

Milieutherapie – „Hier fühle ich mich wohl, hier bin ich daheim!“

Ruth Wetzel

Frau Sommer, 88 Jahre alt, lebt mit ihrem Willensstärker Peter seit fünf Jahren in einem Pflegeheim. Vor drei Jahren wurde bei ihr eine Alzheimerkrankung diagnostiziert. Ihr Zimmer ist mit vielen alten Möbeln eingerichtet, die ihr das ganze Leben lang wichtig waren. Das alte Kanapee ist eines ihrer Lieblingsstücke, auf dem sie jeden Tag ihr Mittagsschlafchen hält. Das alte Buffet – ist noch von ihrer Mutter. Eine Ahnengalerie umfasst ihre Erinnerungen, von denen sie jedem, der sie besucht, gerne erzählt. So kann sie sich richtig wohlfühlen.

„Der moderne milieutherapeutische Behandlungsansatz geht von der Einsicht aus, dass es Ziel der Behandlung sein muss, dem Kranken im Rahmen seiner Behinderung in möglichst selbstständiger Weise in der Gesellschaft so möglichst großem individuellen Entfaltungsspielraum zu verhelfen.“ (Finzen 1978; in Staack 2009, S. 10) In dieser Zeit entwickelte sich der milieutherapeutische Ansatz u. a. durch Prof. U. Lehr und Konrad Hummel in Fellbach. Letzterer brachte als Erster milieutherapeutische Ansätze in die stationäre Altenpflege ein. Er betont: „Unter Milieugestaltung verstehen wir diejenigen Maßnahmen, die zu einer nach therapeutischen Gesichtspunkten geplanten Umwelt führen. Ihr Ziel ist es,

peutisches Handeln beschrieben, das sich auf ein Konzept zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen (Reserven und Verluste) des Demenzkranken stützt. Solch ein Konzept ist eine unerlässliche Voraussetzung, die Qualität der Milieutherapie zu sichern.“ (Gutzmann & Wojnar; in Staack 2009, S. 12)

2.1 Materieller Schwerpunkt

Die räumliche Gestaltung des Lebensumfeldes im stationären Bereich spielt für den an Demenz erkrankten Menschen eine sehr wichtige Rolle. Wir wissen, dass das Langzeitgedächtnis und somit die Erinnerung eine wichtige Ressource ist, die so lange wie möglich geweckt und erhalten bleiben muss. Ein vertrautes Umfeld mit bekannten Möbeln und wichtigen Kleinigkeiten bietet den Heimgefühlen eine bekannte wohnliche Atmosphäre. Sicherheit, Geborgenheit und Wohlbefinden. Demenzkranke Menschen brauchen sinnvolle Reize, die sie nicht überfordern sollen.

2.2 Bauliche Ansätze

Die neuesten Ansätze streben eine Bauweise von Wohngruppen mit 8–12 Bewohnern an. Die Einzel- und Doppelzimmer befinden sich im Karree gebaut (Abb. 1) um den sog. „Marktplatz“. Um diesen Marktplatz herum besteht für die Bewohner die Möglichkeit, ihren Bewegungsdrang sicher auszuleben. Im Atrium befinden

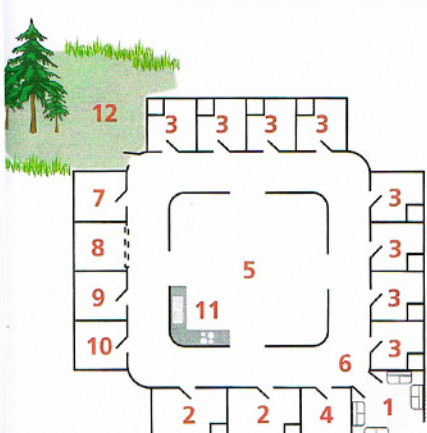


Abb. 1: Ein neuer Ansatz: Wohngruppen mit 8–12 Bewohnern. Die Zimmer sind im Karree um einen „Marktplatz“ gebaut (nach Staack 2009, S. 17).

