter ihr steht die Pflegeperson.

Sie beginnt Frau Murauer zu massieren. Frau Murauer lehnt sich ein wenig nach vor, reagiert sonst aber nicht merklich und schaut wieder in ihr Buch. Herr Bieler dreht sich zu Frau Murauer und meint scherzend: „Ah die Anna kriegt auch Massage ... da wird 's aber wild werden.“ Die Pflegerin fragt ihn, wieso denn die Anna wild werden sollte und er antwortet mit einem *verschmitzten* Lächeln und einem „Najo waßt eh...“, dann lacht er. Die Pflegerin und ich müssen ebenfalls lachen, nur Frau Murauer bleibt in ihr Buch vertieft. Die Pflegerin fragt sie, ob ihr gefalle, was sie da am Rücken tut, aber Frau Murauer reagiert erst wieder beim zweiten Nachfragen mit „Wos, jo“. Die Pflegerin steht hinter Frau Murauer und nimmt von dort das Buch, schließt es und legt es mit den Worten „Schau, da ist was Neues“ auf die Seite. Frau Murauer zuckt kurz zusammen, blickt auf das weggelegte, geschlossenen Buch, dann auf die Zeitung, die jetzt aufgeschlagen vor ihr liegt, wieder auf das Buch und verharrt schließlich bei der Zeitung. Sie macht sie zu, schlägt sie wieder auf und beginnt, begleitet von den Worten „So, so, a´so,..so“, mit Zeige- und Mittelfinger der linken Hand auf der Zeitung herumzustreichen (Meindorfer 2008, Beob.3/4/172).

Frau Murauer reagiert nicht auf die Rückenmassage und blickt in ein Buch. Selbst als der Pflegeheimbewohner Bemerkungen über Frau Murauer macht und er selbst, die Pflegeperson und sogar die Beobachterin lachen, zeigt sie keine Reaktion und schaut weiterhin in das Buch. Auf die Frage der Pflegerin, wie ihr die Massage gefalle, antwortet sie verzögert mit „Wos“ und dem obligatorischen „Jo“ und kann offenbar nicht einordnen, was gerade geschieht. Als die Pflegeperson Frau Murauer anschließend das Buch wegnimmt und eine Zeitung vor sie hinlegt, erschrickt sie kurz und beschäftigt sich dann ausgiebig mit dieser. Die gesamte, von der Pflegeperson herbeigeführte Situation, die die Massage, das Lachen der anderen Anwesenden und schließlich das plötzliche Wegnehmen des Buches beinhaltet, stellt augenscheinlich eine Überforderung für Frau Murauer dar. Die Demenz wird infolgedessen als bedrohlich erlebt und von Gefühlen der Scham und Unsicherheit begleitet. Diese Emotionen versucht Frau Murauer mit Hilfe des Buches bzw. der Zeitung nicht sichtbar werden zu lassen, denn, wie bereits beschrieben, gibt ihr die Beschäftigung mit Dingen in ihrer Umgebung Halt und Sicherheit.

Nachdem dargestellt wurde, in welcher Weise die Interaktions- und Beziehungserfahrungen von Frau Murauer mit dem Pflegepersonal ihr Demenzerleben beeinflussen, wird nun darauf eingegangen, wie sich die Erfahrungen, die sie mit anderen PflegeheimbewohnerInnen macht, auf ihr Erleben von Demenz auswirkt.

Um deutlich aufzeigen zu können, inwiefern die Interaktions- und Beziehungserfahrungen von Frau Murauer mit anderen PflegeheimbewohnerInnen ihr Erleben von Demenz beeinflusst, wird ein Beobachtungsprotokollauschnitt aus dem vorherigen Kapitel ein weiteres Mal bearbeitet. Der Ausschnitt zeigt wie eine Pflegeheimbewohnerin mit Frau Murauer Kontakt aufnimmt.

Die Bewohnerin im hellblauen Bademantel, die sehr laut „schnauft“, kommt zu Frau Murauer. Seit ich hier bin ist sie rastlos im Aufenthaltsraum und am Gang herum gegangen. Sie greift Frau Murauer am Oberarm an und spricht mit ihr, wobei sie sich beim Artikulieren der Wörter sehr anzustrengen scheint. Ich kann kein Wort von dem, was sie sagt, verstehen. Frau Murauer schaut sie an und lächelt. Die Bewohnerin schaut *grimmig* drein, sie lässt Frau Murauers Arm los, bleibt vor ihr stehen und sagt laut: „Ich weiß nicht, wer das war.“ Frau Murauer lächelt wieder und nickt. Die Bewohnerin schreit Frau Murauer plötzlich an: „Na tu halt was, tu halt was!“ Frau Murauer zuckt zusammen und fragt „Na was

denn?“ Die Bewohnerin sagt, wieder etwas ruhiger: „I waß net“, und geht. Frau Murauer schüttelt den Kopf und schaut ihr nach. (Meindorfer 2008, Beob. 2/5/195).

Die Bewohnerin im Bademantel spricht Frau Murauer erst mit unverständlichen Worten an und artikuliert dann einen deutlichen Satz. Frau Murauer reagiert beide Male gleich, sie nickt und lächelt. In dieser Situation wird sich Frau Murauer vermutlich bewusst darüber, dass sie nicht versteht, was die Frau ihr sagen möchte, was dazu führt, dass ihr die Demenz präsent wird. Dabei ist es anscheinend unerheblich ob sie mit einem sinnhaften Satz oder in absolut undeutlicher Art und Weise von der Pflegeheimbewohnerin angesprochen wird. Als Reaktion darauf, dass sie sich unzulänglich fühlt und sich vielleicht auch schämt, dass sie die Frau nicht versteht, lächelt sie. Wie bereits ausgeführt, ist das Lächeln von Frau Murauer oftmals Ausdruck von Verlegenheit oder Scham bzw. sollen dadurch diese negativen Emotionen von anderen nicht wahrgenommen werden.

Als die Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer anschreit und von ihr fordert, etwas zu tun, erschrickt diese, was sich darin äußert, dass sie zusammenzuckt. Frau Murauer antwortet daraufhin mit einer adäquaten Frage, was darauf hindeuten könnte, dass in diesem Schreckmoment ihre Aufmerksamkeit nicht darauf richtet, die belastenden Emotionen fernzuhalten, sondern intuitiv antwortet und dabei Fähigkeiten zum Vorschein kommen, die sie nicht hat, wenn die Regulation unangenehmer, bedrohlicher Affekte Vorrang hat.

4.2.4.1 Zusammenfassung

Die Beziehungs- und Interaktionserfahrungen, die Frau Murauer mit dem Pflegepersonal macht, sind meist kurz bzw. oberflächlich und führen nicht dazu, dass der Wunsch nach Beziehung erfüllt werden kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass Beziehungsangebote, die empathisch und in einem für Frau Murauer angemessenen Tempo stattfinden, positive Gefühle wie Sicherheit und Geborgenheit nach sich ziehen und ihr Wohlbefinden positiv beeinflussen, obwohl dies leider nur einmal beobachtet werden konnte. Die Demenz wird dabei von Frau Murauer als weniger belastend und bedrohlich erlebt, als in Situationen, in denen das

Pflegepersonal die Bedürfnisse von Frau Murauer nicht wahrnimmt bzw. nicht wahrnehmen kann. In Zusammenhang mit solchen Beziehungserfahrungen war außerdem zu beobachten, dass es Frau Murauer offenbar gelingt, Herausforderungen, die die Umwelt an sie stellt, besser aufnehmen und verstehen zu können.

