



## Masterarbeit

Aktivierung und biografische Erinnerungen als  
moderierende Faktoren auf das Wohlbefinden bei  
Menschen mit einer Demenz

Regula Bockstaller

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. phil. Sandra Oppikofer

Wald, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## **Kurzfassung**

Im Rahmen des SIMPA-Projektes des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich wird die Wirksamkeit eines simulierten, virtuellen Besuches mit einem eigens für Menschen mit einer Demenzerkrankung erstellten Video mit musikalischem, biografischem Inhalt überprüft. Vorliegende Arbeit beforscht den Aspekt der Förderung des Wohlbefindens bei Menschen mit einer Demenz im Rahmen des SIMPA-Projektes. Aktivierung und biografische Erinnerungen haben als moderierende Faktoren einen Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz. Die ressourcenorientierte Aktivierung stellt eine wichtige Möglichkeit dar, Menschen mit einer progressiv verlaufenden Erkrankung, wie sie die Demenz darstellt, nicht mit ihren Defiziten zu konfrontieren, sondern sie in ihren noch verbleibenden Fähigkeiten zu stärken und damit die Lebensqualität zu halten oder gar zu fördern. Für die Erhebung sind Menschen mit einer Demenz, welche zuhause leben, und deren Angehörige befragt worden. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der simulierten, virtuellen Besuche mittels Videofilm wurde bei einer Kontrollgruppe ein ähnlicher Film, aber ohne Wirkmechanismen des SIMPA-Filmes eingesetzt. In einer Triangulation bezüglich Theorie, Befragungen von Betroffenen und Fremdeinschätzungen durch die Angehörigen werden die Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden interpretiert und diskutiert. Die Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz hängt von verschiedenen Einflussfaktoren ab, wobei ein simulierter, virtueller Besuch die Aktivierung und die biografische Erinnerung und damit das Wohlbefinden fördern kann. Weitere Forschung sollte sich mit dem engen Zusammenhang von allen Beteiligten in einem familiären System auseinander setzen. Die Erkenntnisse aus der Studie, dass Aktivierung und biografische Erinnerungen das Wohlbefinden mittels Videobesuch fördern können, sollten in der Praxis von Fachpersonen umgesetzt werden. Ein erweitertes Angebot an simulierten, virtuellen Besuchen wäre wünschenswert. Zudem dürfte ressourcenorientierte Aktivierung ein wichtiges Zukunftsfeld der Forschung darstellen.

**Schlüsselwörter:** Wohlbefinden, Demenz, Ressourcenorientierung, Biografie, Aktivierung

## **Abstract**

In the context of the SIMPA-project of the center for gerontology of the University of Zurich, the effectiveness of a simulated, virtual visit is investigated on people with dementia by means of a specifically developed video with musical und biographical contents. This study explores the aspect of promotion of well-being of people with dementia within the framework of the SIMPA-project. Activation and biographical memories affect the well-being of people with dementia as moderating factors. Resources-oriented activation represents an important possibility to strengthen the remaining abilities of people with a progressive disease such as dementia instead of confronting them with their deficits and hence allows them to maintain or even enhance their quality of life. For the present investigation both people with dementia living at home and their relatives have been interviewed. To examine the effectiveness of the simulated, virtual visits by means of a video film, a similar film without the mechanisms of action of the SIMPA-film has been used in a control group. In a triangulation of theory, interviews of affected people and external rating by relatives, the factors of influence on well-being are interpreted and discussed. The quality of life of people with dementia depends on different factors of influence, whereas a simulated, virtual visit may promote activation and biographical memories and therefore enhance the quality of life. Further research ought to be done on the close relation of all parties in a family system. The findings of the present study, that well-being could be enhanced by activation and biographical memories by means of a video visit, should be implemented into practice by experts. An extended offer of simulated, virtual visits would be desirable. Furthermore, resources-oriented activation ought to represent an important field of research in the future.

**Keywords** : well-being, dementia, resource-orientation, biography, activation

## Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung .....	3
Abstract.....	4
Inhaltsverzeichnis .....	5
1 Vorwort .....	8
2 Einleitung.....	9
2.1 Projekt SIMPA .....	9
2.2 Fragestellung .....	11
2.3 Hypothesen.....	11
3 Theoretischer Hintergrund .....	12
3.1 Demenzen.....	12
3.2 Konzepte zum psychischen Wohlbefinden im Alter .....	14
3.3 Konzepte zum psychischen Wohlbefinden und Demenz .....	16
3.3.1 Dimension Umwelt.....	17
3.3.2 Dimension Gesundheit .....	18
3.3.3 Dimension Verhaltenskompetenz .....	19
3.3.4 Dimension Individualität .....	20
3.3.5 Dimension subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit.....	21
3.4 Emotionaler Ausdruck bei schwerer Demenz .....	23
3.5 Methoden der Aktivierung bei Menschen mit Demenz .....	25
3.5.1 Personenzentrierter Ansatz .....	26
3.5.2 Aktivierungsprogramme .....	27
3.5.3 Biographiearbeit .....	27
3.5.4 Selbsterhaltungstherapie.....	29
3.5.5 Musiktherapie .....	30
3.5.6 Kunsttherapie.....	31
3.5.7 Individuelle, personalisierte Filme .....	32
3.6 Zusammenfassung theoretischer Teil .....	33
4 Empirischer Teil .....	38
4.1 Stichprobe.....	38
4.1.1 Soziodemographische Daten .....	38
4.1.2 Erkrankung .....	40
4.1.3 Rekrutierung .....	43
4.1.4 Einschlusskriterien .....	44

4.2	Design.....	44
4.2.1	Untersuchungsablauf .....	45
4.2.2	Intervention.....	46
4.3	Methode.....	47
4.3.1	OERS .....	48
4.3.2	FAST.....	49
4.3.3	Fragebogen und Beobachtung .....	51
4.3.4	Visuell-analog Skala .....	51
4.3.5	MMSE; Mini-Mental-State-Examination.....	52
4.4	Auswertung .....	53
4.4.1	Statistische Verfahren .....	53
4.4.2	Wohlbefinden.....	54
4.4.3	Zufriedenheit mit dem Film.....	59
4.4.4	Gedächtnisinhalte .....	63
4.4.5	Tagebücher.....	66
5	Diskussion.....	73
5.1	Positive Beeinflussung des Wohlbefindens.....	73
5.2	Aktivierung der Gedächtnisinhalte.....	76
5.3	Unterscheidung Experimentalgruppe – Kontrollgruppe .....	77
5.4	Biografische Erinnerungen als Faktoren für das Wohlbefinden .....	79
5.5	Methodenkritik .....	80
6	Fazit und Ausblick .....	82
7	Literaturverzeichnis .....	84
8	Anhang: Instrumente.....	91
8.1	Personalblatt, Pflegeperson .....	91
8.2	Personalblatt StudienteilnehmerIn .....	92
8.3	FAST .....	93
8.4	MMSE .....	94
8.5	Zufriedenheit mit dem Film, StudienteilnehmerIn.....	95
8.6	Zufriedenheit mit dem Film, Angehörige.....	97
8.7	Filmtagebuch.....	102
8.8	Auswertung Tagebücher.....	103
8.9	Auswertung Tagebücher Kontrollgruppe .....	104

„Man braucht sehr lange, um jung zu werden.“ Pablo Picasso

## 1 Vorwort

An einer Demenz zu erkranken und als Folge unselbständig und abhängig zu werden, ist das wahrscheinlich am meisten gefürchtete Risiko des Alters. Die diffuse Angst vor einer Demenz im Alter scheint durch die Medienpräsenz des Themas und die fast täglich neuen Erkenntnisse noch anzusteigen. Dabei werden die Einbussen als Grenze des Lebens und mit einem Verlust des Menschseins gleichgesetzt. Die Würde und die Individualität, aber auch die Lebensqualität müssen in diesem Zusammenhang als gesellschaftliche Leitbilder betont werden, vielleicht sogar neu definiert werden. Eine Demenz konfrontiert in besonderer Weise mit den Grenzen der menschlichen Existenz, bedeutet aber keinesfalls den Verlust der Individualität einer Person. Mit der Angst vor den kognitiven Einbussen wird der Verlust, das Defizit in den Vordergrund gerückt. Dabei wird oft übersehen, dass auch Menschen mit einer Demenz viele Kompetenzen und Ressourcen in sich tragen.

Diese generelle Aussage kann ich bestätigen, habe ich doch während den Interviews mit den Studienteilnehmenden immer wieder erleben dürfen, wie viele Ressourcen und Kompetenzen Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen aufweisen. Ihnen allen, die sich für die Studie zur Verfügung stellten, möchte ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aussprechen. In der nicht einfachen Situation, mit der Erkrankung einen Umgang im Alltag zu finden, das Leben immer wieder neu den Begebenheiten und der Erkrankung anzupassen, ist die Zeit, die sie mir für die Interviews schenkten, nicht selbstverständlich. Aus den Interviewgesprächen sind oft ganz persönliche Gespräche entstanden, einige davon reichen weit über diese Studie hinaus und finden in einem ressourcenorientierten Projekt für Menschen mit einer Demenz und ihren Angehörigen weiterhin Raum.

Mein zweiter Dank gilt der Referentin und Studienleiterin des SIMPA-Projekts, Dr. phil. Sandra Oppikofer. Nebst den vielen fachlichen Gesprächen und der Auseinandersetzungen zur vorliegenden Forschungsarbeit hatten viele persönliche Begegnungen Platz, die mitunter das Schreiben der Forschungsarbeit erleichterten, mir aber immer wieder neuen Schwung und Mut verlieh, an der Fragestellung nahe dran zu bleiben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht zu dem geworden, was sie heute ist – herzlichen Dank.

Abschliessend möchte ich meinen Dank all jenen aussprechen, die mich in dieser arbeitsintensiven Zeit unterstützt haben, indem sie für mich da waren, mir den Rücken freihielten und meine Fragen beantworteten.



## 2 Einleitung

Vorliegende Masterarbeit fand im Rahmen des SIMPA-Projektes vom Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, statt. Im theoretischen Hintergrund wird das Krankheitsbild einer Demenz beschrieben und auf dem Grund dieses Wissens werden Konzepte zum psychischen Wohlbefinden im Alter generell und mit einer Demenz im Spezifischen erläutert. In den verschiedenen Dimensionen im Konzept zum Wohlbefinden und Demenz wird aufgezeigt, was die Lebensqualität unter den erschwerten Bedingungen einer dementiellen Erkrankung ausmacht. Da Menschen mit einer Demenz in fortgeschrittenem Stadium sich oft nicht mehr verbal zu ihren Emotionen äussern können, wird im Kapitel 3.5 vorgestellt, wie nonverbaler, emotionaler Ausdruck erfasst werden kann.

Die Methoden zur Aktivierung bei Menschen mit einer Demenz sind sehr vielfältig und können nicht umfassend dargestellt werden. Eine Auswahl an Aktivierungsmöglichkeiten, welche im Zusammenhang mit der Fragestellung stehen, wurde durch die Verfasserin der vorliegenden Arbeit getroffen. Dabei spielte der personenzentrierte Ansatz, bei dem der Mensch, die Person mit einer Demenz die zentrale Rolle.

Im zweiten, empirischen Teil werden die Stichprobe, das Design und die Methode beschrieben. Dabei werden alle für die vorliegende Arbeit verwendeten Messinstrumente genauer erläutert und in der Auswertung entsprechend bearbeitet. Quantitative statistische Werte ergänzen die qualitativen Auswertungen und werden in der Diskussion gemäss der Fragestellung und den Hypothesen interpretiert und diskutiert.

Abschliessend folgen eine Methodenkritik und ein Fazit sowie ein Ausblick auf die Umsetzung der gewonnenen Ergebnisse.

### 2.1 Projekt SIMPA

Zum besseren Verständnis der Arbeit zur Frage der Aktivierung und biografischen Erinnerung als moderierende Faktoren auf das Wohlbefinden bei Menschen mit einer Demenz wird die Zusammenfassung des SIMPA-Projektes an dieser Stelle beschrieben.

**Management Summary SIMPA Projekt aus dem Projektbeschrieb, Detailkonzept von Sandra Oppikofer (2008)**

Das Evaluationsprojekt SIMPA (simulierte, multimodale Präsenz und Aktivierung) überprüft die Wirksamkeit simulierter Präsenz und Aktivierung durch multimodale Intervention bei zu Hause lebenden Menschen mit Demenz. Das Projekt der Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, wird in Kooperation mit Pfizer AG durchgeführt.

## **Hintergrund**

Viele pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz gehen im Bemühen, bestmögliche PflegerInnen zu sein, bis an die Grenzen der Möglichkeiten, oftmals sogar weit darüber hinaus. Leider riskieren dabei viele ihr eigenes Wohlbefinden und im Laufe des Pflegeprozesses manchmal sogar ihr Familienleben (Lund, Wright & Caserta, 2005).

## **Entlastungsfilme**

Entlastungsfilme, wie sie Professor Dale A. Lund an der University of Utah in Zusammenarbeit mit der Amerikanischen Alzheimervereinigung entwickelt hat, können pflegenden Angehörigen eine kurze Auszeit und von Demenz betroffenen Menschen eine Abwechslung und Stimulation positiver Verhaltensweisen bieten.

## **Ziel**

Das Hauptziel dieses Projektes ist deshalb die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit simulierter Präsenz und Aktivierung mittels multimodaler Intervention hinsichtlich (a) der Lebensqualität und Verhaltensweisen der von Demenz betroffenen Menschen, (b) der Entlastungswirkung auf pflegende Angehörige und (c) der Interventionsmöglichkeit bei Agitation.

## **Vorgehen**

Das Projekt wird in drei Phasen durchgeführt: (1) Erstellung von zwei Interventionsfilmen im universitätseigenen Filmstudio in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe, (2) Evaluation der Wirksamkeit und (3) Erstellung einer allgemein verständlichen, anschaulichen Publikation für Fachpersonen und die Öffentlichkeit.

## **Fragestellung im Rahmen des SIMPA-Projektes**

Im Rahmen dieses Projektes interessiert die Frage, welchen Einfluss die Aktivierung und die biografische Erinnerung auf das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz haben. Wird bei Menschen mit einer Demenz die Aktivierung durch eine Erinnerung ausgelöst, bedeutet dies nicht automatisch eine Verbesserung des Wohlbefindens. Auf

dem Hintergrund der Konzepte zum Wohlbefinden und Lebensqualität und Demenz muss davon ausgegangen werden, dass die Verbesserung des Wohlbefindens durch die Aktivierung der Erinnerung eng mit der persönlichen Biografie zusammenhängt. Noch wenig erforscht ist die Frage, welche Gedächtnisinhalte durch eine gezielte Intervention wachgerufen werden und wie diese das Wohlbefinden beeinflussen (Oppikofer, 2008). Diese Masterarbeit geht dem Teilaspekt des Wohlbefindens bei Menschen mit einer Demenz im Rahmen der Evaluationsstudie SIMPA nach.

## **2.2 Fragestellung**

- a) Welchen Einfluss hat die regelmässige Aktivierung der Erinnerung mittels Einsatz eines simulierten, virtuellen Besuches auf das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz?
- b) Welche Gedächtnisinhalte lassen sich durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film aktivieren?
- c) Kann durch eine spezifische Aktivierung, wie den SIMPA-Film, eine grössere Wirkung auf die Gedächtnisinhalte und Erinnerungen erzielt werden als bei zufällig ausgewählten Filmen mit ähnlichem Inhalt?

## **2.3 Hypothesen**

- a) Die Aktivierung und das Gedächtnistraining durch einen simulierten, virtuellen Besuch (SIMPA-Film) haben einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden. Das Ausmass des Einflusses hängt von verschiedenen Aspekten der Erinnerungs- und Biographiearbeit ab.
- b) Durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film werden positiv konnotierte Gedächtnisinhalte aus früheren Zeiten wachgerufen.
- c) Es gibt spezifische Unterschiede der Gedächtnisinhalte.
- d) Die gezielte Intervention des SIMPA-Filmes setzt beim Altwissen und der Erinnerung mit Liedern und Erzählungen in der Kindheit und Jugendzeit an und weckt auch Erinnerungen an diesen Zeitabschnitt und fördert das Wohlbefinden.
- e) Die zufällig ausgewählte Intervention aktiviert Menschen mit Demenz im generellen Wohlbefinden während der Intervention, die Erinnerungen und Gedächtnisinhalte beziehen sich jedoch nicht auf einen bestimmten Zeitabschnitt ihres Lebens.
- f) Biographische Erinnerungen wirken als moderierende Faktoren auf das Wohlbefinden bei Menschen mit einer Demenz.

### **3 Theoretischer Hintergrund**

Schätzungen zufolge werden im Jahr 2050 in der Schweiz 300'000 Menschen an einer Demenz erkrankt sein (Schweizerische Alzheimer Vereinigung, 2010). Die Entwicklung neuer und effizienter pharmazeutischer Therapiemöglichkeiten und die Faktoren zur Steigerung der Lebensqualität müssen die medizinischen und psychologischen Forschungsrichtungen sein, will dieser Krankheit der Zukunft Rechnung getragen werden, so Martin und Schelling (2005).

#### **3.1 Demenzen**

Demenzen umfassen ein breites Spektrum eines Krankheitsbildes, das mit folgenschweren kognitiven und das Gedächtnis betreffenden Einbussen einhergeht. Brandt und Markowitsch (2005) betonen die deutlichen Einschränkungen der Alltagsfunktionen und der selbständigen Lebensführung, die durch diese Einbussen entstehen. Eine vollständige Unselbständigkeit des Betroffenen ist die Folge und damit die Betroffenheit eines ganzen Systems von Beteiligten.

#### **Demenz bei Alzheimer-Krankheit**

Die Demenz vom Typ Alzheimer ist die bekannteste und häufigste aller Demenzformen. Zur Diagnose müssen die allgemeinen Diagnosekriterien einer Demenz nach DSM IV, beziehungsweise ICD 10, erfüllt sein. Es müssen multiple kognitive Defizite vorliegen, zu denen zwingend Gedächtnisstörungen zählen und mindestens eine weitere kognitive Einbusse wie zum Beispiel eine Aphasie, eine Agnosie, eine Apraxie oder Störungen exekutiver Funktionen dazu auftreten. Diese Einbussen müssen den Alltag des Betroffenen deutlich beeinträchtigen und zu Einschränkungen in sozialen und/oder beruflichen Kompetenzen führen. Gemäss Brandt und Markowitsch (2005) haben sich differenzierte Kriterienkataloge zur Zuordnung einer bestimmten Demenzform bewährt, wobei der wichtigste Parameter immer noch der klinische Eindruck und die Erfahrung des Diagnostikers, der Diagnostikerin ist. Bildgebende Verfahren bei einer Demenz vom Typ Alzheimer sind insbesondere wichtig, damit andere Hirnerkrankungen, welche als Ursachen für kognitive Symptome in Frage kommen, ausgeschlossen oder erfasst werden können. Im Weiteren werden bildgebende Verfahren zur Abgrenzung in der Differenzialdiagnose zu anderen Demenzformen eingesetzt. Ebenso werden Labor- und Liquoruntersuchungen als Ausschluss von Entzündungen und Infektionen, welche kognitiv-amnestische Defizite zur Folge haben können, eingesetzt.

## **Vaskuläre und andere Formen der Demenz**

Vaskuläre Demenzen umfassen alle Erkrankungen, die im Zusammenhang mit einer Hirndurchblutungsstörung oder einer geringen Blutzufuhr im Bereich des Gehirns stehen (Kitwood, 2008). Die Ergebnisse der neurologischen Untersuchung und der Anamnese werden für die Diagnose einer vaskulären Demenz kombiniert. Wichtige Daten liefern das plötzlich Auftreten der Symptome, ein fluktuierender Verlauf sowie die Schlaganfälle in der Vorgeschichte des Patienten, welche in der Gesamtheit auf eine vaskuläre Demenz schliessen lassen. Die Diagnose einer vaskulären Demenz wird mit bildgebenden Verfahren gestellt. Brandt und Markowitsch (2005) schlagen vor, die Diagnose mit Wiederholungsuntersuchungen abzusichern. So kann auch eine Diagnose vaskulär bedingter, kognitiver Einbussen, zum Beispiel verursacht durch gering ausgeprägte Infarkte, von einer vaskulären Demenz eher abgegrenzt werden, wobei dies in der Praxis oft sehr schwierig ist.

Weniger etabliert sind die Diagnosekriterien für eine Demenz mit Lewy-Körperchen. Als vorherrschendes Symptom werden Aufmerksamkeitsstörungen und Defizite in der Handlungsplanung und -überwachung sowie visuokonstruktive Störungen genannt. Für die Diagnose genügt, so Brandt und Marowitsch (2005), das Vorliegen eines der drei Merkmale: Fluktuation der kognitiven Symptome, insbesondere der Aufmerksamkeit, wiederholte visuelle Halluzinationen oder motorische Dysfunktionen.

Weitere Kriterien zur Diagnose einer frontotemporalen Lappendegeneration sind nach wie vor umstritten und werden laufend entwickelt und ergänzt. Änderungen der Persönlichkeit und Störungen des Sozialverhaltens nach Stirnhirnschädigungen sind seit langem bekannt. Sie charakterisieren auch die Frontotemporale Demenz, welche jedoch gemäss Brandt und Markowitsch (2005) häufig erst sehr spät erkannt werden und die Diagnose entsprechend verzögert gestellt wird.

Zur Gruppe der subkortikalen Demenzen zählt die Demenz bei Morbus Parkinson und Demenz bei Chorea Huntington, welche die neuropsychologischen Symptome, die das klinische Bild der Grunderkrankung prägen, verstärken (Brandt und Markowitsch, 2005; McKeith, 2004).

Die Diagnose einer möglichen Demenz lässt die Frage offen, welche psychologischen und pathologischen Prozesse daran beteiligt sein könnten. Es wird daher eine Zuordnung zu verschiedenen Stadien und Stufen der Erkrankung vorgeschlagen. Am gründlichsten führten dies Reisberg et al. (1982) durch, mit dem Schema einer siebenstufigen Skala allgemeiner Verschlechterung, die in einem Zustand extremer Abhängigkeit und Verlustes der psychomotorischen Fertigkeiten endet. Schematas dieser Art sind hilf-

reich, um die Aufmerksamkeit auf die Behinderung einer Person zu lenken, sind aber ebenso irreführend, weil sie dabei die Sozialpsychologie vernachlässigen (Kitwood, 2008). In der ICD 10 - Klassifizierung (2006, 3. Auflage) wird heute in die drei Stadien eingeteilt: leichte, mittelgradige und schwere Beeinträchtigung. Zudem wird bei der Alzheimer Demenz unterschieden, ob bei der Krankheit ein früher oder später Beginn zu verzeichnen ist.

In eine ganz andere Richtung gehen die Auseinandersetzungen mit dem Krankheitsbild der Alzheimer Demenz von Whitehouse und George (2009), welche im Buch ‚Alzheimer-Mythos‘ eine neue Sichtweise der Gehirnalterung aufzeigen. Beide Wissenschaftler gehen davon aus, dass jede Diagnose Alzheimer-Demenz nur eine „wahrscheinliche Diagnose“ ist, wenn alle andern möglichen Ursachen ausgeschlossen werden konnten (S. 109). Sie zeigen auf, dass selbst post mortem die Ergebnisse nicht eindeutig auf eine Demenzerkrankung schliessen lassen, wenn die Lebensweise des betroffenen Menschen unbekannt ist. Whitehouse und George (2009) stellen damit wie Kitwood (2008) die Demenz nicht als Krankheitsbild, sondern das Personsein des Menschen mit diesen Veränderungen in den Vordergrund.

Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, das psychische Wohlbefinden im Alter und mit einer Demenz genauer zu beleuchten, um den Menschen mit dieser degenerativen Erkrankung ins Zentrum des Interesses und der Forschung zu stellen.

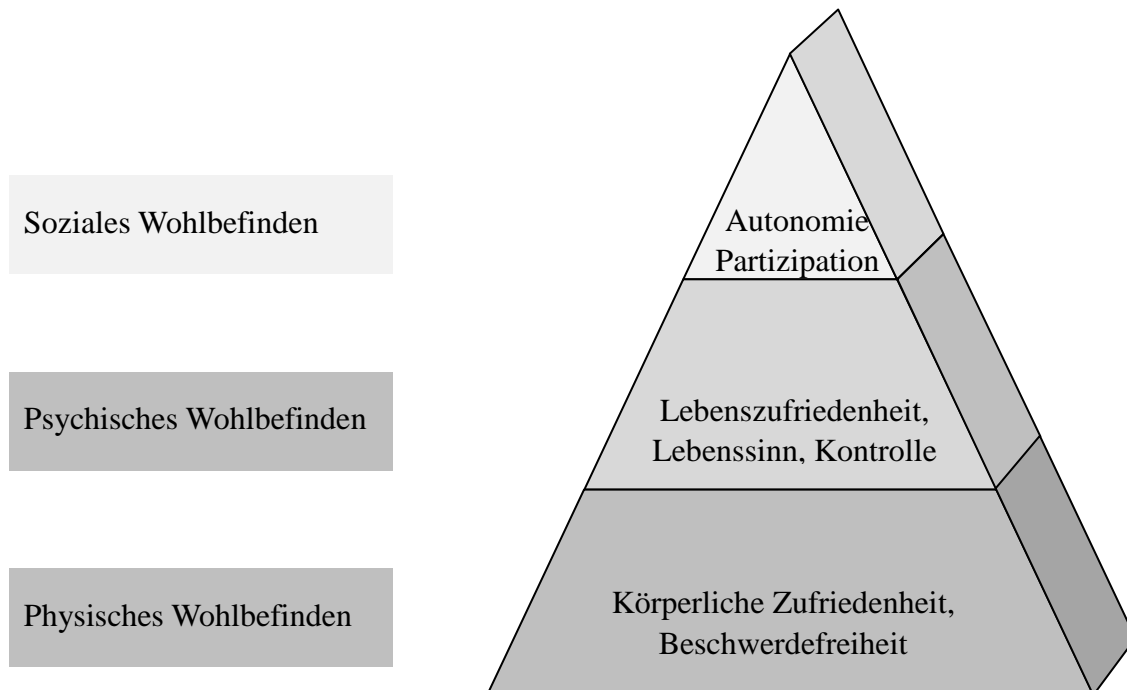
### **3.2 Konzepte zum psychischen Wohlbefinden im Alter**

Perrig-Chiello (1997) geht von einer möglichst umfassenden Perspektive des Menschen aus, in der sowohl die psycho-physische Komponente wie auch die soziale Einbindung wichtig für die Definition des Wohlbefindens sind.

Der Grundstein für das allgemeine Wohlbefinden liegt im körperlichen Bereich und widerspiegelt die Ursprünge der menschlichen Bedürfnisse nach Nahrung und physischem „Versorgtseins“ (S. 116). Ergänzend kommen die psychischen Bedürfnisse nach Geborgenheit, Glück, Sinn und Zufriedenheit dazu und die Komponente der sozialen Bedürfnisse der Zugehörigkeit, der Partizipation und der Autonomie. Zwischen diesen drei Bereichen besteht eine ständige Wechselwirkung und die beeinflusst je nach Stärke und Ausprägung das allgemeine Wohlbefinden des Menschen.

### Pyramide des allgemeinen Wohlbefinden:

---



---

Abbildung 1 Pyramide des Wohlbefindens: dominante Themen im Alter, Perrig-Chiello (1997), S. 116.

In ihren Studien hält Pierrig-Chiello (1997) fest, dass mit zunehmendem Alter sowohl das physische Wohlbefinden wie auch der objektive Gesundheitszustand ihrer Probandinnen und Probanden sich signifikant verschlechtern. Bei den beiden Aspekten der psychischen und sozialen Wohlbefinden sind jedoch keine Alterseffekte nachweisbar. Vieles spricht dafür, dass mit zunehmendem Alter bei Beschwerden und Gebrechen die psychischen Interpretationsprozesse eine determinierende Rolle spielen, die es erlauben, die Veränderungen stets den Lebensumständen anzupassen.

Die Forschung zum Wohlbefinden ist sich, so Perrig-Chiello (1997), einig, dass eine Aufteilung in ein habituelles und aktuelles Wohlbefinden Sinn macht. Dies bedeutet, dass der habituelle, das heisst, der zeitüberdauernde Aspekt des Wohlbefindens sich aus objektivierbaren, stabilen Umweltfaktoren zusammensetzt und so die Lebensqualität massgebend mit beeinflusst. Demgegenüber stehen die individuell feststellbaren Situationen oder die Lebensbedingungen, welche zeitlich begrenzt sind und zum höheren Wohlbefinden beitragen. Diese subjektiven Erlebnisse und Erfahrungen drücken sich im

aktuellen Wohlbefinden aus. Gemeinsam ergeben das habituelle und aktuelle Wohlbefinden ein theoretisches Konstrukt der Lebensqualität, welches gerade wegen der komplexen und multidimensionalen, sich stetig verändernden Natur schwer erfassbar ist (Oppikofer, 2008). Es ist daher schwierig, von einer generellen Lebensqualität im Alter zu sprechen. Die Lebensqualität oder synonym verwendet das Wohlbefinden kann aber mit verschiedenen Dimensionen umschrieben werden, wie dies unter Kapitel 3.3 getan wird.