Warum ist das so wichtig? Welchen Anteil daran hat die Milieutherapie? Diese Fragen möchte ich in diesem Fachartikel beantworten.

1. Geschichtlicher Hintergrund

Die Milieutherapie war lange Zeit eine bevorzugte Therapie für psychisch Kranke. Psychiater erwähnen diesbezüglich mit hoher Anerkennung den französischen Arzt Philippe Pinel, der 1772 den Kranken ihre Ketten abnahm und feststellte, dass sich dieser befreiende Akt positiv auf die Geisteskranken auswirkte. Er beobachtete, dass durch die Milde der Behandlung sowie mehr Zuwendung zum Geiste der „Iren“ der Verlauf der Erkrankungen deutlich Fortschritte zeigte. Dies war wohl die erste Form der Milieutherapie.

Eine sehr wichtige Definition schrieb Prof. Asmus Finzen in den 70er Jahren:

- den Einschränkungen bei den Bewohnern entgegenzuwirken, die mit dem dauerhaften Aufenthalt im Heim verbunden sind;
- früher vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten neu zu entwickeln und ein sicheres Feld für die Erprobung zu schaffen.“ (Hummel; in Staack 2009, S. 11)

So wurden diese Ansätze Mitte der 90er Jahre in gerontopsychiatrischen Bereichen der stationären Altenpflege ein fester Begriff (vgl. aktuelle Definition unter Ziff. 2).

2. Therapeutische Schwerpunkte der Milieutherapie

Die aktuelle Definition stammt von Gutzmann und Wojnar: „Mit Milieutherapie demenzkranken Menschen wird ein bewusstes, pflegerisch-thera-

farben eignen sich am besten gedeckelte Weißtöne sowie warme Pastelltöne. Türen der Funktionsräume sollten mit der gleichen Farbe wie die Wand gestrichen werden; diese sind für den demenziell Erkrankten uninteressant. Dagegen sollten die anderen Türen (des eigenen Zimmers und des Aufenthaltsraums) zur besseren Orientierung farblich abgesetzt werden. Die weitere Gestaltung mit Namen, Schildern oder Symbolen erleichtert die Orientierung zusätzlich. Ein braungrüner Boden ohne große bunte Muster kann von den Erkrankten leichter als „Boden“ erkannt werden. Er bietet Sicherheit, während häufiger Farbwechsel oder ein großes Muster bei dementen Menschen Verwirrung, Unsicherheit und Ängste auslösen kann.



Abb. 2 und 3: Die alte Nähmaschine sowie das Kinderbett mit Puppe aus Kindertagen geben demenzkranken Menschen Sinneserregungen und Gesprächsanlässe.

Baum, Obststräucher am Wegesrand, die zum Probieren einladen sowie bekannte blühende Blumen, die Düfte verstreuen und die Erinnerungen anregen, erweitern die so wichtigen Nutzungsmöglichkeiten für den alten Menschen. Angepasste Hochbeete laden durch Ressourcen geweckt und erhalten werden (Wetzel 2013).

2.3 Wahrnehmungsangebote

Demenzkranken Menschen brauchen möglichst viele verschiedene Angebote für alle Sinne, welche in der räumlichen Gestaltung sehr wichtig sind. Hier einige Beispiele:

- die alte Nähmaschine (Abb. 2)
- der alte Kinderwagen und das alte Kinderbett mit Puppe (Abb. 3)
- die Frisierkommode
- das alte Klavier oder andere alte Musikinstrumente
- die Ahnengalerie
- das alte Buffet
- die „gute Stube“ (Abb. 4, S. 107)
- Stofftiere und Teddybären

3. Organisatorische Schwerpunkte

Die Grundlage zur Umsetzung des milieutherapeutischen Ansatzes ist die

Bedarfsmittlung in der Einrichtung. Dazu werden eine Aufstellung der Klientenbedürfnisse, danach die Entscheidung der Betreuungsform sowie Mitarbeiter benötigt, die hinter diesem Ansatz stehen und danach arbeiten wollen. Nach dem Motto: „WIR ziehen an einem Strang!“