Die Erfahrungen, die für Frau Murauer überfordernd sind bzw. unbefriedigend verlaufen, beeinflussen das Erleben der Demenz negativ. Diese negativen Auswirkungen zeigen sich in Form von Gefühlen, wie bspw. Unsicherheit, Scham und Angst, die der Regulation bedürfen und zu dieser Frau Murauer nur in geringem Ausmaß selbstständig fähig ist.

Die Interaktions- und Beziehungserfahrungen von Frau Murauer mit anderen PflegeheimbewohnerInnen führen ebenfalls zum Aufkommen belastender Emotionen. Sie fühlt sich überfordert, hilflos und unzulänglich. Allerdings wurde auch beobachtet, dass sie in einem Schreckmoment, in dem die Regulation der unangenehmen Gefühle anscheinend nicht Vorrang hat, kurzfristig begreifen kann, was ihr Gegenüber von ihr verlangt.

4.3 Beantwortung der ersten, leitenden Forschungsfrage

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die Subfragen bearbeitet wurden, folgt nun die Beantwortung der ersten Forschungsfrage, die wie folgt lautet.

Auf welche Art und Weise beeinflusst das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?

Die Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer, der vom Pflegepersonal viele Fähigkeiten abgesprochen werden und die laut Aussagen des Personals nur noch nickt und lächelt, erlebt Demenz, wie andere Betroffene, auf individuelle Weise. Obwohl es auf den ersten Blick nicht sofort erkennbar ist, ist sie mit vielen belastenden Gefühlen konfrontiert. Ihre Welt zerfällt immer mehr und wird dadurch bedrohlich und angsteinflößend. Demenz ist für Frau Murauer ein Zustand, der immer wieder

unbekannte Situationen hervorbringt und Gefühle der Unsicherheit, der Frustration, der Scham oder der Hilflosigkeit nach sich zieht.

Die Handlungen, die sie aufgrund des Erlebens von Demenz setzt, ermöglichen ihr einerseits, für kurze Zeit unangenehme Gefühle nicht aufkommen zu lassen und erschweren andererseits, dem Pflegepersonal diese Gefühle wahrzunehmen. Zu diesen Handlungen zählen das Lächeln von Frau Murauer, die Beschäftigung mit den Dingen in ihrer Umgebung und der Rückzug auf den eigenen Körper.

Die Interaktions- und Beziehungserfahrungen, die Frau Murauer mit dem Pflegepersonal und anderen BewohnerInnen macht, sind meist flüchtig und oberflächlich und tragen nicht dazu bei, dass sich Frau Murauer verstanden oder aufgehoben fühlt. Diese Erfahrungen beeinflussen das Erleben der Demenz meist auf negative Art und Weise, da sie allem Anschein nach die belastenden Gefühle sogar fördern.

Auf welche Art und Weise beeinflusst aber nun das Erleben von Demenz die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?

Das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer geht meist mit Gefühlen einher, die der Regulation bedürfen. Dies zieht Handlungen nach sich, die sie auf unbewusste Weise dafür nutzt. Die Persönlichkeit bzw. die ausgebildeten psychischen Strukturen von Frau Murauer lassen sie offensichtlich dazu tendieren, immer wieder ähnlich zu handeln, nämlich zu lächeln oder sich mit etwas (An)greifbarem zu beschäftigen, wodurch sie ihre emotionalen Nöte kaschiert. Diese Handlungen haben zur Folge, dass die belastenden Gefühle auf den ersten Blick für die Menschen in der Umgebung nur schwer wahrgenommen werden können. Frau Murauer verbirgt scheinbar ihre Gefühle, das Pflegepersonal ist meist nicht in der Lage, sie zu erkennen, geht nicht auf sie ein und kann sie folglich auch nicht lindern. Andere PflegeheimbewohnerInnen sind aufgrund ihrer eigenen dementiellen Erkrankung nicht dazu fähig, sich mit den Emotionen von Frau Murauer auseinander zu setzen, selbst wenn sie diese wahrnehmen könnten.

Folglich kann angemerkt werden, dass das individuelle Erleben von Demenz von Frau Murauer vor allem die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem

Pflegepersonal für sie nachteilig beeinflusst. Länger andauernde Interaktions- und Beziehungserfahrungen, die Frau Murauer dabei unterstützen würden, wohltuende Gefühle zu verspüren, kommen meist nicht zustande, da Frau Murauer versucht die belastenden Gefühle, die mit der Demenz einhergehen, unbewusst, mittels Handlungen zu verbergen. Das Pflegepersonal vermag nicht wahrzunehmen, wie Frau Murauer tatsächlich empfindet und geht folglich nicht darauf ein. Die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit anderen PflegeheimbewohnerInnen werden durch das Erleben von Demenz kaum beeinflusst. Anders als Pflegepersonen, könnten die dementen BewohnerInnen, aufgrund der kognitiven Abbauprozesse, die die Erkrankung mit sich bringt, auch dann nicht auf die Gefühle von Frau Murauer eingehen, wenn sie offensichtlicher wären oder von ihnen wahrgenommen würden.

Nachdem in diesem Kapitel die erste leitende Fragestellung beantwortet wurde, wird im folgenden Kapitel dargestellt, inwieweit diese Ergebnisse auch für die Allgemeinheit bedeutsam sind. Dabei werden ausschließlich die Ergebnisse in Bezug auf das Pflegepersonal herangezogen, da durch das Erleben von Demenz von Frau Murauer primär die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit Pflegepersonen beeinflusst werden.

4.3.1 Frau Murauer, der Einzelfall?

Im vorigen Kapitel wurde festgestellt, dass Frau Murauers Erleben von Demenz ihre Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem Pflegepersonal für sie nachteilig beeinflusst. Frau Murauer verbirgt die belastenden Gefühle, die mit dem Erleben von Demenz einhergehen und kann aufgrund der Abbauprozesse, die die Erkrankung mit sich bringt, ihre Emotionen nicht selbstständig regulieren. Das Pflegepersonal ist meist nicht in der Lage, diese Gefühle wahrzunehmen, geht nicht auf sie ein und kann sie folglich auch nicht lindern. Infolgedessen kann angenommen werden, dass dies der Lebensqualität von Frau Murauer abträglich ist, hängt doch das Erleben von Wohlbefinden davon ab, dass „Pflegeheimbewohnern von wichtigen Bezugspersonen ein lebendiges und um Verstehen bemühtes Interesse an der

inneren Welt entgegengebracht wird. Dies ist dann gegeben, wenn wichtige Bezugspersonen daran interessiert sind, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern, so wie sie in der jeweiligen Situation gegeben sind, wahrzunehmen, zu verstehen, dies dem Pflegeheimbewohner zu vermitteln und im weiteren Beziehungsverlauf zu berücksichtigen“ (Datler, Trunkenpolz 2010, 9).

Es stellt sich nun die Frage, inwieweit dieses Ergebnis allein auf Frau Murauer zutrifft oder, ob davon ausgegangen werden kann, dass auch bei anderen Menschen mit Demenz belastende Gefühle vom Pflegepersonal nicht wahrgenommen werden und somit im weiteren Interaktionsverlauf nicht einbezogen werden können, obwohl dies für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz wesentlich ist (vgl. Amann, Datler, Seidl 2006, 7; Baer 2007, 215-218).