Kruse (2010) sagt zur Zukunft ‚Altern‘, der Lebenszufriedenheit und der Gestaltbarkeit dieser Lebensphase:

„Eine gewisse Paradoxie tut sich auf: Eigentlich müssten wir in jener Lebensphase, die mit immer grösseren Ressourcenverlusten aufwartet, ständig die grösstmögliche Aktivität und Übung entfalten, um diese Verluste möglichst im Zaune zu halten. Das aber gelingt uns nicht, weil wir genau diese Ressource bräuchten, um diese Aktivitätsintensität möglichst effizient umzusetzen. Es drängt sich der Mythos von Sisyphos auf: immer wieder können wir, um im Bild zu bleiben, im Alter den Fels den Berg hinauf wälzen, aber er kommt auch immer wieder herunter, und es bedarf einer erneuten Anstrengung. Ist dies eine demprimierende Einsicht? Ja und nein. Wir können den Fels ja immer wieder bewegen – und diese Selbstwirksamkeit ist etwas Gutes in sich selbst. Freilich können wir damit Altern nicht verhindern – aber gestalten!“ (S. 135)

Dennoch sind nicht alle Aspekte des Alterns gestaltbar. Gemäss Kruse (2010) sind Lebensglück und Lebenssinn Begriffe die weit über das Konstrukt der Lebenszufriedenheit hinaus weisen und nicht immer individuell gestaltbar, aber für die Lebensqualität des Individuums von grosser Bedeutung sind.

### **3.3 Konzepte zum psychischen Wohlbefinden und Demenz**

Aus über 300 Fachartikeln zur Lebensqualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen hat Oppikofer (2008) gemeinsame, theoretische Dimensionen zur Lebensqualität bei Menschen mit einer Demenz herausgearbeitet. Dem Modell liegt insbesondere die von Lawton (1991, S. 6) vorgeschlagene Definition von Lebensqualität zugrunde, nach der Lebensqualität zu verstehen ist als: „the multidimensional evaluation, by both intrapersonal and social-normative criteria, of the person-environment system of an individual in time past, current, and anticipated.“



*Tabelle 1* Dimensionen der Lebensqualität bei Menschen mit einer Demenz (Oppikofer, 2008, S. 44)

<b>Umwelt</b>	<b>Gesundheit</b>	<b>Verhaltenskompetenz</b>	<b>Individualität</b>	<b>Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit</b>
Räumliche Umwelt	Medizinisch-funktional	Selbständigkeit	Selbstwert	Affekt
Soziale Umwelt	Kognition	Kommunikation	Moralempfindungen	Zugehörigkeit
Funktionale Umwelt	Psychopathologie  Verhaltensauffälligkeiten	Mobilität	Spiritualität	Lebenszufriedenheit
		Fähigkeit zur Aktivierung	Persönlichkeit	Wohlbefinden
		Anpassungsfähigkeit	Ästhetischer Sinn	Beurteilung finanzieller Situation
		Problemlösungs- und Urteilsfähigkeit	Kontrollerleben	
		Orientierung	Lebenshaltung  Wunsch nach Autonomie	

Auf die einzelnen Dimensionen und deren Unter Aspekte wird in den folgenden Kapiteln 3.3.1 bis 3.3.5 näher eingegangen. Die Beschreibung der Unter Aspekte ist eine Auswahl der Verfasserin und keine abschliessende Darstellung der Dimensionen.

### **3.3.1 Dimension Umwelt**

Die Dimension der Umwelt wird in Unter Aspekten wie räumliche, soziale und funktionale Umwelt unterteilt (Oppikofer 2008). Diese Teilbereiche können die Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz massgebend beeinflussen. Die räumliche Umwelt, so Graber (2003), soll integrationsfördernd gestaltet sein, die Bedeutung der ‚eigenen vier Wände‘ für die Lebensqualität dabei aber nicht ausser Acht gelassen werden (S. 62). Dies gilt insbesondere bei einem Übertritt in eine Institution wie eine Studie von Saup (1994) klar aufzeigt. „Es wird hier ein direkter Zusammenhang zwischen der verfügba-

ren Wohnfläche im privaten Zimmer und dem Umwelterleben der Bewohner erkennbar“ (S. 54).

Beziehungen zu Freunden, Bekannten und Familienangehörigen stellen ein komplexes Netzwerk von Interaktionen dar. Da für die Alltagsbewältigung immer mehr Unterstützung durch Angehörige und Betreuende notwendig wird (Woods, Keady & Seddon, 2009) spielt der soziale, beziehungsorientierte Kontakt bei Menschen mit einer Demenz eine zentrale Rolle. Kruse (2010) stellt die interessante Frage, ob sich die soziale Unterstützung immer positiv auswirke oder nur in Situationen, in denen sie tatsächlich gebraucht wird. Falsch oder unangepasste Hilfe kann zur Folge haben, dass Menschen ihre noch verbliebenen Kompetenzen nicht trainieren können und somit verlieren. Wenn die eigenen Kompetenzen aber trotz der Unterstützung durch das soziale Umfeld erhalten bleiben, kann die Selbstwirksamkeit und die Handlungskompetenz im Alltag gefördert werden, wie sie im Kapitel 3.3.3 Dimension der Verhaltenskompetenz beschrieben werden.

Unter funktionaler Umwelt versteht Oppikofer (2008) nebst den Pflegeleistungen auch physische Sicherheit, öffentliche Einrichtungen und Therapieangebote als wichtige Einflussfaktoren auf die Lebensqualität. Daneben sind aber auch Ausbildung, Werthaltung und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals von grosser Bedeutung (Kitwood, 2008).

### **3.3.2 Dimension Gesundheit**

Medizinisch-funktionale Gesundheit, Kognition, Psychopathologie und Verhaltensstörungen werden von Oppikofer (2008) in der Dimension Gesundheit zusammen gefasst. Mit zunehmendem Alter nehmen auch die körperlichen Krankheiten zu, wobei das gehäufte Auftreten von Krankheiten auf spezifisch physiologische Abbauprozesse zurückzuführen ist (Kruse, 1994). Zudem übt der in früheren Lebensabschnitten geführte Lebensstil Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten aus. Dieser Zusammenhang weist auf die Bedeutung des Lebensstils für die Gesundheit, die Kompetenz im Alter, die Lebensqualität und einer möglichen Prävention hin.

Der deutlichste Hinweis auf eine Demenz ist die nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit einer Person. Kitwood (2008) erläutert, wie mit dieser Diagnose oft auch die Urteilsfähigkeit und das ‚Personsein‘ von Menschen mit einer Demenz in Frage gestellt werden. Die Angst vor einer Demenz ist auch heute noch weit verbreitet, weil mit der Diagnose auch die Unheilbarkeit festgestellt werden muss, wie Wettstein (2005) nach Fortbildungsveranstaltungen mit Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten feststellte.

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen sind häufig ein Grund für eine Heim- einweisung. Angst, Depression, Wahn, Halluzination, Agitiertheit, Aggression, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Irritabilität, Appetit- und Essstörungen sowie Schlafstörungen können eine Demenz begleiten. Verhaltensstörungen sind häufig nebst dem Resultat aus Interaktionen auch Begleiterscheinungen aus neurodegenerativen Prozessen. Störungen dieser Art belasten Betroffene wie Angehörige sehr und brauchen in einem ersten Schritt nicht-medikamentöse Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten, in einem weiteren Schritt pharmakologische, engmaschig betreute Behandlung, um das Wohlbefinden zu stabilisieren (Wettstein, 2005, Hofmann & Hock, 2005).

### **3.3.3 Dimension Verhaltenskompetenz**

Als dritte Dimension wird die Verhaltenskompetenz in der Erfassung von Lebensqualität im Modell von Oppikofer (2008) verstanden. Dazu gehören „die Selbständigkeit, die Kommunikation, die Mobilität, die Fähigkeit zur Aktivität, die Anpassungsfähigkeit an krankheitsbedingten neuen Lebenssituationen, die Problemlösungs- und Urteilsfähigkeit und die Orientierung“ (S. 9).

Wichtige Aspekte der Selbständigkeit sind die Ernährung, die Selbstpflege wie Baden und Ankleiden, die Harn- und Stuhlkontinenz und der Schlaf. Bei eingeschränkter Selbständigkeit wird der Umfang an Unterstützung laufend verändert. Das richtige Mass an Unterstützung ermöglicht es dem Menschen mit Demenz, sich befähigt zu fühlen (Brooker, 2008). Zuwenig, zu viel oder falsch verstandene Hilfestellungen können bei den Betroffenen Angst und Überforderung oder Ärger und Wut, aber auch Gefühle der Ohnmacht und völliger Hilflosigkeit auslösen. Kitwood (2008) hat in diesem Zusammenhang den Begriff der ‚malignen, böartigen Sozialpsychologie‘ geprägt und die entpersonalisierende Tendenz in der Pflege von Menschen mit einer Demenz zu einem seiner Forschungsthemen gemacht.

Selbständigkeit wird in der Regel über Fremdbeobachtung oder die Einschätzung der Aktivitäten im Alltag operationalisiert. Taylor (2008) ist einer der Ersten, welcher als Psychologe selber über sich und seine Alzheimer Demenz ein Buch verfasst hat und über die Form des Schreibens sagt: „Ich schreibe, um mir auf angenehme Art die Zeit zu vertreiben und zu beweisen, dass immer noch etwas von meinem früheren Selbst vorhanden ist.“ (S. 26)

Mit zunehmendem Alter und Pflegebedürftigkeit kann die Kommunikationsbereitschaft durch auditive Wahrnehmungsstörungen eingeschränkt sein (Wisotzki, 1996). Werden

solche Beeinträchtigungen nicht behandelt, kann der Eindruck entstehen, dass die Motivation zur Kommunikation fehle. Eine stabile kommunikative Beziehungsebene ist aber angesichts des Verlust- und Isolationserlebens für ältere Menschen generell wichtig. Einbussen im semantischen Gedächtnis werden häufig mit Störungen von Sprachfunktionen verwechselt (Brand und Markowitsch, 2005). Feil (2000) zeigt auf, was ein Kommunikationskonzept mit Menschen mit einer Demenz bedeuten kann. Validation, im wörtlichen Sinn ‚etwas für gültig erklären‘, bedeutet, die Kommunikation von Menschen mit einer Demenz nicht durch die Realität zu korrigieren, sondern zu akzeptieren und wertschätzend zu begegnen. Im Pflegealltag können so konfliktgeladene Auseinandersetzungen minimiert und das Gefühl des Selbstwertes zurückgegeben und stabilisiert werden. Die Validationsmethode hat in der Kommunikation mit Menschen mit einer Demenz einen Perspektivenwechsel eingeleitet und wurde von Richard (2001) als integrative Validation weiterentwickelt und wird heute in vielen Pflegeeinrichtungen angewendet.

Für den Menschen ist die Beschäftigung, unabhängig vom Altern eine existenzhaltende Lebensnotwendigkeit (Lehr, 2007). Aktivität und Beschäftigung sind auch für Menschen mit einer Demenz wichtige Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität (Kitwood, 2008). Mit der Selbsterhaltungstherapie stellt Romero (2006) daher das Prinzip der Teilnahme am sozialen, kulturellen und spirituellen Leben als Alltagsaktivität ins Zentrum. Die veränderte, krankheitsbedingte Form der Teilhabe und neue Möglichkeiten müssen allerdings individuell erarbeitet werden, um den nachgewiesenen Effekt der Reduktion von Depression und Unruhe zu gewährleisten.

Die Anpassung der Menschen mit einer Demenz an die sich stetig verändernde Lebensumstände, so Romero (2006) weiter, kann nur mit Hilfe von Mitmenschen gelingen. Dies bedeutet, dass nicht eine Steigerung der Leistungsfähigkeit durch Trainingsverfahren angestrebt werden soll, sondern die neuen Erfahrungen in einem Gesamtsystem des ‚Selbst‘ integriert werden sollen. Eine gelungene Adaptation stellt die Grundlage für ein stabiles Selbstsystem und die Voraussetzung für ein emotionales Gleichgewicht dar.

### **3.3.4 Dimension Individualität**

Durch die zunehmende Schwierigkeit in der Urteilsbildung und beim Finden angemessener Entscheidungen werden die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung häufig als ‚bei lebendigem Leibe Sterbende‘ empfunden (Wettstein, 2005). Dieser vermeintlich menschenunwürdige Zustand wird in Sterbehilfedebatten zentral diskutiert. Einer kritischen ethischen Überprüfung hält diese Aussage aber nicht stand. Menschenwürde

ist im ethisch-philosophischen Sinn eine grundlegende Eigenschaft des Menschen, die unabhängig von Verdiensten, Eigenschaften oder Fähigkeiten ist.

„Deshalb kann auch ein demenzkranker Mensch die grundlegende Menschenwürde nie verlieren und hat ein uneingeschränktes Anrecht auf menschliche Fürsorge und Betreuung in allen Stadien seiner Erkrankung.“ (S. 128)

Kitwood (2008) stellt die Person und das ‚Personsein‘ in den Mittelpunkt seiner theoretischen und praktischen Ansätze im Umgang mit der Krankheit Demenz. Die Einzigartigkeit und die Persönlichkeit jedes Menschen, ob mit oder ohne Erkrankung, sind zentral. Er definierte ‚Personsein‘ als „ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von andern verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen.“ (S. 27)

Religiosität oder in weitesten Sinn die Spiritualität bedeuten neben dem Selbstwert und der Persönlichkeit einen wichtigen Eckpfeiler der Dimension der Individualität. Katsuno (2003) stellt in seiner empirischen Studie zur Korrelation von Spiritualität/Religiosität und Lebensqualität fest, dass die Werte der Lebenszufriedenheit mit dem Wert der Spiritualität ansteigen. Menschen mit einer Demenz erzählten, dass ihnen der Glaube helfe, die Zukunft, den Verlust über die Kontrolle, an Geborgenheit und Sicherheit in göttliche Hände zu legen und damit Trost, Führung und Stärkung zu erfahren. Religiöse und spirituelle Lebenshaltungen als Ressourcen im Leben eines Menschen mit einer Demenz einzuschätzen und einzusetzen, so Müller (2007), erfordert von den Verantwortlichen ein hohes Mass an Selbstreflexion.

„Die persönliche Auseinandersetzung der Pflegenden mit ihren spirituellen, existenziellen Fragen ist wohl Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Demenz auf die damit verbundenen Kompetenzen zurückgreifen können.“ (S. 27).

Da im deutschsprachigen Raum keine Studien zum spirituellen Bedürfnis von Menschen mit einer Demenz bekannt sind, hinterfragt Müller (2007) aber, wie weit solche Studien auf einem ethnischen und kulturellen Hintergrund basieren und sich auf Menschen im europäischen Lebensraum übertragen lassen.

### **3.3.5 Dimension subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit**

Ekman (2004) beschreibt die Bedeutung von Emotionen, welche von den Menschen für ihr Leben nicht hoch genug eingeschätzt werden können. Dabei geht er von den sieben Basisemotionen: Trauer, Zorn, Überraschung, Angst, Ekel, Verachtung und Freude aus,

die jeweils über einen charakteristischen, universalen Gesichtsausdruck verfügen. Diese Basisemotionen unterscheiden sich allerdings in ihrer Intensität und Art. Obwohl die Fähigkeit, Emotionen verbal ausdrücken zu können und bei andern erkennen zu können, mit dem Fortschreiten der Krankheit abnimmt, bleiben die Emotionen einer Person bestehen (Re, 2002). Die Fähigkeit, Emotionen anhand der Reaktion zu erkennen ist für die soziale Kommunikation sehr bedeutungsvoll. Die Fähigkeit, Gefühle erkennen und lesen zu können, fördert das Verständnis und die Interaktion zwischen Menschen. Dies ist insbesondere für Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten von grosser Bedeutung. Wird ihr emotionaler Ausdruck nicht verstanden, wird er häufig als Verhaltensstörung interpretiert. Mit dem emotionalen Erleben und dem Ausdruck von Wohlbefinden befassen sich gleich mehrere Studien (Lawton, Van Haitsma & Klapper, 1996; Volcier, Camberg & Hurley, 1999; Re, 2002).

Neben den Emotionen spielt auch die Zugehörigkeit eine wichtige Rolle im subjektiven Erleben und der emotionalen Befindlichkeit. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe ist entscheidend für das Überleben des Menschen und möglicherweise tritt das Bedürfnis nach Einbindung und Zugehörigkeit bei Menschen mit einer Demenz sogar noch prägnanter zutage (Kitwood, 2008). So lässt sich Aufmerksamkeit einforderndes Verhalten, die Neigung zum Anklammern und Umhergehens oder der Protest und die Zerrissenheit erklären. „Wird das Bedürfnis indessen befriedigt, so ist eine Person unter Umständen in der Lage, sich wieder ‚auszudehnen‘ und als jemand anerkannt zu werden, der einen bestimmten Platz im gemeinsamen Leben einer Gruppe hat.“ (Kitwood, 2008. S. 124)

Kruse und Wahl (2010) beschreiben die subjektive Empfindung der Lebensqualität durch Massnahmen wie die Erhöhung der Selbständigkeit oder die Vermeidung dysfunktionaler Abhängigkeit als Voraussetzung für den Einsatz vorhandener Stärken und Ressourcen und zur Verwirklichung von Teilhabe. Dieses bestimmende Merkmal von Lebensqualität ist demzufolge kein Resultat einer Übereinstimmung zwischen dem individuellen Wohlbefinden und der individuellen Gestaltung des Lebens. Vielmehr sind die objektiven Situationsfaktoren bei Menschen mit einer Demenz mitbestimmend für das subjektive Wohlbefinden.

Auch wenn die finanzielle Situation ein wichtiger Einflussfaktor auf das subjektiv wahrgenommene Wohlbefinden zu sein scheint, merkt Oppikofer (2008) an, dass dieser Faktor bei einer schweren Demenz bisher noch nicht erforscht wurde. Die Frage, inwieweit auch die Bereitstellung finanzieller Mittel zugunsten der Dienstleister, aber auch der Forschung, einen Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz hat, bleibt weiterhin offen und unerforscht (Kitwood, 2008).

### 3.4 Emotionaler Ausdruck bei schwerer Demenz

Studien zu Altersunterschieden in der Emotionsregulation legen die Grundlage, Emotionen im Zusammenhang mit Wohlbefinden und Lebensqualität zu beforschen. Coats und Blanchard (2008) zeigten auf, dass es Altersunterschiede in den Emotionsregulationsstrategien gibt und welche zugrunde liegenden Mechanismen für die Altersunterschiede verantwortlich sind. Sie stellen fest, dass Ältere weniger hohe kognitiv-emotionale Komplexitätswerte aufwiesen. Labouvie (2003) fragt, ob der Rückgang der kognitiv-affektiven Komplexität nicht einem Anstieg der Stabilität von Emotion und somit einer Optimierung durch bessere Einordnung dient. Labouvie (2003) geht von einem emotionalen Prozess über die Lebensspanne aus, einer Regulierung der Emotionen, welche an die kognitive Entwicklung und den allgemeinen Entwicklungsstand einer Person gekoppelt ist.

Charles und Carstensen (2007) haben die sozioemotionale Selektivitätstheorie entwickelt, mit der sie aufzeigen, dass Menschen im Alter emotionale Erlebnisse in sozialen Interaktionen auf die Nützlichkeit, den Sinn und den sozialen Gewinn hin ausrichten. Soziale Interaktionen mit engen Freunden und Familienangehörigen werden priorisiert und bleiben ein wichtiger Bestandteil des Lebens. Die zeitliche Perspektive scheint eine nicht zu unterschätzende Einflussgröße zu sein. Die sozioemotionale Selektivitätstheorie geht davon aus, dass für das emotionale Wohlbefinden zugunsten der sozialen Kontakte und Beziehungen passive Strategien, wie die höhere Bewertung von positiven Erlebnissen und die Unterdrückung von negativen Ereignissen, angewendet werden.

Alle Ansätze der Lebensspannenkonzepte der Emotionen haben gemeinsam, dass sie kognitive Prozesse als von der Emotion untrennbar betrachten, so Re (2002). Die kognitive Funktionseinbuße bei Menschen mit einer Demenz stand lange im Mittelpunkt der Forschung. Heute liegt das Augenmerk empirischer Forschungsarbeiten häufiger auf der Untersuchung nicht-kognitiver, psychiatrischer und neurologischer Störungen. Re (2002) hält aber fest, dass Emotionen demenzkranker Menschen lange Zeit ein vernachlässigtes Thema war. Neuere Forschungsergebnisse zur Emotionsentwicklung und deren Regulation über die Lebensspanne (Labouvie, 2003; Charles & Carstensen, 2007; Coats & Blanchard 2008), welche einen engen Zusammenhang von Emotionen und Kognitionen herstellen, beeinflussen auch die Untersuchungen zu Emotionen bei dementiellen Erkrankungen. Dabei werden zwei Bereiche unterschieden, jener der Fähigkeit, Emotionen und deren Ausdruck bei anderen Menschen zu erkennen und den Bereich der eigenen Ausdrucksfähigkeit.

Henry et al. (2009) zeigen auf, dass bei einer dementiellen Erkrankung wie der Alzheimer Demenz die Fähigkeit, sich auf Emotionen einzulassen mit der Erkrankung zwar abnimmt, die subjektive Erfahrung von Emotionen aber stabil bleibt.

Forschungsarbeiten zum emotionalen Ausdruck und Erleben demenzkranker Menschen sind aufgrund der inkonsistenten Ergebnissen und der sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen kaum vergleichbar, folgert Re (2002). Es müssen daher verschiedene Zugangsweisen berücksichtigt werden: Fremdeinschätzung und Beobachtung, aber auch eine Analyse des mimischen Ausdrucks. Mit FACS, Facial Action Coding System (Ekman, Friesen & Hager, 2001) liegt ein sehr genaues Instrument zur Differenzierung in der Beschreibung des emotionalen Ausdruckes vor. Das Instrument kann insbesondere bei Menschen, welche sich nicht mehr über die Sprache ausdrücken können, angewendet werden. Das Instrument zur Erfassung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit OERS, Observed Emotional Rating Scale (Lawton, Van Haitsma, & Klapper, 1996), welches in dieser Studie verwendet wird, stellt eine Erweiterung in der Erfassung von Affektzuständen bei Menschen mit einer Demenz dar.

Bei der Einschätzung von emotionalem Befinden Demenzkranker durch Pflegende stellen Lawton, Van Haitsma und Klapper (1996) fest, dass insbesondere das Auftreten negativer Stimmungen weniger häufiger erfasst wurde, als dies durch Verhaltensbeobachtung festgestellt wurde. Es wird angenommen, dass negative Stimmungen durch Pflegende häufiger übersehen und weniger dokumentiert werden. Dies könnte in Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflegenden stehen, welche negative Emotionen überwiegend auf Ärger reduzieren. Positive emotionale Äusserungen werden eher in Zusammenhang mit Wohlbefinden wahrgenommen. Für die Betreuungssituation ist dieses Ergebnis gemäss Re (2002) sehr wichtig. Wenn angenommen wird, dass negative Emotionen Ärger bedeuten, weil ein Mensch mit Demenz seinen Willen nicht durchsetzen kann, so ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass die Art der Zuwendung anders ausfällt als bei einer Zuordnung von negativen Emotionen zu Trauer und Angst. Aufgrund ihrer Untersuchung kommen Volicier, Hurley und Camberg (1999) zum Schluss, dass eine Operationalisierung von Wohlbefinden über die Abwesenheit von negativen Anzeichen nicht gerecht wird.

Die Beachtung und das Wissen um die emotionalen Ausdrucksweisen bei Menschen mit einer schweren Demenz bekommen damit eine existenzielle Bedeutung für die Erfassung des Wohlbefindens und der Lebensqualität in der alltäglichen Begleitung. Die sich verändernden kognitiven Fähigkeiten und die Möglichkeiten des emotionalen Ausdrucks



ckes im Verlauf einer Erkrankung werden die Forschung der Zukunft herausfordern (Re, 2002).

### **3.5 Methoden der Aktivierung bei Menschen mit Demenz**

Die vorhandenen Fähigkeiten von Menschen lassen grundsätzlich nach, wenn sie nicht beschäftigt werden. Ebenso schwindet ihre Selbstachtung, wenn sie nicht mehr Teil einer Gesellschaft sind oder am Alltagsleben teilhaben können (Kitwood, 2008). Auch bei einer Demenz ist das Bedürfnis nach Beschäftigung noch vorhanden, bei nachlassenden exekutiven Funktionen wird die eigenständige Planung und Organisation einer sinnvollen Tätigkeit aber erschwert. „Ressourcen erkennen und mobilisieren bedeutet, die Stärken einer Person zu erkennen und zu nutzen – auch bei schwerer und chronischer Krankheit“ so Stuhlmann (2004, S. 10). Eine Hinwendung zu den Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit einer Demenz eröffnet bisher oft vernachlässigte Möglichkeiten mit der Erkrankung auf eine Lebensqualität fördernde Weise umzugehen (Kitwood, 2008).

Bär et al. (2006) weisen mit einer Interventionsstudie nach, dass durch die Schaffung positiver Anregungsmöglichkeiten die Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz gefördert wird. Das Angebot an Aktivitätsmaterial muss aber zum Beispiel von Mitarbeitenden in einem Heim gezielt bereit gelegt werden, so Graber (2003). Saup (1993) zeigt in einer Studie auf, dass an Tagen, an denen Material gezielt ausgelegt wurde, 74% der Pflegebedürftigen sich mit einer Aktivität befassten, während an Tagen, an denen das Material nicht sichtbar war oder nur auf Verlangen der Bewohnerinnen und Bewohner herausgegeben wurde, sich nur rund 25% aktiv beschäftigten. Das lässt den Schluss zu, dass entsprechendes Material durch Angehörige oder das Personal gezielt eingesetzt werden muss, um eine Aktivierung anzuregen.

In den folgenden Unterkapiteln werden verschiedene Aktivierungsmöglichkeiten und deren Auswirkung auf die Lebensqualität aufgezeigt. Die Auswahl der Aktivierungen ist selektiv und nicht abschliessend. Allen Aktivierungsprogrammen liegt der durch Kitwood geprägte personenzentrierte Ansatz zugrunde. Damit wird die PERSON mit einer Demenz und nicht die Person mit einer DEMENZ ins Zentrum gerückt (Kitwood, 2008).

### 3.5.1 Personenzentrierter Ansatz

Die Demenz als ausschliesslich organisches Geschehen zu verstehen, birgt die Gefahr, Menschen mit einer Demenz auf zu behandelnde Objekte zu reduzieren. Kitwood (2008) war der erste Autor, der den personenzentrierten Ansatz im Zusammenhang mit Pflege von Menschen mit einer Demenz einführte. Er hat den Begriff der ‚malignen, bösartigen Sozialpsychologie‘ geprägt und aufgezeigt, dass bei Menschen mit einer Demenz die zentralen Bedürfnisse wie Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität deutlicher zum Ausdruck kommen, was sie gegenüber der Umwelt verletzlich macht. Mit dem Gefühl von Verlust steigt das Bedürfnis nach Trost und nach einer sicheren Bindung. Sich als einen Teil einer Gruppe zu erleben und beschäftigt zu sein, ermöglicht es einer Person, die Fähigkeiten und Kräfte in den Lebensprozess einzubeziehen. Da die Identität einer Person auch durch andere verliehen wird, legen Kitwood (2008) und Wickel (2009) grossen Wert auf das Wissen der Biographie einer Person und das empathische Verhalten der Betreuungsperson. Die Befriedigung eines dieser Bedürfnisse hat Auswirkungen auf die ganze Person, aber:

„ mit der Befriedigung der gesamten Gruppe an Bedürfnissen wird es zu einer Verstärkung des globalen Selbstwertgefühls und des Gefühls, wertvoll und geschätzt zu sein, kommen. An einem gewissen Punkt der Befriedigung von Bedürfnissen kann eine Person unter Umständen in die Lage versetzt werden, aus Furcht, Trauer und Wut in den Bereich positiver Erfahrungen zu wechseln, den wir bislang noch unerforscht gelassen haben.“ (S. 125)

Auch Elfner (2008) stellt die Frage, ob veränderte Persönlichkeitszüge lediglich ein neuropathologisches Symptom oder Folge von Demenzverarbeitungsprozessen und angemessenen Reaktionen des Umfeldes sind. Er sieht den Zusammenhang der Selbsterhaltungstherapie nach Romero, der Validationsmethode nach Feil und des personenzentrierten Ansatzes nach Kitwood in den hohen Anforderungen an die Betreuungspersonen, den Kontakt zum Menschen mit einer Demenz trotz abnehmender sprachlicher Ausdrucks- und Verständniskompetenzen aufrecht erhalten zu können. Eine personenzentrierte Betreuung und Begleitung orientiert sich, so Elfner (2008) weiter, an der Beobachtung von konkreten Aussagen, Gefühlszuständen und Verhaltensweisen und meidet aber deren Interpretation.

„Der Umfang an Unterstützung, die der oder die Einzelne bei ihrer Sorge für sich selbst benötigt, verändert sich im Lauf der Zeit. Das richtige Mass an Unterstützung ermöglicht es jemandem, sich befähigt zu fühlen.“ (S.104)

Das richtige Mass zu finden, gilt auch bei allen nachfolgenden Programmen, die vorgestellt werden.