3.1 Betreuungsformen

3.1.1 Der integrative Ansatz

Nach diesem Ansatz werden Menschen mit Demenz zusammen mit allen anderen pflegebedürftigen Bewohnern betreut, behandelt und gepflegt. Ziel dieser integrativen Form ist es, durch Aktivierung und Förderung die noch vorhandenen Ressourcen im Zusammenleben mit psychisch gesunden Menschen zu stärken, getreu dem Motto: „Ich gehöre dazu.“ Der Integrative Ansatz verbindet eine Stigmatisierung entgegen. Jedoch sollten geistig gesunde Bewohner wegen der teils schwierigen Verhaltensweisen Demenzkranker nicht selten an ihre Grenzen. So können Ängste und Konflikte entstehen, denen das Personal zusätzlich zu seinen pflegerischen Aufgaben professionell begegnen muss. Grundvoraussetzungen für diese bedürfnisorientierte Betreuungsform sind ein angepasstes Pflege-, Betreu-

ungs- und Wohnkonzept (z. B. ein alltagsorientiertes Konzept), eine passende Gestaltung des Wohnbereiches sowie gerontopsychiatrisch geschultes Personal.

3.1.2 Der segregative Ansatz

Nach dieser Betreuungsform werden Menschen mit Demenz rund um die Uhr nach festgelegten Prinzipien in einem Wohnbereich betreut. Ziel des segregativen Ansatzes ist die Aktivierung und Erhaltung der gesunden Persönlichkeitsanteile unter Gleichgesinnung. (Man spricht häufig auch von einem geschützten Bereich.) Die Konfrontation mit geistig gesunden Mitbewohnern entfällt. Es kann ein therapeutisches Milieu hergestellt werden, in dem sich die Bewohner daheim und verstanden fühlen. Jedoch besteht hier die Gefahr der Stigmatisierung. Die Demenzkranken leben in einer heilen Welt und erfahren zu wenig Normalität. Das neue Konzept kleiner Wohngruppen von bis zu 12 Personen in einer geschützten Umgebung mit einem gemeinsamen zentralen Ort, wie z. B. einer Wohnküche, bietet der Gruppe Sicherheit und Orientierung und vermittelt: „Ich fühle mich daheim.“ In diesen Häusern wird meist nach dem alltagsorientierten Konzept gelebt, betreut und gepflegt. Eine Mitarbeit bei den anfallenden Aufgaben des Alltags bietet dem Menschen mit Demenz eine zeitliche Struktur. Alltägliche hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die sie noch können, wecken Ressourcen. Die an Demenz Erkrankten erleben im Tun Kompetenzen („ich kann noch etwas“), die sie mit Freude erfüllen. Grundvoraussetzungen für diese Betreuungsform ist gerontopsychiatrisch geschultes Fachpersonal mit wertungsfreier Haltung und eine passende Gestaltung des Wohnbereiches. Es ist klar, dass der Betreuungsbedarf dieser Klientel sehr hoch ist, da die immer wiederkehrende Anleitung

kleinster alltäglicher Dinge sehr viel Zeit beansprucht.

3.1.3 Der teilsegregative Ansatz

Nach dieser Betreuungsform wohnen Menschen mit Demenz zusammen mit psychisch gesunden Menschen. Im Tagesverlauf wird jedoch eine besondere Betreuung für demenzkranke Bewohner angeboten. Durch tagsstrukturierende Maßnahmen und angepasste Betreuungskonzepte wird versucht, ein integratives Zusammenleben unter demenzkranken Menschen zu erreichen und die Nachteile der beiden anderen Ansätze zu kompensieren (Wetzel 2014).