Höwler (2007) belegt in einer Studie, in der Pflegepersonen während der Interaktion mit PflegeheimbewohnerInnen beobachtet wurden, dass Pflegenden sich vor allem auf die körperlichen bzw. somatischen Aspekte der Pflege konzentrieren, bei der „die Bewohnerinnen sauber gewaschen und fertig angezogen sind“ (Höwler 2007, 104). Pflegeprozesse, die auf eine personenzentrierte⁹ Pflege basieren, Vertrautheit und Wahrung von Autonomie in den Mittelpunkt stellen, konnten nicht befriedigend beobachtet bzw. wahrgenommen werden“ (ebd., 104). Die Elemente der, von Tom Kitwood entwickelten, personenzentrierten Pflege für Menschen mit Demenz sind unter anderem die „Behandlung der Person als Individuum“ (Brooker 2004 zit. nach Höwler 2007, 23) und die „Sichtweise aus der Perspektive der Person mit Demenz“ (ebd., 23). Wenn diese Elemente in den Umgang mit Menschen mit Demenz integriert werden, ist es unumgänglich, sich mit den Gefühlen dieser Menschen auseinanderzusetzen. Da dies in der Studie von Höwler (2007) jedoch nicht beobachtet wurde, liegt der Schluss nahe, dass die Emotionen der PflegeheimbewohnerInnen nicht wahrgenommen wurden.

Baer (2007), der Interviews mit Menschen mit Demenz sowie mit deren Angehörigen und Pflegepersonen geführt hat, bemerkt, dass „im praktischen Umgang mit

9 Den Ansatz für personenzentrierte Pflege hat Tom Kitwood entwickelt, wobei der Ursprung dafür in der klientenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers liegt (vgl. Höwler 2007, 22). Die Elemente der personenzentrierten Pflege sind Wertschätzung der Person mit Demenz und ihrer Pflegeperson, Behandlung der Person als Individuum, Sichtweise aus der Perspektive der Person mit Demenz und eine positive Umgebung, in der die demenziell erkrankte Person sich selbst bewusst sein kann (vgl. Brooker 2004 zit. nach Höwler 2007, 23).

demenzkranken Menschen deren Innenwelten oft zu kurz“ (Baer 2007, 13) kommen. Ergebnisse des Forschungsprojekts, in dessen Kontext diese Arbeit verfasst wurde, zeigen, dass Pflegepersonen bestrebt sind, „sich freundlich und fürsorglich um die Bedürfnisse der PflegeheimbewohnerInnen zu bemühen. Dies gelingt besonders dann, wenn es sich um körperlich-pflegerische Belange der BewohnerInnen handelt“ (Datler, Trunkenpolz 2010, 45). Es fällt ihnen jedoch schwer „Gedanken über die innere Welt der PflegeheimbewohnerInnen zu entwickeln, darüber, was in ihnen vorgehen mag, welche Gefühle und Erfahrungen sie beschäftigen mögen“ (ebd., 45). An dieser Stelle soll auch auf die Diplomarbeiten von Bisanz (2012), Cerha (2012), Dastl (2012) und Heußler (2012) verwiesen werden, die ähnliche Ergebnisse erzielt haben und die, ebenso im Kontext des Forschungsprojekts „Lebensqualität im Pflegeheim“, entstanden sind.

Wie oben genannte Publikationen belegen, ist das Ergebnis der vorliegenden Arbeit nicht auf den Einzelfall Frau Murauer beschränkt. Die Gefühlswelt von Menschen mit Demenz bleibt Pflegepersonen oft verschlossen. Doch der Schlüssel zu dieser Welt bzw. die Kompetenz Gefühle wahrzunehmen, um sie in weiterer Folge in die Interaktions- und Beziehungsgestaltung berücksichtigen zu können, trägt dazu bei, Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz herzustellen oder zu steigern (vgl. Datler, Trunkenpolz 2010, 9). Und Wohlbefinden respektive eine subjektiv hohe Lebensqualität ist Ziel jeder qualitativ hochwertigen Pflege.

In welcher Weise es möglich wäre, Pflegepersonen den Zugang zu der Gefühlswelt von Menschen mit Demenz zu eröffnen, wird im folgenden Kapitel erörtert.

5 Der Schlüssel zur Gefühlswelt von Menschen mit Demenz

Dieses Kapitel stellt eine Hinleitung zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage dieser Arbeit dar, die nach einer Möglichkeit sucht, Pflegepersonal dahingehend zu sensibilisieren, dass sie das Erleben von Demenz von PflegeheimbewohnerInnen wahrnehmen.

Diese Frage hängt eng mit der ersten Forschungsfrage zusammen. Im Zuge der Beantwortung dieser wurde erläutert, dass das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer, die Interaktions- und Beziehungsgestaltung mit dem Pflegepersonal für sie negativ beeinflusst, was in Verbindung damit steht, dass das Pflegepersonal die Gefühle von Frau Murauer nicht wahrnimmt. Weiters wurde festgestellt, dass es sich bei Frau Murauer um keinen „Einzelfall“ handelt, bezieht man sich auf die erwähnten Erfahrungen mit dem Pflegepersonal, die ihre Emotionen nicht erkennen.

Um das Erleben von Demenz wahrnehmen zu können, müssen jedoch die Gefühle wahrgenommen werden, denn Menschen mit Demenz „erleben die Welt auf der Gefühlsebene“ (Heinemann 2010, 282).

Bevor allerdings darauf eingegangen werden kann, wie es Pflegepersonen ermöglicht werden könnte, Gedanken über die Gefühlswelt von Menschen mit Demenz zu entfalten, wird nun erläutert, warum dies überhaupt ein Problem darstellt.

An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass Pflegepersonen nicht in „böser Absicht“ handeln, wenn sie Emotionen von Menschen mit Demenz nicht wahrnehmen bzw. die Entwicklung von Gedanken über die innere Welt dieser Menschen nicht zustande kommt. Pflegepersonen werden mit belastenden Faktoren konfrontiert, die es ihnen erschweren, sich auf die Gefühle von den zu Pflegenden einzulassen. Sie müssen einerseits mit einem zu gering konzipierten Personalstand und dem damit einhergehenden Zeitdruck zurechtkommen. Andererseits arbeiten sie mit Menschen, die alt, pflegebedürftig, krank und desorientiert sind, und die sie mitunter bis zum Tod betreuen. Dies ruft unweigerlich Gefühle wie Angst, Scham oder Hilflosigkeit hervor, die meist verleugnet werden. Wenn die vielseitigen, aber vor allem die emotionalen, Belastungen, denen Pflegepersonen ausgesetzt sind, nicht in einem geeigneten Rahmen, wie bspw. Supervision adäquat reflektiert werden können, wie es in

Pflegeeinrichtungen leider oft der Fall ist, führt dies zu Überforderung (Datler, Trunkenpolz 2010, Bear 2007; Menzies 1974).

Baer (2007, 220) schreibt dazu: „Menschen, die überfordert sind, sind kaum in der Lage, sich selbst und andere wirklich ernst- und wahrzunehmen.“ Ein Ausschnitt eines Interviews, das mit einer Pflegekraft geführt wurde, die mit Menschen mit Demenz arbeitet veranschaulicht diese Annahme.

„Manchmal ist mir alles zu viel und ich muss mir die Kranken von Hals halten. Dann werde ich dicht. Und krieg nichts mehr mit. Und ich bekomme auch mich nicht mehr mit“ (Baer 2007, 209).