### 3.5.2 Aktivierungsprogramme

Studien zum Aktivierungsprogramm SimA-P (Selbständig im Alter) von Oswald, Ackermann und Gunzelmann (2006) untersucht, ob eine Kombination von körperlicher und kognitiver Aktivierung sich effektiver auf die Selbständigkeit und das Wohlbefinden bei Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern auswirkt. Nebst dem eingetretenen Effekt zeigt die Studie auch auf, dass die rehabilitative Aktivierung auch vom Personal positiv aufgenommen wird, was sich wiederum auf die positive Beeinflussung auswirkt. Psychosoziale Programme helfen, den Verlust der kognitiven Fähigkeiten zu verzögern und im Alltag diesen Vorteil zu nutzen und tragen damit bei, die kognitive Kompetenz zu stabilisieren (Romero, 2005). Romero merkt dazu weiter an, dass allerdings die Wirksamkeit der nichtmedikamentösen Therapien noch zu wenig empirisch gesichert ist. Meier (2008) geht davon aus, dass nur Gedächtnistraining und Realitätsorientierungstraining (ROT) zu den kognitiv aktivierenden Massnahmen im engeren Sinn gezählt werden dürfen, da diese Methoden gezielt eingesetzt werden. Sie sieht erst in einem weiteren Sinn andere Aktivierungen und Kombinationen als kognitiv aktivierende Massnahmen. Die Frage bleibt, ob einzelne Verfahren für die Stabilisierung und Erhöhung der kognitiven Kompetenz sinnvoll sind oder ob eine Kombination von Methoden nicht einen höheren Stellenwert auf das Wohlbefinden hat. Dazu Romero (2005):

„Auch wenn die Prüfung der Wirksamkeit psychosozialer Behandlungsprogramme weitere Untersuchungen erfordert, lässt sich die Erwartung, Haupttherapieziele erreichen zu können, in den bisherigen Studienergebnissen in der klinischen Praxis und auch theoretisch begründen.“ (S. 292)

Mötzing (2009) nennt den Bedürfnisbereich ‚Aktivität und Beschäftigung‘ als Bestandteil einer ganzheitlichen Pflege, der nicht von andern Bereichen getrennt werden darf. Eine Kombination von kognitiven Programmen und körperlicher Aktivität, so Gatterer (2008, S. 159), erscheint „als Herz-Kreislauftraining, als Training von motorischen Fähigkeiten, sowie aufgrund psychischer Faktoren sinnvoll“. Die Trainings müssen regelmässig und mehrmals wöchentlich durchgeführt werden, um einen Effekt zu erzielen. Ein überdauernder Effekt, so Gatterer (2008) weiter, ist jedoch empirisch nicht gesichert, aber als Prävention von Abbausyndromen können sie aufgrund verschiedenster Studien als genügend belegt angesehen werden.

### 3.5.3 Biographiearbeit

Heuft, Kruse und Radebold (2006) sind überzeugt, dass die Deutung der Vergangenheit die Erwartungen der Zukunft beeinflusst. Gleichzeitig betonen sie, dass die Biografie und das Studium des Lebenslaufes wichtig für das Verständnis von Erleben und Verhal-

ten der Gegenwart sind und kein „biografischer Determinismus“ (S. 95). Die Lebensgeschichte als Schlüssel zum Verständnis der Gegenwart bringt auch Stuhlmann (2004) ein. Die biografische Arbeit sieht sie als Chance, die „konstruktiven und Ich-stützenden Bewältigungsstrategien“ zu fördern (S. 74). Die Biografiearbeit stärkt das Bewusstsein. Zentrale und wertvolle Elemente der Lebenserfahrung sind stabil und zeitüberdauernd und dies wiederum unterstützt und stärkt die Identität des Menschen. Durch die Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Kommunikationsfähigkeit bei Menschen mit einer Demenz sind die Kindheitserinnerungen ein wichtiger, oft gar der einzige Weg, einen Zugang zur Identität zu finden (Maier, 2008).

„Zusammenfassend ist zu betonen, dass die Erinnerungstherapie bei Demenzkranken nicht das Ziel verfolgen sollte, die eigene Biografie aufzuarbeiten und kritisch zu bewerten. Vielmehr geht es darum, die Lebenszufriedenheit zu fördern, indem positive Erinnerungen aktiviert werden. Viele Gegenstände können dafür verwendet werden. Die Erinnerungsarbeit stellt eine sinnvolle Ergänzung zu anderen therapeutischen Konzepten dar.“ (S. 49)

Auch bei weiteren Therapieverfahren wie z.B. der Validation oder der Selbsterhaltungstherapie (SET) ist das biografische Wissen zentral. Einer der 10 Grundsätze der Validation nennt Feil (2000, S. 45):

„Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Erwachsene, ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen. Wenn die Sehkraft nachlässt, sehen sie mit dem ‚inneren‘ Auge, wenn das Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.“

Die Inhalte von Aktivitätsangeboten müssen sich an den Interessen der Menschen mit einer Demenz ausrichten (Graber, 2003) und insbesondere bei Artikulationsschwierigkeiten über das biographische Wissen eingeholt werden.

„Das biografische Wissen ist ausserdem hilfreich, um auch demenziell erkrankte Menschen im Heim die Beibehaltung von Gewohnheiten und somit eine weitestgehende Kontinuität in ihrer Lebensführung zu gewährleisten.“ (S. 129).

Für Kitwood (2008) sind angesichts der kognitiven Beeinträchtigung zwei Aspekte wichtig, um die Identität einer Person zu erhalten:

„Das erste besteht darin, einigermaßen detailliert über die Lebensgeschichte einer jeden Person Bescheid zu wissen; selbst wenn jemand nicht in der Lage ist, an seiner narrativen Identität festzuhalten, so können dies andere immer noch tun. Das zweite besteht in Empathie, die es ermöglicht, auf eine Person in der Einzigartigkeit ihres Seins als Du zu reagieren.“ (S. 125)

Das detaillierte Wissen der Lebensgeschichte scheint auch angesichts der Studienergebnisse von Seidl et al. (2007) zentral. Ihre Studien belegen, dass das autobiographische Gedächtnis bei einer Alzheimer Demenz früh und differenziert beeinträchtigt ist und das episodische Wissen sprunghaft abnimmt, während das semantische Gedächtnis erst gegen Schluss verloren geht. Dieser Prozess stellt die Umkehr der Entwicklung dar, wie sie bei Kindern stattfindet. Die Fähigkeit, die Umwelt interpretierend zu verstehen, geht also bereits sehr früh verloren. Dies geht mit einer grundlegenden Unsicherheit einher. Das Verständnis dieser Zusammenhänge trägt dazu bei, die Erkrankung und deren Symptome besser zu kennen und entsprechend auf das Verhalten von Menschen mit einer Demenz reagieren zu können.

### **3.5.4 Selbsterhaltungstherapie**

Den schmerzhaften Verlust der Eigenständigkeit und Verletzung des Selbstverständnisses erleben die Betroffenen in vielen alltäglichen Situationen. Im Konzept der Selbsterhaltungstherapie zeigt Romero (Romero & Eder, 1992; Romero, 2005, 2006) auf, dass Betroffene die Sicherheit und das Vertrauen wieder gewinnen, wenn ihre Erwartungen und Überzeugungen nicht in Frage gestellt werden und ihr Selbst- und Weltbild dadurch stabilisiert wird. Eine Adaption an die sich ständig verändernden Lebensbedingungen kann nur mit Hilfe von Anderen, vor allem der betreuenden Angehörigen, gelingen. Diese stabilisierenden Erfahrungen rücken so die jeweils noch erhaltenen kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen in den Vordergrund von unterstützenden Massnahmen. Zu diesen Erfahrungen gehören laut Romero (2006, S. 316) vor allem:

- eine bestätigende Kommunikationsform und damit eine ausreichende Übereinstimmung zwischen den in den Selbststrukturen verankerten Vorstellungen und Erwartungen einer Person und den aktuellen Erfahrungen.
- eine verstärkte Bezugnahme auf die persönlichen Erinnerungen in alltäglichen Erfahrungen.
- eine Partizipation im alltäglichen Leben und die Teilnahme an Aktivitäten, die weder unter- noch überfordernd sind.

Im Rahmen dieses Konzeptes werden keine völlig neuen Vorfahren vorgeschlagen, vielmehr integriert das Konzept bestehende Verfahren und wählt sie so aus, dass sie adaptiert dem übergeordneten Ziel der Selbsterhaltung entsprechen.

Die Selbsterhaltungstherapie ist sehr personenbezogen und unterscheidet sich dadurch von andern Erinnerungsarbeiten in Gruppen. Maier (2008) kritisiert das Konzept dahin-

gehend, dass die Selbsterhaltungstherapie ein sehr komplexes Programm sei und daher als eine zu kostspielige Massnahme nur schwer umgesetzt werden könne.

### 3.5.5 Musiktherapie

Musik spricht den Menschen mit einer Demenz bis ins fortgeschrittene Krankheitsstadium auf emotionaler Ebene an. In der Musiktherapie sieht Grümme (1998) die Erinnerungsaktivierung im Zentrum. Sie nennt zur Aktivierung zwei ineinandergreifende Prozesse: die durch die Melodie und den Text oder Bewegung auftretende Erinnerung und die mit der Musik assoziierten Erinnerungen. Es sind aber auch Kontraindikationen einer musikalischen Erinnerungsaktivierung zu beobachten, wenn zum Beispiel in Verbindung mit Musik traumatische Erinnerungen verbunden sind. Dies wurde bei Kriegserlebnissen und deren Erinnerungen, ausgelöst durch Musik, beobachtet. Die Musiktherapie soll grundsätzlich an positive Erlebnisse anknüpfen und sich in der Planung und Durchführung daran orientieren. Bei agitiertem Verhalten kann Musik und Singen die Aufmerksamkeit neu lenken und bei motorischer Unruhe das Symptom in die Therapie eingeplant werden, so Grümme (1998) weiter.

Kiewitt (2005) verweist auf den Zusammenhang von Musik, emotionalem Erleben und kognitiven Leistungen, wobei biografisch relevante Musik einen besonderen Einfluss auf das emotionale Erleben von Menschen mit einer Alzheimer Demenz hat. Durch die Musik kann das emotionale Erleben und die Gedächtnisleistung aktiviert werden und es muss von der direkten Beeinflussung dieser beiden Faktoren ausgegangen werden. Musiktherapie, so Warme (2007), eröffnet Therapiechancen für Patienten, welche von verbalen Therapietechniken wenig oder nicht profitieren können. Das Verfahren baut auf Erinnerungen, stimuliert brachliegende Ressourcen, stärkt das Selbstwörterleben, reguliert Affekte und mildert defizitorientierte Erlebnisse. Musiktherapie in Gruppen bietet zudem Interaktionsmöglichkeiten und eine besondere Art der Beziehungsgestaltung. Aldridge (2004) zieht die Schlussfolgerung aus der Sichtung vieler Studien zur Musiktherapie und Demenz, dass wirkungsvoll strukturierte Musik soziale und emotionale Fähigkeiten fördert und ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität alter Menschen ist. Insbesondere erwähnt er das Singen:

„Singen kann den funktionalen Bedürfnissen alter Menschen über ein breites Spektrum von Fähigkeiten und Störungen hinweg entsprechen. Dadurch ist die Teilnahme am Singen, als Form aktiven Musizierens, für die Gesundheit und das Wohlbefinden alter Menschen wichtig.“ (S. 26)

Wird das Singen dem kognitiven Leistungsniveau von Menschen mit einer Demenz angepasst, so bewirkt dies die intensivste und längste Teilnahme an einer Aktivität, wie Aldridge (2004) die Studienergebnisse zusammenfasst.

Der Hörsinn ist der erste Sinn, der sich bereits im Mutterleib entwickelt und lange vor der verbalen Fähigkeit ausschlaggebend für die Kontaktaufnahme und Kommunikation ist (Wickel, 2009). Die akustische Wahrnehmung ist auch eine der letzten Fähigkeiten, die verloren geht und bildet somit die Grundlage, die Musik als ein emotional wirksames Kommunikationsmittel einzusetzen.

„Zur Lebenszufriedenheit und Lebensqualität kann Musik ganz wesentlich beitragen. Immer wieder berichten Personen davon, wie ihnen Musik geholfen hat, über kritische Phasen des Lebens hinweg zu kommen, wie Musik ihre ‚Selbstheilungskräfte‘ stimuliert und geholfen hat, wieder ins Gleichgewicht zu kommen.“ (S. 294)

Wickel (2009) macht aber deutlich, dass für die Kraft und die Zuversicht eine Krisensituation zu bewältigen, die Musik einen lebensgeschichtlichen Bezugsrahmen haben muss. Ebenso wichtig ist das Wissen um die Auslöser von negativen Emotionen und unangenehmen Erinnerungen, wenn Musik als ressourcenorientiertes Mittel eingesetzt werden soll.

### **3.5.6 Kunsttherapie**

Obwohl Kunsttherapie oder Gestaltungstherapie relativ häufig sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich eingesetzt werden, sind die Erfahrungen und Studien bisher nur vereinzelt beschrieben worden (Heuft et al. 2006). Böhme (2008) sieht im Umgang mit Farben ein Mittel der Kommunikation, wenn die verbalen Fähigkeiten abnehmen. Die Biographiearbeit und Gestaltungsarbeit stellt Hölzle (2009) in einen engen Zusammenhang als kraftvolle Möglichkeit zur Aktivierung von Ressourcen:

„Das Erleben der eigenen schöpferischen und spielerischen Ausdrucksmöglichkeiten, die Freude am kreativen und kooperativen Gestalten, das bewusste und leibliche Erleben der Veränderungen im kreativen Prozess sowie die Kommunikation über Gefühle, Prozesse und Ausdrucksformen sind als eigene Potentiale unmittelbar wahrnehmbar und spürbar.“ (S. 84)

Von Sprei (2006) nennt in der Beschäftigung mit dem Künstlerischen die Möglichkeit für Menschen mit einer Demenz, sich mit dem intakten Anteil in ihrem Leben zu befassen. Die kreative Beschäftigung mit der Kunst kann gleichzeitig Ausdruck und Sprache sein. Scheinbar verlorene Erinnerungsfelder, die im Bewusstsein des Kranken nicht

mehr über die Sprache abrufbar sind, können so erneut wachgerufen werden. Nebst dem kommunikativen Anteil am künstlerischen Prozess entsteht im gestalteten Bild eine Distanz, die es den Kunstschaffenden ermöglicht, sich selber und andern zu begegnen und über diese Begegnung zu kommunizieren. So erleben gemäss Wans (2006), Menschen mit einer Demenz das Universelle in der Kunst, in der immer ein Stück Autonomie erhalten bleibt, auch wenn sich Denken und Sprechen als Ausdruckfähigkeit auflösen.

### **3.5.7 Individuelle, personalisierte Filme**

Studien zu individuellen, personalisierten Filmen als Entlastungsprogramme für Angehörige und zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz stammen alle aus Amerika. Hall und Hare (1997) untersuchen, ob speziell konzipierte Videos für Menschen mit einer Demenz als wirksame therapeutische Interventionen zur Steigerung von positivem Verhalten eingesetzt werden können. Sie stellen fest, dass die Agitation signifikant abnimmt und positive Verhaltensweisen entsprechend zunehmen. Sie fügen jedoch an, dass die Wirkung nur von kurzer Dauer ist. Auch Caserta und Lund (2002) bestätigen, dass personalisierte Videos eine Entlastung für Angehörige bedeuten können und untersuchen die Aufmerksamkeit von Menschen mit Demenz in Institutionen, wenn sie die Videos in kleineren Gruppen betrachten. Sie kommen zum Schluss, dass die Wirkung von Videos in der Gruppe wie auch im Einzelsetting vielversprechend ist. Künftige Untersuchungen sollten ihrer Meinung nach aber ein breiteres Spektrum an Einflussfaktoren wie der persönliche Bezug zum Medium Fernseher, die Persönlichkeit der Probanden und die Lebensumstände mitberücksichtigen. Personalisierte Videos als Entlastungsprogramme haben nicht nur eine Wirkung auf die Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz, sondern auch Auswirkung auf die Angehörigen, so Kjiyama et al. (2007). Agitation und aggressives Verhalten ist während und nach dem Film deutlich vermindert, was sich wiederum auf die positive Beziehungspflege auswirkt. Topo et al. (2004) gehen noch weiter und zeigen auf, dass Interaktionen am Computer und multimediale Programme auch die kognitiven Fähigkeiten und die lebenspraktischen Fertigkeiten zu steigern vermögen. Bei Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz können simulierte Besuche über ein Video auch Ängste abbauen und das Bedürfnis nach Sicherheit und Bindung stillen (Cheston et al., 2008). Cheston et al. (2008) halten aber auch fest, dass keine simulierte Anwesenheitstherapie die realen Beziehungen ersetzen kann. Simulierte Präsenz kann so nur als Entlastungsinstrument eingesetzt werden und niemals als Ersatzinstrument für Interaktionen mit Angehörigen und Betreuenden.



### **3.6 Zusammenfassung theoretischer Teil**

An einer Demenz zu erkranken und als Folge unselbständig und abhängig zu werden, ist das wahrscheinlich am meisten gefürchtete Risiko des Alters. Die diffuse Angst vor einer Demenz im Alter scheint durch die Medienpräsenz des Themas und die fast täglich neuen Erkenntnisse noch anzusteigen. Dabei werden die Einbussen als Grenze des Lebens und mit einem Verlust des Menschseins gleichgesetzt. Oft wird übersehen, dass Menschen mit einer Demenz viele Kompetenzen und Ressourcen in sich tragen. Vor diesem Hintergrund entstanden die ressourcenorientierten Fragestellungen und deren Hypothesen in dieser Studie, die im Kapitel 5 diskutiert werden.

#### **Demenzen**

Demenzen umfassen ein breites Spektrum eines Krankheitsbildes, das mit folgenschweren kognitiven und das Gedächtnis betreffenden Einbussen einhergeht. Bei einer Demenz vom Typ Alzheimer müssen multiple kognitive Defizite vorliegen, zu denen zwingend Gedächtnisstörungen und mindestens eine weitere kognitive Einbusse zählen. Es können dies eine Aphasie, eine Agnosie, eine Apraxie oder eine Störung exekutiver Funktionen sein. Vaskuläre Demenzen stehen im Zusammenhang mit einer Hirndurchblutungsstörung oder einer geringen Blutzufuhr im Bereich des Gehirns. Eine Demenz mit Lewy-Body-Körperchen weist als vorherrschendes Symptom eine Störung der Aufmerksamkeit und Defizite in der Handlungsplanung und-überwachung sowie visuo-objektive Störungen auf. Viele weitere Formen einer Demenz sind bekannt und deren Kriterien für die Diagnose werden laufend durch neuste Forschungen erweitert und ergänzt. Bildgebenden Verfahren und neuropsychologische Abklärungen sind gängige Mittel für die Differenzialdiagnose. Die Beobachtung durch Angehörige und Pflegende ist ein wichtiges Element in der Erfassung der Krankheit. Brandt und Markowitsch (2005) betonen auch die deutlichen Einschränkungen der Alltagsfunktionen und der selbständigen Lebensführung, die durch diese Einbussen entstehen. Eine vollständige Unselbständigkeit des Betroffenen ist die Folge und damit die Betroffenheit eines ganzen Systems.

In eine neue Richtung weisen Autoren wie Whitehouse und George (2009) und Kitwood (2008). Diese Autoren zeigen eine neue Sichtweise der Gehirnalterung auf, indem sie davon ausgehen, dass jede Diagnose einer Demenz immer nur eine „wahrscheinliche“ Diagnose ist, wenn alle anderen möglichen Ursachen ausgeschlossen werden konnten. Dieser Richtungswechsel ist noch nicht etabliert, findet aber mit dem ressourcenorientierten Ansatz, den Menschen und nicht die Krankheit ins Zentrum des Geschehen zu rücken, immer grössere Beachtung.

Vor dem Hintergrund dieser Auseinandersetzung macht es Sinn, das psychische Wohlbefinden im Alter und mit einer Demenz genauer zu beleuchten, um den Menschen mit dieser degenerativen Erkrankung ins Zentrum des Interesses und der Forschung zu stellen.

### **Wohlbefinden im Alter und mit einer Demenz**

Perrig-Chiello (1997) geht von einer möglichst umfassenden Perspektive des Menschen aus, in der sowohl die psycho-physische Komponente wie auch die soziale Einbindung wichtig für die Definition des Wohlbefindens im Alter sind. So nennt sie als wichtigste Pfeiler des Wohlbefindens die körperliche Komponente mit der körperlichen Zufriedenheit und der Beschwerdefreiheit. Lebenssinn, Lebenszufriedenheit und die Kontrolle über das Leben machen das psychische Wohlbefinden aus und die Partizipation und Autonomie stellen den Pfeiler des sozialen Wohlbefindens dar. Zwischen diesen drei Bereichen besteht eine ständige Wechselwirkung, welche je nach Stärke und Ausprägung das allgemeine Wohlbefinden beeinflusst. Die Komplexität und Multidimensionalität der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz, mit ihrer sich stetig verändernden Natur, ist schwer zu erfassen (Oppikofer, 2008). Daher kommen nur beschreibende Dimensionen dem Konstrukt der Lebensqualität näher.

In Bezug auf die Lebensqualität mit einer Demenz beschreibt Oppikofer (2008) fünf Dimensionen des psychischen Wohlbefindens. Die Dimension der Umwelt mit den räumlichen, sozialen und funktionalen Aspekten stellt dabei einen ebenso wichtigen Faktor dar wie die Dimension der Gesundheit. Die Dimension der Gesundheit umfasst die medizinische-funktionale Gesundheit, die Kognition, die Psychopathologie wie auch die Verhaltensauffälligkeiten. Die Fähigkeiten des Alltages werden in der Dimension der Verhaltenskompetenzen erfasst. Dies sind die Selbständigkeit, die Kommunikation, die Mobilität, die Fähigkeit zur Aktivierung und die Anpassungsfähigkeit wie auch die Fähigkeit, Probleme zu lösen und Urteile zu fällen und sich zu orientieren. Die vierte Dimension der Individualität mit dem Selbstwert, dem Moralempfinden, der Spiritualität/Religiosität, der Persönlichkeit und dem Wunsch nach Autonomie stellt zusammen mit der fünften Dimension des subjektiven Erlebens und der emotionalen Befindlichkeit zu der die Affekte, die Zugehörigkeit und die Lebenszufriedenheit zählen, die Einzigartigkeit jeder Person ins Zentrum.

### **Messinstrumente für Lebensqualität**

Um die Lebensqualität bei Menschen mit einer Demenz zu messen, müssen der Situation, dem Krankheitsstadium und dem Individuum angepasste Instrumente eingesetzt werden. Oppikofer (2008) zeigt auf, wie vielfältig Messinstrumente dazu in den letzten

zehn Jahren entwickelt wurden, dass diese aber auch künftig noch weiterentwickelt werden müssen, um die Lebensqualitätsbereiche der sozialen Beziehungen und Interaktionen, des Selbstwertes, der Stimmung und des Affektes einzubeziehen. Wird die Selbstaussage durch die Schwere der dementiellen Erkrankung unmöglich, müssen andere Instrumente eingesetzt werden. Re (2002) hält fest, dass Forschung zur Emotionalität demenzkranker Menschen lange vernachlässigt wurde. Dabei stellt die Beachtung und das Wissen um die emotionale Ausdrucksweise bei Menschen mit einer schweren Demenz eine existenzielle Bedeutung für die Erfassung von Wohlbefinden und der Lebensqualität dar. Die sich verändernden kognitiven Fähigkeiten und die Möglichkeit des emotionalen Ausdruckes im Verlauf einer Erkrankung werden die Forderungen an zukünftige Forschungen sein. Ekman, Friesen und Hager (2001) erschufen im Jahr 1978 mit FACS, Facial Action Coding System, ein genaues Instrument zur Messung von Gesichtsbewegungen. Die Weiterentwicklung von FACS fand den Ausdruck in der OERS-Skalierung. Das Instrument zur Erfassung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit, OERS, Observed Emotional Rating Scale (Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J.A., 1999), welches in dieser Studie verwendet wird, erfasst Gefühlszustände von Menschen mit einer Demenz. Das Instrument kann insbesondere auch bei Menschen, welche sich nicht mehr über die Sprache ausdrücken können, angewendet werden. Es eignet sich daher für Menschen mit einer schweren Demenz, die bereits ihre Sprachkompetenz verloren haben.

### **Methoden der Aktivierung bei Menschen mit einer Demenz**

Methoden zur Aktivierung bei Menschen mit einer Demenz, welche ressourcenorientiert sind und das Wohlbefinden steigern können, sind breit gestreut. Als Methode erster Wahl stellt der personenzentrierte Ansatz, wie ihn Kitwood (2008) erstmals in dieser Form einbrachte, dar. Er stellt die PERSON mit einer Demenz, als einzigartige Persönlichkeit ins Zentrum und die Erkrankung als eine Facette des Lebens der Menschen.

Ein Aktivitätsprogramm wie das vorgestellte Programm SimA-P (Oswald, Ackermann und Gunzelmann 2006) zeigt auf, dass sich eine Kombination von körperlicher und kognitiver Aktivierung effektiv auf die Selbständigkeit und das Wohlbefinden bei Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern auswirkt. Rehabilitative Aktivierung wird auch vom Personal positiv aufgenommen, was sich wiederum auf die positive Beeinflussung auswirkt. Psychosoziale Programme helfen, den Verlust der kognitiven Fähigkeiten zu verzögern und im Alltag diesen Vorteil zu nutzen und tragen dazu bei, die kognitive Kompetenz zu stabilisieren (Romero, 2005).

Biographiearbeit zählt generell zu den ressourcenorientierten Methoden (Heuft, Kruse & Radebold, 2006). Zentrale und wertvolle Elemente der Lebenserfahrung, welche sta-

bil und zeitüberdauernd sind, unterstützen und stärken die Identität eines Menschen. Durch die Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Kommunikationsfähigkeit bei Menschen mit einer Demenz sind die Kindheitserinnerungen ein wichtiger, oft gar der einzige Weg, einen Zugang zur Identität zu finden (Maier, 2008). Das Verständnis der Zusammenhänge im Lebenslauf trägt dazu bei, die Erkrankung und deren Symptome besser zu verstehen und zu kennen und entsprechend auf das Verhalten von Menschen mit einer Demenz reagieren zu können.

Eine Adaption an die sich ständig verändernden Lebensbedingungen kann nur mit Hilfe von Anderen, vor allem der betreuenden Angehörigen, gelingen. Die von Romero (1992, 2005) erschaffene Selbsterhaltungstherapie zeigt auf, dass Betroffene die Sicherheit und das Vertrauen wieder gewinnen, wenn ihre Erwartungen und Überzeugungen nicht in Frage gestellt werden und ihr Selbst- und Weltbild dadurch stabilisiert wird. Diese stabilisierenden Erfahrungen rücken so die jeweils noch erhaltenen kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen in den Vordergrund von unterstützenden Maßnahmen. Die Stabilisierung kann über die verbale Kommunikation, aber auch über non-verbale Elemente wie Musik und Kunst gewährleistet werden. Musiktherapie, so Warne (2007), eröffnet Therapiechancen für Patienten, welche von verbalen Therapietechniken wenig oder nicht profitieren können. Durch die Musik kann das emotionale Erleben und die Gedächtnisleistung aktiviert werden und es muss von der direkten Beeinflussung dieser beiden Faktoren ausgegangen werden. In der Musiktherapie entsteht ein Zusammenhang von Musik, emotionalem Erleben und kognitiven Leistungen, wobei biografisch relevante Musik einen besonderen Einfluss hat. Sie baut auf Erinnerungen, stimuliert brachliegende Ressourcen, stärkt das Selbstwörterleben, reguliert Affekte und mildert defizitorientierte Erlebnisse.

Im Umgang mit Farben sieht Böhme (2008) in der Kunsttherapie ein ähnliches Mittel der Kommunikation, wenn die verbalen Fähigkeiten abnehmen. Die Biographiearbeit und Gestaltungsarbeit stellt Hölzle (2009) in einen engen Zusammenhang als kraftvolle Möglichkeit zur Aktivierung von Ressourcen, wobei der eigene, schöpferische Ausdruck eine zentrale Rolle spielt.

Individuelle, personalisierte Filme als Entlastungsprogramme für Angehörige und zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz stammen alle aus Amerika. Personalisierte Videos als Entlastungsprogramme haben nicht nur eine Wirkung auf die Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz, sondern auch Auswirkung auf die Angehörigen, so Kjiyama et al. (2007). Agitation und aggressives Verhalten ist während und nach dem Film deutlich vermindert, was sich wiederum auf die positive Beziehungspflege auswirkt. Beide Faktoren bestätigen die Ansicht, dass durch eine Demenz ein ganzes System mit erkrankt und somit auch das ganze System

zur Verbesserung der Lebensqualität Hilfe erhalten soll. Cheston et al. (2008) halten aber auch fest, dass keine simulierte Anwesenheitstherapie die realen Beziehungen ersetzen kann.

## **4 Empirischer Teil**

Im Folgenden wird die gesamte Stichprobe vom Projekt SIMPA beschrieben und die Besonderheiten der Experimental- und Kontrollgruppe und deren Unterscheidung hervorgehoben. Nach der deskriptiven Darstellung der Stichprobe werden die Methoden beschrieben, die eingangs gestellten Fragen und Hypothesen untersucht und die Ergebnisse dargestellt.