3.2 Betreuungskonzept

Die Betreuungskonzepte sind gewöhnt. Nun muss ein multiprofessionelles Betreuungskonzept erarbeitet oder das bisherige Heimkonzept erweitert werden. Das neu/modifizierte Konzept bildet unsere Handlungsgrundlage für den uns anvertrauten alten Menschen und ist eine vorgeschriebene Qualitätssicherung für jede Einrichtung. Einige wichtige Schwerpunkte für ein milieutherapeutisches Konzept sollen hier vorgestellt werden:

3.2.1 Biografiearbeit

Für eine professionelle Betreuungsarbeit von dementen Menschen ist die Biografiearbeit unerlässlich. Im Sinne der Interventionsgerontologie ist sie als wesentlicher Beitrag zur umfassenden Begleitung des alten Menschen anzusehen. In der Gerontologie werden unter dem Begriff der Intervention alle Maßnahmen und Bemühungen zusammengefasst, die ein größeres psychophysisches Wohlbefinden des alternden Menschen zum Ziel haben (Lehr; in Kerckhoff & Hallbach 2011, S. 25).



Abb. 4: „Die gute Stube“ – ein Raum für soziale Kontakte und positive Erinnerungen

in der „guten Stube“ (Abb. 4) bieten die richtige Atmosphäre, um Wohlbefinden zu beobachten und Gespräche untereinander zu begleiten. In der derzeitigen Generation im Pflegeheim lässt sich zudem mit Naturerleben und Gartenarbeit Kommunikation fördern. Spiele (z. B. „Vertellekes“ oder „Sonnenuhr“, beide aus dem Vincentz-Verlag) bieten im spielerischen Miteinander sehr gute Möglichkeiten, biografische Informationen zu erhalten. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen oder dem Betreuer bietet ebenfalls eine wichtige Informationsmöglichkeit. Das gemeinsame Gestalten eines Erinnerungsalbums oder eine Erinnerungskiste bietet Anlässe, um mit dem erkrankten Menschen über die verwendeten Materialien in Kontakt zu treten. Außerdem kann eine

angepasste gemeinsame Gestaltung des Zimmers oder Flurs angeregt und durchgeführt werden (Abb. 5 und 6). Wichtig ist natürlich eine ausreichende Dokumentation im Biografiealbum und die Einbindung in die Betreuung- und Pflegeplanung. „Biografiearbeit verändert die Erinnernden und die Zubehörenden. Menschen sind nicht mehr reduziert auf die oberflächliche Erscheinung der Gegenwart, sondern werden auch als Vergangenheit wahrgenommen. So kann Respekt entstehen. Dieser Respekt gründet sich nicht nur auf das Gelingen, er bezieht auch auf das Misslingen ein. So kann allen an der Biografiearbeit Beteiligten deutlich werden, wie viel hätte werden können und nicht geworden ist, wie viel Leben verspricht, aber nicht einhält. Und wie reich es dennoch ist.“ (Ruhe 2012)

3.2.2 Tagesstruktur

„Tagesstrukturierende Maßnahmen sind Handlungen zum Zweck, dem

Tag einen sinnvoll gegliederten Aufbau zu geben.“ (Kötter 2011)

Für den an Demenz erkrankten Menschen sind angepasste Tagesstrukturen, die er gewohnt ist, sehr wichtig und hilfreich. Sie bieten Sicherheit und Orientierung. Dazu benötigt er Unterstützung und Anregungen im räumlichen, situativen, tagesspezifischen und personellen Bereich. Beispiele:

- Gewohnheiten nutzen und einsetzen (frühes Aufstehen, Mittagssruhe im Ohrensessel, Zeitung lesen usw.)
- Essensvorlieben (Gebet)
- Abendrituale (Abendgebet, geschlossenes oder offenes Fenster, verdunkelt oder Nachtbeleuchtung)
- Jahreszeitliche Angebote durch Dekorationen, Aktivierungsangebote und Feste
- Religiöse Angebote (Besuch von Gottesdiensten, Rosenkranz beten lassen, Kirchenlieder singen) Dazu möchte ich eine Situation beschreiben, die deutlich zeigt, wie wichtig der Raum „Kirche“ ist:
 » Fran Winter (Name erfunden) saß im Rollstuhl im Pflegeheim und rief und schimpfte in voller Lautstärke wütend durch den Raum. Dies störte die Mitbewohner erheblich. Es entstand ein massives Spannungsfeld. Ich war-



Abb. 5 und 6: Beispiele für eine demenzgerechte Wandgestaltung im Seniorenpflegeheim St. Maria in Regglisweiler



Abb. 7: Eingangsschild zum Speisesaal, der nach einem bekannten regionalen Lokal benannt und entsprechend gestaltet wurde.

aufnahme des Erkrankten viel intensiver ist. Natürlich spielen hier auch andere Aspekte eine Rolle, wie die Atmosphäre, die Räumlichkeit, das angepasste Programm usw. Im Seniorenpflegeheim St. Maria in Regglisweiler sind die Speisesäle in bekannte regionale Wirtshäusern mit ihrem jeweiligen Ambiente konzeptionell umfunktio- niert worden (Abb. 7). Nach meiner Erfahrung entsteht hierdurch für den Bewohner eine wohnliche, bekannte Atmosphäre, welche die Nahrungsaufnahme steigert.

3.2.3 Personal

Um zu gewährleisten, dass sich die uns anvertrauten alten Menschen wohl fühlen, hat die Mitarbeiterführung für das multiprofessionelle Team (Pflege, Betreuung, Küchenpersonal, Reinigungspersonal, Hauswirtschaft, Verwaltung, Hausmeister, ehrenamtliche Mitarbeiter) einen hohen Stellenwert. Folgende Strukturen sind daher sehr wichtig:

- Stellenbeschreibungen
- Flexible Arbeitszeiten (arbeitsnehmerfreundlich)
- Bezugspläne (Einbeziehung der Biografiearbeit und Milieugestaltung)
- Regelmäßige Teambesprechungen
- Regelmäßige Fallbesprechungen
- Regelmäßige Fortbildungsangebote für alle Bereiche
- Gute „Pflege“ der Mitarbeiter zur Verringerung der Fluktuation und Stärkung der personellen Kontinuität
- Supervision

4. Wahrnehmung und Umgang mit dementen Menschen

Um ein gut funktionierendes zwischenmenschliches Milieu im Pflegeheim zu erreichen, sind einige Punkte zu beachten. Eine wichtige Voraussetzung ist das Wissen um die Krankheit

Demenz sowie eine geschulte Wahrnehmung, um Verhaltensauffälligkeiten zu verstehen und angepasst zu handeln.

4.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung

Eine wichtige Grundhaltung ist die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers (1902–1987), Rogers war Psychologe und Psychotherapeut. Seiner Ansicht nach soll sich der Berater dadurch auszeichnen, dass er eine Haltung auslebt, die sich ausdrückt in:

- Selbstkongruenz (Echtheit): Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut seiner Selbst gewahr ist, dass ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern dass er sie auch durch sein Sein und Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann. Das bedeutet, dass eine direkte, personale Begegnung mit dem Klienten stattfindet, eine Begegnung von Person zu Person. Der Therapeut soll ganz er selbst sein und sich nicht verleugnen. (Rogers 1977, S. 26)
- Positive Wertschätzung: „Ich nehme an, dass persönliches Wachsen und Änderung bei einer Person eher auftritt, je mehr der Therapeut und Berater eine warme, positive, akzeptierende Einstellung bei sich selbst gegenüber dem erlebt, was in dem Patienten vor sich geht. Das bedeutet, dass der Psychotherapeut seinen Klienten in nicht besitzergreifender Weise umsorgt, als eine Person mit Entwicklungsstörungen. Das schließt die offene Bereitschaft mit ein, den Klienten zu akzeptieren, wie auch immer sein Finden im Moment sein mag – feindselig oder liebevoll, sich auflehnd oder sich unterwerfend, selbstsicher oder selbstverachtend.“ (Rogers 1962, zitiert nach Tausch & Tausch 1979, S. 66f)

Empathie (einführendes Verstehen): Aufgabe des Beraters ist es, die innere Realität seines Gegenübers so weit wie möglich wahrzunehmen, zu verstehen und das Verstehen zu kommunizieren. Empathie besteht also aus drei Komponenten: Wahrnehmen, Verstehen und Mitteln, wobei diese Mitteln verbal und nonverbal erfolgen kann. Empathie richtet sich auf das, was der Ratsuchende erlebt. (Rechtien 1988, S. 129)

4.2 Validation

Die Validation ist eine Methode, sich in die Realität der Demenzkranken hineinzuversetzen und deren momentane Befindlichkeit zu akzeptieren. Man spricht häufig von „in seine Schuhe schlüpfen oder sich auf seine Ebene begeben“. Die Validation wurde von Naomi Feil auf der Grundlage der klientenzentrierten Gesprächsführung entwickelt und 1990 von Amerika nach Europa gebracht. Der Grundgedanke besteht darin, das Gefühl, das der demenzkranke Mensch nach außen trägt, als wahr und gültig zu betrachten und anzuerkennen.

Ziel der integrativen Validation nach Nicole Richard ist es, einen Zugang zur Erlebniswelt des desorientierten Menschen zu finden und dessen Wahrnehmungen und den daraus folgenden Reaktionen mit Wertschätzung und Empathie zu begegnen, um so einen möglichst hohen Grad an Lebensqualität für ihn zu erhalten. Diese Methode erfordert viel Sensibilität und Flexibilität beim Personal, um die vielfältigen täglichen Probleme und Wünsche im Umgang mit Demenzkranken zu erkennen und einfühlsam zu erfüllen.

4.3 Tipps zum Umgang mit Demenzkranken

Zum Schluss möchte ich Ihnen einige Tipps für einen erleichterten Umgang mit demenzkranken Menschen geben:

- Schenken Sie dem Demenzkranken Anerkennung, Aufmerksamkeit und Zuwendung.
- Akzeptieren Sie die Sichtweise des Kranken als die für ihn gültige.
- Lenken Sie ab, anstatt zu konfrontieren. Vermeiden Sie Diskussionen.
- Korrigieren Sie nicht ständig, wenn er etwas Falsches sagt. Nehmen Sie an, dass die Aussage für den Demenzten stimmig ist.
- Sprechen Sie in einfachen und kurzen Sätzen mit ihm.
- Stellen Sie einfache Fragen, die nur mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden müssen.
- Beziehen Sie die Aggression des Demenzten nicht auf sich, auch wenn sie gegen Sie gerichtet sind.
- Achten Sie auf Körpersignale des Kranken und gehen Sie auf der Gefühlsebene darauf ein.
- Schützen Sie den Betroffenen vor Überforderung.
- Halten Sie Blickkontakt.
- Geben Sie in einzelnen Schritten Anweisungen, also nacheinander.
- Gestik, Mimik und Vornamen können gut als Verständigungshilfen genutzt werden.
- Singen tut gut, insbesondere in Unruhephasen. Häufig stimmen die Betroffenen mit ein.
- Beziehen Sie den Demenzkranken in Entscheidungen ein.
- Reden Sie nicht in Anwesenheit der Kranken über sie.
- Arbeiten Sie mit Ritualen, wiederholenden Elementen (z. B. eine Beschäftigung pro Tag zur gleichen Zeit, mit bestimmtem Anfang/Schluss ...).
- Motivieren Sie den Kranken, drängen Sie ihn aber niemals zu sehr oder zwingen ihn gar, etwas zu tun.
- Beachten Sie das Tempo des Kranken.
- Versuchen Sie, den Demenzkranken in irgendeiner Weise zu beteiligen, z. B. indem er etwas hält, er eine Farbe aussucht. Sie ihn in das Gespräch mit einbeziehen und Sie seine Ideen aufnehmen, bestätigen, damit ungehen.