Nach diesen Ausführungen wird deutlich, dass es nicht ausreicht, Pflegepersonen, banal gesprochen, ein „Rezept“ für das Erkennen von Gefühlen respektive dem Erleben von Menschen mit Demenz zu geben. Es bedarf vielmehr einer Möglichkeit für Fachkräfte, sich Gedanken über bewusste und unbewusste Gefühle von sich selbst und den Menschen, die sie betreuen sowie die Beziehungsdynamik, die dadurch entsteht, machen zu können und diese zu reflektieren. So könnte eine Beziehung entstehen, die dem Container-Contained Modell von Bion entspricht, denn Beziehungsprozesse, die in diesem Modell beschrieben werden „zeichnen sich dadurch aus, dass ein tiefes Verständnis darüber entwickelt wird, was im anderen vor sich gehen mag“ (Datler, Trunkenpolz 2010, 57). Es wird „ein spezifischer Prozess des interaktiven Austauschs zwischen zwei Personen beschrieben, in dessen Mittelpunkt das Verstehen der inneren Welt des Gegenübers steht“ (ebd., 57).

Diese Art der Beziehung würde sich wiederum positiv auf das Wohlbefinden und in weiterer Folge auf die subjektiv erlebte Lebensqualität von Menschen mit Demenz auswirken (vgl. Datler, Trunkenpolz 2010, 9).

Es wurde nun erläutert, dass Pflegepersonen, aufgrund der Belastungen, mit denen sie konfrontiert sind, oftmals nicht in der Lage sind, eigene Emotionen und innerpsychische Vorgänge wahrzunehmen und zu reflektieren, und dadurch auch nicht auf die Gefühle ihres Gegenübers empathisch eingehen können, obwohl dies für die Lebensqualität zuträglich wäre.

Im folgenden Kapitel wird die zweite Forschungsfrage beantwortet, wobei ein Konzept dargestellt wird, das es ermöglicht „zum eigenen Erleben in subtiler Weise

verstehenden Zugang zu finden, weil dies aus heutiger Sicht einen unverzichtbaren Ausgangspunkt sowohl für das Verstehen unbewusster Beziehungsprozesse als auch für das Verstehen der inneren Welt jener darstellt, mit denen“ (Datler 2003, 248) Pflegepersonen arbeiten.

5.1 Beantwortung der zweiten, weiterführenden Forschungsfrage

In diesem Kapitel wird die zweite Forschungsfrage der vorliegenden Diplomarbeit beantwortet, die folgendermaßen lautet.

Auf welche Weise könnte das Pflegepersonal dahingehend sensibilisiert werden, das individuelle Erleben von Demenz von PflegeheimbewohnerInnen wahrzunehmen?

Um das individuelle Erleben von Demenz respektive die innere Welt von Menschen mit Demenz wahrnehmen und verstehen zu können, ist es für Pflegepersonen notwendig, auch das eigene Erleben wahrzunehmen bzw. zu reflektieren. Es braucht folglich eine Möglichkeit, die Pflegepersonen Zugang zu den bewussten und unbewussten Gefühlen bzw. dem Erleben von Menschen mit Demenz, aber auch zu den eigenen inneren Vorgängen ermöglicht.

Hierzu wird nun das Konzept der Work Discussion vorgestellt, dessen Ziel es ist „das Beobachtungs- Wahrnehmungs- und Reflexionsvermögen der Teilnehmer sowie das Verstehen der Dynamik von Beziehungsprozessen zu erweitern (Datler, Trunkenpolz 2010, 64). Das Work Discussion Seminar soll dafür sensibilisieren, „welch große Bedeutung bewusste und unbewusste Emotionen für ihr eigenes professionelles Wahrnehmen, Erleben, Denken und Handeln sowie für das Wahrnehmen, Erleben, Denken und Handeln all jener Menschen haben, mit denen sie beruflich zu tun haben“ (Datler 2004c, 120).

Das Konzept der Work Discussion stellt, wie die Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept, eine Weiterentwicklung der Infant Observation dar und wurde in den 1970er Jahren von Martha Harris am Tavistock Center in London eingeführt (vgl. Markowitsch, Messerer, Prokop 2004, 141). Martha Harris erkannte damals, „dass

neben der wesentlichen Lernerfahrung, Beobachtungen von Babys und ihren Familien zu reflektieren, auch von entscheidender Bedeutung ist, über das persönliche Erleben im Kontext des eigenen beruflichen Handelns nachzudenken“ (Steinhardt, Reiter 2009, 136).

Heute wird die Work Discussion vor allem als Praxisreflexion in pädagogischen und psychosozialen Bereichen eingesetzt. Das Konzept findet sich im englischsprachigen sowie im deutschsprachigen Raum im Rahmen der beruflichen Aus- und Weiterbildung unter anderen für die Arbeit mit Kindern, Familien oder alten Menschen (vgl. Markowitsch, Messerer, Prokop. 2004, 144).

An den Seminaren der Work Discussion nehmen mehrere Personen, die in unterschiedlichen psychosozialen Feldern arbeiten sowie ein/e SeminarleiterIn teil. Die TeilnehmerInnen verpflichten sich dazu, regelmäßig Protokolle zu verfassen, die eine gewisse Zeitspanne, meist eine Stunde, ihres Arbeitsalltags zeigen. Der Prozess des Schreibens stellt „bereits einen bedeutungsvollen Teil des Erkenntnisprozesses dar“ (Steinhardt, Reiter 2009, 140), denn schon die Art und Weise, wie in den Protokollen über eine Situation geschrieben wird, bringt unbewusste Bedeutungszusammenhänge zum Vorschein, die dem/der VerfasserIn nicht bewusst sind (vgl. Datler 2003, 250).

Einmal pro Woche kommen die SeminarteilnehmerInnen und der/die SeminarleiterIn zusammen und besprechen die Protokolle, also die Work Papers. Die Protokolle werden in Ich-Form verfasst, stellen eine beschreibende Erzählung dar und geben das Interaktionsgeschehen mit Personen in einer Arbeitssituation wieder. Diese Personen können KlientInnen, ArbeitskollegInnen oder Vorgesetzte sein (vgl. Datler 2004c, 119). In den Protokollen „werden sowohl die eigenen Handlungen und Bemerkungen als auch die der anderen Beteiligten festgehalten“ (Markowitsch, Messerer, Prokop 2004, 142).

Neben dem manifest Beobachtbaren ist die Aufgabe der Fachkräfte auch die „emotionalen Faktoren der Interaktion aller Anwesenden zu beobachten und aufzuzeichnen. Die Tatsache, dass das psychoanalytische Verständnis von Interaktion sowohl auf bewusste als auch auf unbewusste Aspekte aufbaut (...) macht diese Aufgabe besonders komplex“ (Steinhardt, Reiter 2009, 139).

Weiters ist anzumerken, dass, zum Unterschied zur Methode der Infant Observation oder der Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept, wo primär die zu

beobachtende Person im Fokus steht, man selbst, als BeobachterIn, ebenso beteiligt ist und dies Bifokularität nötig macht (vgl. Steinhardt, Reiter 2009, 139; Markowitsch, Messerer, Prokop 2004, 142).