### **4.1 Stichprobe**

An der Studie nahmen 30 Paare (Menschen mit einer Demenz und ihre pflegenden Angehörigen) teil, davon 24 Paare in der Experimentalgruppe, 6 Paare in der Kontrollgruppe. Zwei Personen brachen die Studie vorzeitig ab, je ein weiteres Paar aus der Experimental- wie der Kontrollgruppe mussten während der Studie ausgeschlossen werden, da die Messdaten nicht überprüfbar waren.

So blieben für die Auswertung 21 Paare in der Experimentalgruppe und 5 Paare in der Kontrollgruppe.

#### **4.1.1 Soziodemographische Daten**

Die gesamte Stichprobe ( $N = 26$ ) der auswertbaren Datensätze setzte sich aus 26 Frauen, davon 13 Studienteilnehmerinnen und 16 Angehörige, und 23 Männern, davon 13 Studienteilnehmer und 10 Angehörige, mit einem Altersmedian von 72.6 Jahren ( $SD = 8.30$ ) zusammen. Durch pflegende Kinder erfolgte eine sehr weite Streubreite von 56 – 92 Jahre. 88.5% aller Studienteilnehmenden, also 23 Paare leben in einer festen Partnerschaft oder Ehe, 2 Paare (7.7%) stehen in einem Verhältnis zu Eltern oder Schwiegereltern und ein Paar (3.8%) lebt als Geschwisterpaar zusammen. Alle Teilnehmenden sind Schweizer Nationalität und wohnen in der deutschen Schweiz.

**Tabelle 2** Demographische Daten ( $N = 26$ )

	Studien- teilnehmende Experimental- Gruppe ( $n=21$ )	Angehörige Experimental- gruppe ( $n=21$ )	Studien- teilnehmende Kontrollgruppe ( $n=5$ )	Angehörige Kontroll-gruppe ( $n=5$ )
Alter, $M$ ( $SD$ )	77.6 (8.3)	72.5 (8.7)	78.8 (5.5)	73.2 (7.1)
Range (Jahre)	60 - 92	56 - 85	69 - 82	65 - 80
Frauen	11 (52.4%)	12 (57.1%)	2 (40%)	4 (80%)
Männer	10 (47.6%)	9 (42.9%)	3 (60%)	1 (20%)
Ehe, Partnerschaft	19 (90.5%)		4 (80%)	
Eltern, Schwiegereltern	2 (9.5%)			
Geschwister			1 (20%)	

$n$  = Anzahl       $M$  = Mittelwert       $SD$  = Standardabweichung

Neun Studienteilnehmende der Experimentalgruppe (42.9%) schlossen ihre Ausbildung an einer Primar-, Real- oder Sekundarschule ab. Im Weiteren absolvierte ein Drittel (38 %) eine Berufslehre oder eine Vollzeitberufsschule, knapp ein Viertel (19.1%) eine höhere Berufs-, Fach- oder Hochschule.

Bei den Angehörigen verschob sich der Ausbildungsstand leicht nach oben. Ein Fünftel (19.1%) besuchte die Primar-, Real- oder Sekundarschule, neun Personen (42.9%) absolvierten eine Berufslehre oder Vollzeitberufsschule und ein gutes Drittel (38%) schloss an einer Hoch-, Fachhochschule oder Universität ab.

**Tabelle 3** Ausbildungsstand Experimentalgruppe und Kontrollgruppe ( $N = 26$ )

	Studien- teilnehmende Experimental- gruppe ( $n=21$ )	Angehörige Experimental- gruppe ( $n=21$ )	Studien- teilnehmende Kontrollgruppe ( $n=5$ )	Angehörige Kontroll-gruppe ( $n=5$ )
Primar-, Real-, oder Sekundarschule	9 (42.9%)	4 (19.1%)		3 60%)
Berufslehre, Vollzeit Berufsschule	8 (38%)	9 (42.9%)	4 (80%)	1 (20%)
Hoch-, Fachhochschule, Universität	4 (19.1%)	8 (38%)	1 (20%)	1 (20%)

$n$  = Anzahl

Bei den Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe besuchten vier Personen (80%) eine Primar-, Real- oder Sekundarschule und eine Person (20%) wies einen höheren Abschluss auf. Bei den Angehörigen verschob sich der Ausbildungsstand nach unten. Drei Personen (60%) besuchten als höchste Ausbildungsstufe die Primar-, Real- oder Sekundarschule, je eine Person (je 20%) absolvierten eine Berufslehre oder eine Hochschule, Universität.

#### **4.1.2 Erkrankung**

Die Feststellung eines Schweregrades einer Demenz kann nur aufgrund einer Erstdiagnose der Demenz erfolgen. So wird das Funktionsniveau erst nach der Diagnose erfasst. Die einfachste, ökonomischste und vielfach überprüfte Testung stellt der MMSE dar. Für die vorliegende Arbeit wurde die Zürcher Version ZMMS von Brühwiler (1986) angewandt. Die Einschätzung des Funktionsniveaus durch die Angehörigen erfolgte mit dem Fragebogen FAST, Funcitonal Assessment Staging (Ihl & Fröhlich, 1991). Einstufung der Funktionsniveaus siehe Methode, Kapitel 3.3.2.

#### **Schweregrad und Funktionsniveau**

Der Mittelwert des MMSE der gesamten Stichprobe ( $N = 26$ ) beträgt 12.73 Punkte ( $SD$  8.88). Die Spannweite liegt zwischen einem minimalen Wert von 0 und einem maximalen Wert von 28 Punkten. 1 Person (3.8%) zeigt einen unauffälligen Wert im MMSE, 8 Personen (30.8%) zeigen einen Wert einer leichten dementiellen Erkrankung auf, 6 (23.1%) Personen einen Wert einer mittelschweren und 11 Personen (42.3%) einen Wert einer schweren dementiellen Erkrankung. Insgesamt zeigen 65.4% aller Studienteilnehmenden eine mittlere bis schwere Erkrankung auf.

#### **Experimentalgruppe**

Untersuchungen bezüglich Kognition und Funktionsniveau ergibt bei der Experimentalgruppe folgendes Bild: Der Mittelwert in der kognitiven Beeinträchtigung liegt bei der Experimentalgruppe bei 11.86 ( $SD = 9.28$ ; Range von 0 - 28). Neun Personen (42.8%) weisen eine schwere dementielle Erkrankung auf, sechs Personen (28.5%) eine mittelschwere Erkrankung und fünf Personen (23.8%) sind nur leicht erkrankt. Eine Person (4.7%) hat einen unauffälligen MMSE-Wert von 28 Punkten.

Funktionelle Veränderungen im Alter und in der Demenz werden mittels FAST - Test ermittelt. In der Stichprobe der Experimentalgruppe ergeben sich dabei ein Mittelwert von 7.95 ( $SD = 2.99$ ) und eine Streubreite von 1 – 13; Wertebereich der Skala: 1 – 16,



das heisst, 16 Stufen, wobei der FAST-Wert der höchsten Stufe entspricht, auf der ein Defizit festgestellt werden kann.

**Tabelle 4** Kognition und Funktionsniveau Studienteilnehmende der Experimentalgruppe, 1. Messzeitpunkt t1, (N=21)

Variablen	M Männer (SD)	M Frauen (SD)	M gesamt (SD)	Range
	t1 (n=10)	t1 (n=11)	t1 (n=21)	
Z-MMSE*	11.50 (9.73)	12.18 (9.32)	11.86 (9.28)	0 – 28
FAST**	7 (3.26)	8.82 (2.56)	7.95 (2.99)	1 – 13

*n* = Anzahl      *M* = Mittelwert    *SD* = Standardabweichung      *t1* = erster Messzeitpunkt

\*Z-MMSE = Zürcher Mini-Mental-State Examination; Wertebereich der Skala 0 (sehr stark kognitive Beeinträchtigung) bis 30 (geringe oder unauffällige Beeinträchtigung)

\*\*FAST = Funcional Assessment of Alzheimer’s disease; Wertebereich der Skala: 1 – 16

### Kontrollgruppe

Bei der Kontrollgruppe liegt der Mittelwert bei 16.40 (*SD* = 6.46). Drei Studienteilnehmende (60%) weisen eine leichte dementielle Erkrankung auf, zwei Studienteilnehmende (20%) eine schwere dementielle Erkrankung. Damit fehlen der Kontrollgruppe die Probandinnen und Probanden mit einer mittelschweren dementiellen Erkrankung.

**Tabelle 5** Kognition und Funktionsniveau Studienteilnehmende der Kontrollgruppe, 1. Messzeitpunkt t1, (N = 5)

Variablen	M Männer (SD)	M Frauen (SD)	M gesamt (SD)	Range
	t1 (n=3)	t1 (n=2)	t1 (n=5)	
Z-MMSE*	12.67 (5.50)	22 (1.41)	16.4 (6.46)	9 – 23
FAST**	8 (3.60)	7 (4.24)	7.6 (3.36)	4 – 11

*n* = Anzahl      *M* = Mittelwert    *SD* = Standardabweichung      *t1* = erster Messzeitpunkt

\*Z-MMSE = Zürcher Mini-Mental-State Examination; Wertebereich der Skala 0 (sehr stark kognitive Beeinträchtigung) bis 30 (geringe oder unauffällige Beeinträchtigung)

\*\*FAST = Funcional Assessment of Alzheimer’s disease; Wertebereich der Skala: 1 – 16

Die Experimental- und Kontrollgruppe unterscheidet sich im Schweregrad der Demenz gemäss Ergebnis des Tests Mann-Whitney für unabhängige Stichproben nicht signifi-

kant ( $p = .278$ ). Das Resultat ist auf die geringe Grösse der Kontrollgruppe zurückzuführen und kann unter gegebenen Umständen nicht interpretiert werden.

### Diagnose

An der Studie nahmen 29 Personen mit Demenz sowie jeweils eine pflegende Angehörige teil. Zwei Personen brachen die Studie vorzeitig ab, bei einer Person lag ein Augenleiden vor und deswegen konnten für die Auswertung nur die Daten von 26 Paaren ausgewertet werden.

*Tabelle 5* Diagnosen ( $N = 26$ )

Diagnose	EG ( $n = 21$ )	KG ( $n = 5$ )
Alzheimer	10 (47.6%)	4 (80%)
Lewy-Body-Körperchen	1 (4.8%)	
Vaskulär	5 (23.8)	
Unspezifische Demenz	3 (14.3%)	1 (20%)
Mischformen	2 (9.5%)	
Komorbidität	ja	2 (40%)
	nein	3 (60%)

$n = \text{Anzahl}$     EG = Experimentalgruppe    KG = Kontrollgruppe

### Experimentalgruppe

Die Diagnose einer Demenz der Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe ist durchschnittlich seit 46 Monaten bekannt (6 - 96 Monate). Zehn Personen (47.6%) sind an einer Demenz vom Typ Alzheimer, fünf Personen (23.8%) an einer vaskulären Demenz, eine Person (4.8%) an einer Demenz mit Lewy-Body-Körperchen und drei Personen (14.3%) an einer unspezifischen Demenz erkrankt. Bei zwei Personen (9.5%) liegt eine Mischform der Demenz vor. Knapp die Hälfte der Studienteilnehmenden, 10 Personen (47.8%), leidet zusätzlich an einer oder mehreren Erkrankungen, etwas mehr als die Hälfte, 11 Personen (52.4%), geben an, ausschliesslich an einer Demenz erkrankt zu sein.

## **Kontrollgruppe**

Vier Personen (80%) der Kontrollgruppe wiesen eine Demenz vom Typ Alzheimer auf. Eine Person (20%) ist an einer unspezifischen Form der Demenz erkrankt. Zwei Personen (40%) leiden an mehreren Erkrankungen, drei Personen (60%) geben an, ausschliesslich an einer Demenz erkrankt zu sein.

### **4.1.3 Rekrutierung**

Die Rekrutierung der Experimentalgruppe erfolgte über lokale, informelle und formelle Netzwerke für Menschen mit einer Demenz (z.B. Alzheimervereinigung Sektion Zürich, Tagesstätte Roter Faden, Ebikon), über eine Ausschreibung auf der Homepage des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich und über bestehende Kontakte aus ZfG-Projekten (Evaluation Tag/Nacht- Station Sonnweid, Runder Tisch Demenz) durch die Studienleiterin oder wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich, ZfG.

Die Rekrutierung der Kontrollgruppe erfolgte über die Netzwerke der Experimentalgruppe und über private Kontakte der Verfasserin der Masterarbeit. Die Anfrage der Netzwerke wurde auf die gesamte Deutschschweiz ausgeweitet. Allerdings häuften sich die Absagen durch Leiterinnen von Angehörigengruppen aus ländlichen Gebieten. Möglicherweise nimmt die Akzeptanz zur Teilnahme an einer Studie mit der Distanz zu einer Universitätsstadt wie Zürich ab. Die Frage eines Stadt-Land-Gefälles bezüglich Teilnahme an Studien wäre eine eigenen Forschungsarbeit wert.

Für die Kontrollgruppe konnten acht Personen mit einer Demenz sowie deren pflegenden Angehörigen rekrutiert werden. Bei einer Person musste die Studie vorzeitig abgebrochen werden, da sie für eine Teilnahme an der Studie nicht mehr ansprechbar war und zwei Personen traten kurz vor dem vereinbarten Termin in ein Heim ein, so dass für die Auswertung nur die Daten von fünf Personen verwendet werden konnten. Weitere mündliche Zusagen über Leiterinnen von Angehörigengruppen kamen nicht zustande, weil die Gruppenleiterinnen die Angehörigen in der damaligen Situation nicht belasten wollten. Viele Absagen erfolgten bereits aufgrund der Erwähnung des Filmes mit volkstümlichem Inhalt.

#### **4.1.4 Einschlusskriterien**

Ziel der Studie war, möglichst viele Personen in die Evaluation miteinbeziehen zu können. Die Versuchspersonen sollten allerdings folgenden Kriterien erfüllen:

- a) An einer Demenz erkrankt sein (unabhängig von der Form, seit mind. 6 Monaten diagnostiziert)
- b) Älter als 60 Jahre sein
- c) Mehrheitlich zu Hause gepflegt werden
- d) Keine Seh- und Hörbehinderungen haben, welche nicht mit einer bestehenden Hilfe behoben werden können
- e) Mit mindestens einer Person im gleichen Haushalt wohnhaft sein, welche dazu bereit ist, an den Befragungen teilzunehmen und dreimal wöchentlich während der Interventionsphase den Film abzuspielen.

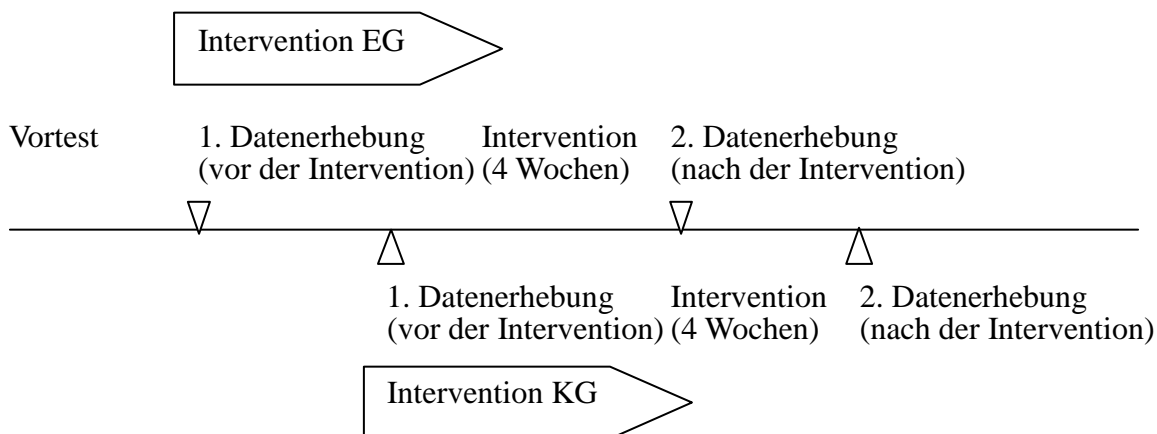
#### **4.2 Design**

Nachfolgend wird das ganze Design des SIMPA-Projektes beschrieben. Die Erfassung der Experimentalgruppe erfolgte von Juni 2009 bis Januar 2010, die Erfassung der Kontrollgruppe von Januar 2010 bis Ende März 2010. Das SIMPA-Projekt findet Ende Mai 2010 seinen Abschluss und die Ergebnisse werden anschliessend publiziert. Im Herbst des gleichen Jahres werden die aus der Evaluation abgeleiteten Empfehlungen und Aussagen zur Bedeutung von Entlastungsvideos ausserdem in einer allgemein verständlichen Form zu Papier gebracht und mittels einer anschaulich dokumentierten Publikation der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

#### 4.2.1 Untersuchungsablauf

Die Evaluation wurde mit einem Experimental- und Kontrollgruppendesign durchgeführt.

---




---

EG= Experimentalgruppe, KG= Kontrollgruppe

Abbildung 2 Untersuchungsablauf zur Überprüfung der Wirksamkeit

Vor der eigentlichen Untersuchung wurde anhand des Filmmaterials im Alterszentrum Chrüz matt in Hitzkirch ein Vortest mit verschiedenen Menschen mit einer mittelschweren Demenz durchgeführt. Erst danach startete die eigentliche Interventionsphase.

#### Test, Datenerhebung

Die Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe erhielten zweimal einen Besuch zuhause. Eine Mitarbeiterin des Projektes SIMPA zeigte den Studienteilnehmenden den eigens für das Projekt erstellten Film einer musikalischen Wanderung, vermittelt durch eine Musiktherapeutin. Während des Abspielens des Filmes wurden die Probandinnen und Probanden gefilmt, damit die nonverbalen Äusserungen und emotionalen Zeichen später ausgewertet werden konnten. Während der Zeit des Filmes wurden die Angehörigen zu verschiedenen Inhalten wie soziodemografische Angaben, kognitive Leistungen, Aufmerksamkeit und Verhalten der Studienteilnehmenden, aber auch Belastungsfaktoren und Lebensqualität der Angehörigen interviewt. Vor und nach dem Film wurden die Betroffenen zu ihrem Wohlbefinden befragt, nach dem Film zusätzlich auch zur Zufriedenheit mit dem Film. Die Filmvorführungen und Tagebuchführung während der Interventionsphase wurden mit den Angehörigen besprochen und ein zweiter Termin, 4 Wochen später, vereinbart.

Nach der Interventionsphase fand wiederum eine Befragung und Filmvorführung zuhause bei den Studienteilnehmenden statt. Beim zweiten Termin interessierten zusätzlich die Zufriedenheit der Betroffenen mit dem Film sowie der Nutzen und die Entlastung für die Angehörigen.

Der Film wie auch das Abspielgerät, sofern es eigens für das Projekt zur Verfügung gestellt werden musste, blieben im Besitz der Studienteilnehmenden. Die Aufnahmen, welche von den Studienteilnehmenden während der beiden Filmvorführungen erstellt wurden, werden nur zu Forschungszwecken verwendet und nach der Auswertung des gesamten Projektes vernichtet.

#### **4.2.2 Intervention**

##### **Experimentalgruppe**

Die Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe hatten den Auftrag in einem Zeitraum von vier Wochen den Entlastungsfilm mindestens dreimal wöchentlich anzusehen. Vor und nach der vierwöchigen Interventionsphase wurden Messdaten zur Wirksamkeit des Filmes erhoben. Die Probandinnen und Probanden wurden bei beiden Terminen der Datenerhebung gefilmt und die Videofilme mit dem Instrument OERS ausgewertet. Die Angehörigen führten ein Tagebuch über die Anzahl der Filmvorführungen und über allfällige Reaktionen, Äusserungen und Stimmungen der Studienteilnehmenden.

##### **Kontrollgruppe**

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Entlastungsfilme wurde ein Film mit ähnlichem Inhalt, aber ohne die drei Wirkmechanismen von SIMPA (1. Erinnerung an angenehme Erlebnisse: Aktivierung Langzeitgedächtnis, 2. Simulierter Besuch: Aktivierung zum verbalen und 3. nonverbalen Mitmachen) zur Intervention der Kontrollgruppe selektiert. Dieser bestand in der Aufnahme der volkstümlichen Sendung „Hopp de Bäse“ SF DRS, welche ebenfalls 30 Minuten dauerte und ähnliche Filmelemente beinhaltete. Die Musik- und Gesprächsanteile in diesem Film entsprachen zeitlich denselben Anteilen des SIMPA-Filmes. Beim Film der Kontrollgruppe fehlten der simulierte Besuch und die Aufforderung, bei den Bewegungen selber aktiv zu werden sowie das Element des Gedächtnistrainings. Die Angehörigen führten ebenfalls ein Tagebuch zu den Filmvorführungen. Nach der zweiten Datenerhebung erhielt die Kontrollgruppe zum Abschluss auch den SIMPA-Film zur freien Verfügung.

### 4.3 Methode

Als Messverfahren wurden folgende Instrumente eingesetzt: standardisierte und halbstandardisierte Fragebogenverfahren kombiniert mit Beobachtungsverfahren, subjektiven Auskünften und objektiven Indikatoren.

*Tabelle 6* Alle im Projekt SIMPA verwendeten Messinstrumente und Messverfahren.

Instrument	Vor der Intervention	Während der Intervention	Nach der Intervention
<b>Soziodemographische Angaben, Diagnose und Komorbidität</b> (Alter, Zivilstand, Nationalität, Ausbildung, Diagnose: Art der Demenzerkrankung und Zeitpunkt der Stellung, Multimorbidität, Medikamentenanzahl)	1 x durch Angehörige		
<b>MMSE – Mini-Mental-Status-Examination *</b>	1 x durch Interviewerin		
<b>FAST – Functional Assessment Staging **</b>	1 x durch Angehörige		
<b>Fragebogen zur Aufmerksamkeit/ Videoaufnahmen</b> des Patienten während dem Ansehen des Entlastungsfilmes.		Beobachtung des Patienten mittels Videoaufnahmen: erste und letzte Sichtung des Filmes	
<b>Fragebogen/Interview zu Nutzen/Grenzen des Filmes</b> (was tun Angehörige während der Patient den Film schaut?)			1 x durch Angehörige & Patient durch Interviewerin
<b>OERS – Observed Emotion Rating Scale ***</b>		Während Abspielen des Filmes: Beobachtung des Patienten mittels Videoaufnahmen	
<b>CMAI – Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory ****</b>	1 x durch Angehörige		1 x durch Angehörige
<b>CBI Multidimensional Caregiver Burden Inventory *****</b>	1 x durch Angehörige		1 x durch Angehörige
<b>Visuell-Analog-Skala</b>		Unmittelbar nach ersten und letzten Sichtung des Filmes (Patient)	

---

**Single-Item zur Lebensqualität** (10er-Skala, „Mein Leben ist zurzeit das... beste/schlechteste, was ich mir vorstellen kann.“) 1 x pflegende Angehörige 1 x pflegende Angehörige

---

\* Folstein et al. (1975), \*\* Ihl, R. & Fröhlich, L. (1991), \*\*\* Lawton, Van Haitsma & Klapper (1996), \*\*\*\* Cohen-Mansfield et al. (1989), \*\*\*\*\* Novak & Guest (1989)

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden nur die Instrumente, welche für die vorliegende Arbeit von Relevanz waren, genauer erläutert.

### 4.3.1 OERS

Observed Emotional Rating Scale (Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J.A. (1999). Online im Internet URL : <http://www.abramsoncenter.org/pri/scales.htm> (Stand 19.02.2010).

Der Skala von Lawton (1996) liegt ein zweidimensionales Konzept von Gefühlszuständen zugrunde. Gefühlszustand bzw. Gesichtsausdruck werden beobachtet, als positiver bzw. negativer Affekt gedeutet und in ihrer Häufigkeit und Dauer registriert. Die Skala umfasst fünf Gefühlszustände: drei negative (Wut, Angst und Traurigkeit) und zwei positive (Vergnügen, Interesse). Diese Affekte werden bezüglich Auftretenshäufigkeit und -dauer beobachtet und mittels einer 5-er-Skala eingeschätzt. Es werden die einzelnen Bewegungen erfasst, zugeordnet und dichotom als ‚reagiert – reagiert nicht‘ bewertet. Das Instrument kann bei leichter bis schwerer Erkrankung eingesetzt werden. So können Veränderungen über die Zeit in der Lebensqualität reliabel und valide (Oppikofer 2010) gemessen werden.

Die Skala zur Beobachtung von Emotionen erfasst Gefühlszustände von Menschen mit einer Demenz. Sie sind in fünf Emotionen unterteilt: Freude, Ärger, allgemeine Aufmerksamkeit, Ängstlichkeit/Angst und Traurigkeit.

*Tabelle 7* Zeichen der Emotionen (Oppikofer, Evaluationsprojekt SIMPA, 2010)

---

Freude	Lachend, singend, lächelnd, küssend, andere freundlich berührend oder streichelnd, freundlich nach andern greifend, auf Musik reagierend (wird nur in Kombination mit einem andern Zeichen als Freude kodiert)
Ärger	Körperliche Aggression, ärgerlich rufend, schreiend, fluchend, schimpfend, Faust schüttelnd, Augen (-brauen) zusammenziehend, Zähne zusammenbeissend, Lippen zusammenkneifend,

---



distanzierende Geste machend

---

Angst/Ängstlichkeit    Kreischend, wiederholt rufend, rastlos, zusammenzuckend, Gesicht verziehend, repetitive oder agitierte Bewegung, Linie zwischen den Augenbrauen oder quer über der Stirn, händeringend, zitternd, nervös, beinewackelnd, schnell atmend, Weitung der Augen, angespannte Gesichtsmuskulatur

---

Traurigkeit    Weinend, stirnerunzelnd, Augen matt bzw. herabhängend, wimmernd, stöhnend, jammernd, seufzend, Kopf in der Hand, Augen bzw. gesenkt und ausdrucksloses Gesicht (wird nur in Kombination mit einem andern Zeichen als Traurigkeit kodiert)

---

Allgemeine Aufmerksamkeit    An einer Aufgabe teilnehmend, Augenkontakt haltend, Augen folgen einem Objekt oder einer Person, sich im Raum umsehend, durch Bewegung oder Sprache auf etwas reagierend, Körper drehen oder auf eine Person oder ein Objekt bewegen

---

Um die Affektzustände festhalten und mittels OERS inhaltsanalytisch auswerten zu können, werden Videoaufnahmen der Patienten gemacht. Die Videokamera wird dabei so platziert, dass diese vom Betrachter kaum wahrgenommen wird.

Untersuchungen früherer Studien zu Entlastungsfilmen stellten fest, dass das Vorhandensein einer Filmkamera die Patienten nicht beeinträchtigt (Lund, Caserta & Wright, 1995, 1996; Malonebeach et al., 1999; Caserta& Lund, 2002, zit. nach Oppikofer, 2010). Deshalb installierte eine wissenschaftliche Mitarbeiterin jeweils vor dem Abspielen des Filmes die Kamera. Diese Person war während des Filmes nicht im gleichen Raum anwesend, um einen möglichst geringen Einfluss auf die Situation zu nehmen und um eine realitätsnahe Konstellation zwischen den Angehörigen und dem Menschen mit Demenz zu ermöglichen.

#### **4.3.2 FAST**

Im Fragebogen FAST, Funticonal Assessment Staging (Reisberg, 1988) werden funktionale Veränderungen im Alter und in der Demenz erfasst. Die Funktionen werden mittels Fremdeinschätzung durch Angehörige beobachtet. Es werden die Alltagskompetenzen wie Kommunikation, Ankleiden, Baden, Inkontinenz, Sitzen, Lächeln und Kopf hoch halten eingeschätzt. Die siebenstufige Einschätzungsskala ermittelt somit die Sta-

dien eines Schweregrades. Das tiefste Funktionsdefizit, welches bewertet werden kann, entspricht der Einschätzung des Schweregrades der Demenz.

Reisberg (1988) beschreibt 7 Stufen, zu denen die 16 Funktionsfragen zugeordnet werden können wie folgt:

*Tabelle 8* Funktionsniveau FAST – Test

Funktionsniveau	Beschreibung der Funktion	zugeordnete Fragen vom Test
Stufe 1	weder objektive noch subjektive Einschränkungen	1
Stufe 2	subjektive Einschränkung, aber keine objektiven Beweise für verringerte Leistung in komplexen beruflichen oder sozialen Aktivitäten	2
Stufe 3	Von der betroffenen Person wahrnehmbare Einschränkung komplexer beruflicher oder sozialer Aufgaben	3
Stufe 4	Verminderte Leistung in der komplexen Aufgaben des täglichen Lebens	4
Stufe 5	Verminderte Leistung in grundlegenden Aufgaben des täglichen Lebens, wie die Auswahl der richtigen Kleidung	5
Stufe 6	Verminderte Fähigkeit, sich zu kleiden, zu baden und Toilettengang selbständig auszuführen	6a, 6b, 6c, 6d, 6e
Stufe 7	Verlust der Sprache und der Fortbewegung	7a, 7b, 7c, 7d, 7e, 7f

### **4.3.3 Fragebogen und Beobachtung**

Unter einem Fragebogenverfahren wird eine Befragung mittels eines standardisierten oder halbstandardisierten Fragebogens verstanden. Diese können von den befragten Personen selbst oder durch einen Interviewenden ausgefüllt werden.