Praxishandbuch Biografiearbeit Methoden, Themen und Felder Hans Georg Ruhe 2014, 280 Seiten, ISBN 978-3-7799-3154-6, Euro 19,95, Beltz, Weinheim

Dieses Praxishandbuch beschreibt Themen und Arbeitsfelder, stellt neue und eingeführte Methoden vor, illustriert und variiert mit Beispielen aus der täglichen Arbeit. Umfangreiche Fragekataloge, Situationsbeschreibungen und Medienhinweise regen Reflexionen, Gespräche und Projekte an. PraktikerInnen werden schnell orientiert. Das Handbuch bietet Anregungen für Bildung, Begleitung, Pflege und Therapie. Biografiearbeit ermutigt, die eigene Lebensgeschichte in den Blick zu nehmen und auf die Geschichten anderer zu hören. Sie lindert Verletzungen der Vergangenheit, stärkt für das Leben in der Gegenwart und bietet Horizonte für gelingendes Leben.

- Unterfordern bzw. überfordern Sie den Kranken nicht.
- Erkennen Sie Leistungen des Kranken an, loben Sie angemessen.

Und wir sollten bei allen Schwierigkeiten im Umgang mit demenzkranken Menschen nicht vergessen:

» Was wir mit Freude tun, bringt Freude in die Welt!

In der kommenden Ausgabe erfahren Sie, welche Therapie- und Aktivierungsmöglichkeiten die Milieutherapie bietet – praxisnah anhand von Fallbeispielen dargestellt.

Literatur: Kerckhoff, B. & Hallbach, A. (2011): Biografisches Arbeiten: Beispiele für die praktische Umsetzung. Hannover: Vincentz. Köther, I. (2011): Altenpflege, 3. Auflage, Stuttgart: Thieme. Rechtien, W. (1988): Beratung im Alltag. Psychologische Konzepte des nichtprofessionell beratenden Gesprächs. Paderborn: Junfermann. Ruhe, H.G. (2012): Methoden der Biografiearbeit: Lebensspuren entdecken und verstehen. 5. Auflage, Weinheim: Juventa. Scherf, H. (2014): Alterseule – Wie wir alt sein wollen. Freiburg: Herder. Schmidt-Hackenberg, U. (2010): Wahrnehmen und Motivieren. 10-Minuten-Aktivierung. Hannover: Vincentz. Schwarz, G. (2010): Umgang mit demenzkranken Menschen. 2. Auflage, Köln: Psychiatrie. Staack, S. (2009): Milieutherapie. Hannover: Vincentz.

Die Autorin: Ruth Wetzel Altherapeutin, gerontopsychiatrische Fachkraft Referentin für Generationen- und Altherbeit Freiberufliche Tätigkeit: SINNovelle Altherapie ruthwetzel@gmx.de www.ruthwetzel.de



Stichwörter: Milieutherapie Demenz

Die Schätze des Lebens finden und festhalten (haptikon) „LebensSchätze“ ist die Vorlage zur Darstellung des persönlichen Lebenswegs in einem Erlebnis- und Biografiebuch.

Anhand von Rahmenfragen, Vorschläge und Anregungen führt das Werk durch Themenbereiche zur Person, dem Umfeld, familiären Besonderheiten, Erinnerungen sowie Vorlieben, Abneigungen und Werte. Eigene Fotos, Bilder und Briefe ergänzen die persönlichen Aufzeichnungen und bieten so viele Anlässe zu Gesprächen und Erinnerungen über wichtige Lebensstationen.

„LebensSchätze“ eignet sich daher gut als Orientierungshilfe, z.B. im Rahmen der Biografiearbeit mit demen tiell veränderten Menschen. Die Texte des 28-seitigen Buchs sind selbst erklärend und für eine gute Lesbarkeit mit großer Schöpfung versehen. Bezug über www.haptikon.de.



Stichwörter: Biografiearbeit Demenz Lebensweg