In den Seminaren wird von den TeilnehmerInnen entschieden, welches Protokoll sie vorstellen möchten, woraufhin das Protokoll Absatz für Absatz gelesen und diskutiert wird. Im Zentrum steht die Frage, wie die, an der Arbeitssituation Beteiligten, diese Situation erlebt haben und wie das Erleben die Interaktion beeinflusst hat (vgl. Steinhardt, Reiter 2009, 142). Das emotionale Beziehungsgeschehen, das in Form des Protokolls vorliegt, ermöglicht jedem/r TeilnehmerIn des Seminars „über das eigene unbewusste innerpsychische Erleben und über die unbewussten Dynamiken in Interaktionsprozessen in differenzierter Weise nachdenken zu können“ (ebd., 141). Beim Lesen der Protokolle entstehen bei den SeminarteilnehmerInnen Gedanken, „Bilder, Stimmungen und Phantasien, die als Reaktionen auf die Inhalte der Protokolle verstanden werden können und somit zum weiteren Verstehen des Beziehungsgeschehens beitragen“ (Markowitsch, Messerer, Prokop 2004, 143). Hierbei ist allerdings wichtig, dass „eng am Papier“ (Datler 2003, 250) gearbeitet wird, denn es muss geprüft werden, „ob die genaue Lektüre der Protokolle und die Berücksichtigung mancher ergänzender Erinnerungen des Protokollanten es tatsächlich erlauben, an diesem oder jenem Gedanken festzuhalten – oder ob weiter nach neuen Gedanken gesucht werden muss“ (ebd., 250).

Da die Gruppe, in der Arbeitssituationen besprochen werden, als Container im Sinne Bions (siehe Kapitel 2.4) fungiert, können auch belastende Gefühle zugelassen werden. Je stärker das Vertrauen in die Gruppe ist, umso konfliktreicher Beobachtungsmaterial wird meist vorgestellt (vgl. Steinhardt, Reiter 2009, 143). „Denn gerade jene Protokolle, die schwierige und unverstandene Aspekte aus dem Arbeitsalltag enthalten, eröffnen der ProtagonistIn vielfältige Gelegenheit aus ihrer, wenn auch schmerzlichen Erfahrung zu lernen“ (ebd., 144).

Datler (2004c) beschreibt in einem Artikel die (Lern-) Erfahrung von Frau L., die in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit geistiger Behinderung arbeitet und an einem Work Discussion Seminar teilgenommen hat. Frau L. hat zu Beginn des Seminars angegeben, dass sie Schwierigkeiten dabei hat zu verstehen, was in Herrn M., einem ihrer Klienten, vorgeht. Herr M. ist ca. dreißig Jahre alt, hat eine

spastische Paraparese und kann sich kaum verbal ausdrücken. Darüber hinaus wird Frau L. die Kontaktaufnahme zu Herrn M. durch sein introvertiertes Verhalten erschwert.

Im Work Discussion Seminar, im Zuge dessen Frau L. achtzehn Work Papers von Arbeitssituationen mit Herrn M. verfasst hat, konnte sie kontinuierlich darüber nachdenken, wie sie beide „bestimmte Situationen erlebt haben dürften und welchen Einfluss dieses Erleben auf das jeweilige Beziehungsgeschehen hatte“ (Datler 2004c,123). Das beständige Schreiben und Besprechen von Protokollen in der Seminargruppe führte dazu, dass in Frau L. das Interesse an der inneren Welt von Herrn M. zu wachsen begann und auch „ihre Denk- und Handlungsspielräume nahmen zu“ (ebd., 124). Frau L. gelang es „in lebendiger Weise zu erfassen und zum Ausdruck zu bringen, was in Herrn M. vorzugehen scheint“ (ebd., 124).

Wie die vorangegangenen Ausführungen und das Beispiel von Frau L. und Herrn M. zeigen ist die Methode der Work Discussion eine profunde Möglichkeit „Emotionen und deren Bedeutung bei anderen sowie bei sich selbst differenziert wahrnehmen und zum Gegenstand des inneren Verstehens“ (Markowitsch, Messerer, Prokop 2004, 141) zu machen. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnahme an solchen Seminaren Pflegepersonen dahingehend sensibilisieren würde, das individuelle Erleben von Demenz von PflegeheimbewohnerInnen wahrzunehmen.

6 Resümee

Obwohl das Thema „Demenz“ immer wieder in aller Munde ist und die Anzahl der Menschen mit Demenz steigt, beschränkt sich die wissenschaftliche Forschung vor allem auf den medizinischen Aspekt dieses Phänomens. Wenige Publikationen hingegen sind darüber zu finden, wie diese Menschen ihren Alltag erleben und wie man ihre subjektiv erlebte Lebensqualität fördern könnte (vgl. Baer, 2007, 14). Genau diese Fragen wurden unter anderen jedoch im Rahmen des Forschungsprojekts „Lebensqualität im Pflegeheim“ bearbeitet, in dessen Kontext auch einige Diplomarbeiten, wie diese, entstanden sind.

Im Zentrum dieser Arbeit stand Frau Murauer, die nun kurz, ein letztes Mal beschrieben wird. Frau Murauer, eine Pflegeheimbewohnerin mit Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium war zum Zeitpunkt der Beobachtungen eine 80jährige Frau, die sich kaum mehr verbal äußern konnte und die meiste Zeit ihres Tages am immer gleichen Platz im Aufenthaltsbereich des Pflegeheims saß, weil sie sich nicht selbstständig dort wegbewegte. Sie erschien auf den ersten Blick fröhlich, lächelte viel und beschäftigte sich mit den Dingen in ihrer nächsten Umgebung, wie beispielsweise dem Essgeschirr, Servietten, einer Zeitung oder ihrem eigenen Körper. Bereits im Zuge der Beobachtungen, aber vor allem durch die Analyse der Beobachtungsprotokolle wurde jedoch deutlich, dass sie mit belastenden Emotionen, die das Erleben ihrer Demenz nach sich zogen, konfrontiert war, diese aber durch erwähnte Verhaltensweisen und Handlungen zu kaschieren versuchte. Dieser Umstand führte dazu, dass es für das Pflegepersonal kaum möglich war, die Gefühle von Frau Murauer wahrzunehmen, und in der Beziehungsgestaltung zu berücksichtigen.

6.1 Forschungsergebnisse

Die Auseinandersetzung mit Literatur, die das Erleben von Menschen mit Demenz behandelt, hat ergeben, dass vor allem Menschen in einem frühen Stadium der Demenz in den Blick genommen werden. Über das Erleben bzw. das Erleben von

Demenz von Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz konnte in aktuellen wissenschaftlichen Publikationen kaum etwas ausgemacht werden.

Diese Forschungslücke, eine erste Analyse der Beobachtungsprotokolle, die im Zuge des Forschungsprojekts entstanden sind und die einen Einblick in den Alltag von Frau Murauer gewährten sowie der Umstand, dass das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in einem hohen Maße mit der Qualität ihrer Beziehungserfahrungen zusammenhängt (vgl. Datler, Trunkenpolz 8-10), haben zur Formulierung der Subfragen und der ersten, leitenden Forschungsfrage geführt, deren Ergebnisse nun zusammengefasst dargestellt werden.

Erst wurde untersucht *auf welche Weise Frau Murauer allem Anschein nach ihre Demenz erlebte*. Frau Murauer, die zum Zeitpunkt der Beobachtungen 80 Jahre alt war und sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz befand, erlebte ihre Erkrankung als einen Zustand, in dem sie immer wieder mit unbekannten Situationen, Dingen und Personen konfrontiert war. Sie erlebte die Demenz als etwas bedrohliches, das Gefühle der Angst, Unsicherheit, Scham und Verlegenheit nach sich zog.

Hinsichtlich der Frage, *welche Handlungen Frau Murauer aufgrund des Erlebens von Demenz setzte*, konnte im Zuge der Protokollbearbeitung festgestellt werden, dass sie ihr typisches Lächeln, selbststimulierende Bewegungen und die Beschäftigung mit den Dingen in ihrer nächsten Umgebung vor allem dafür einsetzte, die bedrohlichen Emotionen, die in ihr aufkamen, zu verbergen.