Das Fragebogenverfahren ist eine der am häufigsten verwendete Methoden zur Datengewinnung und hat den Vorteil, ein eher kostengünstiges Verfahren zu sein. Als möglicher Messfehler ist dabei jedoch der ‚Hawthorne‘-Effekt (Franke & Kaul, 1978, zit. nach Oppikofer 2010) zu berücksichtigen: Die Aufmerksamkeit, die einem durch die Durchführung der Studie zukommt, führt evtl. selbst schon zu einem positiven Effekt (vgl. McCarney, Warner, Iliffe, van Haselen, Griffin & Fisher, 2007, zit. nach Oppikofer 2010). Aus diesem Grunde ist die Kontrollgruppe wichtig.

Mit Hilfe von Beobachtungsverfahren werden Verhaltensmuster über eine festgelegte Zeitperiode beobachtet und mittels standardisierten Ratingskalen dokumentiert.

Die Messung von und der Bezug zwischen emotionalen Phänomenen bei Menschen mit Demenz wurden in den letzten Jahren häufig untersucht. Frühere Forschungen gingen davon aus, dass kognitiv beeinträchtigte Menschen weniger emotionale Ansprechbarkeit demonstrieren und eine Verarmung des affektiven Ausdrucks stattfindet (Asplund, Norberg, Adolfsson & Waxman, 1991). Neuere Arbeiten deuten darauf hin, dass selbst bei schwerer Demenzerkrankung ein durchaus differenzierter mimischer Ausdruck beobachtbar ist (Re, 2003). Auf dieser Annahme basieren die ausgewählten Instrumente zur Beobachtung des Affektes im Evaluationsprojekt SIMPA (Oppikofer, 2010).

### **4.3.4 Visuell-analog Skala**

Abbildung 3 zeigt die sogenannte Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala. Sie ist eines der am häufigsten eingesetzten, gerontologischen Messinstrumente und basiert auf der Erfahrung, dass auch Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz einfache, emotionale Gesichtsausdrücke gut erkennen und interpretieren können (vgl. Kapitel 2.4, Ekman, Friesen und Hager, 2001).

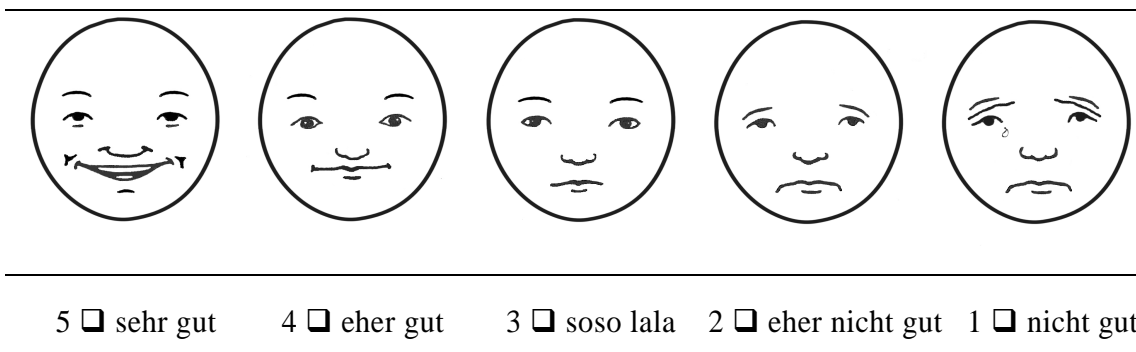


Abbildung 3 Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala

### 4.3.5 MMSE; Mini-Mental-State-Examination

Um die Kognition bei Menschen mit einer Demenz einfach und schnell zu erheben, bietet sich das MMSE-Instrument, Mini-Mental-State-Examination nach Folstein (1975), an. Der MMSE ist das weltweit häufigst angewandte Instrument zur Messung der kognitiven Beeinträchtigung. Das Instrument bietet den besonderen Vorteil der ökonomischen Durchführung und der Vergleichbarkeit der Daten mit anderen Studien. Im Projekt SIMPA wird die Zürcher Version des MMSE angewandt, ZMMS von Brühwiler (1986).

Der Test besteht aus 30 Items und wird in der Interviewform durchgeführt. Dabei werden neben verbalen, auch averbale, praktische und visuell-räumliche Aufgabestellungen erfasst. Überprüft werden jeweils zehn Items der mnestischen Funktionen (Frage 1 – 7 und 15 – 17), Einbussen in der Sprachfunktion (Frage 8 – 14 und 18 – 20) sowie motorische Fertigkeiten (Frage 21 – 30).

Beispiele aus dem ZMMS (Brühwiler, 1986)

Funktionen	Nr.	Frage
Mnestisch	3	Was ist heute für eine Jahreszeit?
Sprache	10	Wie heisst das? (einen Bleistift zeigen)
Motorik	28	Bitte machen Sie nach. (R Hand flach – L Hand Faust)

Abbildung 4 Beispiele ZMMS, Mnestik, Sprache, Motorik

Die 30 Items werden mit 1 = richtig, 0 = nicht richtig oder gar nicht bewertet. Die Werte von  $\geq 27$  gelten für gesunde Menschen. Tiefere Werte zeigen eine mögliche Demenz auf und dies bedarf einer genaueren Abklärung. In vorliegender Arbeit zeigen die MMSE-Werte bei einer diagnostizierten Demenz den möglichen Schweregrad der Erkrankung der Demenz auf.

Bewertet werden die Ergebnisse des MMSE wie folgt:

30 – 25 Punkte	unauffällig
24 – 19 Punkte	leichte dementielle Erkrankung
18 – 11 Punkte	mittelschwere dementielle Erkrankung
10 – 0 Punkte	Schwere dementielle Erkrankung

*Abbildung 5* Bewertung der Ergebnisse MMSE

## 4.4 Auswertung

### 4.4.1 Statistische Verfahren

Die intervallskalierten Daten wurden zunächst auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) und auf Varianzhomogenität (Leven-Test) überprüft. Die Kriterien waren nicht erfüllt, daher wurde für den Vergleich zwischen den einzelnen Zeitpunkten der t-Test für verbundene Stichproben berechnet. Aufgrund der nicht erfüllten Kriterien, wurde der U-Test nach Mann und Whitney zum nichtparametrischen Vergleich zweier unabhängiger Stichproben durchgeführt. Die Korrelationen zwischen den Gruppen werden mit Chi-Quadrat und die Unterscheidung in der Häufigkeiten mit Kreuztabellen berechnet. Die Trennschärfe ist nicht gegeben und daher sind signifikante Unterschiede nicht möglich. Dennoch werden an einzelnen Stellen quantitative Auswertungen angebracht, wenn das Resultat trotzdem interessant erscheint.

Die qualitativen Inhaltsanalysen der vorliegenden Daten wurden mittels Kategorienbildung nach Mayring (2002) ausgewertet. Die Frage zu den Gedächtnisinhalten wurde in der Diskussion mit einer Trinagulation (Mayring, 2002) zwischen Theorie, Methoden und Interpretation verglichen und erarbeitet. Die Tagebucheinträge der Angehörigen wurden zur Dokumentenanalyse beigezogen. Nach Mayring (2002) bietet sich die Dokumentenanalyse als eine zusätzliche Quelle von wertvollen Informationen überall dort an, wo ein direkter Zugang durch Beobachtung, Befragung und Messung nicht möglich

ist. Bei den Studienteilnehmenden mit einer Demenz war das überwiegend der Fall und daher machte der Einbezug dieser Dokumente durchaus Sinn.

#### 4.4.2 Wohlbefinden

Im Folgenden wird geprüft, welchen Einfluss die regelmässige Aktivierung der Erinnerung mittels Einsatz eines simulierten, virtuellen Besuches auf das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz hat?

Hypothese: Die Aktivierung und das Gedächtnistraining durch einen simulierten, virtuellen Besuch (SIMPA-Film) haben einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden.

#### Verbesserung des Wohlbefindens

„Konnte Ihr(e) (Ehe-)PartnerIn durch das regelmässige Betrachten des Films eine Verbesserung seines/ihres Wohlbefindens erfahren?“

11 Angehörige (52.4%) der Experimentalgruppe konnten eine Verbesserung des Wohlbefindens (ja, stark bis kaum) feststellen. Davon stellten 3 Personen zwar eine Verbesserung fest, aber da diese äusserst selten eintraf, bewerteten sie diese mit ‚kaum‘. 9 Personen (42.9%) konnten keine Verbesserung feststellen und 1 Person äusserte sich nicht zur Frage. 60% der Angehörigen der Kontrollgruppe stellten eine Verbesserung des Wohlbefindens fest, 40 % konnten keine Verbesserung feststellen.

*Tabelle 9* Häufigkeiten der Verbesserung des Wohlbefindens ( $N = 26$ )

	Wertelabel	EG Häufigkeit ( $n = 21$ )	KG Häufigkeit ( $n = 5$ )
Ja, sehr stark	1		1 (20%)
Ja, stark	2	2 (9.5%)	
Ja, ein bisschen	3	6 (28.6%)	1 (20%)
Kaum	4	3 (14.3%)	1 (20%)
Nein, nicht	5	9 (42.9%)	2 (40%)
Fehlend		1 (4.8%)	

$n =$  Anzahl      EG = Experimentalgruppe      KG = Kontrollgruppe

Der Mittelwert von 3.95 ( $SD = 1.009$ ) entspricht ungefähr der Wertung ‚kaum‘. Es muss also davon ausgegangen werden, dass das Wohlbefinden der Studienteilnehmenden

den der Experimentalgruppe sich nicht wesentlich verbessert hat. Dies lässt aber auch den Schluss zu, dass sich das Wohlbefinden nicht verschlechtert hat. Ähnlich sieht es bei der Kontrollgruppe mit einem Mittelwert von 3.6 ( $SD = 1.673$ ) aus.

### Äusserungen zur Verbesserung des Wohlbefindens

Die Beobachtungen der Angehörigen waren für die Äusserungen des Wohlbefindens sehr wichtig, konnten die Direktbetroffenen meist nicht mehr so differenziert auf eine Veränderung antworten.

Angehörige, welche eine, wenn auch nur geringe, Verbesserung (ja, stark bis kaum) feststellten, konnten Punkte nennen, wie sich die Veränderung äusserte. Mehrfachnennungen waren möglich.

Frage 9.1 Wieso glauben Sie das? Wie äusserte sich das?

*Tabelle 10* Kategorien der Nennungen zur Verbesserung des Wohlbefindens, Angehörige der Experimentalgruppe ( $N = 21$ ), der Kontrollgruppe ( $N = 5$ ), Mehrfachnennungen möglich

Kategorie	EG ( $n = 11$ )	KG ( $n = 3$ )
Freude, Wohlbefinden	5 (45.5%)	
Ruhe, ausgeglichen	4 (36.4%)	
Aktivierung	2 (18.2%)	2 (66.6%)
Gedächtnis, Erinnerung	1 (9.1%)	1 (33.3%)
Singen	1 (9.1%)	1 (33.3%)
Reden	1 (9.1%)	

$n =$  Anzahl      EG = Experimentalgruppe      KG = Kontrollgruppe

Am häufigsten, mit 45.5 % wurden Zeichen der Freude und des Wohlbefindens festgestellt, welche aber nicht näher bezeichnet wurden.

Offen bleibt die Frage, wie stark die Einschätzung der Verbesserung des Wohlbefindens durch die Angehörigen durch deren Erwartungshaltung beeinflusst war. Ein häufiges Argument, warum sich das Wohlbefinden kaum oder gar nicht verändert hatte, war die

Angabe, dass die Studienteilnehmenden sich nicht mehr verbal zum Film äussern konnten und es daher für die Angehörigen schwierig war, eine Einschätzung zu treffen.

Diese Angehörigen äusserten sich zu der Frage der Verbesserung des Wohlbefindens mit unterschiedlichen Anmerkungen, wie Frau F.: „habe nichts gemerkt, es gab kein Anzeichen dafür.“ oder Herr B. über seine Frau und das Wohlbefinden „ist auch sonst immer zufrieden.“ oder auch Frau M.: „wollte den Film immer gleich wieder abstellen“, was sie weder als Verbesserung noch als Verschlechterung werten konnte.

Auch die Angehörigen der Kontrollgruppe konnten eine Verbesserung des Wohlbefindens feststellen, dabei wurde zweimal eine Aktivierung festgestellt, einmal ein Mitsingen und einmal eine Gedächtnisleistung (Mehrfachnennungen möglich). Allerdings nannten die restlichen 40 % keine Verbesserung des Wohlbefindens und stellten sogar überwiegend fest, dass sich dies in einer aktiven Form des Widerstandes wie Weglaufen oder in der Verweigerung den Film anzuschauen äusserte (vgl. Tagebucheinträge, Kapitel 3.4.5)

### Subjektives Wohlbefinden

Zur Überprüfung des subjektiven, emotionalen Wohlbefindens wurden die Studienteilnehmenden, soweit dies der Schweregrad der Erkrankung und die Fähigkeit zur Äusserung zuliesse, direkt mit einbezogen. 15 Probandinnen und Probanden der Experimentalgruppe konnten zu allen Erhebungszeitpunkten eine Aussage zum Wohlbefinden abgeben. An beiden Erhebungszeitpunkten wurde jeweils unmittelbar vor und nach der Intervention (der Filmdarbietung) das Wohlbefinden anhand der Visuell-Analog-Skala ermittelt. Alle fünf Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe konnten sich zu jedem Messzeitpunkt zu ihrem subjektiven Wohlbefinden äussern.

Frage: Ich möchte nun wissen, wie Sie sich heute fühlen. Bitte zeigen Sie auf das Gesicht, das am ehesten Ihrem momentanen Gefühlszustand entspricht.

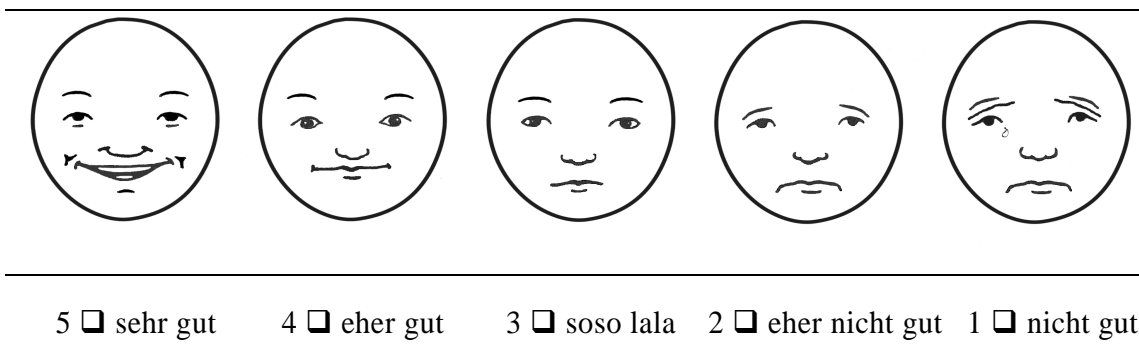


Abbildung 6 Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala



Die Aussagekraft der Veränderung im subjektiven Wohlbefinden wurde mit einem T-Test für unabhängige Stichproben ermittelt. Der Leven-Test der Varianzgleichheit zeigte auf, dass alle Vergleichswerte nicht signifikant waren und sich daher die Werte nicht vergleichen lassen.

*Tabelle 11* Mittelwertvergleich subjektives Wohlbefinden vor und nach dem Film, Messzeitpunkte t1, t2, Experimentalgruppe (N=21), Kontrollgruppe (N=5)

	Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Subjektives Wohlbefinden vor dem Film t1	EG	17	4.24	1.091
	KG	5	4.80	.447
Subjektives Wohlbefinden nach dem Film t1	EG	16	4.44	.727
	KG	5	4.80	.447
Subjektives Wohlbefinden vor dem Film t2	EG	16	4.25	.856
	KG	5	4.60	.894
Subjektives Wohlbefinden nach dem Film t2	EG	15	4.47	.640
	KG	5	4.40	.894

*n* = Anzahl  
EG = Experimentalgruppe  
t1 = Messzeitpunkt Prätest

*M* = Mittelwert  
KG = Kontrollgruppe  
t2 = Messzeitpunkt Posttest

*SD* = Standardabweichung

Da der Wohlbefindens-Wert der Experimentalgruppe bereits bei der ersten Messung bei einem Mittelwert von 4.24 (*SD* = 1.091), bei der Kontrollgruppe bei 4.8 (*SD* = .447) lag, war das Verbesserungspotential nur marginal möglich und der beobachtete Deckeneffekt ein Problem in der Auswertung.

Aufgrund der Varianzgleichheit kann keine signifikante Unterscheidung des Wohlbefindens und einem anderen Faktor wie Schweregrad, Geschlecht oder Multimorbidität festgestellt werden.

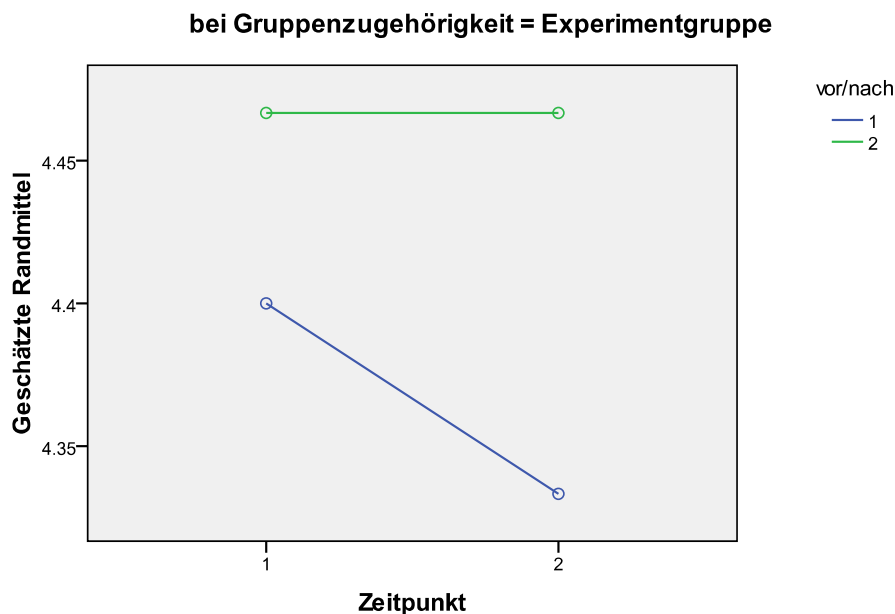
Für die Hypothese, dass der Film das Wohlbefinden der Studienteilnehmenden positiv beeinflusst, ist zu erwarten, dass sich das subjektive Wohlbefinden im Verlauf der Studie nicht signifikant verändern wird oder sogar höhere Werte als zu Beginn der Intervention aufgewiesen werden können.

Nachfolgende Grafik zeigt jedoch deutlich, dass das Wohlbefinden der Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe vor dem Film bei beiden Messzeitpunkten fast gleich blieb, sich aber beim Wohlbefinden nach dem Film veränderte. Während das Wohlbefinden zu Beginn der Intervention bei der ersten Filmdarbietung noch leicht sank (blau),

konnte sich das Wohlbefinden nach der vierwöchigen Interventionsphase beim zweiten Messzeitpunkt auf ungefähr gleich hohem Niveau halten (grün).

Interaktion subjektives Wohlbefinden vor und nach dem Film, Messzeitpunkte t1, t2, Experimentalgruppe (N=21)

---



1 = t1, erster Messzeitpunkt  
blau = vor dem Film

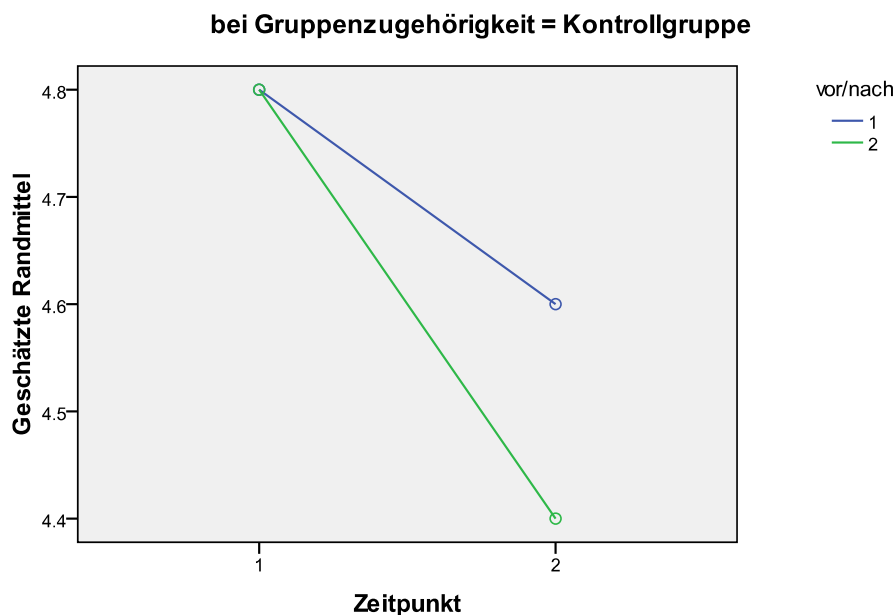
2 = t2, zweiter Messzeitpunkt  
grün = nach dem Film

*Abbildung 7* Interaktion subjektives Wohlbefinden vor und nach dem Film und erstem und zweitem Messzeitpunkt

Hingegen ist bei der Kontrollgruppe festzustellen, dass das Wohlbefinden nach dem Film nach der Interventionsphase zum zweiten Messzeitpunkt deutlich absank. Dies lässt einen möglichen Schluss zu, dass die Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe keine Veränderung im Wohlbefinden durch den Film erfuhren. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass keine Veränderung stattfinden konnte, weil die meisten Studienteilnehmer die Filmdarbietungen verweigerten. Bei der Kontrollgruppe sind die Messzeitpunkte gleichzeitig bei fast allen auch die beiden einzigen Filmdarbietungen und somit nicht mit der Experimentalgruppe direkt vergleichbar.

Dennoch fällt auf, dass das Wohlbefinden bei der Kontrollgruppe bereits nach der zweiten Filmdarbietung absinkt. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Wohlbefinden nach mehrmaligem Betrachten noch deutlicher sinken würde, ist aufgrund der Aussagen der Angehörigen (vgl. Kapitel 4.4.5 Tagebücher) anzunehmen.

Interaktion subjektives Wohlbefinden vor und nach dem Film, t1,t2, Kontrollgruppe (N=5)



1 = t1, erster Messzeitpunkt      2 = t2, zweiter Messzeitpunkt  
 blau = vor dem Film                  grün = nach dem Film

Abbildung 8 Interaktion subjektives Wohlbefinden vor und nach dem Film und erstem und zweitem Messzeitpunkt

### 4.4.3 Zufriedenheit mit dem Film

#### Fernsehkonsument vor der Erkrankung

22 (84.6%) aller Studienteilnehmenden der Experimental- und Kontrollgruppe (N = 26) sahen schon vor ihrer Erkrankung gerne fern. Nur 4 (15.4%) Personen aus der Experimentalgruppe gaben an, vor ihrer Erkrankung fernsehen nie zu ihren Vorlieben gezählt zu haben.

Tabelle 12 Bevorzugte Sendungen vor der Erkrankung

Mehrfachnennungen möglich	EG Häufigkeit (n= 17)	KG Häufigkeit (n = 5)
Musiksendungen	8 (44.4%)	2 (40%)
Spielfilme, Krimi	8 (44.4%)	1 (20%)
Polit. Sendungen, Nachrichten	5 (27.8%)	5 (100%)

Unterhaltungssendungen	3 (16.7%)	4 (80%)
Sport	3 (16.7%)	1 (20%)
Dokumentarfilme	1 (5.6%)	3 (60%)
anderes	1 (5.6%)	1 (20%)

*n* = Anzahl      EG = Experimentalgruppe      KG = Kontrollgruppe

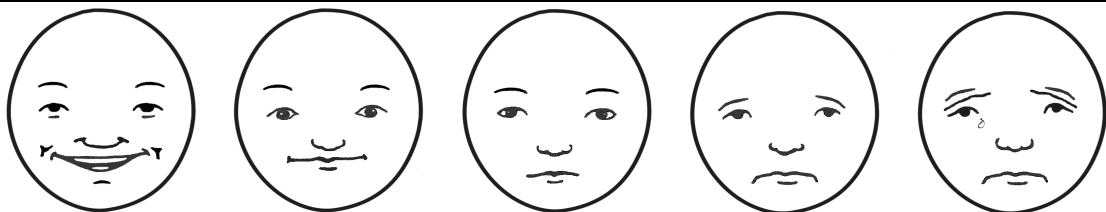
Die bevorzugten Sendungen konnten mehrfach genannt werden. Mit je 44.4% haben die Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe Musiksendungen und (Spiel-)Filme vor ihrer Erkrankung bevorzugt, gefolgt von 27.8% politische Sendungen und Nachrichten. So nannten in der Experimentalgruppe 17 Personen: 8 x Musiksendungen, 8 x (Spiel)Filme, 5 x Nachrichten/politische Sendungen, 3 x Sport und 3 x Unterhaltungssendungen und/oder 1 x Dokumentarsendungen als ihre bevorzugten Sendungen.

In der Kontrollgruppe haben alle 5 Studienteilnehmenden (100%) vor der Erkrankung gerne fern gesehen und dabei folgende Sendungen bevorzugt (Mehrfachnennungen möglich): 5 x Nachrichten/ politische Sendungen, 4 x Unterhaltungssendungen, 3 x Dokumentarfilme, 2 x Musiksendungen, und je 1 x wurden Sport, Spielfilm/Krimi oder anderes genannt.

### Zufriedenheit mit dem Film

Die Frage, ob der Film den Studienteilnehmenden gefallen habe, lässt auf den Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der Aktivierung schliessen.

Frage 1: Hat Ihnen der Film gefallen? *Bitte zeigen Sie dazu auf der Gesichterskala das zutreffende Gesicht. Wenn Sie zum Beispiel das traurige Gesicht wählen, würde dies bedeuten, dass Ihnen der Film gar nicht gefallen hat... Im Gegensatz dazu, würde das lachende Gesicht bedeuten, dass Ihnen der Film sehr gut gefallen hat...*



5  sehr gut    4  eher gut    3  so-so lala    2  eher nicht gut    1  nicht gut

Abbildung 9 Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala

Zu dieser Frage konnten sich von der Experimentalgruppe 15 Studienteilnehmende ( $n = 21$ ) und von der Kontrollgruppe alle Studienteilnehmende ( $n = 5$ ) äussern.

Tabelle 13 Mittelwertvergleich Zufriedenheit mit dem Film, Messzeitpunkte t1, t2

Zufriedenheit mit dem Film	<i>M</i>	<i>SD</i>
EG t1 ( $n=15$ )	4.67	.488
KG t1 ( $n=5$ )	4.20	.837
EG t2 ( $n=15$ )	4.73	1.387
KG t2 ( $n=5$ )	4.20	.837

*N* = Anzahl    *M* = Mittelwert    *SD* = Standardabweichung  
 EG = Experimentalgruppe    KG = Kontrollgruppe

Es liegen keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Film weder zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe noch zwischen den Messzeitpunkten vor.

### Zufriedenheit mit dem Film und subjektives Wohlbefinden

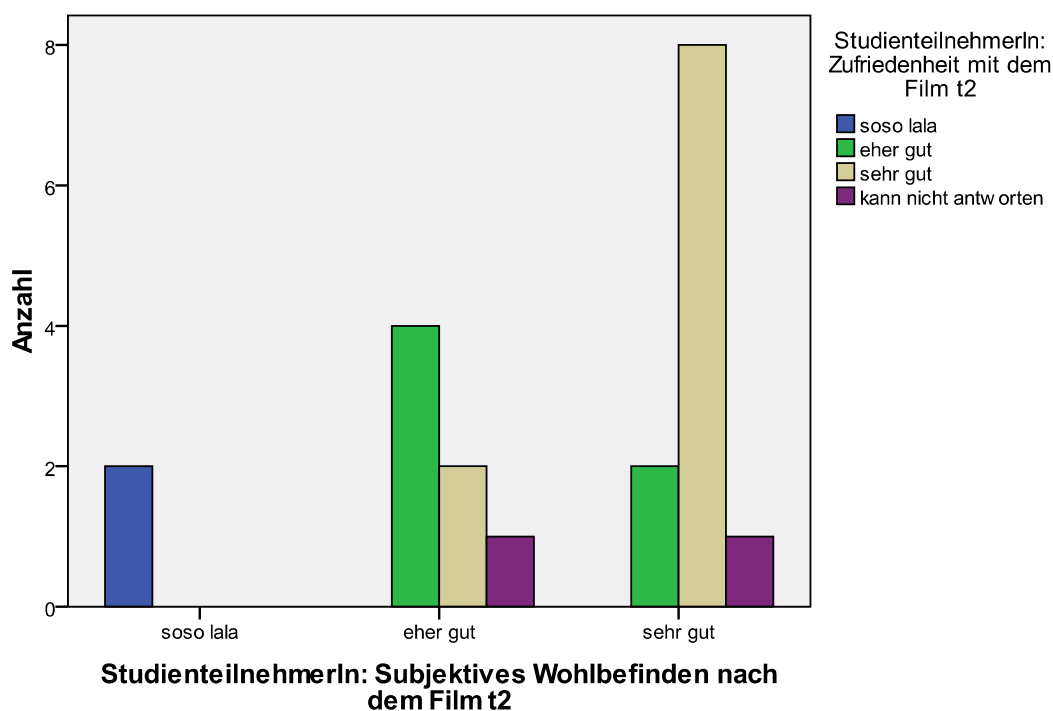
Die Zufriedenheit mit dem Film und das subjektive Wohlbefinden wurden beide mit der Visuell-Analog-Skala befragt. Es wird erwartet, dass die Studienteilnehmenden in ihrer Aussage zu den beiden Fragen stabil bleiben, das will heissen, wer sich wohl fühlt, beurteilt auch den Film mit derselben Einstufung. Zur Überprüfung der Aussage wird ein Chi-Quadrat-Test angewandt. Dabei werden nur die Werte der Experimentalgruppe zum zweiten Messzeitpunkt verwendet, um die Wirksamkeit der Intervention mit dem SIMPA-Film zu erhalten.

$$Chi^2 = 23.948, df = 6, p = 0.001$$

Zwischen dem Wohlbefinden nach dem Film und der Zufriedenheit mit dem Film der Studienteilnehmenden aus der Experimentalgruppe nach der vierwöchigen Interventionsphase besteht ein signifikanter Zusammenhang ( $p=.001$ ). Nachfolgende Grafik ver-

deutlich dieses Ergebnis, wer sich wohl fühlte, gab auch an, mit dem Film zufrieden zu sein.

Interaktion subjektives Wohlbefinden nach dem Film, 2. Messzeitpunkt t2, Experimentalgruppe und Kontrollgruppe (N=26)



N = Anzahl beider Gruppen      t2 = zweiter Messzeitpunkt

Abbildung 10 Balkendiagramm Interaktion subjektives Wohlbefinden

### Grund der Zufriedenheit

Interessant sind die Antworten auf die Frage, welche Argumente die Betroffenen zur Zufriedenheit mit dem Film nannten. Betrachtet wurden hier wieder beide Gruppen, weil davon auszugehen war, dass die Inhalte sich auch in den Antworten unterschieden.

Frage 1.1: Falls JA: Wieso hat Ihnen der Film gefallen? Was hat Ihnen daran besonders gefallen? (Mehrfachnennungen möglich)

19 Studienteilnehmende der Experimentalgruppe konnten ihre Zufriedenheit mit dem Film benennen, 2 Studienteilnehmende konnten sich zu dieser Frage nicht äussern. Alle Studienteilnehmende der Kontrollgruppe konnten sich zu dieser Frage äussern.

*Tabelle 14* Kategorien der Zufriedenheit mit dem Film

Kategorie	Experimentalgruppe (n=19)	Kontrollgruppe (n=5)
Singen/Lieder	8 (42.1%)	2 (40%)
War interessant, lustig	6 (31.6%)	1 (20%)
Frau/Mann (Moderation)	3 (15.8%)	2 (40%)
Erinnerung an früher	3 (15.8%)	1 (20%)
Musik	2 (10.5%)	4 (80%)
Rucksack packen	2 (10.5%)	
Alles	1 (5.3%)	1 (20%)

n = Anzahl      Mehrfachnennungen möglich

Bei der Experimentalgruppe bezogen sich die meisten Aussagen auf die Lieder und dass der Film Interesse oder Freude weckte. Bei der Kontrollgruppe fällt auf, dass die Musik als erstes Argument aufgeführt wurde. Inhaltlich orientierten sich die beiden Film an musikalischen Inhalten, der SIMPA-Film überwiegend mit bekannten Liedern aus der Kindheit und Jugendzeit, der Film der Kontrollgruppe überwiegend mit volkstümlicher Musik (siehe 3.2.2, Intervention).

Nur wenig Probandinnen und Probanden äusserten sich zum Missfallen am SIMPA-Film. So nannte ein Studienteilnehmender warum ihm der Film nicht gefallen hat: „wandern, kann nicht mehr, macht traurig.“

Rückmeldungen zum Missfallen am Film „Hopp de Bäse“ wurden bei der Kontrollgruppe häufiger genannt. So äusserten sich z.B. eine Studienteilnehmende wie folgt: „vier Handörgeler gefällt mir einfach nicht“.

#### 4.4.4 Gedächtnisinhalte

Welche Gedächtnisinhalte lassen sich durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film aktivieren?

Hypothese: Durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film werden positiv konnotierte Gedächtnisinhalte aus früheren Zeiten wachgerufen.

Frage 10: Konnten Sie bei Ihrem (Ehe-)Partner nach dem Betrachten des Filmes eine positive Aktivierung feststellen. D.h. dass er/sie gesprächiger war oder wieder vermehrt über Vergangenes sprach?

1 = ja, sehr häufig    2 = ja, häufig    3 = ja, manchmal    4 = fast nie    5 = nein, nie

Die Antworten von 20 Angehörigen ( $n = 21$ ) der Experimentalgruppe konnten ausgewertet werden. Zwölf Angehörige (57.2%) stellten keine Aktivierung fest, zwei Angehörige (9.5%) fast nie, je fünf Personen (23.8%) stellten manchmal oder häufig eine Veränderung fest und für eine Person (4.7%) war die Feststellung der Aktivierung sehr häufig. 1 Angehörige konnte zu dieser Frage keine Angabe machen.

42.8% aller Angehörigen nannten zur Veränderung in der Aktivierung der Studienteilnehmenden folgende Gedächtnisinhalte:

*Tabelle 15*    Kategorien und Nennungen EG und KG ( $N = 26$ )

Kategorien	Experimentalgruppe( $n=21$ )	Kontrollgruppe ( $n=5$ )
Keine Feststellung	12 (57.2%)	4 (80%)
Lieder	6 (28.6%)	
Reden, gesprächiger	5 (23.8%)	1 (20%)
Wandern	2 (9.5%)	
Gedächtnis/Rucksack	2 (9.5%)	

$n$  = Anzahl    Mehrfachnennungen möglich

Bei der Experimentalgruppe stellten 6 Angehörige ein Mitsingen der bekannten Lieder und 5 Personen eine Aktivierung der Gesprächsinhalte fest. Diese Beobachtungen decken sich weitgehend mit den Feststellungen der Studienteilnehmenden wieso ihnen der Film gefallen habe.

Herr B. nannte zur Frage, wie sich die Aktivierung bei seiner Frau geäußert habe: „hat Erinnerung wachgerufen: die Lieder kenne ich. Konnten über ein paar neue Aspekte miteinander reden: wo hast du das gesungen?“. Frau B. selber antwortete auf die Frage wie ihr der Film gefallen habe, sie hätte ihn lustig gefunden. Beim genaueren Nachfragen, was ihr denn am Film gefallen habe, nannte sie die Frau und meinte damit die Musiktherapeutin, welche durch die musikalische Wanderung führte.



Herr N. gab an, dass seine Frau über den Film geredet habe. Seine Frau begann im Interview zu dieser Frage ein längeres Gespräch und erzählte von den Liedern, der Gitarre und der Rassel. Frau E. stellte fest, dass ihr Mann nach dem Film aktiver und gesprächiger gewesen sei, indem er vom Wandern erzählt und aufgezählt habe, was im Rucksack eingepackt sei. Frau P. erzählte über die Aktivierung ihres Mannes nach dem Film: „hat ihn sehr angesprochen: erinnert an früher, Pfadzeit. ‚Lieder kenne ich alle‘“. Er habe mitgesungen, auch wenn er sonst nie singe. Allerdings stellte sie fest, er habe immer falsch gesungen. Offenbar war diese Beobachtung nur für die Angehörige wichtig, über ihren Mann indes hielt sie fest: „war nachher schön ruhig und ausgeglichen.“ Ebenso habe der Film sein Gedächtnis angeregt: „Wollte alles wissen, was im Rucksack war, hat ihn angespornt, Zettel gemacht“.

Die Lieder und das Singen scheinen positiv konnotiert zu sein und frühere Erinnerungen wachzurufen. Frau S. stellte bei ihrem Mann fest, dass er mehr sang und jeweils nach dem Film gut gelaunt gewesen sei. Auch Herr M. stellte fest, dass seine Frau nach dem Film lebendiger war und führte es darauf zurück, dass die Lieder alte Erinnerungen wachgerufen haben, weil seine Frau früher im gemischten Chor mitgesungen habe. Auch die oben schon genannte Erinnerung an die Kinder- und Jugendzeit bei den Pfadfindern kann zur positiv konnotierten Erinnerung gezählt werden.

Zwei Angehörige haben kritisch angemerkt, dass die Lieder und das Gedächtnistraining wohl mehr Erinnerungen wachgerufen hätten, wenn sie in der Muttersprache seiner Partnerin oder ihres Partners verfasst wären. Das lässt vermuten, dass die wachgerufenen Erinnerungen aus der Kindheit stammen, in denen diese Studienteilnehmenden noch nicht in der deutschsprachigen Schweiz lebten.

Nur eine Angehörige der Kontrollgruppe konnte feststellen, dass ihr Mann häufiger Inhalte von der Vergangenheit ins Gespräch mit einbezog. Alle andern konnten sich zu dieser Frage inhaltlich nicht äussern, weil nichts feststellbar war.

### **Aufmerksamkeit während dem Film**

Da der Film zur Entlastung der Angehörigen eingesetzt werden kann, wurden die Beobachtungen zu den Äusserungen und Aktivierungen nach dem Film festgehalten. Durch Videoaufnahmen von den Studienteilnehmenden während der Filmvorführung konnten mit dem Messinstrument OERS die Aktivitäten wie Blickkontakt, Singen, Bewegung und Reaktionen festgehalten werden.

Tabelle 16 Ergebnisse aus OERS, Messzeitpunkt t1 und t2

OERS	Experimentalgruppe ( $n=21$ ) $M (SD)$	Kontrollgruppe ( $n = 5$ ) $M (SD)$
t 1	31.65 (8.86)	28.75 (3.09)
t 2	28.99 (11.09)	22 (10.23)

$N$  = Anzahl       $M$  = Mittelwert       $SD$  = Standardabweichung  
t1 = erster Messzeitpunkt      t2 = zweiter Messzeitpunkt

Aus den Ergebnissen des OERS, Observed Emotions Eating Scale, nach Lawton (Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J.A. (1999) geht hervor, dass die Aufmerksamkeit der Experimentalgruppe beim ersten Termin mit einem Mittelwert von 31.65 und einer Standardabweichung von 8.86 deutlich höher lag als beim zweiten Termin mit einem Mittelwert von 28.99 und einer Standardabweichung von 11.09. Die Aufmerksamkeit der Kontrollgruppe ( $M = 28.75$ ,  $SD = 3.09$ ) liegt schon beim ersten Termin deutlich unter dem Mittelwert der Experimentalgruppe. Nach der Intervention, beim zweiten Termin liegt der Mittelwert der Kontrollgruppe bei einem Mittelwert von 22 und einer Standardabweichung von 10.23. Dennoch sind zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede auszumachen. Es muss also davon ausgegangen werden, dass beide Filme während der Vorführung die Aufmerksamkeit anregen.

#### 4.4.5 Tagebücher

Die Tagebucheinträge der Angehörigen wurden zur Dokumentenanalyse beigezogen. Nach Mayring (2002) bietet die Dokumentenanalyse eine zusätzliche Quelle von wertvollen Informationen überall dort an, wo ein direkter Zugang durch Beobachtung, Befragung und Messung nicht möglich ist. Bei den Studienteilnehmenden mit einer Demenz ist das überwiegend der Fall und daher macht der Einbezug dieser Dokumente durchaus Sinn.

Welche Gedächtnisinhalte lassen sich durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film aktivieren?

Hypothesen:

- a) Durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film werden positiv konnotierte Gedächtnisinhalte aus früheren Zeiten wachgerufen.

- b) Es gibt spezifische Unterschiede der Gedächtnisinhalte. Die gezielte Intervention des SIMPA-Filmes setzt beim Altwissen und der Erinnerung mit Liedern und Erzählungen in der Kindheit und Jugendzeit an und weckt auch Erinnerungen an diesen Zeitabschnitt und fördert das Wohlbefinden. Die zufällig ausgewählte Intervention aktiviert Menschen mit Demenz im generellen Wohlbefinden während der Intervention, die Erinnerungen und Gedächtnisinhalte beziehen sich jedoch nicht auf einen bestimmten Zeitabschnitt ihres Lebens.

### **Tagebuchführung über 4 Wochen, Interventionsphase SIMPA-Projekt**

Die Tagebücher wurden durch die Angehörigen geführt. Zur Erfassung<sup>1</sup> der Nennungen wurden die Aussagen kategorisiert und zusammengefasst. Im Weiteren werden die Kategorien beschrieben und interpretiert.

Angehörigen der Experimentalgruppe konnten alle ein Tagebuch mit durchschnittlich 11.6 Einträgen (Range 8 – 18) führen. In der Interventionsphase waren zwar mindestens drei Filmdarbietung über vier Woche vorgesehen. Diese insgesamt mindestens 12 Darbietungen konnten nicht von allen Teilnehmenden durchgeführt werden. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass eine Aussage zur Verbesserung der Lebensqualität nur durch eine regelmässige Sichtung des Filmes, mehrmals wöchentlich, zulässig ist. Nach dieser strengen Auslegung der Interventionsphase könnten jedoch für die Studie nur die Aussagen von 10 Studienteilnehmenden berücksichtigt werden. Für die vorliegende Arbeit sind alle Tagebucheinträge berücksichtigt worden, die in regelmässigen Abständen erfolgten, auch wenn die Vorgabe von wöchentlich mindestens drei Filmvorführungen nicht eingehalten werden konnte.

Zu den jeweiligen Einträgen sind Mehrfachnennungen der Beobachtungen zu verzeichnen. Die häufigste Beobachtung, welche Angehörige der Experimentalgruppe während oder unmittelbar nach dem SIMPA-Film feststellten, waren das Interesse und die Aufmerksamkeit mit 57 Beobachtungen (41.6%) und ein Mitsingen (auch Summen, Pfeifen) der bekannten Lieder mit 55 Nennungen (36.9 %). 46% aller Einträge im Tagebuch waren vermerkt mit „nicht beobachtete“ Aspekte. So zum Beispiel die Einträge: „nichts beobachtet“ oder „ohne Kommentar“. Ebenso wurden in dieser Kategorie alle Tage mit Filmvorführung mitgezählt, auch wenn die eingetragenen Beobachtungen im Tagebuch leer geblieben sind.

---

<sup>1</sup> *Tabelle 17* Auswertung der Tagebücher, Experimentalgruppe ( $n = 21$ ), siehe Anhang

Die drei meist genannten Kategorien ‹Interesse / Aufmerksamkeit›, ‹Singen› und ‹negative Stimmung› werden im Folgenden genauer beschrieben, da sie einen Beobachtungsanteil von fast 30% und mehr ausmachen.

### **Interesse / Aufmerksamkeit**

Held und Ugolini (2005) halten fest, dass Betroffene im mittleren und fortgeschrittenen Stadium der Demenz zunehmend die Fähigkeit verlieren, „mit einer Beschäftigung zu beginnen, sich darauf zu konzentrieren und über einen gewissen Zeitraum dabei zu bleiben“ (S 195). Zunehmende Abbauprozesse, insbesondere Störungen der Aufmerksamkeitsleistung, kennzeichnen den Verlauf einer Alzheimer Demenz, welche über die Funktionen des Gedächtnisses hinausgehen (Brand & Markowitsch, 2005). In dieser Studie sind daher vor allem Anzeichen für Interesse und Aufmerksamkeit von grossem Interesse. Angehörige berichteten von ihre Partnerinnen und Partner häufig über ein mangelndes Interesse und die Unfähigkeit, aufmerksam eine Handlung verfolgen zu können.

„Ist interessiert dabei“ oder „anfangs aufmerksam dabei“ sind zwei Einträge, welche Angehörige im Tagebuch festgehalten haben. Dabei muss beachtet werden, dass die Angehörigen in der Regel bei der Filmvorführung einer eigenen Tätigkeit nachgingen, die ihnen durch den Film zur Verfügung stehen sollte. Nicht immer war dies jedoch möglich. So hielt Frau H. im Tagebuch fest: „zuerst zeigte er kein Interesse, arbeitete mit seinen Bauklötzen weiter. Erst beim Lied Zigeunerleben schaute er zu, kam zu mir ins andere Zimmer, meinte, ich soll schauen kommen“. Die Aufmerksamkeit schien bei Herrn H. geweckt zu sein, sogar so stark, dass er seine Frau teilnehmen lassen wollte. Anders Herr E., der sich erinnerte, den Film schon mehrmals gesehen zu haben, den er aber weiterhin interessant fand. Im Tagebucheintrag seiner Frau stand, dass er sich mit folgendem Wortlaut zum Film geäußert habe: „Jetzt habe ich es schon 5 x gesehen, ist aber immer noch lustig“. Frau S. stellte bei ihrem Mann eine erhöhte Aufmerksamkeit fest, da er die Sprecherin vom Film für einen richtigen Besuch hielt: „auch heute blieb er die ganze Dauer vor dem TV. Er lacht oft und ich habe das Gefühl, er glaubt, die Frau sei persönlich anwesend“. Häufig wurde aber nur ein kurzes Stichwort vermerkt: „ist aufmerksam dabei“ oder „interessiert ihn“.

### **Aufmerksamkeit und Ermüdung**

Nur von kurzer Dauer schienen die Aufmerksamkeit und das Interesse von Frau B. zu sein. Ihr Mann, der die Beobachtung zu seiner Frau im Tagebuch festhielt, schrieb hierzu: „aufmerksam dabei, aber manchmal übernimmt sie der Schlaf!“. Auch Frau S. hielt

fest: „heute spricht er wieder mit der Frau. Singt auch mit und fragt nach. Zuletzt schläft er ein“. ‚Einschlafen‘ oder ‚vor sich hin dösen‘ waren häufige Beobachtungen und erfolgte in der Regel gegen Ende des Filmes im Zusammenhang mit der Nennung der Aufmerksamkeit. So schrieb auch Frau N. über ihre Mutter: „hatte Augen leicht geschlossen; hörte keinen Kommentar von ihr.“ Auch Frau H. hielt fest: „anfangs schaute er zu, schlief dabei ein“. Herr M. zur Aufmerksamkeit und der Müdigkeit seiner Frau, Tagebucheintrag 9. Filmvorführung: „Es ist fast immer das Gleiche, am Anfang sehr aufmerksam, dann kommt eine Ruhepause, dann wieder aufmerksam“. 18.5% aller Tagebucheintragungen schlossen mit der Bemerkung, die Studienteilnehmenden seien eingeschlafen. Dies lässt vermuten, dass das Halten der Aufmerksamkeit eine grosse Anstrengung für die Betroffenen bedeutete. Die Dauer des Filmes mit einer erhöhten Präsenz und einem grösseren Interesse kostete die Studienteilnehmenden offenbar viel Energie.

### **Singen/Lieder**

Kiewitt (2005) verweist auf den Zusammenhang von Musik, emotionalem Erleben und kognitiven Leistungen, wobei biografisch relevante Musik einen besonderen Einfluss auf das emotionale Erleben von Menschen mit einer Demenz vom Typ Alzheimer hat (siehe Kapitel 2.5.5 Musiktherapie). Die Musiktherapeutin vom SIMPA-Film unternahm eine musikalische Wanderung und lud die Zuschauenden immer wieder ein, die bekannten Lieder mitzusingen und vereinzelt Bewegungen mitzumachen. Dies gelang offenbar, wie mehr als ein Drittel (36.9%) aller genannten Beobachtungen zu den Liedern dokumentierte. Weniger Anklang gefunden zu haben schien allerdings das Mitmachen der Bewegungen (12.7%). Herr B. schrieb im Tagebuch, 4. Filmvorführung, über seine Frau: „lustig, singt mit, klopft mit Händen“ und Frau W. zu ihrem Mann: „singt freudig mit“. Die Lieder schienen den Studienteilnehmenden bekannt zu sein und sie zum Mitsingen zu animieren. Vereinzelt stellten Angehörige auch fest, dass die Studienteilnehmenden durch den Film zum eigenständigen Singen animiert wurden. Frau N. hielt beim Eintrag zur 5. Filmvorführung fest: „Ist viel länger wach, 7‘ und gibt z.T. kurze Kommentare ab, singt dazwischen mit / ist wach bis am Schluss, aber letzte 10‘ nicht mehr konzentriert. Singt auch kurz nach der DVD“. Frau S. schrieb zur Beobachtung der 9. Filmvorführung über ihren Mann: „nach wie vor interessiert ihn vor allem das Singen und die Musik, bewegt sich rhythmisch dazu“. Und 3 Tage, 2 Filmvorführungen später hielt sie fest: „lässt sich anstecken zum singen und pfeifen seiner Lieder, bleibt aber vor dem Fernseher.“ Offenbar wurde Herr S. durch den Film angeregt und sang parallel zum Film eigene Melodien und Lieder. Es liessen sich aber auch kleine Aufmerksamkeiten zu den Liedern beobachten. So führte Frau H. kurze Bemerkungen im

Tagebuch an wie: „singt teilweise mit beim zuhören“ und einige Tag später: „freut sich an den Liedern“. Frau HS. stellte fest, dass ihr Mann meistens bei den Liedern kurz aufmerksam wurde: „ab und zu schaute er hin, meistens, wenn sie ein Lied anstimmte“. Für einige Menschen mit Demenz stand Singen in einem engen Zusammenhang mit einer sozialen Aktion. So schrieb Herr D. zur Beobachtung seiner Frau: „singt nur, wenn ich auch singe!“ oder Herr D.: „zusammen mit Tochter geschaut, singt mit, wenn Tochter singt“. Diese Aussagen bestätigen die Theorie der Dimension der Umwelt im Konzept zum psychischen Wohlbefinden und Demenz nach Oppikofer (2008, vgl. Kapitel 2.3.1), wonach soziales Eingebunden sein und Gruppenerlebnisse für die Identität einer Person wichtig sind.

### **Negative Stimmung/Kommentare**

Cheston et al. (2008) halten aber auch fest, dass keine simulierte Anwesenheitstherapie die realen Beziehungen ersetzen kann. Simulierte Präsenz mittels Videofilm kann so nur als Entlastungsinstrument eingesetzt werden und niemals als Ersatzinstrument für Interaktionen mit Angehörigen und Betreuenden (vgl. Kapitel 2.5.7).

Negative Kommentare der Experimentalgruppe (28%) bezogen sich meist auf die Unfähigkeit der Betroffenen, sich auf einen Film konzentrieren zu können oder über mangelndes allgemeines Interesse an der Welt. So hielt Herr B. über seine Frau fest: „wenn allein steht nach kurzer Zeit auf und geht weg. Beim gemeinsamen zusehen gibt kurze Zeit Takt an zum Gesang, dann sehr abwesend, wenn ich mitsinge, freut sie sich an mir.“ Frau S. schrieb das mangelnde Interesse eher ihrem Mann als dem Film zu: „heute ist er hektisch und läuft immer wieder weg und zurück. Singt kurz mit, dann verliert er wieder das Interesse“. Herr S. notierte zur Beobachtung der 4. Filmvorführung: „sie ist völlig unkonzentriert und meint beim Einpacken des Rucksacks, sie wolle jetzt schlafen. Sie schliesst die Augen und sieht nicht mehr hin“ und bei der 7. Vorführung: „sie will nicht singen, ihr Hals sei kaputt. Sie will auch nicht hören, weil sie solche Lieder nicht könne“. Einige Angehörige betrieben grossen Aufwand, ihren Partnern den Nutzen des Filmes aufzuzeigen, um dann ernüchternd festzustellen, dass der Film alleine zu wenig Interesse weckte. So auch Herr B.: „strahlt wenn sie die Frau im TV sieht. Die isch herrlich! Wenn ich heute dazusitze und wir einander die Hand halten, kann ich daneben die Zeitunglesen während sie der Frau im TV zusieht. Bis zum Schluss ruhig! – und aufmerksam!“.

## Kontrollgruppe

Die Tagebücher der Studienteilnehmenden aus der Kontrollgruppe konnten nicht vollständig berücksichtigt und ausgewertet werden, da nur eine Person regelmässig Einträge anbringen konnte. 4 Studienteilnehmende verweigerten das regelmässige Betrachten des Filmes oder sind weggelaufen. Dadurch konnten ihre Angehörigen wenige Einträge zu Beobachtungen anbringen. Dennoch macht es Sinn, die Tagebucheinträge<sup>2</sup> genauer anzuschauen, um mögliche Gründe für den Misserfolg zu eruieren.

Bei der Kontrollgruppe fielen sowohl das überwiegende Desinteresse am Film, die abschätzigen Kommentare der Betroffenen oder Angehörigen wie auch die Häufigkeit der negativen Stimmungen und des Weglaufens der Studienteilnehmenden auf.

Frau B über ihren Mann: „Heute kann er nicht begreifen, dass er nochmals den Film ansehen soll. Das hab ich schon gesehen, es ist immer das gleiche!“ Frau M. hielt die Äusserungen ihrer Schwester und ihre Beobachtung fest: “Das ist nichts für mich – geht nach 15 Minuten weg – schaut dann aber noch die Trachten an, nachdem ich sie dazu auffordere (ich schaue mit ihr zusammen)“. Tagebucheintrag von Herrn H. zu seiner Frau:“ wollte weg ins Bett! Fand den Sänger mit dem Chäppli blöd!“

Die Angehörige Frau H. hielt sowohl positive Beobachtungen zu ihrem Partner wie auch eigene negative Beobachtungen bei sich fest: „Ich: kann ich dir nochmals ‚hopp de Bäse‘ vorspielen. Er: ja, es ist gut ‚hopp de Bäse‘. Und als er die ersten Töne hörte, liess er von seinem Snack in der Küche ab und kam gelaufen“, dies zur 4. Filmvorführung. Bei der 7. Filmvorführung konnte sie ihn aber nicht mehr bewegen, den Film zu schauen. Sie selber äusserte sich anschliessend zum Film und dem Verständnis, dass ihr Partner den Film nicht mehr anschauen mag: „Mir hängt er (der Film, Anmerkung Interviewerin) zum Hals raus!“. Die negative Äusserung zum Kontrollfilm überwiegte. Auch Frau M. hielt fest: „1. und letztes Mal, sonst hat sie sich nie dazu überreden lassen“ und Frau B.:“will den Film nicht anschauen. Sagt: er kenn den Film.“

Im Gespräch beim zweiten Interviewtermin äusserten sich vier von fünf Angehörigen der Kontrollgruppe, dass sie verstehen könnten, warum ihre Partner oder ihre Schwester den Film kein zweites Mal oder nicht mehrere Male anschauen wollten. Der Kontrollfilm schien bei den Angehörigen auf wenig Akzeptanz gestossen zu sein. Möglicherweise machte der Hinweis bei der Experimentalgruppe, dass der Film speziell für Menschen mit Demenz konzipiert wurde, eine erhöhte Akzeptanz aus. Die Nennung von

---

<sup>2</sup> *Tabelle 18* Auswertung der Tagebücher, Kontrollgruppe ( $n = 5$ ), siehe Anhang

einem musikalischen Film mit volkstümlicher Musik löste bei einigen der Kontrollgruppe das Gefühl aus, es werde mit der Erkrankung vorausgesetzt, dass sich die Vorlieben für den Musikstil der Patienten ändern. Dies äusserten sie auch, wenn offensichtlich war, dass die Betroffenen den Film gerne sahen und sich an der Musik erfreuten. Es schien eine Beleidigung für die Angehörigen zu sein, dass dem Liebhaber von Opern und klassischer Musik einfache Volksmusik vorgesetzt wurde.



## 5 Diskussion

Das Krankheitsbild der Demenz, die Dimensionen der Lebensqualität und die Methoden zur Aktivierung bei Menschen mit einer Demenz wurden in einer Zusammenfassung im Kapitel 3.6 festgehalten. In den folgenden Kapiteln werden die Hypothesen diskutiert und ein abschliessendes Fazit gezogen. Im Ausblick sollen mögliche Schritte für die Forschung und Umsetzung der Zukunft aufgezeigt werden.

Die Aussage, dass biografische Erinnerung als moderierende Faktoren auf das Wohlbefinden für Menschen mit einer Demenz eingesetzt werden können, wird mittels der unten genannten Fragen und entsprechenden Hypothesen diskutiert.

### 5.1 Positive Beeinflussung des Wohlbefindens

Frage: Welchen Einfluss hat die regelmässige Aktivierung der Erinnerung mittels Einsatz eines simulierten, virtuellen Besuches auf das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz?

Hypothese:

- a) Die Aktivierung und das Gedächtnistraining durch einen simulierten, virtuellen Besuch (SIMPA-Film) haben einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden. Das Ausmass des Einflusses hängt von verschiedenen Aspekten der Erinnerungs- und Biografiearbeit ab.

Das Wohlbefinden der Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe hat sich gemäss ihren Angehörigen kaum verbessert ( $M = 3.95$ ,  $SD = 1.009$ ), ebenso das Wohlbefinden bei den Studienteilnehmenden aus der Kontrollgruppe ( $M = 3.6$ ,  $SD = 1.673$ ). Dies lässt aber den Umkehrschluss nicht zu, dass sich das Wohlbefinden verschlechtert hat. Zudem stellt ein simulierter, virtueller Besuch durch einen Videofilm lediglich ein Mittel der Wahl dar, das Wohlbefinden bei Menschen mit einer Demenz zu fördern.