Die Interaktions- und Beziehungserfahrungen, die Frau Murauer mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen machte, waren für sie meist unbefriedigend und geprägt von Frustration, Unsicherheit und Trauer, da ihre Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse nicht wahrgenommen bzw. berücksichtigt wurden.

Der Einfluss dieser Erfahrungen darauf, wie Frau Murauer Demenz erlebte war in den meisten Fällen für ihr Wohlbefinden nachteilig und führten wiederum zu belastenden Emotionen wie Unsicherheit, Scham und Angst.

Nur einmal konnte eine Interaktion zwischen ihr und einer Pflegeperson beobachtet werden, die in ihr Gefühle der Sicherheit und Verbundenheit ausgelöst hat. In dieser

Begegnung war es der Pflegeperson möglich die Gefühle und Bedürfnisse von Frau Murauer wahrzunehmen und auf empathische Weise darauf einzugehen.

Die Auseinandersetzung mit der ersten, leitenden Forschungsfrage (*Auf welche Art und Weise beeinflusst das Erleben von Demenz der Pflegeheimbewohnerin Frau Murauer die Interaktions- und Beziehungserfahrungen mit dem Pflegepersonal und anderen PflegeheimbewohnerInnen?*) hat ergeben, dass das individuelle Erleben von Demenz, Frau Murauer zu Handlungen und Verhaltensweisen tendieren ließ, die ihr halfen belastende Emotionen zu verbergen. Dies führte dazu, dass die Gefühle, die mit dem Erleben von Demenz einhergingen, auf den ersten Blick für die Menschen in ihrer Umgebung meist nicht wahrnehmbar waren und folglich nicht berücksichtigt bzw. gelindert werden konnten. Von Seiten der anderen PflegeheimbewohnerInnen war dies zusätzlich, aufgrund ihrer eigenen dementiellen Erkrankung, erschwert. Doch auch dem Pflegepersonal war es mehrheitlich nicht möglich, die belastenden Gefühle wahrzunehmen und darauf einzugehen. Das Erleben von Demenz von Frau Murauer beeinflusste ihre Interaktions- und Beziehungserfahrungen demnach vorwiegend nachteilig für sie.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass in den, in Kapitel 1.1, referierten Publikationen (Baer 2007; Bell, Troxel 2007, Heinemann 2010) erläutert wird, dass Menschen mit Demenz ihre Welt vor allem auf der Gefühlsebene erleben. Weiters wird von den AutorInnen darauf hingewiesen, dass besonders Gefühle wie Scham, Hilflosigkeit oder Trauer bei Menschen mit Demenz in frühen Stadien präsent sind. Emotionen, die auch bei Frau Murauer auftreten. Jedoch befindet sich Frau Murauer in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz und ist meist nicht in der Lage ihre Gefühle zu artikulieren oder zu zeigen. Im Zuge dieser Arbeit, in der die Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept als Methode eingesetzt wurde, konnten die Gefühle, das Erleben von Demenz, und der damit einhergehende Einfluss auf die Interaktions- und Beziehungserfahrungen von einer Frau in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz analysiert werden, womit ein Stück weit zur Schließung der, in Kapitel 1.1 formulierten, Forschungslücke beigetragen werden konnte.

Der Beantwortung der zweiten, weiterführenden Forschungsfrage (*Auf welche Weise könnte das Pflegepersonal dahingehend sensibilisiert werden, das individuelle Erleben der Demenz von PflegeheimbewohnerInnen wahrzunehmen?*) ging ein Kapitel voraus, in dem erläutert wurde, dass Frau Murauer keinen „Einzelfall“ darstellt, bezieht man sich darauf, dass ihr individuelles Erleben von Demenz und die damit einhergehenden Emotionen vom Pflegepersonal nicht wahrgenommen und in weiterer Folge im Interaktions- und Beziehungsverlauf nicht berücksichtigt wurden. Da es jedoch für das Wohlbefinden und somit die Lebensqualität von Menschen mit Demenz bedeutsam ist, dass ihre Gefühle wahrgenommen, verstanden und berücksichtigt werden (vgl. Datler, Trunkenpolz 2010, 9), wurde das Konzept der Work Discussion vorgestellt, das im Rahmen einer Weiterbildung, Pflegepersonen dafür sensibilisieren könnte. Zudem ermöglicht die Work Discussion nicht nur Zugang zu den bewussten und unbewussten Gefühlen von Menschen mit Demenz, sondern auch Zugang zu den eigenen bewussten und unbewussten Emotionen, ist doch die Reflexion eigener Gefühle für Pflegekräfte, besonders in Hinblick auf ihre oftmals (über)fordernde Tätigkeit, relevant (vgl. Baer 2007, 209). Die Vorgehensweise bei dieser Methode entspricht im Wesentlichen derer der Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept, allerdings steht nicht nur die beobachtete Person im Fokus, sondern auch der/die BeobachterIn (vgl. Steinhardt, Reiter 2009, 139).

In weiterer Folge wäre eine Auseinandersetzung mit der Frage interessant, inwieweit die Implementierung der Work Discussion als Weiterbildung ausreicht, um Pflegepersonen dahingehend zu sensibilisieren, die Gefühle von Menschen mit Demenz wahrzunehmen. Auch ob Pflegepersonen nach dieser Weiterbildung in der Lage sind auf wahrgenommenen Gefühle einzugehen, wäre eine Thema, das untersucht werden könnte.

In Bezug auf das Erleben von Demenz könnten weitere Einzelfallstudien Aufschluss darüber geben, inwiefern Gefühle und Verhaltensweisen anderer Menschen mit Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium ähnlich sind und ob das Erleben durch die Anwesenheit einer beobachtenden Person beeinflusst wird.

Es bleibt zu hoffen, dass sich die Bildungswissenschaft und im Speziellen die

Psychoanalytische Pädagogik, sowie andere wissenschaftliche Disziplinen auch in Zukunft mit dem Leben und Erleben derer auseinandersetzen, die nicht oder nicht mehr in der Lage sind, für sich selbst zu sprechen und dass die Ergebnisse der Auseinandersetzung Eingang in die Köpfe derer finden, die darüber entscheiden, wie diese Menschen leben.

7 Literaturverzeichnis

- Amann, A., Datler, W., Seidl, E., (2006): Life Quality in the Nursing Home. An empirical investigation into the lifeworld and life quality of nursing home residents: Unpublizierter Text.
- Baer, U., (2007): Innenwelten der Demenz – Das SMEI-Konzept. Affenkönig Verlag: Neukirchen-Vluyn
- Bauer, J., Bauer, H., Teising, M. (1994): Psychosomatische Aspekte der Alzheimer-Demenz. In: Hirsch, R. (Hrsg.): Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff Verlag: Darmstadt
- Bär, M., Kruse, A., Re, S., (2003): Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36, 454-462
- Bell, V., Troxel, D. (2007): Richtig helfen bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel
- Bienstein, C., Fröhlich, A. (1995): Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen. Verlag Selbstbestimmt Leben: Düsseldorf
- Bisanz, A. (2012): "Die zwei gehören zusammen, aber das geht nicht." Eine psychoanalytisch-pädagogische Einzelfallstudie über das Erleben von Zweisamkeit im Pflegeheim mit Blick auf die Ausbildung von Pflegepersonen (Arbeitstitel). Diplomarbeit: Universität Wien (in Arbeit)
- Bowlby Sifton, C. (2008): Das Demenz-Buch. Ein Wegbegleiter für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. Verlag Hans Huber: Bern
- Buijssen, H., Grambow, E. (2008): Demenz und Alzheimer verstehen: Erleben – Hilfe – Pflege: ein praktischer Ratgeber. Beltz Verlag: Weinheim
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2008): Demenzhandbuch. Eigenverlag: Wien
- Caritas Wien. Online unter:
<http://www.caritas-wien.at/mitarbeit-ausbildung/weiterbildung/kardinal-koenig-akademie/> (Stand 3.7.2011)
- Cerha, X. (2012): Recht auf Bildung im Wachkoma? Eine Einzelfallstudie über eine Frau im Wachkoma (Arbeitstitel). Diplomarbeit: Universität Wien (in Arbeit)
- Dastl, U. (2012): Das Erleben von Männlichkeit und Sexualität. Eine Einzelfallstudie über einen dementen Pflegeheimbewohner (Arbeitstitel). Diplomarbeit: Universität Wien (in Arbeit)
- Datler, W. (2001): Zeit, Struktur und Lebensalter: Über Prozesse der Bildung basaler psychischer Strukturen und die heilpädagogische Arbeit mit „verhaltensauffälligen“ Jugendlichen. In: Hofmann, Ch., Brachet, I., Moser, V., Strechow, E. (Hrsg.): Zeit und Eigenzeit als Dimension der Sonderpädagogik. Edition SHZ der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern, 157-166
- Datler, W. (2003): Erleben, Beschreiben und Verstehen: Vom Nachdenken über Gefühle im Dienst der Entfaltung von pädagogischer Professionalität. In: Dörr, M., Göppel, R. (Hrsg.): Bildung der Gefühle. Innovation? Illusion? Intrusion?. Psychosozial Verlag: Gießen, 241-264
- Datler, W. (2004a): Pädagogische Professionalität und die Bedeutung des Erlebens. In: Hackl, B., Neuweg, G. H., (Hrsg.): Zur Professionalisierung pädagogischen

- Handelns. LIT – Verlag: Münster, 113-130
- Datler, W. (2004b): Wie Novellen zu lesen...: Historisches und Methodologisches zur Bedeutung von Falldarstellungen in der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Datler, W., Müller, B., Finger-Trescher, U. (Hg.): Sie sind wie Novellen zu lesen. Zur Bedeutung von Falldarstellungen in der psychoanalytischen Pädagogik. Psychosozialverlag: Gießen, 9-41
- Datler, W. (2004c): Die heilpädagogische Beziehung als Gegenstand der Reflexion und Ort der Veränderung. Über das Ringen um Verstehen, die Erarbeitung von Handlungsspielräumen und das Konzept der „work paper discussion“. In: Kannewisher, S. u.a. (Hrsg.): Verhalten als subjektiv-sinnhafte Ausdrucksform (Festschrift für Konrad Bundschuh zum 60. Geburtstag). Klinkhardt Verlag: Bad Heilbrunn, 116-126
- Datler, W. (2010): Die Singstunde: Zum Einsatz von Beobachtungen nach dem Tavistock-Konzept zur Untersuchung der Beziehungsdynamik in Alters- und Pflegeheimen aus der Perspektive von Psychoanalyse und Bildungswissenschaft. In Breinbauer, I. M., Meyer-Wolters, H. (Hrsg.): Transdisziplinäre Alternsstudien – Gegenstände und Methoden. Verlag Königshausen und Neumann: Würzburg, 153-175
- Datler, W., Trunkenpolz, K. (2010): Lebensqualität im Pflegeheim. „An empirical investigation into the life world and life quality of nursing home residents“. Band IV: Bildungswissenschaftliche Untersuchungen. Unveröffentlichter Projektbericht
- Datler, W., Steinhardt, K., Trunkenpolz, K., Hover-Reisner, N. (2008): Zweisamkeit vor Dreisamkeit? Infant Observation als Methode zur Untersuchung früher Triangulierungsprozesse. In Ruth, J., Katzenbach, D., Dammasch, F. (Hrsg.): Triangulierung – Lernen, Denken und Handeln aus pädagogischer und psychoanalytischer Sicht. Verlag Brandes & Apsel: Frankfurt, 85-109
- Davenhill, R., Balfour, A., Rustin, M. (2007): Psychodynamic observation and old age. In: Davenhill, R. (Hrsg.): Looking into later life. A psychodynamic approach to depression and dementia in old age. Karnac: London, 129-144
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) (2009): Aktiv für Demenzzranke. Referate auf dem 5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. (Band 7) o. V.: Berlin
- Fatke, R. (1995a): Fallstudien in der Pädagogik. Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für Pädagogik 41 (Heft 5), 675-680
- Fatke, R.: (1995b): Das Allgemeine und das Besondere in pädagogischen Fallgeschichten. In: Zeitschrift für Pädagogik 41 (Heft 5), 681-695
- Feil, N. (2001): Validation in Anwendungen und Beispielen. Ernst Reinhardt Verlag: München
- Heinemann, E. (2010): Psychoanalytische Pädagogik in einem Pflegeheim. In: Heinemann, E., Hopf, H. (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik. Theorien-Methoden-Fallbeispiele. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, 279-297
- Heußler, G. (2012): Die Auseinandersetzung mit Verlusterlebnissen im Alter als Bildungsprozess? Eine psychoanalytische Einzelfallstudie im Pflegeheim (Arbeitstitel). Diplomarbeit: Universität Wien (in Arbeit)
- Holmes, J. (2006): John Bowlby und die Bindungstheorie. Ernst Reinhardt Verlag: München
- Höwler, E. (2007): Interaktion zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein

- pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis. Verlag Kohlhammer: Stuttgart
- Institut für Bildungswissenschaft. Online unter:
<http://bildungswissenschaft.univie.ac.at/> (Stand: 4.5.2011)
- Kardinal König Haus. Online unter:
http://www.kardinal-koenig-haus.at/prog_hosp.php (Stand: 3.7.2011)
- Kitwood, T. (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber: Bern
- Klessmann, E. (1990): Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben. Die Doppelbotschaft der Altersdemenz. Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart, Toronto
- Kreissl, S. (2012): Zweisamkeit, Sexualität und Männlichkeit erleben im Alter bei Demenz – eine psychoanalytisch-pädagogische Einzelfallstudie in einem Wiener Pflegeheim (Arbeitstitel). Diplomarbeit: Universität Wien (in Arbeit)
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B.. (1973): Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main
- Lazar, R. A., Lehmann, N., Häußinger, G. (1986): Die psychoanalytische Babybeobachtung von Babys innerhalb der Familie. In: Stork, J. (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings. Verlag Frommann-holzboog: Stuttgart, 185-211
- Lazar, R. A. (1991): Die Psychoanalytische Beobachtung von Babies und ihrer Familien: Ein Rückblick über 10 Jahre Babybeobachtung nach der Methode von Frau Dr. Esther Bick. In: Arbeitskreis DGPT/VAKJP f. Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen 4, 47-82
- Lazar, R. A. (1993): Container-Contained und die helfende Beziehung. In: Ermann, M. (Hrsg.): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, 68-91
- Lebensqualität im Pflegeheim. Eine empirische Untersuchung zum Lebensalltag und zur Lebensqualität von Menschen im Pflegeheim. Online unter:
http://www.univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/forschung/x2_Lebensqualität.html (Stand: 12.7.2010)
- Lüders, K. (1997): Bions Container-Contained-Modell. In: Kennel, R., Reerink, G. (Hrsg.): Freud – Klein – Bion. Eine Einführung. Ed. diskord: Tübingen, 85-100
- Mace, N. L., Rabins, R. V. (2001): Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Markowitsch, J., Messerer, K., Prokop, M. (2004): Handbuch praxisorientierter Hochschulbildung. WUV Universitätsverlag: Wien
- Meindorfer, T. (2008): Beobachtungsprotokolle. Zeitraum: 30.4.2008-7.8.2008. Unveröffentlichtes Projektmaterial
- Motruk, M., Berendond, C. (2009): Das Projekt Demian. Die Gestaltung positiver Erlebnissräume in der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): Aktiv für Demenzzranke. Referate auf dem 5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. (Band 7) o. V.: Berlin, 63-68
- Muck, M. (2001): Psychoanalytisches Basiswissen. In: Muck, M.; Trescher H.-G. (Hrsg.): Grundlagen der Psychoanalytischen Pädagogik. Psychosozial Verlag: Gießen, 13-62

- Re, S. (2003): Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36, 447-453
- Sinason, V. (2000): Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins. Luchterhand Verlag: Neuwied, Kriftel, Berlin
- Statistik Austria. Online unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1 (Stand: 18.2.2011)
- Stechl, E., Lämmer, G., Steinhagen-Thiessen, E., Flick, U. (2007): Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium – SUWADEM. Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40, 71-80
- Steinhardt, K., Reiter, H. (2009): „Work Diskussion“. Lernen durch Beobachtung und Reflexion von Arbeitsprozessen. In: Diem-Wille, G., Turner, A. (Hrsg.): Einblicke in die Tiefe. Verlag Klett-Cotta: Stuttgart, 136-156
- Stuhlmann, W. (2007): Frühe Bindungserfahrungen hinterlassen lebenslange Spuren. In: Psychotherapie im Alter 4(2), 15-24
- Trunkenpolz, K., (2008): Überlegungen zur Beziehungsgestaltung zwischen alten und pflegebedürftigen Menschen und deren Betreuungspersonen – basierend auf psychodynamischen Einzelbeobachtungen nach dem Tavistock-Konzept. In: heilpädagogik [Fachzeitschrift der Heilpädagogischen Gesellschaft Österreich] 51(5), 8-18
- Trunkenpolz, K., Hover-Reisner, N. (2008): Kommentierte Auswahlbiographie. Psychoanalytische Beobachtung nach dem Tavistock-Konzept als Forschungsinstrument. An Application of Infant Observation. Online unter: <http://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:616/bdef:Content/get> (Stand: 16.2.2010)
- Trunkenpolz, K., Datler, W., Funder, A., Hover-Reisner, N. (2009): Von der Infant Observation zur Altersforschung. Die psychoanalytische Methode des Beobachtens nach dem Tavistock-Konzept in Kontext von Forschung. In: Zeitschrift für Individualpsychologie 34, 331-350
- ÖGKV. Online unter: <http://www.oegkv.at/de/fort-und-weiterbildung/programm-2011/bundesverband-oegkv-bundessekretariat.html> (Stand: 3.7.2011)
- Volkshochschulen Wien. Online unter: [http://www.vhl.at/kuskategorien.html?&no_cache=1&tx_vhskurse_pi2\[hkat\]=GesundheitBewegung](http://www.vhl.at/kuskategorien.html?&no_cache=1&tx_vhskurse_pi2[hkat]=GesundheitBewegung) (Stand: 3.7.2011)
- Waddell, M., (2007): Only connect – the links between early and later life. In: Davenhill, R. (Hrsg.): Looking into later life. A psychodynamic approach to depression and dementia in old age. Karnac: London, 187-200
- Wiener Krankenanstaltenverbund. Online unter: http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_auswahl.asp?veranstalter=AKH-PFLEGEu (Stand: 3.7.2011)
- Wiener Rotes Kreuz. Online unter: <http://www.roteskreuz.at/wien/kurse-aus-weiterbildung/gerontologie/> (Stand: 3.7.2011)
- Wirsing, K. (2000): Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Beltz Psychologie Verlags Union: Weinheim
- Wojnar, J. (2005): Gewohnheit, Ritual und Zwang im Leben Demenzkranker. In: Psychotherapie im Alter 2(2), 63-72

Anhang

Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich in Form einer psychoanalytisch pädagogischen Einzelfallstudie mit dem Erleben von Demenz einer Pflegeheimbewohnerin und entstand im Kontext des Forschungsprojekts „Lebensqualität im Pflegeheim“ der Universität Wien. Hierzu wurde im Zeitraum von drei Monaten eine Pflegeheimbewohnerin eines Wiener Pflegeheims zwölf mal für jeweils eine Stunde beobachtet.

Um der Frage nachzugehen, inwiefern das Erleben von Demenz die Interaktions- und Beziehungserfahrungen der dementen Pflegeheimbewohnerin mit anderen Personen beeinflusst, wird umfangreiches Beobachtungsmaterial verwendet, das anhand von vier aufeinander aufbauenden Subfragen, vor dem Hintergrund psychoanalytisch orientierter Theorien analysiert wird. Sowohl zur Datenerhebung, als auch zur Auswertung diente die Methode der Einzelbeobachtung nach dem Tavistock-Konzept, eine Modifikation der Infant Observation. Darüber hinaus wird, im Zuge einer weiterführenden Forschungsfrage, auf die Weiterbildung von Pflegepersonal eingegangen.

Um den Anspruch einer Einzelfallstudie zu gewährleisten, werden die Ergebnisse mit bereits vorhandenen Wissensbeständen verknüpft, wobei versucht wird, diese zu ergänzen.

Abstract

This diploma thesis addresses the experience of dementia of a nursing home resident in terms of a psychoanalytic pedagogical single case study. It originated from the research project „Quality of life in nursing homes” at the University of Vienna. Over a period of three months one nursing home resident was observed on twelve different occasions for one hour each time.

In order to pursue the question in how far dementia can influence the experiences of interaction and relationships of the demented nursing home resident, comprehensive observational material is being used. Based on four correlated sub-questions the material is analysed against the background of a psychoanalytic oriented theory. For data collection as well as analysis, the method of single observation, according to the Tavistock concept, a modification of infant observation, is being used. Moreover an additional research question is posed to address the issue of further education of carers.

To ensure the requirements for a single case study, already existing knowledge is linked, attempting to add it to the results.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Tanja Meindorfer

Wohnort: Wien

Geburtsdatum: 01.01.1977

Geburtsort: St.Pölten

Kontakt: ocra@gmx.at

Schule und Studium

1983 – 1987 Volksschule in Traisen

1987 – 1991 Hauptschule in St.Georgen am Steinfeld

1991 – 1994 BORG in St.Pölten

1995 – 1996 HAS in St.Pölten

2001 HeimehelferInnen Ausbildung

2002 – 2004 Fachschule für Altdienste und Pflegehilfe der Caritas der Diözese
St.Pölten

2004 Studienberechtigungsprüfung

2005 – 2012 Diplomstudium Pädagogik an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeiten

1996 Majed Gastronomie

1996 – 1997 Tierschutzverein Krems

1997 – 1998 Jugend und Arbeit-NÖ LV

1998 – 2000 Project Consult

2001 – 2008 NÖ Volkshilfe

2008 – 2010 Verein GIN

2011 – 2012 Lebenshilfe Wien

ab 2012 Verein GIN