Offen bleibt die Frage, wie stark die Einschätzung des Wohlbefindens durch die Angehörigen von ihrer eigenen Erwartungshaltung beeinflusst wird. Ein häufiges Argument, warum sich das Wohlbefinden kaum oder gar nicht verändert hatte, war die Angabe, dass die Studienteilnehmenden sich nicht mehr verbal zum Film äussern konnten und es daher für die Angehörigen schwierig war, eine Einschätzung zu treffen. Mit der Intervention schienen die Angehörigen auch die Hoffnung zu hegen, dass in der Gedächtnisleistung oder der Aktivierung etwas von der früheren Vitalität bei den Betroffenen zu-

rückkehren könnte. Da dies überwiegend nicht in der den Angehörigen bekannten Form eintrat, äusserten sich diese eher enttäuscht vom mangelnden Interesse oder der kurzen Dauer der Aufmerksamkeit während der Filmvorführung, welche die von ihnen betreute Person zeigte.

Im Weiteren ist zu hinterfragen, warum sich nur gut die Hälfte (52.4%) aller Angehörigen überhaupt zur Verbesserung des Wohlbefindens ihrer Partnerinnen, Partner oder Eltern äussern konnte. Möglicherweise spielte auch die Angst mit, ein simulierter, virtueller Besuch, wie dies der SIMPA-Film darstellte, könnte tatsächlich dazu beitragen, das Wohlbefinden der Betroffenen zu verbessern. Damit wären möglicherweise die persönliche Zuwendung und das Engagement der Angehörigen aus ihrer Sicht in Frage gestellt.

Es muss an dieser Stelle aber auch festgehalten werden, dass ein simulierter, virtueller Besuch, wie ihn der SIMPA-Film darstellt, nur eine Möglichkeit zur Verbesserung des Wohlbefindens von Menschen mit einer Demenz sein kann. Die Verbesserung des Wohlbefindens bedarf verschiedener Hilfsmittel und Zugänge, wobei die Möglichkeit eines simulierten, virtuellen Besuches mittels Video gleichzeitig die Angehörigen in der häuslichen Betreuung entlasten könnte (siehe Auswertungen SIMPA-Projekt, Oppikofer, 2010, Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich). Die Entlastung von Angehörigen und die Förderung der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz mittels Video ist eine bislang im deutschen Sprachraum unerforschte Methode. Daher sind die Ergebnisse zur Verbesserung des Wohlbefindens wichtige Hinweise für künftige Forschungen.

Zwischen dem subjektiven Wohlbefinden nach dem Film und der Zufriedenheit mit dem Film der Studienteilnehmenden aus der Experimentalgruppe nach der vierwöchigen Interventionsphase besteht ein signifikanter Zusammenhang ( $p=.001$ ). Wer sich wohl fühlte, gab auch an, mit dem Film zufrieden zu sein. Es muss also davon ausgegangen werden, dass für Studienteilnehmende diese Wertung ein und dasselbe bedeutete. Da der subjektive Wert des Wohlbefindens (1= nicht gut bis 5 = sehr gut) der Betroffenen in der Experimentalgruppe bereits bei der ersten Datenerhebung bei einem Mittelwert von 4.24 ( $SD = 1.091$ ), bei der Kontrollgruppe bei 4.8 ( $SD = .447$ ) lag, war das Verbesserungspotential nur marginal möglich und der beobachtete Deckeneffekt ein Problem in der Auswertung.

Für die Hypothese, dass der Film das Wohlbefinden der Studienteilnehmenden positiv beeinflusst, ist aufgrund des oben genannten Deckeneffektes nicht zu erwarten, dass sich das subjektive Wohlbefinden im Verlauf der Studie signifikant verändert oder gar höhere Werte als zu Beginn der Intervention aufgewiesen werden können.

Die Erhöhung der Werte des subjektiven Wohlbefindens vor und nach der Filmdarbietung beim ersten und beim zweiten Erhebungszeitpunkt zeigen aber eindruckliche Veränderungen. Dabei ist festzustellen, dass Studienteilnehmende aus der Experimentalgruppe ihr Wohlbefinden beim zweiten Termin erhöhen und auf derselben Höhe halten konnten. Studienteilnehmende der Kontrollgruppe hatten beim zweiten Termin und nach der Intervention deutlich sinkende Werte. Aufgrund der nicht vorliegenden Normalverteilung konnten aber keine signifikanten Unterschiede erkannt werden.

Es fällt auf, dass die Filmdarbietung während der Interventionsphase der Experimentalgruppe durchschnittlich 11.6 Mal stattfand, die Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe sich aber weigerten, den Film mehr als 1 - 6 Mal (Durchschnitt 4,6) anzuschauen. Dass die Werte des Wohlbefindens der Experimentalgruppe höher liegen, lässt vermuten, dass der SIMPA-Film trotz oder gerade wegen der Häufigkeit der Darbietungen das Interesse der Studienteilnehmenden weckte, aber der zufällig ausgewählte Film, ohne spezifische Ausrichtung auf Menschen mit einer Demenz, die Betroffenen nicht im gleichen Mass erreichte. Dabei ist zu beachten, dass die Aussage über eine Steigerung des Wohlbefindens bei der Kontrollgruppe aufgrund der ausbleibenden Interventionsphase nicht aussagekräftig sein kann und ein Vergleich nicht zulässig ist. Studienteilnehmende aus der Kontrollgruppe haben durch die Verweigerung der Filmdarbietung keine Interventionsphase erlebt. Über die Verweigerung der Studienteilnehmenden muss weiter spekuliert werden, mögliche Aussagen dazu bieten die Tagebucheinträge (vergleiche Kapitel 4.4.5 Tagebücher) zu den Äusserungen zum Film.

Möglicherweise spielte dabei für das Wohlbefinden der Studienteilnehmenden die Einstellung der Angehörigen zum Film eine wichtige Rolle. Der speziell für die Studie gedrehte Film mit einer Musiktherapeutin erweckte bei den Angehörigen eine grössere Akzeptanz als ein zufällig ausgewählter Musikfilm, der auch oft nicht dem Musikstil der Angehörigen entsprach. Das unterstützt die These, dass durch eine Demenz immer ein ganzes familiäres System mit erkrankt und eine Intervention jeglicher Art immer auch einen Einfluss auf das ganze System hat. Ob dies auf das Wohlbefinden der Betroffenen im Zusammenhang mit der Akzeptanz der Intervention durch die Angehörigen einen signifikanten Einfluss hat, müsste in weiteren Studien beforscht werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Werte der Experimental- und Kontrollgruppe nicht vergleichen lassen. Auch können die Werte durch die Verweigerung der Kontrollgruppe, den Film zu schauen, nebst der zu kleinen Stichprobe keine Vergleichszahlen liefern. Es kann aber festgehalten werden, dass sich das Wohlbefinden der Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe nicht verschlechtert hat, was aber noch keine Umkehrfolgerung zulässt, das Wohlbefinden sei positiv beeinflusst worden.

Aufgrund der Varianzgleichheit können auch keine signifikanten Unterscheidungen des Wohlbefindens auf weitere Faktoren wie Schweregrad, Geschlecht und Multimorbidität durchgeführt werden. Nachfolgende Forschungen müssen diesem Umstand grosse Bedeutung beimessen und wenn immer möglich, die Stichprobengrösse einer Kontrollgruppe erweitern.

## 5.2 Aktivierung der Gedächtnisinhalte

Frage: Welche Gedächtnisinhalte lassen sich durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film aktivieren?

Hypothese:

- b) Durch die gezielte Intervention mittels SIMPA-Film werden positiv konnotierte Gedächtnisinhalte aus früheren Zeiten wachgerufen.
- c) Es gibt spezifische Unterschiede der Gedächtnisinhalte.
- d) Die gezielte Intervention des SIMPA-Filmes setzt beim Altwissen und der Erinnerung mit Liedern und Erzählungen in der Kindheit und Jugendzeit an und weckt auch Erinnerungen an diesen Zeitabschnitt und fördert das Wohlbefinden.

Weniger als die Hälfte (42.8%) der Angehörigen der Experimentalgruppe konnte eine Aktivierung von Gedächtnisinhalten feststellen. Genannt wurden vor allem ein Mitsingen und ein häufigeres Reden über Inhalte von früher oder vom Film. Diese Beobachtungen deckten sich weitgehend mit den Äusserungen der Betroffenen selber zur Frage, ob ihnen der Film gefallen habe. Die Lieder schienen positiv konnotiert zu sein und frühere Erinnerungen wachgerufen zu haben. So stellten verschiedene Angehörige fest, dass ihre Partner oder sie selber durch das Singen an frühere Erlebnisse wie Chorsingen oder die Kindheit erinnert wurden. Zwei Angehörige haben kritisch angemerkt, dass die Lieder und das Gedächtnistraining wohl mehr Erinnerungen wachgerufen hätten, wenn sie in der Muttersprache ihrer Partnerin oder ihres Partners verfasst wären. Das lässt vermuten, dass die wachgerufenen Erinnerungen aus der Kindheit stammen, in denen diese Studienteilnehmenden noch nicht in der deutschsprachigen Schweiz lebten. Dies unterstützt die Vermutung, dass die positiv konnotierten Erinnerungen aus früheren Lebensphasen stammen und bestätigt die Theorie, welche für das Wohlbefinden eines Individuums die Biografiearbeit als wichtigen Faktor beschreibt.

Studienteilnehmende der Experimentalgruppe selber bezogen ihre Zufriedenheit mit dem Film auf die Lieder und das Interesse, die Freude, welche der Film hervorgerufen hat. Also muss davon ausgegangen werden, dass auch die Studienteilnehmenden die Aktivierung der Gedächtnisinhalte bemerkt hatten. Dies gilt jedoch nur für die Experi-

mentalgruppe. Studienteilnehmende der Kontrollgruppe äusserten sich mehr zur aktuellen Musik des Filmes. Ebenso konnte nur eine Angehörige der Kontrollgruppe eine Aktivierung von Gedächtnisinhalte feststellen, indem ihr Mann nach dem Film gesprächiger geworden war.

Die Feststellung, dass das Wohlbefinden vor und nach der Intervention beim zweiten Termin sich deutlich unterscheidet und die Nennung der Gedächtnisinhalte durch die Angehörigen unterstützt die Hypothese, dass die gezielte Intervention durch den SIMPA-Film bei Gedächtnisinhalte aus der Kindheit und Jugendzeit anknüpft und dadurch das Wohlbefinden fördert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gedächtnisinhalte, welche durch den Film wachgerufen wurden, unterschiedlich waren. Positiv konnotierte Inhalte aus der Kindheit und der Jugendzeit schienen für die Betroffenen wichtige Faktoren in der Wahrnehmung des Wohlbefindens zu sein, sowohl in der subjektiven Wahrnehmung wie auch für die Angehörigen. Diese Erkenntnisse stimmen mit der Theorie über die Biografiearbeit, die Selbsterhaltungstherapie, die Musik- und die Kunsttherapie als Methode zur Aktivierung und als Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden überein. Für weiterführende Forschungen müsste die Individualität der Gedächtnisinhalte berücksichtigt werden und wenn möglich, mit den Erlebnissen aus der Kindheit und Jugendzeit jedes einzelnen Studienteilnehmenden verglichen werden.

### **5.3 Unterscheidung Experimentalgruppe – Kontrollgruppe**

Frage: Kann durch eine spezifische Aktivierung, wie den SIMPA-Film, eine grössere Wirkung auf die Gedächtnisinhalte und Erinnerungen erzielt werden als bei zufällig ausgewählten Filmen mit ähnlichem Inhalt?

Hypothese:

- e) Die zufällig ausgewählte Intervention aktiviert Menschen mit Demenz im generellen Wohlbefinden während der Intervention, die Erinnerungen und Gedächtnisinhalte beziehen sich jedoch nicht auf einen bestimmten Zeitabschnitt ihres Lebens.

Bei den Angehörigen der Experimentalgruppe bezogen sich die meisten Aussagen zur Aktivierung der Gedächtnisinhalte auf die Lieder und grundsätzlich, dass der Film Interesse oder Freude weckte. Bei der Kontrollgruppe fällt auf, dass die Musik als erstes Argument aufgeführt wurde. Beide Filme orientieren sich an musikalischen Inhalten, der SIMPA-Film überwiegend mit bekannten Liedern aus der Kindheit und Jugendzeit,

der Film der Kontrollgruppe überwiegend mit volkstümlicher Musik verschiedenster Stilrichtungen einer aktuellen Fernsehsendung.

Die Auswertungen der Videoaufnahmen mittels OERS zeigten deutlich, dass die Aufmerksamkeit der Experimentalgruppe zwar vom ersten zum zweiten Termin sank, aber beim zweiten Termin immer noch leicht höher lag als beim ersten Termin der Kontrollgruppe. Die beiden Gruppen sind zwar aufgrund der kleinen Stichprobe nicht signifikant vergleichbar, aber die vorliegenden Zahlen lassen doch vermuten, dass der Inhalt des SIMPA-Filmes mit alten Erinnerungen mehr Aufmerksamkeit hervorruft als ein zufällig ausgewählter Film.

Es müssten weitere Studien zur Wirksamkeit einer musikalischen Wanderung mittels simulierten, virtuellen Besuchen durchgeführt werden. Die Forschung zum Thema der musikalischen Biografiearbeit könnte mit Volksliedern verschiedener Zeitabschnitte erweitert werden, um abzugrenzen, inwieweit kohortenspezifisches Liedgut die Erinnerung wachruft oder die Lieder an sich die Aufmerksamkeit wecken. Im Weiteren könnte interessant sein zu erfahren, wie beeinflussend der Faktor einer singenden Person als virtuellen Besuch auf die Erinnerung ist oder ob ein Chor mit demselben Liedgut die Aufmerksamkeit und das Wohlbefinden ebenso gut fördern könnte.

Der Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe zeigte auch auf, dass Angehörige wichtige Faktoren in der Vermittlung positiver Werte für das Wohlbefinden darstellen. So schien es für mehrere Angehörige der Kontrollgruppe eine Beleidigung, dass den Studienteilnehmenden ein volkstümlicher Film gezeigt wurde. Sie betonten im Interview die Vorlieben ihrer betroffenen Angehörigen für Opern und klassische Musik, die regelmässigen Konzertbesuche und die Freude an „guter“ Musik. Auch diese Beobachtung unterstützt wiederum das Argument, dass mit der Demenz ein ganzes System betroffen ist. So hängen vermutlich auch das Wohlbefinden der Angehörigen und dasjenige der Betroffenen direkt zusammen, respektive das Wohlbefinden beider Parteien ist voneinander abhängig. Weiterfolgende Untersuchungen müssten diese Interaktionen mitberücksichtigen oder voneinander abgrenzen, um eine grössere Aussagekraft zu erzielen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aufgrund der kleinen Stichprobe der Kontrollgruppe keine signifikanten Aussagen zum Unterschied gemacht werden können. Beobachtend lassen sich aber Unterscheidungen in der Akzeptanz des Videos als Mittel zur Verbesserung des Wohlbefindens durch die Angehörigen feststellen. Die Kategorien der Gedächtnisinhalte unterschieden sich in ihrer Aussage bezüglich der Auf-

merksamkeit. Die Tagebucheinträge zur Aktivierung der Studienteilnehmenden der Experimentalgruppe bezogen sich häufiger auf die Freude am Inhalt.

#### **5.4 Biografische Erinnerungen als Faktoren für das Wohlbefinden**

Frage: Kann durch eine spezifische Aktivierung, wie den SIMPA-Film, eine grössere Wirkung auf die Gedächtnisinhalte und Erinnerungen erzielt werden als bei zufällig ausgewählten Filmen mit ähnlichem Inhalt?

Hypothese:

- f) Biografische Erinnerungen wirken als moderierende Faktoren auf das Wohlbefinden bei Menschen mit einer Demenz.

In der Diskussion über das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz und den theoretischen Dimensionen zur Lebensqualität, wie sie Oppikofer (2008) aufgestellt hat, muss die Multidimensionalität der Lebensqualität mit den individuellen Verläufen und Ereignissen des Lebens berücksichtigt werden. In der Dimension der Individualität, des subjektiven Erlebens und des emotionalen Befindens wird die Bedeutung der Emotionen, welche von den Menschen für ihr Leben nicht hoch genug eingeschätzt werden können, ganz zentral. Dabei spielen biografisches Wissen und individuelle Erlebnisse eine wichtige Rolle. Damit rückt die Biografiearbeit ins Zentrum des Interesses in Bezug auf die Lebensqualität des einzelnen Menschen. Die Dimension der Umwelt wird aber ebenso ins Zentrum der Biografiearbeit gerückt, wenn es um die Frage der Erlebenswelt der Kindheit und Jugendzeit geht und diese für das Individuum prägend waren. Nach Perrig-Chiello (1997) ist sich die Forschung einig, dass eine Aufteilung in ein habituelles und ein aktuelles Wohlbefinden Sinn macht. Dies bedeutet, dass der habituelle, das heisst, der zeitüberdauernde Aspekt des Wohlbefindens sich aus objektivierbaren, stabilen Umweltfaktoren zusammensetzt und so die Lebensqualität massgebend mit beeinflusst. Davon ausgehend, dass die Biografie eines Menschen ein zeitüberdauernder Aspekt darstellt, muss dem biografischen Wissen und dem Einsatz biografischer, ressourcenorientierter Methoden besonderen Wert beigemessen werden. Die Werte der Experimentalgruppe zeigen auf, dass die biografischen Erinnerungen wichtige Faktoren sind und für das habituelle Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz ressourcenorientiert eingesetzt werden können.

Individuell feststellbare Situationen oder Lebensbedingungen, welche zeitlich begrenzt sind und zum höheren Wohlbefinden beitragen, subsumieren das aktuelle Wohlbefinden. Diese müssten in künftige Forschungen noch vermehrt einbezogen werden und auf das Individuum abgestimmt sein. Wenn gleichzeitig das aktuelle Wohlbefinden, z.B. mit einer hohen Akzeptanz der Angehörigen gegenüber einer Intervention und der Zu-

friedenheit mit dem Film, gewährleistet werden kann, können Menschen mit einer Demenz ihr Wohlbefinden halten oder gar steigern.

Die Werte der Kontrollgruppe deuten eher auf den Wert des aktuellen Wohlbefindens hindeuten. Die Nennung der Musik als Aussage zur Zufriedenheit mit dem Film könnten in diese Richtung gedeutet werden. Es fehlen aber die Werte zur Erinnerung von biografischem Wissen, was zum habituellen Wohlbefinden beitragen könnte. Man könnte aussagen, dass die Kontrollgruppe zwar für die kurze Zeit des Filmes sich wohl fühlte, aber der Aspekt des habituellen Wohlbefindens dabei ausser Acht gelassen wurde.

## **5.5 Methodenkritik**

Studien zum Thema Demenz weisen häufig kleine Stichproben auf. Das noch immer vorhandene Tabu einer Erkrankung und damit oft auch eine Kränkung der Familien erschweren die Suche nach Probandinnen und Probanden. Die Grösse der Stichprobe wiederum verunmöglicht weitgehend quantitativ signifikante Ergebnisse. In Anbetracht der individuellen Lebenssituationen und Krankheitsbilder muss aber davon ausgegangen werden, dass qualitative Ergebnisse für die konkrete Umsetzung der Resultate aussagekräftiger bleiben. Dies entspricht auch der multidimensionalen Sichtweise der Lebensqualität bei Menschen mit einer Demenz.

Die Kombination der verschiedenen Messinstrumente, Fragebogen, Beobachtungen und Ratingskalen ergab eine grosse Fülle an Daten, die miteinander verglichen werden konnte. Die Perspektiven der Angehörigen wie auch diejenige der Betroffenen selber ergaben zusammen ein ganzheitlicheres Bild zur Befragung des Wohlbefindens. Die Fremdbeobachtung durch die Angehörigen scheint besonders unter den erschwerten Umständen von nachlassenden kommunikativen Fähigkeiten von Menschen mit einer Demenz ein wichtiger Zugang zur Erfassung von Daten zu sein.

Getrennte Erfassung von Selbst- und Fremdbeobachtung, Wohlbefinden der Studienteilnehmenden und Tagebücher der Angehörigen verleihen den Ergebnissen eine grössere Aussagekraft. Dennoch bleibt die Frage offen, wie stark sich die Betroffenen in diesem System, Menschen mit einer Demenz, Angehörige und Betreuende, durch ihre Haltung, ihre Werte und ihre Betroffenheit gegenseitig beeinflussen.

Ausser Acht gelassen wurde im Projekt SIMPA und in der vorliegenden Studie die Erfassung von genauen biografischen Daten. So lassen die Ergebnisse offen, ob sie mit der Biografie des Einzelnen übereinstimmen oder nur Bruchteile der Biografie darstellen können. Vielleicht lässt aber auch diese spezifische Auswahl an biografischen Erinne-



rungen den Schluss zu, dass nur die relevanten Themen für das Wohlbefinden von aussagekräftig sind und in erster Linie positiv konnotiert sein müssen.

## 6 Fazit und Ausblick

In der Diskussion von Aktivierung und biografischen Erinnerung als moderierende Faktoren für das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz wird die Wichtigkeit der multidimensionalen Aspekte der Lebensqualität ersichtlich. Es scheint wichtig, Menschen mit einer Demenz in ihrer Individualität, Persönlichkeit, aber auch im Umfeld ihres Lebens und der Sozialkontakte wahr zu nehmen und sie ressourcenorientiert zu fördern, damit ihr Wohlbefinden gehalten oder gar gesteigert werden kann. Biografisches Wissen zu einer Person ist ein wichtiger Teil der Erlebenswelt und der emotionalen Befindlichkeit. Bei Menschen mit einer Demenz müssen Angehörige, Betreuende und Pflegenden zwingend auf diese Ressource in der Biografie zurückgreifen, um die Person in ihrer Ganzheit, ihrem Erleben und ihrem Befinden erfassen, begleiten und fördern zu können. Damit steht die PERSON mit einer Demenz im Zentrum des Geschehens und nicht die Person mit einer DEMENZ.

Ein simulierter, virtueller Besuch wie ihn der SIMPA-Film darstellt, kann eine Möglichkeit sein, das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz zu fördern. Der Film muss aber zwingend, wie im SIMPA-Projekt, auf die kognitiven Fähigkeiten der erkrankten Menschen und ihre Erlebniswelt zugeschnitten sein. Wenn dabei die biografischen Elemente, wie bei einer musikalischen Wanderung mit Liedern aus der Kindheit und Jugendzeit, aufgenommen werden, macht der gezielte Einsatz solcher Filme aufgrund der Theorie und der vorliegenden Auswertung durchaus Sinn. Die Ergebnisse der Studie, dass biografische Erinnerungen moderierende Faktoren auf das Wohlbefinden sein können und die Erkenntnisse aus der Theorie könnten für weitere Videos genutzt werden. So ist denkbar, dass eine ganze Reihe von Filmen individuell und der Biografie entsprechend produziert und eingesetzt werden könnte. Das käme auch dem Wunsch vieler Angehöriger entgegen, ihren Partnerinnen, ihren Partnern und/oder ihren Eltern eine breitere Wahl an Filmen anbieten zu können. Zudem würde mit einer breiteren Themenauswahl die Akzeptanz der Angehörigen möglicherweise erhöht. Filme mit einem breiteren Spektrum an Themen wie Musik, Natur, Technik, Familie und vieles mehr, könnte so zur gezielten, individuellen Förderung des Wohlbefindens eingesetzt werden. Weitere Umsetzungen mit Videos sind im Umfeld der Familien denkbar. Filme mit Inhalten aus früheren Zeiten der Person mit einer Demenz könnten noch viel spezifischer eingesetzt werden. Es bestünde allerdings ebenso die Gefahr, dass private Videos auch defizitorientiert erlebt würden, wenn damit den Betroffenen bewusst wird, was früher einmal war und heute nicht mehr möglich ist. Verallgemeinernde Inhalte, die in der Regel positiv konnotiert sind, wie beliebte Musik oder schöne Naturfilme, könnten da direkter und konkreter ressourcenorientiert eingesetzt werden.

Die Umsetzung der Erkenntnisse aus dieser Studie, dass Aktivierung und biografische Erinnerungen als moderierende Faktoren auf das Wohlbefinden von Menschen mit einer Demenz eingesetzt werden können, benötigt immer auch eine positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz, wie sie der personenzentrierte Ansatz vermittelt. Die persönliche, zwischenmenschliche Beziehung ist auch bei Menschen mit einer Demenz durch keine technisch noch so gut simulierten Kontakte zu ersetzen. In diesem Sinne kann ein virtueller, simulierter Film immer nur eine Ergänzung in der ressourcenorientierten Arbeit mit Menschen mit einer Demenz darstellen. Eine Ergänzung, die aber künftig zur Förderung des Wohlbefindens und zur Erhöhung der Lebensqualität zur Verfügung stehen und individuell eingesetzt werden sollte.

Neuere Forschungen nehmen den ressourcenorientierten Aspekt zur Erhöhung des Wohlbefindens und der Lebensqualität ernst und lenken den Blick bewusst auf positiv konnotierten Themen im Leben von Menschen mit einer Demenz. Die Ressourcenorientierung im Umgang mit Menschen mit einer Demenz erfordert die Unterstützung, Entlastung und Weiterbildung von Angehörigen und die Schulung von professionell Arbeitenden und Forschenden. Die spezifische Wahrnehmung der Individualität und der Persönlichkeit eines an Demenz erkrankten Menschen und der Verschiedenartigkeit von Verläufen der Krankheit und deren Umgang damit stellen dabei zentrale Elemente dar.

Künftige Forschungen zum Thema Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz müssen sich noch verstärkter mit den Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen auseinandersetzen. Dies gilt insbesondere auch für virtuelle, simulierte Besuche mittels Videoeinsatz. Die Umsetzung der Ergebnisse des Projektes SIMPA und dieser Studie, wie Wohlbefinden bei Menschen mit einer Demenz gesteigert werden kann, muss von Fachleuten initiiert und begleitet werden, um eine hohe Professionalität zu gewährleisten. Die Umsetzung und die Anwendung der Erkenntnisse erfordern einen Transfer zwischen der Forschung und der Praxis. Nur so können die Forschung und deren Erkenntnisse und das praktische Wissen zugunsten von Menschen mit einer Demenz verbunden und im Alltag zur Verbesserung des Wohlbefindens eingesetzt werden.

## 7 Literaturverzeichnis

- Böhme, G. (2008): Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz. Bern: Huber.
- Brand, M. & Markowitsch, H.J. (2005). Neuropsychologische Früherkennung und Diagnostik der Demenzen. In: M. Martin & H.R. Schelling (Hrsg.). *Demenz in Schlüsselbegriffen*. Bern: Huber.
- Brooker, D. (2008): Person-zentriert pflegen: das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Bern: Huber.
- Brühwiler, J. (1986). Zürcher Mini-Mental-Status. Eine Validationsstudie an 1200 Krankenheimpatienten. Inaugura Dissertation, medizinische Fakultät Universität, Zürich.
- Caserta, M.S. & Lund, D.A. (2002). Video Respite in an Alzheimer's Care Center Group versus Solitary Viewing. *Activities, Adaptation and Aging*, Vol. 27 (1), 13 – 28.
- Charles, S.T. & Cartensen, L.L. (2007). Emotion regulation and aging. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 307 – 327). New York: Guilford.
- Cheston, R., Thorne, K., Whitby P. & Peak J. (2007). Simulated presence therapy, attachment and separation amongst people with dementia. *Dementia* 2007, 6: 442 - 449.
- Coats, A.H. & Blanchard – Fields, F. (2008). Emotion regulation in interpersonal problems : the role of cognitiv-emotional compexitiy, emotional regulation goals and expressivity. *Psychology and Aging*, 23, 39 – 51.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD 10). Bern: Huber.
- Elfner, P. (2008). Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie. München: Reinhardt.
- Ekman, P., Fiesen, W.V. & Hager, J. (2001). Investigator's Guide: Facial Action Coding System. <http://dataface.nirc.com/InvGuide/FACSi.html>.

- Ekman, P. (2010). *Gefühle lesen. Wie sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren.* Heidelberg: Spektrum.
- Feil, N. (2000). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen.* München: Reinhardt.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & Mc Hugh, P.R. (1975). 'Mini-Mental-State' – A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189 – 198.
- Gatterer, G. (2008). Demenz aus psychologischer Sicht. In: W. Oswald, G. Gatterer & U.M. Fleischmann (Hrsg.) *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns.* Wien: Springer.
- Graber-Dünow, M. (2003). *Milieu-therapie in der stationären Altenhilfe. Lehr- und Arbeitsbuch für Altenpflegeberufe.* 2., vollständig überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche.
- Grümme, R. (1998). *Situation und Perspektive der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten.* Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Regensburg: Transfer.
- Hall, L. & Hare, J. (1997). Video RespiteM for cognitively impaired persons in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. SAGE Publications*, 12, 117 – 121.
- Henry, J.D., Rendell, P.G., Scicluna, A., Jackson, M. & Philipps, L.H. (2009). Emotion Experience, Expression, and Regulation in Alzheimer's Disease. *Psychology and Aging*, 24, No. 1, 252 – 257.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie.* München: Reinhardt.
- Hofmann, M. & Hock, C. (2005). Pharmakologische Behandlung bei Demenz. In: M. Martin & H.R. Schelling (Hrsg.). *Demenz in Schlüsselbegriffen.* Bern: Huber.
- Hölzle, Ch. & Jansen, I. (Hrsg.) (2009). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen- Kreative Methoden, Lehrbuch.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kajiyama, B., Dib, L., Tymchuk, A., Kixmiller, A. & Olinsky, C. (2007). Improving the quality of life for caregivers and care recipients with personalized Video Channels. *Clinical Gerontologist*, Vol. 31 (1), 95 – 99.
- Katsuno, T. (2003). Personal spirituality of persons with early-stage dementia : is it related to perceived quality of life ? *Dementia*, 2 (3), 315 – 335.
- Kiewitt, K. (2005). Musikbiografie und Alzheimer-Demenz. *Zur Wirkung der Rezeption biografisch relevanter Musik auf das emotionale Erleben von Alzheimer-Betroffenen*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Kitwood, T. (2008): Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5., ergänzte Auflage, deutschsprachige Ausgabe. Bern: Huber.
- Kruse, A. (1994). Alter im Lebenslauf. In: P.B. Baltes, J. Mittelstrass & U.M. Staudinger (Hrsg.). *Alter und Altern: ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin: de Gruyter.
- Kruse, A. (2005). Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für medizinische Ehtik*, 51, 41-57.
- Kruse, A. & Wahl, H.W. (2010). Zukunft Altern. *Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum.
- Labouvie-Vief, G (2003). Dynamic integration: affect, cognition and the self in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 201- 206.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontologie*, 51, 3 – 14.
- Lund, D., Wright, S.D. & Casera, M.S. (2005). Respite Services: Enhancing the Quality of Daily Life of Caregivers and Persons with Dementia. *Geriatrics & Aging*, 8 (4), 60 – 65.
- Lund, D., Hill, R.D., Caserta, M.S. & Wright, S.D. (1995). Video Respite: An innovative resource for family, professional caregivers, and persons with dementia. *The Gerontologist*, 35, 683 – 687.

- Malonebeach, E.E., Royer, M. & Jenkins, C. (1999). Is Cognitive Impairment a Guide to use of Video Respite? Lessons from a special Care Unit. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (5) 17-21.
- Maier, V. (2008). Kognitiv aktivierende Methoden bei Alzheimer Demenz. *Gedächtnistraining, Realitätsorientierungstraining, Erinnerungstherapie, Selbst-Erhaltungs-Therapie & Validationstherapie*. Saarbrücken: VDM, Dr. Müller.
- Martin, M. & Schelling, H.R. (2005). Demenz in Schlüsselbegriffen. *Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*. Bern: Huber.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- McKeith, I.G.(2004). Dementia in Parkinson's disease: common and treatable. *Lancet Neurology*, 16, 456.
- Mötzing, G. (2009). Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen. München: Urban & Fischer.
- Müller, C. (2007). Menschen mit Demenz: Spirituelle Bedürfnisse. In: DeSS, Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) *Spiritualität – ein Thema für die Pflege von Menschen mit Demenz*. Zentrum für Informationstransfer, 2/07.
- Müller, D. (1998): Biographiegestützte Arbeit mit verwirrten alten Menschen. *Ein Fortbildungsprogramm*. Kuratorium Deutsche Altenhilfe. Köln (KDA Thema, 137).
- Oppikofer, S. (2008). Lebensqualität bei Demenz. *Eine Bestandesaufnahme, Sichtung und Dokumentation bestehender Instrumente zur Messung von Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz*. Zürcher Schriften zur Gerontologie. Band 5. Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.
- Oppikofer, S. (2008). Pflegeintervention bei Agitation und schwerer Demenz. *Ein Pilotprojekt zur Überprüfung der Praxistauglichkeit von Instrumenten zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz anhand einer Pflegeintervention*. Zürcher Schriften zur Gerontologie. Band 6. Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.

- Oppikofer, S. (2009). Evaluationsprojekt SIMPA. *Simulierte multimodale Präsenz und Aktivierung. Detailkonzept*. Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.
- Osborn, C. (1997): *Erinnern. Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Oswald, W.D., Ackermann, A. & Gunzelmann, T. (2006). Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, (2), 89 – 101.
- Paillon, M. (2008): *Mit Sprache erinnern: kommunikative Spiele mit dementen Menschen*. Bern: Huber.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Rasehorn, H. (1991): *Reise in die Vergangenheit. Anregungen zur Gestaltung von Gesprächsgruppen mit alten Menschen*. Hannover: Vincentz.
- Re, S. (2002). *Erleben und Ausdruck von Emotionen bei schwerer Demenz*. Dissertation, Schriftenreihe, Studien zur Gerontologie, Band 5. Heidelberg: Kovac.
- Reisberg, B. (1988). Funktional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24 (1): 653 – 659.
- Remmers, H. (2006): *Zur Bedeutung biografischer Ansätze in der Pflegewissenschaft*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, H. 39, S. 183–191.
- Richard, N. (2001). *Wertschätzende Begegnungen. Integrative Validation (IVA)*. In: P. Dürrmann (Hrsg.). *Besondere stationäre Dementenbetreuung*. Hannover: Vincentz.
- Romero, B., Eder, G. (1992). *Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken*. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 1992; 5: 267 – 282.
- Romero, B. (2005). *Nichtmedikamentöse Therapie*. In: C.W. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.). *Demenzen*. Stuttgart: Thieme.



- Romero, B. (2006). Familiäre und therapeutische Hilfen bei demenzbedingtem Verlust der Eigenständigkeit: Werte, Ziele, Konzepte. In: H. Aldebert (Hrsg.). *Demenz verändert. Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten*. Schenefeld: EB-Verlag.
- Saup, W. (1993). Alter und Umwelt. *Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Saup, W. (1994). Altenheime als «Umwelten». In: A. Kruse, H.W. Wahl (Hrsg.). *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* Bern: Huber.
- Schloffer, H., Prang, E. & Frick-Salzman, A. (Hrsg.) (2010). *Gedächtnistraining. Theoretische und praktische Grundlagen*. Heidelberg: Springer.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2010). Demenz und Gesellschaft. [www.alz.ch](http://www.alz.ch)
- Seidl, U., Ahlsdorf, E. & Schröder, J. (2007). Störungen des autobiographischen Gedächtnisses bei Alzheimer-Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20, 47 – 52.
- Stuhlmann, W. (2004). Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt. *Reinhardts Gerontologische Reihe*, Band 33. München: Reinhard.
- Taylor, R. (2008). Alzheimer und Ich. „*Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf*.“ Bern: Huber.
- Topo, P. et al. (2004). Assessment of a music-based multimedia program for people with dementia. *SAGE Publications*, Vol. 3 (3), 331 – 350.
- Volicer, L., Hurley, A.C. & Camberg, L. (1999). A model of psychological well-being in advanced demencia. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 83 – 94.
- Völter, B., Dausien, B., Lutz, H. & Rosenthal, G. (Hrsg.)(2009). *Biographieforschung im Diskurs*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Von Spreti, F.G. (2006). Ich bin wieder wer – Kunsttherapie bei Patienten mit Alzheimer – Demenz. In: H. Aldebert (Hrsg.). *Demenz verändert. Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten*. Schenefeld: EB-Verlag.

- Warme, B. (2007). Musiktherapie als Gruppenpsychotherapie mit an Demenz erkrankten Menschen. *Darstellung relevanter Interventionstechniken*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Warns, E.N. (2006). Kunst als autonome Kommunikationsform eines Menschen, der an Demenz leidet – Autonomie auch für pflegende Ehepartner? In: H. Aldebert (Hrsg.). *Demenz verändert. Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten*. Schenefeld: EB-Verlag.
- Wettstein, A. (2005). Angst vor Demenz. In: M. Martin & H.R.Schelling (Hrsg.). *Demenz in Schlüsselbegriffen*. Bern: Huber.
- Whitehouse, P. & George, D. (2009). Mythos Alzheimer. *Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde*. Bern: Huber.
- Wickel, H.H. (2009). Biografiearbeit mit dementiell erkrankten Menschen. In: C. Hölzle & I. Jansen (Hrsg.). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden*. S. 254 – 269. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wickel, H.H. (2009). Die Bedeutung von Musik für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. In: C. Hölzle & I. Jansen (Hrsg.). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden*. S. 279 – 301. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wisotzki, K.H. (1996). Altersschwerhörigkeit. *Grundlagen, Symptome, Hilfen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Woods, B., Keady, J. & Seddon, D. (2009). Angehörigenintegration. *Beziehungsintegrierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz*. Bern: Huber.

## 8 Anhang: Instrumente

### 8.1 Personalblatt, Pflegeperson

 Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

Projekt SIMPA

Code

### Personenblatt

Interviewerin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Pflegeperson**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ortschaft \_\_\_\_\_

Alter (in Jahren) \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich Gruppe  EG  KG

**Verwandschaftliche Beziehung** (zur gepflegten Person)

(Ehe-)Partner(in)  
 Elternteil (Mutter oder Vater)  
 Schwiegerelternteil (Schwiegervater oder –mutter)  
 Geschwister (Bruder oder Schwester)  
 Freunde/Bekannte  
 andere verwandschaftliche Beziehung: \_\_\_\_\_

**Nationalität**  Schweizer/in  andere Nationalität, nämlich: \_\_\_\_\_

**Zivilstand**  verheiratet  ledig  geschieden  getrennt  verwitwet

**Welches ist die höchste Ausbildung, die Sie mit einem Zeugnis oder Diplom abgeschlossen haben?**

<input type="checkbox"/> keine Schul- oder Berufsbildung	<input type="checkbox"/> Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule
<input type="checkbox"/> Primarschule	<input type="checkbox"/> Maturitätsschule, Primarlehrerausbildung (Lehrerseminar)
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> höhere Fach- u. Berufsausbildung (z.B. Meisterdiplom)
<input type="checkbox"/> Sekundarschule	<input type="checkbox"/> höhere Fachschule
<input type="checkbox"/> Bezirksschule	<input type="checkbox"/> (z.B. HTL, HWV, HKG, Schule für Sozialarbeit)
<input type="checkbox"/> Pro- oder Untergymnasium	<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule, ETH

**Wie wurde die Pflegeperson auf die Studie SIMPA aufmerksam?**

Versand ALZ ZH  Homepage ZfG  Round Table  Spitex ZH  anders: \_\_\_\_\_

**Abspielgerät**

VHS/Videogerät  DVD-Gerät

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8.2 Personalblatt StudienteilnehmerIn



Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

Projekt SIMPA

Code

### Personenblatt

StudienteilnehmerIn

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Alter (in Jahren) \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich Gruppe  EG  KG

Nationalität  Schweizer/in  andere Nationalität, nämlich: \_\_\_\_\_

Zivilstand  verheiratet  ledig  geschieden  getrennt  verwitwet

Diagnose(n) \_\_\_\_\_ Diagnose seit (Monat, Jahr) \_\_\_\_\_

Multimorbidität?  ja  nein Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Hat die/der StudienteilnehmerIn vor der Erkrankung gerne Fern gesehen?  ja  nein

Wenn ja, besondere Vorlieben? \_\_\_\_\_

Welches ist die höchste Ausbildung, welche die/der StudienteilnehmerIn mit einem Zeugnis oder Diplom abgeschlossen hat?

<input type="checkbox"/> keine Schul- oder Berufsbildung	<input type="checkbox"/> Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule
<input type="checkbox"/> Primarschule	<input type="checkbox"/> Maturitätsschule, Primarlehrerausbildung (Lehrerseminar)
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> höhere Fach- u. Berufsausbildung (z.B. Meisterdiplom)
<input type="checkbox"/> Sekundarschule	<input type="checkbox"/> höhere Fachschule
<input type="checkbox"/> Bezirksschule	(z.B. HTL, HWV, HKG, Schule für Sozialarbeit)
<input type="checkbox"/> Pro- oder Untergymnasium	<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule, ETH

Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8.3 FAST



Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

FAST

Projekt SIMPA

t1   t2

Code

StudienteilnehmerIn Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Interviewerin Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Bitte „nein“ ankreuzen, wenn die funktionelle Beeinträchtigung nicht aufgrund der Demenz, sondern aus anderen Gründen vorliegt (z.B. Arthritis, Lähmung etc.).

Stufe	Beschreibung	Ja	Nein
1	Keine Einschränkungen, weder subjektiv noch objektiv.		
2	Beschwert sich, dass er/sie vergisst, wo sich Objekte befinden; Wortfindungsschwierigkeiten, aber nur subjektiv.		
3	Pflegeperson bemerkt vermindertes Leistungsniveau bei der täglichen Arbeit; Schwierigkeiten, an unbekannte Orte zu reisen.		
4	Verminderte Fähigkeit, komplexe Aufgaben zu bewältigen (z.B. ein Nachtessen mit Gästen planen; finanzielle Angelegenheiten regeln).		
5	Braucht Unterstützung dabei, passende Kleider für die Jahreszeit oder einen Anlass auszuwählen.		
6a	Hat Schwierigkeiten, Kleider ohne Hilfe richtig anzuziehen.		
6b	Ist ausserstande, normal zu Baden; entwickelt vielleicht Furcht vor dem Baden. Braucht in der Regel Unterstützung beim Einstellen der Wassertemperatur.		
6c	Ist nicht imstande, Toilettengang korrekt zu bewältigen (d.h., vergisst zu spülen; säubert sich nicht richtig etc.)		
6d	Urin-Inkontinenz: ab und zu oder häufiger.		
6e	Stuhl-Inkontinenz: ab und zu oder häufiger.		
7a	Wortschatz ist reduziert auf etwa 6 Wörter an einem durchschnittlichen Tag.		
7b	Verständliches Vokabular ist reduziert auf etwa 1 Wort an einem durchschnittlichen Tag.		
7c	Ist ausserstande, ohne Unterstützung zu gehen.		
7d	Ist ausserstande, selbständig aufrecht zu sitzen.		
7e	Ist ausserstande zu lächeln.		
7f	Ist ausserstande, den Kopf aufrecht zu halten.		

© 1984 Reisberg, B.

Höchster FAST-Wert

### 8.3 MMSE



Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

MMSE Zürcher Version

Projekt SIMPA

t1 Code

StudienteilnehmerIn Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Interviewerin Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Nr.	Frage	Punkte	Bereich
1	Was ist heute für ein Wochentag?		m
2	Was ist heute für ein Monat?		m
3	Was ist heute für eine Jahreszeit?		m
4	Was ist heute für ein Jahr?		m
5	Wo sind wir jetzt, welche Adresse?		m
6	Wo sind wir jetzt, welche Etage?		m
7	Wo sind wir jetzt, welche Stadt?		m
8	Wie heisst das? [auf eigene NASE zeigen]		v
9	Wie heisst das? [auf eigene ARMBANDUHR zeigen]		v
10	Wie heisst das? [einen BLEISTIFT zeigen]		v
11	Was gibt: $\frac{3}{4} + \frac{3}{4}$ ? [Richtige Antwort: $1 \frac{1}{2}$ oder $\frac{6}{4}$ ]		v
12	Was gibt: $105 - 8$ ? [Richtige Antwort: 97]		v
13	Was gibt: $11 \times 12$ ? [Richtige Antwort: 132]		v
14	Schreiben Sie irgendeinen Satz auf dieses Papier. [Verb, Subjekt, Objekt]		v
15	Was waren die drei Dinge, die Sie vorher benannt haben? NASE		m
16	ARMBANDUHR		m
17	BLEISTIFT		m
18	Sprechen Sie nach: „keine, und, wenn, oder, aber.“		v
19	Berühren Sie mit dem rechten kleinen Finger ihr linkes Ohr.		v
20	Lesen Sie, was auf dem Blatt steht und machen Sie es. [Blatt: AUGEN ZU!]		v
21	Machen Sie nach. [Mit Händen vormachen: R Daumen – R kl. Finger]		sp
22	Machen Sie nach. [Mit Händen vormachen: L Daumen – L kl. Finger]		sp
23	Machen Sie nach. [Beide Hände: Finger ineinander verschlungen]		sp
24	Bitte kopieren Sie diese Zeichnung. [3-Dimensionale Figur vorlegen.] QUADRAT		sp
25	QUADRAT MIT STRICH		sp
26	QUADRAT MIT ECKE (3-DIM.)		sp
27	GANZE FIGUR		sp
28	Bitte machen Sie nach. [R Hand flach – L Hand Faust]		sp
29	Bitte machen Sie nach. [R Hand Faust – L Hand flach]		sp
30	Bitte machen Sie nach. [R Hand flach – L Hand Faust]		Sp
	TOTAL		

## 8.4 Zufriedenheit mit dem Film, StudienteilnehmerIn



Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

### Zufriedenheit mit dem Film StudienteilnehmerIn

Projekt SIMPA

t2 Code

**StudienteilnehmerIn** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

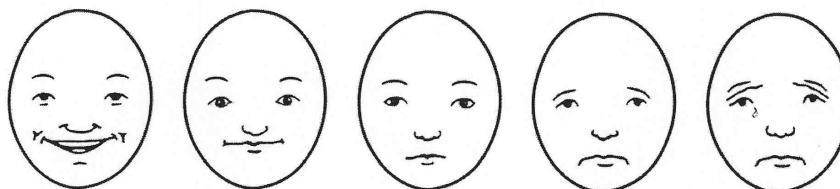
**Interviewerin** Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

*Nun möchten wir gerne von Ihnen wissen, ob Ihnen der Film gefallen hat. Dazu möchte ich Ihnen einige Fragen stellen.*

#### (1) Hat Ihnen der Film gefallen?

*Bitte zeigen Sie dazu auf der Gesichterskala das zutreffende Gesicht.*

*Wenn Sie zum Beispiel das traurige Gesicht wählen, würde dies bedeuten, dass Ihnen der Film gar nicht gefallen hat.. Im Gegensatz dazu, würde das lachende Gesicht bedeuten, dass Ihnen der Film sehr gut gefallen hat..*



5   
sehr gut

4   
eher gut

3   
soso lala

2   
eher nicht gut

1   
gar nicht gut

---

---

---

Code

1

(1.1) Falls JA: Wieso hat Ihnen der Film gefallen? Was hat Ihnen daran besonders gefallen?

(a) \_\_\_\_\_

(b) \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_

(d) \_\_\_\_\_

(1.2) Falls NEIN: Wieso hat Ihnen der Film NICHT gefallen? Was hat Ihnen daran nicht gefallen?

(e) \_\_\_\_\_

(f) \_\_\_\_\_

(g) \_\_\_\_\_

(h) \_\_\_\_\_

(2) Möchten Sie sich den Film wieder einmal ansehen?

Ja

Vielleicht

Nein

Weiss nicht

Allgemeine Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme an unserer Studie!*

Code

2



## 8.5 Zufriedenheit mit dem Film, Angehörige



Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

### Zufriedenheit mit dem Film

Projekt SIMPA

t2 Code

Angehörige Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Interviewerin Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Nun möchten wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie mit dem Film zufrieden sind. Dazu möchte ich Ihnen einige Fragen stellen.

**(1) Gesamthaft betrachtet:**

Wie schätzen Sie den Nutzen des Filmes für Sie persönlich auf einer Skala von 1 – 10 ein?

Bitte zeigen Sie dazu auf der Skala **die zutreffende Zahl zwischen 1 und 10** an (Skala vorlegen).

Wenn Sie zum Beispiel die Zahl 1 wählen, würde dies bedeuten, dass Sie glauben, dass der Film für Sie persönlich gar nicht nützlich war. Im Gegensatz dazu, würde ein Kreuz auf der Zahl 10 bedeuten, dass Sie glauben, dass der Film für Sie persönlich sehr nützlich war.

gar nicht nützlich

sehr nützlich

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**(2) Welchen Nutzen hat Ihnen der Film persönlich gebracht, in Ihrem praktischen Alltag?**

(a) \_\_\_\_\_

(b) \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_

(d) \_\_\_\_\_

Code

1

(3) Haben Sie durch das regelmässige Abspielen des Filmes persönliche Entlastung erfahren?

- Ja       Nein       Weiss nicht

(3.1) Wieso JA/NEIN?

- (a) \_\_\_\_\_  
(b) \_\_\_\_\_  
(c) \_\_\_\_\_  
(d) \_\_\_\_\_

(4) Was haben Sie während der Laufdauer des Filmes gemacht?

- (a) \_\_\_\_\_  
(b) \_\_\_\_\_  
(c) \_\_\_\_\_  
(d) \_\_\_\_\_

(5) Kam es vor, dass Ihr(e) (Ehe-)PartnerIn den Film nicht mehr anschauen wollte?

*Separate Skala vorlegen. Bitte geben Sie auf dieser Skala an, ob dies vorkam und wie häufig.  
Kam dies nie vor oder etwa sehr häufig?*

- Ja, sehr häufig       Ja, häufig       Ja, ab und zu       Selten       Nein, nie

(5.1) Falls JA: Aus welchem Grund?

- (a) \_\_\_\_\_  
(b) \_\_\_\_\_  
(c) \_\_\_\_\_  
(d) \_\_\_\_\_

Code

2

(6) Gab es im Zusammenhang mit dem Film irgendwelche andere Schwierigkeiten?

Ja       Nein       Weiss nicht

(6.1) Falls JA: Welche anderen Schwierigkeiten waren das?

- (a) \_\_\_\_\_
- (b) \_\_\_\_\_
- (c) \_\_\_\_\_
- (d) \_\_\_\_\_

(7) Gesamthaft betrachtet:

Wie schätzen Sie den Nutzen des Filmes für Ihre(n) (Ehe-)PartnerIn ein?

Bitte zeigen Sie dazu auf der Skala die zutreffende Zahl zwischen 1 und 10 an (Skala vorlegen).

Wenn Sie zum Beispiel die Zahl 1 wählen, würde dies bedeuten, dass Sie glauben, dass der Film für Ihre(n) (Ehe-)PartnerIn gar nicht nützlich war. Im Gegensatz dazu, würde ein Kreuz auf der Zahl 10 bedeuten, dass Sie glauben, dass der Film für Ihre(n) (Ehe-)PartnerIn sehr nützlich war.

gar nicht nützlich

sehr nützlich

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(8) Welchen Nutzen hat der Film für Ihre(n) (Ehe-)PartnerIn gebracht, in Ihrem/Seinem praktischen Alltag?

- (a) \_\_\_\_\_
- (b) \_\_\_\_\_
- (c) \_\_\_\_\_
- (d) \_\_\_\_\_

Code

3

**(9) Konnte Ihr(e) (Ehe-)PartnerIn durch das regelmässige Betrachten des Filmes eine Verbesserung seines Wohlbefindens erfahren?**

*Separate Skala vorlegen: Bitte geben Sie auf dieser Skala an, ob dies vorkam und wie stark. Kam es sehr stark vor oder gar nicht?*

- Ja, sehr stark     Ja, stark     Ja, ein bisschen     kaum     Nein, nicht

**(9.1) Wieso glauben Sie das? Wie äusserte sich das?**

- (a) \_\_\_\_\_  
(b) \_\_\_\_\_  
(c) \_\_\_\_\_  
(d) \_\_\_\_\_

**(10) Konnten Sie bei Ihrem (Ehe-)Partner nach dem Betrachten des Filmes eine positive Aktivierung feststellen. D.h. dass er/sie z.B. gesprächiger war und wieder vermehrt über Vergangenes sprach?**

*Separate Skala vorlegen: Bitte geben Sie auf dieser Skala an, ob dies vorkam und wie häufig. Kam dies nie vor oder etwa sehr häufig?*

- Ja, sehr häufig     Ja, häufig     Ja, manchmal     fast nie     Nein, nie

**(10.1) Wie äusserte sich das?**

- (a) \_\_\_\_\_  
(b) \_\_\_\_\_  
(c) \_\_\_\_\_  
(d) \_\_\_\_\_

Code

4

**(11) Ist Ihr(e) (Ehe-)PartnerIn manchmal agitiert, d.h. unruhig, geht ständige umher etc.?**

*Separate Skala vorlegen: Bitte geben Sie auf dieser Skala an, ob dies vorkam und wie häufig.  
Kam dies nie vor oder etwa sehr häufig?*

- Ja, sehr häufig     Ja, häufig     Ja, manchmal     fast nie     Nein, nie

**(11.1) Konnten Sie bei Ihrem (Ehe-)Partner durch das regelmässige Betrachten des Filmes eine Reduktion von agitiertem Verhalten feststellen?**

*Separate Skala vorlegen: Bitte geben Sie auf dieser Skala an, ob dies vorkam und wie stark.  
Kam es sehr stark vor oder gar nicht?*

- Ja, sehr stark     Ja, stark     Ja, ein bisschen     kaum     Nein, nicht

**(11.2) Falls Ja: Wie äusserte sich das?**

- (a) \_\_\_\_\_  
(b) \_\_\_\_\_  
(c) \_\_\_\_\_  
(d) \_\_\_\_\_

**(12) Was müsste man Ihrer Meinung nach ändern, damit der Film einen noch grösseren Nutzen hat?**

- (a) \_\_\_\_\_  
(b) \_\_\_\_\_  
(c) \_\_\_\_\_  
(d) \_\_\_\_\_

**Allgemeine Bemerkungen**


\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme an unserer Studie!*

Code

5

## 8.6 Filmtagebuch



Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

### Filmtagebuch

Projekt SIMPA

StudienteilnehmerIn Name \_\_\_\_\_

Interviewerin Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Studiendauer \_\_\_\_\_

Code

**Bitte spielen Sie den Film mindestens drei Mal pro Woche ab.**

Bitte notieren Sie bei jedem Abspielen des Filmes das Datum und die Uhrzeit in den dafür vorgesehenen Kästchen hier auf dem Blatt. Vielen Dank!

Wenn Sie mögen, können Sie auch Bemerkungen zu den einzelnen Sitzungen notieren, wenn Ihnen etwas Besonderes auffällt. Diese können uns nützliche Informationen liefern. (Wenn Sie zu wenig Platz dafür haben, dürfen Sie gerne auf der Rückseite weiterfahren.)

Datum	Uhrzeit	Freiwillig: Bemerkungen zu den einzelnen Filmvorführungen
z.B. Do 7.5.09.	z.B. 11:00	
1. Woche		

Code

## 8.7 Auswertung Tagebücher

Tabelle 17 Auswertung Tagebücher Experimentalgruppe (n=21), Mehrfachnennungen

Tabelle 17 Tagebucheinträge der Angehörigen der Experimentalgruppe (n= 21), Mehrfachnennungen möglich

Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	22	Summe aller Einträge/ Nennungen	Mittelwert
Tagebucheinträge	15	10	11	11	12	9	14	8	9	12	12	18	12	8	9	11	11	16	12	10	13	243	11.6
Nichts beobachtet	7	1	1	1	12	9			2	3		16	2	5	9	3	9	3	3		4	90	5.6
Angabe in Prozent	46.7	10	9	9	100	100			22.2	25		88.9	16.7	62.5	100	27.3	81	18.9	25		30.8		46%
Interesse/Aufmerks.	6	4	2	3			7	8	3	4	4		1			4		9	9	9	1	61	4.6
Angabe in Prozent	40	40	18.2	27.3			50	100	33.3	33.3	33.3	8.3	8.3			36.4		56.3	90	7.7			41.6%
Lieder	3	2	3	1			8		5	8	8	8	8	2			1	5		6	6	58	4.5
Angabe in Prozent	20	20	27.3	9			57.1		41.7	66.6	66.6	66.6	25				9	31.3	60	46.2			36.9%
Negative Stimmung			3	1			1		4	2						3			9			23	3.2
Angabe in Prozent			27.3	9			7.1		33.3	16.7						27.3			75				28%
Eingeschlafen		1	1	1			1		2	8			2			2		1	1	3		23	2.9
Angabe in Prozent		10	9	9			7.1		22.2	66.6		16.7				18.2		6.3	8.3	30			18.5%
Weglaufen		2		4			1		2	1	2			1			1	1				15	1.7
Angabe in Prozent		20		36.4			7.1		22.2	8.3	11.1			12.5			9	6.3					14.8%
Gedächtnis			1						2												2	5	1.7
Angabe in Prozent			9						16.7												15.4		13.7%
Bewegung		2	2	2			1		1	1								1			2	11	1.6
Angabe in Prozent		13.3	20	18.2			7.1		8.3									6.3			15.4		12.7%

Die Interviews und Tagebücher wurden alle codiert. Code 1 – 24 Experimentalgruppe (Missing 21, 23, 24)

## 8.8 Auswertung Tagebücher Kontrollgruppe

*Tabelle 18* Auswertung Tagebücher Kontrollgruppe ( $n=5$ ), Mehrfachnennungen

Code	101	102	103	104	106	Summe aller Einträge/ Nennungen	Mittelwert
Tagebucheinträge	5	6	1	6	5	23	4.6
Nichts beobachtet	2	4		3	1	10	2.5
Angabe in Prozent	40	66.7		50	20		44.2
Negative Stimmung	2		1	2	3	8	2
Angabe in Prozent	40		100	33.3	60		58.3
Interesse/Aufmerks.		1		1	2	4	1.3
Angabe in Prozent		16.7		16.7	40		24.5
Weglaufen		1	1	1		3	1
Angabe in Prozent		16.7	100	16.7			44.5
Lieder	1					1	1
Angabe in Prozent	20						20
Eingeschlafen							
Gedächtnis							
Bewegung							



Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: