

Katja Sulimma

Diplomarbeit

„In Würde verrückt werden.“

Konzepte des Umgangs mit dementiell
erkrankten älteren Menschen.
Die Methode der Validation.

Referent: Prof. Dr. Langehennig (FB Sozialarbeit)

Korreferentin: Prof. Dr. Straumann

Vorgelegt im Fachbereich Sozialpädagogik
der Fachhochschule Frankfurt am Main

Datum: 07.07.2003

Diese Arbeit ist nach den Regeln der neuen deutschen Rechtschreibung verfasst. Bei Zitaten wurde die Schreibweise gegebenenfalls angepasst.

Zur besseren Lesbarkeit verzichte ich darauf, jeweils die weibliche und männliche Form von Personenbezeichnungen anzuführen. Die grammatikalisch männliche Form wird von mir geschlechtsneutral verwendet.

Copyright © 2003

Katja Sulimma
Am Ulmenrück 7
60433 Frankfurt
Fax: 069 - 1330 4721 402
validation@sulimma.de
<http://www.sulimma.de/validation/>

Dieses Werk kann durch jedermann gemäß den Bestimmungen der Lizenz für Freie Inhalte genutzt werden.

Die Lizenzbedingungen befinden sich im Anhang. Weitere Informationen können unter <http://www.uvm.nrw.de/opencontent> abgerufen oder bei der Geschäftsstelle des Kompetenznetzwerkes Universitätsverbund MultiMedia NRW, Universitätsstraße 11, D-58097 Hagen, schriftlich angefordert werden.

Inhaltsverzeichnis

<u>EINLEITUNG.....</u>	<u>1</u>
<u>TEIL I DEMENTIELLE ERKRANKUNGEN UND IHRE BEHANDLUNG.....</u>	<u>3</u>
1 Was sind Demenzen?	3
1.1 Definition und Begriffsklärung	4
1.2 Prävalenz von Demenz.....	5
1.3 Diagnostische Kriterien.....	7
1.4 Klassifikation, Entstehungszusammenhänge und Risikofaktoren	9
1.4.1 Primäre Demenzen	9
1.4.2 Sekundäre Demenzen.....	12
1.4.3 Abgrenzung zu Depression, Delir und dem normalen Alterungsprozess	13
1.5 Krankheitsverlauf.....	16
1.5.1 Drei-Stadien-Modell der Demenz vom Alzheimer-Typ	16
1.5.2 Stadienmodell nach REISBERG.....	19
1.6 Nichtkognitive Symptome und störendes Verhalten	19
1.6.1 Anmerkung.....	24
1.7 Wirklichkeitserleben von Menschen mit Demenz	25
1.7.1 Kommentar.....	27
2 Behandlungsansätze.....	28
2.1 Medikamentöse Behandlungsansätze	28
2.2 Nichtmedikamentöse Behandlungsansätze	29
2.2.1 Realitäts-Orientierungs-Training	32
2.2.2 Milieuthherapie	35
2.2.3 Der personenzentrierte Ansatz nach KITWOOD	38
3 Zusammenfassung zu Teil I	44
<u>TEIL II DIE METHODE DER VALIDATION NACH NAOMI FEIL</u>	<u>46</u>
4 Entstehung, Theorien und Ziele	46
4.1 Die Ursprünge der Validation nach FEIL	47
4.2 Grundlegende Theorien.....	48
4.2.1 FEIL und die Theorien von Carl ROGERS	48
4.2.2 ERIKSONs Theorie und FEILs Erweiterung.....	54
4.2.3 FEILs Theorie und Verständnis von Desorientiertheit	62
4.2.4 Theoretische Grundannahmen der Validation nach FEIL	67
4.3 Ziele der Validation	68
4.4 Zielgruppe der Validation	69
4.5 FEILs Distanzierung vom medizinischen Demenzmodell und Abgrenzung zur Demenz vom Alzheimer-Typ	70
4.6 Die vier Stadien der Desorientierung nach FEIL.....	72

4.7	Die Bedeutung von Symbolen.....	77
5	Die Anwendung der Validation.....	79
5.1	Techniken und praktische Umsetzung	79
5.1.1	Einschätzen des Grades der Desorientiertheit	79
5.1.2	Techniken der Validation	81
5.1.3	Einzelvalidation.....	82
5.1.4	Gruppenvalidation	93
5.2	Die Rolle des Anwenders	97
6	Zusammenfassung zu Teil II	100
<u>TEIL III KRITISCHE AUSEINANDERSETZUNG MIT DER METHODE DER</u>		
<u>VALIDATION NACH FEIL.....</u>		
7	Kritik der Validationstheorie	102
7.1	Überlegungen zum personenzentrierten Ansatz von Carl ROGERS	102
7.2	Zu FEILs Entwicklungsmodell und ihrer Theorie der Desorientiertheit	105
7.3	Kritik an FEILs Unterscheidung zwischen präseniler und seniler Demenz....	107
7.4	Weitere Kritikpunkte	109
7.5	Überlegungen zu FEILs Vier-Stadien-Modell der Desorientiertheit	111
7.6	Zusammenfassende Anmerkung	112
8	Überlegungen zur Anwendung der Validation.....	113
8.1	Allgemeine Aspekte	113
8.2	Praktische Anwendung von Validation	115
8.2.1	Einzelvalidation.....	115
8.2.2	Gruppenvalidation	115
8.3	Wirksamkeit von Validation	116
8.3.1	Fehlende empirische Untersuchungen.....	116
8.3.2	Empirische Untersuchungen zu Teilaspekten des Umgangs mit dementiell erkrankten alten Menschen.....	118
8.4	Validation und andere Behandlungsansätze.....	121
9	Fazit	125
<u>ABSCHLIEßENDE BEMERKUNG</u>		
<u>129</u>		
Anhang		
133		
Anhang A		
133		
Anhang B.....		
135		
Abbildungsverzeichnis		
136		
Literaturverzeichnis.....		
137		
Eidesstattliche Erklärung		
150		
Lizenz für Freie Inhalte		
151		

Einleitung

„Die Würde [ist] dem Menschen als Mensch gegeben [...], sie ist der menschlichen Existenz grundlegend zu eigen, sie wird ihm nicht durch andere gegeben. Aber wir haben die Aufgabe, alles zu tun, damit die Würde des Menschen nicht verletzt wird.“

(KRUSE 2000, zit. n. MACIEJEWSKI 2001: 14)

Menschen mit körperlichen oder seelischen Behinderungen sind vielfachen Diskriminierungen, sowohl auf persönlicher als auch auf struktureller Ebene ausgesetzt. Machtlose laufen besonders Gefahr, abgewertet zu werden. Dementiell erkrankte Menschen werden häufig als „vom Teufel besessen“, „ohne Hirn“ oder als „verrückt“ und „durchgeknallt“ depersonalisiert. Indem man sie auf diese Art zu einer anderen Spezies macht, die keine Person mehr in der vollen Bedeutung des Wortes ist, schützt man sich selbst vor der erschreckenden Vorwegnahme eines Zustandes, in den man selbst geraten könnte. Gleichzeitig gelten in diesem Moment für diese Menschen andere zwischenmenschliche Regeln.

Während eines Praktikums in einem Frankfurter Pflegeheim konnte ich beobachten und erleben, wie häufig im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen Grenzsituationen erreicht werden, bei denen die Würde eines Menschen, der Respekt vor seinem eigenen Willen, seiner Selbstverantwortung, seiner Selbständigkeit und seiner Wahrnehmung missachtet und ignoriert werden. Dementiell erkrankte Menschen werden in ihren Äußerungen nicht ernst genommen, ihr Verhalten wird nach den Wertmaßstäben gesunder Menschen beurteilt und sie werden häufig wie willenlose Wesen behandelt.

Während meines Praktikums habe ich schnell die Grenzen der Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen erfahren und erlebt, wie schnell es zu Situationen kommt, in denen die persönliche Grenze eines Menschen ohne Bedenken überschritten wird. Eine Ursache, die ich bei mir selbst beobachten konnte, ist die Schwierigkeit der Kommunikation mit diesen Menschen, die dazu führt, dass das Verhalten Betroffener nicht verstanden werden kann. Die Verwirrung besteht auf beiden Seiten, denn für den dementiell erkrankten Menschen ist das Verhalten anderer Menschen nicht erklärbar oder logisch. Es ist für ihn genauso „verrückt“, wie sein Verhalten für andere erscheint.

Als ich zum ersten Mal etwas von der Methode der Validation nach FEIL las, begeisterten mich die akzeptierende Grundhaltung und die Anerkennung der verwirrten Verhaltensweisen. Validation schien eine Kommunikationsmethode zu sein, die einen Zugang zu der inneren Welt dementiell erkrankter Menschen schafft und so ein Begleiten der Menschen, die offensichtlich viel Traurigkeit, Einsamkeit und Angst empfinden, ermöglicht.

Ziel meiner Diplomarbeit ist es zu klären, ob die Validation ein Ansatz ist, der es Menschen ermöglicht, im Fortschreiten des dementiellen Prozesses ihre Würde zu wahren, also in Würde „verrückt“ zu werden.

Um der Fragestellung: „Ist die Methode der Validation ein geeignetes Konzept für den Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen“ nachzugehen, gliedert sich diese Arbeit in drei Teile.

Für das grundlegende Verständnis findet im ersten Teil eine genaue Klärung des Krankheitsbildes „Demenz“ statt, bei dem ich besonders den Krankheitsverlauf und die mit der Krankheit einhergehenden nichtkognitiven Symptome hervorhebe. Daran anschließend stelle ich drei nichtmedikamentöse Behandlungsansätze für dementielle Erkrankungen vor.

In Teil zwei steht die Methode der Validation nach FEIL im Mittelpunkt. Nachdem ich zuerst die theoretischen und methodischen Grundlagen des Ansatzes darstelle, gehe ich anschließend auf die praktische Anwendung der Methode und die Rolle des Anwenders ein.

Der dritte Teil beinhaltet eine kritische Auseinandersetzung mit FEILs Ansatz. Ich beginne dabei mit einer Kritik der Validationstheorie und gehe über zu kritischen Überlegungen über die Anwendung der Validation. Zur Beurteilung, ob der Ansatz für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen geeignet ist, ziehe ich im Weiteren die in Teil eins dargestellten nichtmedikamentösen Behandlungsansätze hinzu.

In einem letzten Fazit formuliere ich zusammenfassend die hieraus resultierenden Ergebnisse.

Den Abschluss meiner Arbeit bilden Überlegungen hinsichtlich der Versorgungsrealität und der Notwendigkeit nichtmedikamentöser Ansätze im Hinblick auf die demographischen Veränderungen unserer Gesellschaft.

Teil I

Dementielle Erkrankungen und ihre Behandlung

Der Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen stellt Professionelle und Angehörige vor ganz besondere Herausforderungen. Durch die sich verändernden Verhaltensweisen und Fähigkeiten gestalten sich die Pflege und der Umgang mit diesen Menschen als sehr schwierig. Außerdem löst die Veränderung und das Verhalten sowohl bei Professionellen als auch bei Angehörigen häufig starke Gefühle und Ängste aus. Dies kann zu Unverständnis und Aggressionen gegenüber dementiell erkrankten Menschen führen. Für den Umgang ist es dabei hilfreich zu verstehen, was dementielle Erkrankungen, beziehungsweise was Demenzen sind. Aus diesem Grund werde ich in Kapitel 1 eine ausführliche Darstellung dieser Krankheitsfamilie geben. Auf dieses umfangreiche Bild von Demenz aufbauend stelle ich in Kapitel 2 verschiedene Behandlungskonzepte für dementielle Erkrankungen vor.

1 Was sind Demenzen?

Dementielle Erkrankungen stellen eines der häufigsten Leiden im hohen Alter dar und mit der wachsenden Zahl der hochbetagten Menschen in unserer Gesellschaft wächst auch die Zahl der Menschen mit dementiellen Erkrankungen (Kapitel 1.2). Um darauf reagieren zu können, muss verstanden werden, was Demenzen sind. Im Folgenden werde ich den Begriff Demenz erklären und definieren (Kapitel 1.1) und die sich daraus ergebenden diagnostischen Kriterien darstellen (Kapitel 1.3). Um die richtige Behandlung festzulegen, aber auch, um für das spezifische Verhalten Verständnis zu haben, sind Kenntnisse über Demenzformen, deren Entstehung und kognitive Veränderungen eine wichtige Voraussetzung (Kapitel 1.4). In der Praxis werden dementielle Symptome häufig einfach hingenommen, ohne genauer zu klären, um welche Demenz es sich handelt. Da die Symptome aber nicht nur bei Demenzen auftreten, die nicht heilbar sind, sondern auch Symptome anderer behandelbarer Erkrankungen sein können, ist eine genaue Abgrenzung nötig (Kapitel 1.4.3), um gegebenenfalls eine sinnvolle Behandlung einleiten zu können.

Das Verständnis für die diagnostische Einordnung und Abgrenzung einer Demenz ist wichtig und hilfreich. Im konkreten Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen steht aber der sichtbare und erlebbare Krankheitsverlauf im Vordergrund. Diesen werde ich in Kapitel 1.5 exemplarisch am Verlauf der Demenz vom Alzheimer-Typ darstellen. Neben den dort beschriebenen kognitiven Einbußen werden häufig die nichtkognitiven Symptome vernachlässigt. Für den Umgang und das Ausmaß der erlebten Belastung der Pflegenden stehen diese Veränderungen aber an erster Stelle (Kapitel 1.6). Aus der eingehenden Betrachtung der nichtkognitiven

Symptome ergibt sich unweigerlich die Frage, wie die Betroffenen die Krankheit, sich selbst und ihre Umgebung erleben (Kapitel 1.7). Diese Überlegungen im Zusammenhang mit dem Verständnis nichtkognitiver Symptome bilden die Voraussetzung, um Menschen mit dementiellen Erkrankungen verstehen und einschätzen zu können.

1.1 Definition und Begriffsklärung

Das Wort Demenz leitet sich aus dem Lateinischen ab. Es setzt sich zusammen aus der Vorsilbe „de“, was so viel bedeutet wie „ohne“, und aus dem Wort „mens“, was so viel heißt wie „Verstand“ im Sinne von Denkkraft. Man kann Demenz also übersetzen mit „ohne Verstand“. Das lateinische Adjektiv „demens“ bedeutet so viel wie „unsinnig“ oder „toll“ (MENGE/PERTSCH 1984:158). Das Wort Demenz beschreibt also zunächst einmal einen Zustand. Ein Mensch mit Demenz ist „ohne Verstand“. Er redet und tut „unsinniges Zeug“. Die Wortbedeutung beschränkt sich auf die kognitiven sichtbaren beziehungsweise hörbaren Fähigkeiten. Die Begrifflichkeit von Demenz umfasst jedoch viel mehr.

Der Begriff Demenz bezeichnet nicht eine einzelne Krankheit, sondern umfasst verschiedene Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit. Das Zusammentreffen verschiedener Symptome lässt ein typisches Krankheitsbild entstehen, das auch als „dementielles Syndrom“ bezeichnet wird (PFIZER 2003a).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Demenz als

„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler¹ Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung). Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“

(WHO 1999: 23)

Dabei spricht man nur von Demenz, wenn eine Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit vorliegt und nicht eine sowieso schon vorhandene niedrige Leistungsfähigkeit besteht, wie beispielsweise bei Menschen mit einer geistigen Behinderung (FÖRSTL/CALABRESE 2001: 3).

¹ Von der Hirnrinde ausgehend, in der Hirnrinde sitzend. (MÜLLER, W. et al. 1982: 427)

1.2 Prävalenz von Demenz

Die Prävalenz (Häufigkeit) von Demenzen - die eine selbständige Lebensführung in der Regel nicht mehr erlauben - bei Menschen, die 65 Jahre oder älter sind, liegt in Deutschland bei etwa 7,2%. Das entspricht etwa 900.000 Menschen, die von einer Demenz betroffen sind (BMFSF 2002: 167).

Mit steigendem Lebensalter nimmt die Prävalenz rasant zu. Während Demenzen bei Menschen zwischen 30 und 59 Jahren mit einer Rate von 0,1 %, bei Menschen zwischen 55 und 64 Jahren mit einer Rate von 0,4 % auftritt, steigt die Rate bei Menschen, die 90 Jahre und älter sind, auf über 30% an (BMFSFJ 2002: 167).

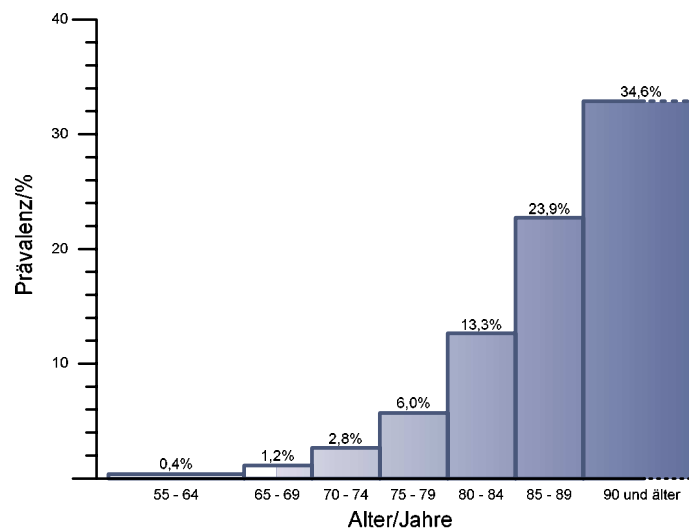


Abbildung 1: Prävalenz mittelschwerer und schwerer Demenz in Deutschland

(BMFSFJ 2002: 167)

Die Prävalenz verdoppelt sich bis zum 89. Lebensjahr ungefähr alle fünf Altersjahre. Dieses zunächst exponentielle Wachstum verlangsamt sich ab dem 90. Lebensjahr (vgl. Abbildung 1).

Wie sich die Zahlen unter den 95-Jährigen oder den über 100-Jährigen genau fortsetzen, ist umstritten. Die Schätzungen reichen von 40% bis 75% (BMFSFJ 2002: 167).

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die demographische Bevölkerungsentwicklung in Deutschland (vgl. Abbildung 2), ist mit einer kontinuierlichen Zunahme von Hochbetagten und damit von an Demenz erkrankten Menschen zu rechnen. Es wird deutlich, dass immer mehr an Demenz erkrankte Menschen auf eine im Verhältnis immer kleiner werdende jüngere Generation kommen (vgl. Abbildung 3).

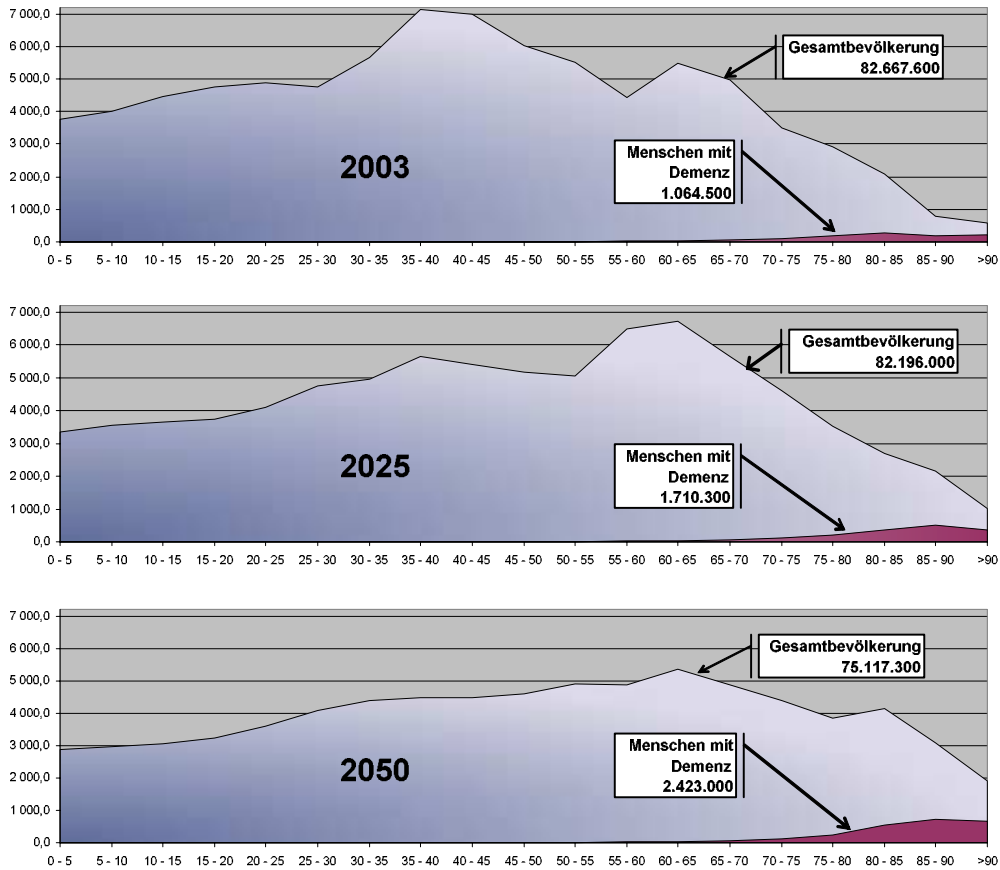


Abbildung 2: Demographische Entwicklung der nächsten 47 Jahre

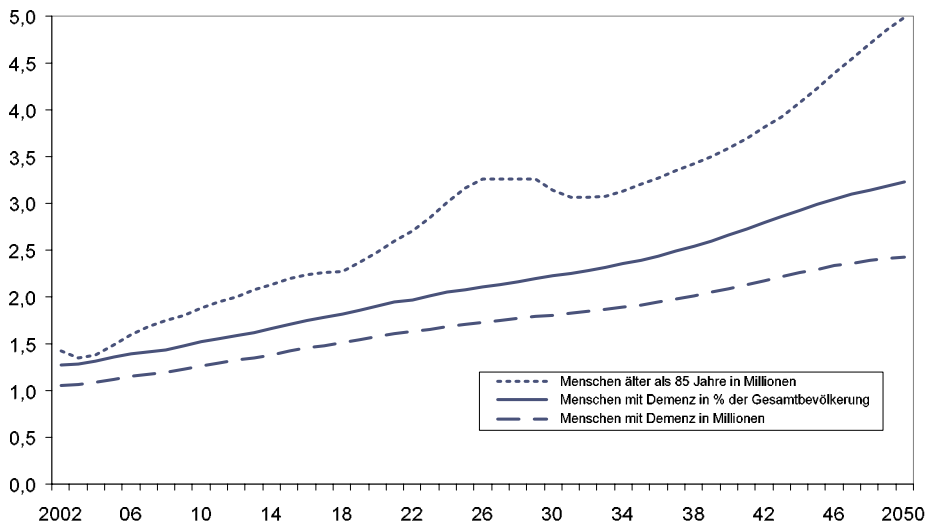


Abbildung 3: Zukünftige Entwicklung der Häufigkeit von Demenz

In Deutschland leben zurzeit etwa 60% aller an Demenz erkrankten Menschen in Privathaushalten. Sie werden hauptsächlich von Angehörigen versorgt. Mit fortschreitender Schwere der Demenz steigt die Belastung für die pflegenden Angehörigen, und immer mehr Betreuungsaufgaben müssen von professionellen Pflegekräften übernommen werden.

Die Häufigkeit schwerer und mittelschwerer Demenzerkrankungen liegt in ambulanten Einrichtungen in der Größenordnung von 12%, in Tagespflegeeinrichtungen um 45% und in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei über 60% (BMFSFJ 2002: 167f).

Dementielle Erkrankungen stellen die häufigsten psychischen Leiden im Alter dar und sind als primäre Alterskrankheit zu verstehen (GUTZMANN 1992: 8). Demenzen sind sehr häufig unter Pflegeheimbewohnern und zudem der häufigste genannte Grund für eine Heimunterbringung. Als Folge dessen ist Demenz als eine enorme volkswirtschaftliche und sozialpolitische Herausforderung zu betrachten (BMFSFJ 2002: 168).

1.3 Diagnostische Kriterien

Die Diagnose einer bestimmten Demenzform ist schwierig und umfangreich, da Demenzsyndrome viele verschiedene Ursachen haben können. Es wird versucht, systematisch Krankheiten, die als Ursache für die vermutete Demenz in Frage kommen, auszuschließen (GUTZMANN 1992: 13f). Für dieses Verfahren der Ausschlussdiagnose dienen verschiedene klinische Untersuchungen – beispielsweise internistische, neurologische und psychiatrische sowie Laboruntersuchungen des Blutes. Von besonderer Bedeutung sind die immer genauer werdenden verschiedenen bildgebenden Verfahren zur dreidimensionalen Darstellung des Gehirns, wie die Magnetresonanz-Tomographie (MRT)² oder die Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT)³. Für die Diagnose sind zusätzlich bestimmte Einschlusskriterien Voraussetzung. Dazu zählen Störungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, Einbußen beim abstrakten Denken und der Urteilsfähigkeit sowie Sprachstörungen (Aphasie), Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten (Apraxie) und die Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen (Agnosie). Ein

² Die Magnetresonanz-Tomographie ist das am häufigsten angewandte bildgebende Verfahren bei der Demenzdiagnostik. Es ist geeignet für den Nachweis entzündlicher Prozesse und Tumore sowie von traumatischen Erkrankungen des Gehirns. Die genauere Positronen-Emissionstomographie (PET) zur Darstellung von Stoffwechselfvorgängen des Gehirns (PFIZER 2003a) ist keine Kassenärztliche Leistung und wird daher in den seltensten Fällen angewandt.

³ Die Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) eignet sich besonders gut zur Darstellung der Gehirndurchblutung (PFIZER 2003a).

weiterer Bereich möglicher Demenzsymptome sind Persönlichkeitsveränderungen. Die Störungen müssen so schwer sein, dass eine eigenständige Bewältigung des täglichen Lebens nicht mehr möglich ist (GUTZMANN 1992: 15). Die Diagnose erfordert, dass die Beeinträchtigungen mindestens sechs Monate bestehen.

Neben abstrakten Testaufgaben sind für die Diagnose Beobachtungen in Alltagssituationen unverzichtbar. Hierbei stellen Angehörige oder andere Bezugspersonen die wichtigste Informationsquelle für den diagnostizierenden Arzt dar. Sie können genauer über die Entwicklung von Symptomen berichten und lenken unter Umständen den Blick auf Bereiche, die über formale Testverfahren nicht sichtbar wurden (FUHRMANN et al. 1995: 82f).

Standardisierte Klassifikationssysteme wie das ICD-10⁴ der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1999) und das DSM-IV⁵ der American Psychiatric Association beschreiben die genauen diagnostischen Kriterien (KURZ 1997: 617).

Die Kriterien beschreiben die Einschränkungen von intellektuellen und körperlichen Fähigkeiten, nicht aber die emotionale Ebene. Die Gefühlswelt bleibt aber weitgehend erhalten (MACIEJEWSKI et al. 2001: V/6).

Es bleibt zu betonen, dass die Diagnosen trotz aufwändiger Verfahren nur Wahrscheinlichkeiten bleiben. Mit letzter Sicherheit lässt sich eine Demenz nur durch eine Obduktion bestätigen (FUHRMANN et al. 1995: 40).

Die überwiegende Mehrzahl dementieller Erkrankungen kann weder geheilt noch aufgehalten werden. Eine Früherkennung ist dennoch sinnvoll, um die wenigen heilbaren Demenzen rechtzeitig zu erkennen und unmittelbar zu behandeln, um so Spätfolgen zu vermeiden. Für Betroffene, deren Demenz nicht heilbar ist, und für Angehörige kann die Früherkennung wichtig sein, um sich rechtzeitig auf die kommenden Veränderungen einzustellen und sie in die Lebensplanung mit einzubeziehen (FUHRMANN et al. 1995: 51f). Die meisten Demenzen werden jedoch erst in fortgeschrittenem Stadium erkannt. Der Abbauprozess beginnt in der Regel schleichend. Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Krankheit in vielen Fällen über einen Zeitraum von 20 bis 30 Jahren klinisch stumm verläuft, bevor erste Krankheitssymptome auftauchen. Verlorengegangene Fähigkeiten können anscheinend eine ganze Weile von anderen Fähigkeiten kompensiert werden. Erst bei einer mittelschweren oder schweren Demenz werden die Beeinträchtigungen offensichtlich. Häufig wird auch erst dann ein Arzt wegen Auffälligkeiten aufgesucht (KURZ 1995: 40).

⁴ Internationale Klassifikation psychischer Störungen

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

1.4 Klassifikation, Entstehungszusammenhänge und Risikofaktoren

Wie oben beschrieben, ist Demenz ein Sammelbegriff für verschiedene dementielle Erkrankungen und Symptome. Im Allgemeinen werden primäre und sekundäre Demenzen unterschieden.

1.4.1 Primäre Demenzen

Bei primären Demenzen handelt es sich um hirnormanische Erkrankungen, die entweder degenerativ oder vom vaskulären⁶ Typ sind. Die Krankheitsursachen entstehen direkt im Gehirn, sind irreversibel und lassen sich nicht wesentlich aufhalten. Primäre Demenzen machen 80-90 % aller Demenzen aus. Die häufigsten Formen sind die Demenz vom Alzheimerstyp (DAT) und die vaskuläre Demenz, auch Multi-Infarkt-Demenz genannt (LIND 2000a: 5f), die ich beide im Folgenden in ihrem Erscheinungsbild und ihren Ursachen skizzieren werde.

Demenz vom Alzheimerstyp (DAT)

Die Demenz vom Alzheimerstyp (DAT) ist mit 60% aller primären Demenzen die am häufigsten auftretende Demenz (LIND 2000a: 6). Zugleich ist sie auch die häufigste neurologische und psychiatrische Erkrankung im höheren Lebensalter (KÖTHER/GNAMM 2000: 515). Bei der DAT handelt es sich um einen degenerativen – also fortschreitend abnehmenden – Prozess, der sich nicht behandeln oder wesentlich aufhalten lässt und schleichend beginnt.

Es finden sich bei einer DAT parallel zu einer Gehirnatrophie⁷ biochemische und neuropathologische Veränderungen im Gehirn. Neben dem Verlust von Nervenzellen und Synapsen im Gehirn zeigen sich zwei deutliche Veränderungen (RÖSLER et al. 1998: 13f). Einmal entstehen Eiweißablagerungen zwischen den Nervenzellen – so genannte senile Plaques -, die zu einer Fehlfunktion und schließlich zum Absterben der Nervenzellen führen. Zum zweiten entstehen Faserablagerungen in den Nervenzellen, die neurofibrilläre Bündel oder auch Tangles (englisch: Gewirr) genannt werden. Sie führen dazu, dass die Zelle nicht mehr stabilisiert wird, dadurch einschrumpft und später stirbt (PFIZER 2003a). Ob die senilen Plaques und die neurofibrillären Tangles die Ursache der DAT oder lediglich die Folge anderer pathologischer Prozesse sind, ist bis heute noch nicht geklärt (RÖSLER et al. 1998: 13). Senile Plaques und neurofibrilläre Tangles sind nicht spezifisch für die DAT. Sie finden sich auch in den Gehirnen gesunder alter Menschen und sind ein Teil des normalen Alterungsprozesses (GERTZ 1992: 69). Umgekehrt kommt es vor,

⁶ Die Gefäße betreffend.

⁷ Schwund von Hirnsubstanz in einem höheren Ausmaß als im Rahmen des normalen Alterungsprozesses üblich (PFIZER 2003a).

dass Menschen, bei denen sich nur wenige neuronale Veränderungen finden, trotzdem deutliche Anzeichen von Demenz zeigen. Bei der DAT fällt jedoch in der Regel ein Anstieg dieser Faktoren im Vergleich zur fortschreitenden Gehirnatrophie auf. Der Zusammenhang ist aber letztlich ungeklärt.

Als ein dritter wichtiger Faktor werden auf der biochemischen Ebene Veränderungen bzw. eine Reduzierung verschiedener Neurotransmitter, auch Botenstoffe genannt, beobachtet. Diese chemischen Botenstoffe sind für die Informationsweitergabe (Reizübertragung) zwischen den einzelnen Nervenzellen zuständig. Durch eine Reduzierung oder Veränderung können die Informationen nicht mehr uneingeschränkt weitergeleitet werden. Dieser Vorgang ist ursächlich am Gedächtnisverlust beteiligt (MACIEJEWSKI et al. 2001: V/7).

Welche Faktoren zu einem erhöhten Risiko führen, an DAT zu erkranken, ist bis heute unklar. Es werden verschiedene Faktoren diskutiert und die Vermutungen sind sehr vielseitig. Nachgewiesen werden konnte bisher nur ein offensichtlicher Zusammenhang genetischer Faktoren. Es wurde eine familiäre Häufung der DAT unter Angehörigen ersten Grades festgestellt. Bei mindestens 60% aller Betroffenen konnte allerdings kein familiärer Zusammenhang gefunden werden. Ein weiterer Zusammenhang zeigt sich zwischen der DAT und Morbus Down (Trisomie 21). Es wurden Nachweise gefunden, dass eine Störung auf dem Chromosom 21, das bei Morbus Down dreifach vorliegt, auch für die abnormen Eiweißablagerungen (Plaques, siehe oben) im Gehirn von Betroffenen verantwortlich ist. Das Risiko für Menschen mit einem Verwandten ersten Grades mit Morbus Down, an DAT zu erkranken, ist auch tatsächlich höher (MIELKE/ KESSLER 1994: 28f).

Unabhängig von der höheren Lebenserwartung sind Frauen mit 70% der Betroffenen weitaus häufiger von DAT betroffen als Männer.

Weiter werden Virusinfektionen und Störungen des Immunsystems als Krankheitsursachen diskutiert. Beides konnte bisher noch nicht nachgewiesen werden. Es scheint einen signifikanten Zusammenhang zwischen früheren Schädel-Hirn-Traumata (SHT) und DAT zu geben. Einige Studien belegen ein erhöhtes Risiko nach vorausgegangene SHT (MIELKE/ KESSLER 1994: 30).

Die Bedeutung von Aluminiumablagerungen in Senilen Plaques und Nervenzellen ist noch unklar. Sie sind für die Forschung aber von besonderem Interesse, da man diese Ablagerungen auch bei anderen Demenzerkrankungen gefunden hat (WEHNER 2003). Eine der neuesten Studien der Ursachenforschung konnte zeigen, dass Zahnlosigkeit ein vom Alter unabhängiger Risikofaktor ist. Dies ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass eine zuckerreiche Ernährung, die nachweislich zu Karies und Zahnverlust führt, eine Mitursache der Entstehung von DAT ist (DIENEL 2000). Interessant sind ferner einige Studien, die zeigen konnten, dass ein höherer Bildungsstand die Wahrscheinlichkeit senkt, an DAT zu erkranken. Der Grund wird

in der höheren Anzahl synaptischer Verschaltungen zwischen den Nervenzellen als Folge intensiverer Ausbildung vermutet. Das Gehirn hat dadurch anscheinend die Möglichkeit, die Aufgaben abgestorbener Nervenzellen in gewissem Umfang zu kompensieren (MIELKE/ KESSLER 1994: 31f). Maciejewski et al. weisen in diesem Zusammenhang auf die Konsequenzen einer solchen Theorie für Betroffene hin. „Diese These wird [...] sehr heftig diskutiert, zumal sich ein solcher Grund für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen sehr stigmatisierend auswirken kann“ (MACIEJEWSKI et al.2001: V/10).

Es zeigt sich, dass die Ursachen- und Risikoforschung zur DAT noch keine umfangreichen gesicherten Ergebnisse vorweisen kann. Die verschiedenen Autoren sind sich einig darüber, dass es nicht eine Ursache gibt, sondern dass mehrere Faktoren zusammentreffen müssen.

Der Hauptrisikofaktor für das Auftreten einer DAT bleibt das Alter (vgl. Kapitel 1.2) (MACIEJEWSKI et al.2001: V/10).

Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz macht 15% aller primären Demenzen aus und gilt als die zweithäufigste Demenz nach der DAT (LIND 2000a: 6).

Anders als bei der DAT lässt sich für die vaskuläre Demenz ein Krankheitsauslöser finden. Entzündliche Veränderungen und Fetteinlagerungen in den Gefäßwänden (Arteriosklerose) führen zu einer langsamen Verengung von Blutgefäßen. Verschließt sich ein Blutgefäß durch ein Blutgerinnsel oder platzt ein Blutgefäß im Gehirn, kommt es zum Infarkt, auch Schlaganfall genannt. Das Gehirngewebe, das durch das Gefäß mit Blut versorgt werden sollte, stirbt infolge von Blut- und Sauerstoffmangel ab (PFIZER 2003b). Eine vaskuläre Demenz ist die Folge vieler kleiner Infarkte und wird daher auch Multi-Infarkt-Demenz genannt. Welche funktionellen Beeinträchtigungen die Folge sind und wie ausgeprägt sie sind, hängt von der Dauer, dem Umfang und der Lokalisierung der Unterbrechung von Blut- und Sauerstoffversorgung ab (EGIDIUS 1997: 33). Neben kognitiven Einbußen kann es auch zu verschiedenen neurologischen Ausfällen wie Sprachstörungen oder Lähmungen kommen. Auffällig ist, dass anders als bei der DAT die geistige Leistungsfähigkeit und die Persönlichkeit lange stabil bleiben können. Ein weiterer Unterschied zur DAT liegt in dem in der Regel plötzlichen Auftreten der Demenz. Während die DAT schleichend beginnt und gleichmäßig abnehmend verläuft, kommt es bei der vaskulären Demenz zu einer abrupten Verschlechterung kognitiver Fähigkeiten, die sich aber wieder verbessern können. Mit jedem weiteren Infarkt kommt es wieder zu einem erneuten abrupten Absinken der Fähigkeiten. Der Prozess der vaskulären Demenz verläuft also nicht gleichmäßig abwärts, sondern wechselhaft oder schubweise mit einer Tendenz nach unten (PFIZER 2003b) (vgl. Abbildung 4).

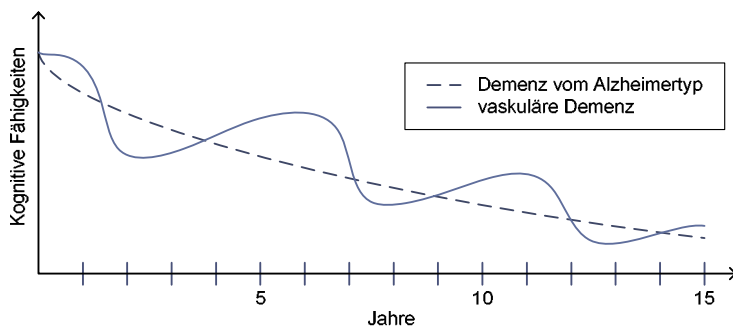


Abbildung 4: Verlauf vaskulärer Demenz und Demenz vom Alzheimertyp

Eine Behandlung der vaskulären Demenz ist nicht möglich. Einmal zerstörtes Gehirngewebe lässt sich nicht wiederherstellen. Es kann allerdings versucht werden, durch Behandlung der Risikofaktoren ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern. Hauptrisiko sind Bluthochdruck, Diabetes, erhöhtes Cholesterin, Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Stress (PFIZER 2003b). Die Symptome gleichen sehr stark der DAT. Diese werde ich in Kapitel 1.5 genauer darstellen.

Mischformen

Die dritte Gruppe der primären Demenzen sind mit 15 % Mischformen aus der DAT und der vaskulären Demenz. Die Betroffenen leiden sowohl an dem degenerativen Abbau des Gehirns, wie bei der DAT, als auch an Hirninfarkten, wie bei der vaskulären Demenz. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Mischform vorliegt, steigt mit dem Alter einer Person an (LIND 2000a: 6).

Die restlichen 10% der primären Demenzerkrankungen verteilen sich auf relativ seltene Demenzformen, wie etwa Morbus Pick, Chorea Huntington, das Korsakoff-Syndrom (LIND 2000a: 6). Neuere Literatur weist darauf hin, dass die Demenzerkrankung Lewy-Body bisher in ihrer Häufigkeit unterschätzt wurde. Zu diesen verschiedenen Demenzformen verweise ich auf einschlägige Literatur, da weitere Ausführungen dazu den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden.

1.4.2 Sekundäre Demenzen

Sekundäre Demenzen treten mit einer Häufigkeit von 10-20% aller Demenzerkrankungen auf (LIND 2000a: 6) und können durch unterschiedliche Krankheiten oder Verletzungen entstehen. Dazu gehören unter anderem Hirntumore, Vitamin-B12-Mangel, entzündliche Erkrankungen z.B. nach einem Zeckenbiss, Herz-Kreislauf-Insuffizienz, Mangelernährung, Stoffwechselerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Epilepsie, Depression (Pseudo-Demenz, vgl. Kapitel 1.4.3) und Vergiftungen durch Alkohol oder Medikamente. Die Vergiftung durch Medikamente kommt besonders bei Hochaltrigen vor. Durch zu wenig Flüssigkeitszufuhr können die Wirkstoffe nicht ausgeschwemmt werden und lagern sich im Körper an.

Ist die Grunderkrankung behandelbar, können viele Demenzsymptome abgeschwächt werden oder verschwinden ganz. Sekundäre Demenzen sind also teilweise reversibel. Dies rechtfertigt bei einem allgemeinen Verdacht auf Demenz eine umfangreiche Diagnose.

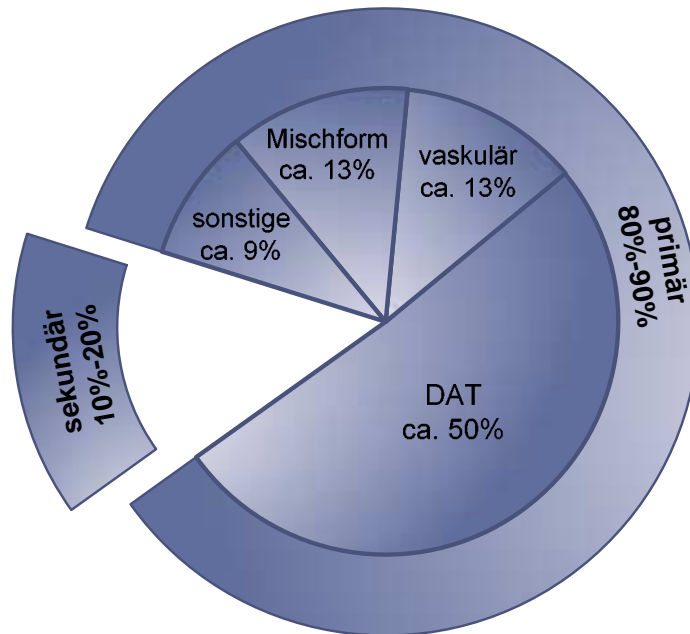


Abbildung 5: Häufigkeit der Demenzformen

1.4.3 Abgrenzung zu Depression, Delir und dem normalen Alterungsprozess

Delir (Akuter Verwirrheitszustand)

Delir leitet sich von dem lateinischen „deliro“ ab und bedeutet so viel wie „aus der Furche geraten“ (MENGE et al. 1984: 158). Die Wortbedeutung umschreibt sehr schön den Vorgang eines Delirs: eine plötzliche Veränderung des alltäglichen Zustands einer Person. „Ein Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand, der plötzlich beginnt und durch eine Bewusstseinsstrübung, durch Desorientierung und optische Halluzinationen, durch eine verminderte Wahrnehmung der Umgebung und eine akute Verhaltensveränderung gekennzeichnet sein kann“ (MACIEJEWSKI et al. 2001: V/3).

Betroffene Menschen zeigen Denkstörungen und Beeinträchtigungen des Urteilsvermögens. Zu Gedächtnis- und Sprachstörungen kommt Desorientiertheit in Bezug auf Zeit und Ort. Häufig werden psychomotorische Unruhen beobachtet (STAUINGER/BICKEL 2001: 153f). Ein Delir entwickelt sich im Gegensatz zur Demenz schnell und dauert gewöhnlich nur wenige Stunden oder Tage. Besonders häufig sind alte Menschen betroffen. Die häufigste Ursache für ein Delir ist Flüssigkeitsmangel, der zur Austrocknung führt. Diese führt wiederum zu

Desorientierung und Wahnvorstellungen. Weitere Ursachen können ein plötzlicher starker Blutdruck- oder Blutzuckerabfall und Entzugserscheinungen oder Wechselwirkungen von Medikamenten und Alkohol sein. Ein Delir ist immer Ausdruck einer Störung des Gehirnstoffwechsels und damit unter Umständen eines lebensbedrohlichen Zustands (STAUINGER/BICKEL 2001: 161ff).

Die Symptome ähneln denen einer Demenz sehr stark. Es können auch eine Demenz und ein Delir gleichzeitig vorliegen. Daher gibt es die Gefahr, dass ein Delir fälschlicherweise für eine Demenz gehalten wird, mit fatalen Folgen für den Betroffenen. Wird ein Delir nicht behandelt, kann dies zu bleibenden Schäden oder sogar zum Tode führen. In weniger dramatischen Fällen wird das Delir zum „Normalzustand“ und einfach als Demenz hingenommen, obwohl der Person zu helfen wäre (MACIEJEWSKI et al. 2001: V/3).

Depression/Pseudo-Demenz

Eine ausgeprägte Depression zeigt sich in Gefühlen der Traurigkeit und Schwermut. Das lateinische „deprimere“ für „herunter“, „unterdrückt“ (MENGE et al. 1984: 162) macht deutlich, dass betroffene Menschen sich niedergeschlagen und leer fühlen, sich in sich zurückziehen und antriebslos werden. Bei der Altersdepression zeigen sich vermehrt Symptome wie Schuldgefühle, Selbstvorwürfe oder Appetitlosigkeit (MACIEJEWSKI et al. 2001: V/13f).

Von Pseudo-Demenz spricht man, wenn die Person zerstreut ist und sich eine Verschlechterung der Auffassungs-, Konzentrations-, Gedächtnis- und Merkfähigkeit zeigen und gelegentlich Orientierungs- und Zeitstörungen auftreten. Diese Symptome sind denen einer Demenz sehr ähnlich und daher nicht immer leicht zu unterscheiden. Unterschiede zeigen sich darin, dass ein Mensch mit Pseudo-Demenz über seine kognitiven Einbußen klagt und sie überbewertet. Ein dementiell erkrankter Mensch würde versuchen, die Einbußen zu überspielen und zu leugnen, und versuchen, Aufgaben zu lösen. Ein Mensch mit Pseudo-Demenz würde sich vor Aufgaben drücken, statt sich Mühe zu geben. Eine Pseudo-Demenz beginnt zudem meistens schnell und nicht schleichend (JUNKERS 1995:192f).

Da der Pseudo-Demenz eine Depression zugrunde liegt, ist es möglich, diese medikamentös mit Antidepressiva zu behandeln.

Eine Depression ist häufig eine Reaktion auf psychischen oder körperlichen Stress, der beispielsweise durch Verluste oder schwere Krankheiten ausgelöst werden kann. Daneben gibt es auch organische Ursachen, beispielsweise bestimmte Hirnfunktionsstörungen und durch Medikamente ausgelöste Depressionen (MACIEJEWSKI et al. 2001: V/14f).

Depressionen gehören neben Demenzen zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Von daher ist ein Zusammentreffen dieser beiden Erkrankungen keine Seltenheit. Dies macht es noch schwieriger, die Demenz von der Pseudo-Demenz zu

unterscheiden. Die Pseudo-Demenz verstärkt die Demenzsymptome; durch eine Behandlung der Depression kann jedoch der allgemeine dementielle Zustand zumindest verbessert werden.

Nicht vergessen werden darf, dass sich hinter einer Depression der Beginn einer dementiellen Erkrankung verbergen kann. Der schleichende, noch nicht bewusst gewordene, aber dennoch spürbare Verlust kognitiver Fähigkeiten kann zu Depressionen führen (ZIMMER/FÖRSTL 2001: 191ff). Es wird deutlich, dass Depression und Demenz eng miteinander verknüpft sein können und eine rechtzeitige Diagnose von Demenz erschwert werden kann.

Auf Depression als ein nichtkognitives Symptom von Demenz werde ich in Kapitel 1.6 genauer eingehen.

Der normale Alterungsprozess

„Altern ist kein einheitlicher, gleichförmiger Vorgang, sondern ein höchst individueller und differentieller Prozess, der im geistig-seelischen Bereich, im Verhalten und im Sozialbereich einen ganz unterschiedlichen Verlauf nehmen kann“ (BALTES, P./BALTES, M. 1989: 1).

Mit zunehmendem Alter werden höhere Hirnfunktionen mehr und mehr beeinträchtigt. Kognitive Prozesse verlangsamen sich deutlich. In welchem Umfang dies geschieht, ist dabei von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Die Gedächtnisleistung ist stark von der Beanspruchung des Gehirns abhängig. Alte Menschen besitzen beachtliche Reserven, die durch gezieltes Training, Übungen und Lernen aktiviert werden können. Ein Großteil der kognitiven Einbußen lassen sich durch die bis ins hohe Alter existierende Lern- und Merkfähigkeit kompensieren (BALTES, P./BALTES, M. 1989: 4). Wie der Abbau verläuft, ist besonders von Faktoren wie Bildung, der Beeinträchtigung sensomotorischer Variablen wie Sehschärfe, Gehör und Gleichgewicht, intensiven sozialen Kontakten sowie schädigenden Faktoren wie Gehirnatrophie abhängig (REISCHIES/LINDENBERGER 1996: 365f).

Frühe Anzeichen einer Demenz sind schwer von den normalen Alterserscheinungen zu unterscheiden. REISCHIES und LINDENBERGER haben als qualitatives Merkmal kognitiven Alterns ohne Demenz den Erhalt der Lern- und Merkfähigkeit herausgefiltert. Sie konnten nachweisen, dass es bei Menschen ohne Demenz zu einer Abnahme des Leistungsniveaus kam, aber nicht zu einer Abnahme des Lernzuwachses. Im Gegensatz dazu zeigten sich bei Menschen mit Demenz eine stärkere Abnahme im Leistungsniveau und eine Reduzierung der Lernleistung und der Erinnerungsleistung (REISCHIES/LINDENBERGER 1996: 368ff).

Für den Laien, aber auch für die meisten Professionellen in der Arbeit mit alten Menschen bleibt es schwierig, eine beginnende Demenz von normalen Alterserscheinungen zu unterscheiden.

1.5 Krankheitsverlauf

Da die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) die häufigste Erkrankungsform ist, werde ich im Folgenden nur ihren Krankheitsverlauf mit Hilfe eines Drei-Stadien-Modells darstellen (Kapitel 1.5.1). Den Verlauf der vaskulären Demenz werde ich nicht im Einzelnen darstellen. Die Symptome ähneln aber sehr denen der DAT. In Kapitel 1.5.2 stelle ich kurz ein Modell vor, das den Verlauf der Demenz in sieben Stadien unterteilt.

1.5.1 Drei-Stadien-Modell der Demenz vom Alzheimer-Typ

Im Allgemeinen wird der Krankheitsverlauf in drei Phasen oder Stadien unterteilt, die sich am Grad der Selbständigkeit des Betroffenen orientieren. Die Einteilung dient dazu, den Schweregrad der Erkrankung zu erfassen, um so besser festlegen zu können, welche pflege- und hauswirtschaftlichen Interventionen angebracht sind. Die Stadien lassen sich nicht unbedingt scharf voneinander abgrenzen, sie können fließend ineinander übergehen. Der zeitliche Rahmen und die auftretenden Symptome zeigen individuelle Unterschiede. Stadienmodelle dienen immer nur der groben Orientierung (KÖTHER/GNAMM 2000: 516).

Modelle helfen, Prozesse systematischer erfassen zu können und den klinischen Blick zu schärfen. Ein solch starres Verlaufsmodell widerspricht aber den in der Praxis immer wieder beobachteten Verlaufsbesonderheiten und ist daher kritisch zu hinterfragen (GUTZMANN 1992: 25).

Erstes Stadium

In diesem frühen Stadium stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses im Vordergrund. Betroffene vergessen Gesprächsinhalte, verlegen Gegenstände, vergessen Verabredungen und können sich nur bruchstückhaft an wenige Stunden zurückliegende Ereignisse erinnern. Die Fähigkeit, neue Informationen zu speichern und wieder abzurufen, ist eingeschränkt. Eine Erschwernis des Denkens zeigt sich in der zunehmenden Unfähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen, Zusammenhänge zu erkennen und logische Schlüsse ziehen zu können. Das Urteilsvermögen geht verloren. In diesem Stadium treten erste Sprachstörungen auf, meistens in Form von Wortfindungsschwierigkeiten. Richtige Bezeichnungen für Gegenstände werden nicht gefunden, stattdessen werden umschreibende Formulierungen gebraucht. Die Ausdrucksweise wird unpräzise, umständlich und inhaltsarm (KURZ 1995: 60). Dagegen bleiben häufig gebrauchte Redewendungen erhalten. Daher kann es durchaus vorkommen, dass die Person oberflächlich noch einen sehr beredeten Eindruck macht (FÖRSTL et al. 2001: 46). Bei vielen Patienten wird in diesem ersten Stadium eine Beeinträchtigung der räumlichen Orientierung und der Wahrnehmung beobachtet. Besonders beim Autofahren wird spürbar, dass Abstände

und Geschwindigkeiten nicht mehr eingeschätzt werden können. Beim Lesen kann die Zeile nicht gefunden werden und die Auge-Hand-Koordination funktioniert nicht mehr reibungslos, so dass das Öffnen einer Tür zum unüberwindbaren Hindernis werden kann (KURZ 1995: 61).

Die Betroffenen sind noch weitgehend selbständig. Für komplizierte Aufgaben wie Behördengänge, Geldgeschäfte oder Reisen brauchen sie aber Unterstützung (FÖRSTL et al. 2001: 47). Das Nachlassen der Leistungsfähigkeit wird unter beruflichen Anforderungen in der Regel früher bemerkbar als in häuslicher Umgebung. Viele zeigen in diesem Stadium ein Nachlassen des Antriebs und der Eigenaktivität, andere zunehmende Reizbarkeit und starke Stimmungsschwankungen (KURZ 2002: 8).

„Im frühen Krankheitsstadium sind sich die Betroffenen über das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit bewusst. Meistens fühlen sie sich dadurch verunsichert, deprimiert und beschämt. Es ist verständlich, dass sie versuchen, Fehler zu verschleiern, Ausreden zu gebrauchen und Bloßstellungen zu vermeiden.“

(KURZ 2002: 8)

Auf die nichtkognitiven Veränderungen werde ich in Kapitel 1.6 gesondert eingehen.

Zweites Stadium

Die Symptome des ersten Stadiums nehmen allmählich zu und eine selbständige Lebensführung ist nicht mehr möglich. Einfachste Aufgaben wie Einkaufen, Kochen, Körperpflege, Ankleiden und das Aufsuchen der Toilette können nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden. Zweckgerichtete Beschäftigungen sind nicht mehr möglich. Die sprachlichen Mitteilungen bestehen nur noch aus floskelhaften Sätzen, es treten Wortverwechslungen, Wortverdrehungen und Wiederholungen auf. Die Lese- und Schreibfähigkeit geht in diesem Stadium weitgehend verloren (KURZ 1995: 62). Optische und akustische Umgebungsreize werden häufig verkannt. Es kommt zu Verwechslungen von Fernsehbildern mit realen Personen oder ein Schatten auf dem Boden wird zu einer unüberwindbaren Stufe (FÖRSTL et al. 2001: 47).

Die Betroffenen können sich nicht mehr örtlich und zeitlich orientieren. Tageszeiten und Daten werden verwechselt. Der Schlafrhythmus gerät durcheinander. Außer Haus – manchmal auch in der eigenen Wohnung – finden sich die Betroffenen nicht mehr zurecht. Die Erinnerungen an die eigene Biografie fangen an zu verblassen. Die Kranken wissen beispielsweise nicht mehr, wen sie geheiratet haben, dass sie Kinder haben oder wie alt sie sind. Es existiert kein Verständnis mehr für die eigene Krankheit beziehungsweise Situation (KURZ 2002: 9). „Es kann vorkommen, dass Patienten sich fühlen wie im besten Erwachsenenalter und im Vollbesitz ihrer körperlichen und geistigen Kräfte, dass sie ihre längst verstorbenen Eltern suchen

oder zur Arbeit gehen wollen. Manchmal erkennen sie ihre nächsten Angehörigen nicht mehr oder erschrecken vor ihrem Spiegelbild“ (KURZ 2002: 9).

In diesem zweiten Stadium treten schwer wiegende Veränderungen des Verhaltens auf. Apathie (Teilnahmslosigkeit) oder, häufiger, starke Unruhe machen das Zusammenleben zunehmend schwerer. Betroffene laufen auf und ab, streben ihren Bezugspersonen hinterher, stellen immer und immer wieder die gleichen Fragen oder wollen ständig die Wohnung verlassen. Ein Drang zu sammeln und sortieren ist zu beobachten. Gereizte oder aggressive Verhaltensweisen sind keine Seltenheit. Es kann auch zu wahnhaften Erlebnisdeutungen kommen. Am häufigsten ist die Überzeugung, bestohlen oder betrogen worden zu sein. Für die Angehörigen sind besonders die verbalen und tätlichen Angriffe eine starke Belastung (KURZ 2002: 9).

In diesem Stadium bekommen die meisten Betroffenen Schwierigkeiten mit der Blasenentleerung. Das Auftreten von Inkontinenz entscheidet in vielen Fällen darüber, ob eine Person noch zu Hause gepflegt werden kann oder es zu einer Heimunterbringung kommt (GUTZMANN 1992: 22).

Die Besonderheiten der schwierigen Verhaltensweisen werde ich in Kapitel 1.6 genauer darstellen.

Drittes Stadium

In diesem fortgeschrittenen Stadium liegt eine ausgeprägte Beeinträchtigung aller kognitiven Funktionen vor. Erinnerungen sind kaum noch abrufbar und die Sprache reduziert sich auf einzelne Worte oder versiegt ganz. Motorische Handlungen wie das Halten einer Tasse oder das Essen ohne Hilfe gehen verloren. Die Betroffenen sind auf eine umfassende Pflege angewiesen. In der Regel geht die Kontrolle über die Darm- und Blasenentleerung jetzt völlig verloren. Die meisten können nicht mehr gehen und werden bettlägerig. Ein Teil der Betroffenen behält stereotype motorische Abläufe wie Auf-und-ab-Laufen, Schreien oder Wischbewegungen bei (FÖRSTL et al. 2001: 48). Schluckstörungen und Krampfanfälle kommen vor. Der veränderte Stoffwechsel und ein hoher Energieverbrauch durch Laufen⁸ und wiederholende Bewegungen führen zum Gewichtsverlust. Trotz vermehrter Nahrungsaufnahme kommt es zu Untergewicht.

Die DAT selbst führt in den seltensten Fällen zum Tode. Die häufigsten Todesursachen bei Menschen mit Demenz sind Kräfteverfall durch Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel und Lungenentzündung (BMFSFJ 2002: 173).

⁸ Ein psychomotorisch unruhiger Mensch mit Demenz legt während seiner täglichen Wanderung in der Wohnung oder in der Einrichtung bis zu 40 km Strecke zurück (BMFSF 2002: 173).

1.5.2 Stadienmodell nach REISBERG

Ein weiteres bekanntes Modell zur Einschätzung des Verlaufs und des Schweregrades von Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) ist die Global Deterioration Scale (GDS) nach REISBERG (REISBERG 1986). Das Sieben-Stadien-Modell geht davon aus, dass DAT ein Prozess ist, der in seiner Entwicklung gesetzmäßig durch verschiedene Stadien verläuft und dass sich dieser Verlauf eindeutig von dem anderer Demenzformen unterscheiden lässt. Das Modell beschreibt den Prozess der DAT sehr differenziert. Es bleibt wenig Spielraum für individuelle Abweichungen von der Skala. REISBERG betont energisch, „dass einschneidendere Abweichungen vom hierarchischen Ablauf eindeutig auf das Zugrundeliegen einer andersgearteten Erkrankung hindeuten würde“ (GUTZMANN 1992: 25). GUTZMANN kritisiert an dieser Stelle, dass ein solches starres Verlaufsmodell den in der Praxis immer wieder beobachteten Verlaufsbesonderheiten widerspricht.

Eine ausführlichere Darstellung des Modells würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Im Anhang A ist das Modell in gekürzter Form wiedergegeben. Ansonsten verweise auf die Literatur von Reisberg (REISBERG 1986).

1.6 Nichtkognitive Symptome und störendes Verhalten

Bei der diagnostischen Einordnung einer Demenz stehen meist die kognitiven Beeinträchtigungen im Vordergrund. Die nichtkognitiven Veränderungen werden kaum berücksichtigt. Dabei kommt gerade diesen Veränderungen in der Pflege eines Menschen mit Demenz eine bedeutsame Rolle zu.

Nichtkognitive Veränderungen können sein:

-
- Depressive Störungen
 - Wahn
 - Halluzinationen
 - Verkennungen
 - Antriebsstörungen
 - Aggressivität
 - Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus
 - Persönlichkeitsveränderungen
-

(Haupt 1997: 911)

Die nichtkognitiven Veränderungen stellen für pflegende Personen die größte Belastung dar und tragen in vielen Fällen dazu bei, dass es zu einer Heimunterbringung kommt (HAUPT 1999: 159).

Im Hinblick auf das Kernthema dieser Arbeit werde ich im Folgenden genauer auf die nichtkognitiven Veränderungen eingehen. Dabei kann es zu Wiederholungen aus Kapitel 1.5 kommen.

Depressive Störungen

Depressive Störungen oder Symptome, insbesondere soziale Rückzugstendenzen, sind besonders zu Beginn oder im Vorfeld einer Demenz keine Seltenheit. Im Mittel bestehen bei 40% der Menschen mit Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) depressive Symptome. Die Häufigkeit nimmt in der Regel mit fortschreitendem Krankheitsprozess ab. Nur ein Bruchteil der depressiven Störungen sind schwere Depressionen. Häufiger treten depressive Verstimmungen auf. Beide Formen sind in der Regel von kurzer Dauer. Lang anhaltende Depressionen sind eher die Ausnahme (HAUPT 1997:912).

Depressive Verstimmungen treten im Rahmen von Überforderungen auf. Selbständigkeit und Selbstbestimmung nehmen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung und deren Auswirkung auf das alltägliche Leben ständig ab. Es kommt zu Gefühlen der Enttäuschung und der Trauer. Der Betroffene spürt Verunsicherung und soziale Isolierung. Früher schnell gelöste Alltagssituationen führen nun zu völliger Überforderung. Zudem nehmen Konflikte mit vertrauten Menschen infolge von Hilflosigkeit und Verzweiflung häufig zu. „Die kognitiven Störungen der Demenz und der damit verbundene Kompetenzverlust im täglichen Leben führen dazu, dass sich der Kranke mehr und mehr in einem Widerspruch zwischen den Situationsbewertungen anderer, in der Regel vertrauter Personen und dem eigenen Urteil sieht“ (HAUPT 1997: 912).

Als Folge daraus nimmt das Selbstwertgefühl ab. Der Betroffene fühlt sich zunehmend verlassen, allein und beschämt (HAUPT 1997: 912). Es ist verständlich, dass hieraus depressive Verstimmungen hervorgehen können.

Wahn und Halluzinationen

Die Wahnvorstellungen bei Menschen mit Demenz betreffen vor allem Diebstahls- und Beeinträchtigungsthemen. Sie treten überwiegend im fortgeschrittenen Stadium der Demenz auf und sind in der Regel flüchtig (HAUPT 1997: 914). Die Auftretungshäufigkeit von Wahnvorstellungen liegt im Mittel bei 30%. Im Gegensatz dazu sind mit 15-20% Halluzinationen seltener zu beobachten. Sinnes-täuschungen zeigen sich bei Menschen mit DAT meistens in Form akustischer und optischer Trugwahrnehmungen. Auch Halluzinationen treten in der Regel im fortgeschrittenen Stadium und nur vorübergehend auf (HAUPT 1999: 160f).

Beobachtungen deuten darauf hin, dass besonders optische und akustische Halluzinationen die Folge lang andauernder sozialer Isolierung und sensorischer

Reizarmut sind, beispielsweise durch Bettlägerigkeit im Einzelzimmer ohne Sozialkontakte (LIND 2000a: 22).

Verkennungen

Verkennungen sind ein häufiges Phänomen und treten bei gut einem Viertel aller an Alzheimer erkrankten Menschen auf. Sie sind stark an den Grad der kognitiven Beeinträchtigung gebunden und entstehen meist im Zusammenhang mit Unruhezuständen (siehe unten) (HAUPT 1999:161). Beispiele für Verkennungen sind etwa, dass der Ehepartner für eine fremde Person gehalten wird oder die Vorstellung, dass fremde Personen mit im Haus leben. Ereignisse und Personen im Fernsehen werden für Realität gehalten und es wird versucht, sie zu berühren. Das eigene Spiegelbild wird nicht erkannt und es wird versucht, mit dem Spiegelbild zu sprechen. Schatten auf dem Boden werden zu großen Stufen und eine rosa Serviette wird für Fleisch gehalten, das mit dem Besteck bearbeitet wird. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit DAT die Fähigkeit verlieren, Zweidimensionales von Dreidimensionalem zu unterscheiden. Flächen, wie Bilder und Schatten, werden für etwas Körperliches gehalten. Die entsprechenden Reaktionen können so weit führen, dass jemand vor seinem eigenen Spiegelbild Angst bekommt oder ein Tier auf einem Wandbild als reales Wesen wahrnimmt und sich dadurch bedroht fühlt (LIND 2000a: 22f).

Antriebsverminderung

Passivität, Apathie oder Rückzugstendenzen als typische Verhaltensweisen der Antriebsverminderung sind bei der Mehrzahl der Betroffenen zu beobachten. Diese Verhaltensweisen werden von den pflegenden Personen meistens nicht als störend empfunden und von daher einfach hingegenommen. Anders als bei Verhalten, das die Pflegenden belastet, wird hier nicht nach einer Behandlung gesucht. Zurzeit wird diskutiert, ob es sich bei diesen Symptomen um Krankheitssymptome oder einfach um Persönlichkeitsstrukturen beziehungsweise -veränderungen handelt. Die Frage ist, ob es sich bei Antriebsverminderung um ein Bedürfnis handelt, dem man als Pflegender gerecht werden und was man respektieren sollte, oder ob es sich um ein abnormes Verhaltensmuster handelt, das behandelt werden sollte (LIND 2000a: 16).

Motorische Unruhezustände

Unruhezustände sind mit 50-60% die häufigsten und am längsten bestehenden bleibenden nichtkognitiven Symptome bei der DAT (HAUPT 1999: 161). Sie nehmen mit fortschreitender Krankheit zu. Zu den motorischen Unruhezuständen zählen beispielsweise ein übermäßiger Bewegungsdrang, hektische Handlungen und Wandern.

Das Wandern als ein klassisches Symptom der Demenz werde ich im Folgenden genauer darstellen.

Wanderverhalten nimmt mit dem Grad der Demenz zu und ist demnach besonders häufig im fortgeschrittenen Stadium zu beobachten. Das Verhalten wird stark beeinflusst von Faktoren wie einem unwohnlichen Milieu auf der Station eines Pflegeheims, Langeweile, Stress, Anspannung und Kontrollverlust. „Wanderer“ sind im Durchschnitt 32% der Tageszeit unterwegs – Nichtwanderer im Gegensatz dazu nur 4% – (LIND 2000a: 20), und sie können am Tag eine Strecke von bis zu 40 Kilometern zurücklegen (BMFSFJ 2002: 173). Das Verhalten trägt dazu bei, dass „Wanderer“ häufiger mit sich alleine sind als „Nichtwanderer“. Sie haben deutlich weniger soziale Kontakte (LIND 2000a: 20).

Es gibt verschiedene Wandertypen. Der eine läuft seiner Bezugsperson überallhin nach, andere laufen ziellos durch die Gegend, wieder andere sind auf der Suche nach irrealen Zielen wie der verstorbenen eigenen Mutter. Es gibt Menschen, die überwiegend nachts wandern, und solche, die den ganzen Tag am Herumwerkeln sind. Einige wollen das Haus verlassen und weglaufen, und wieder andere wollen mehrmals am Tag Örtlichkeiten der Umgebung aufsuchen, wie beispielsweise den Bäcker oder Metzger (LIND 2000a: 19).

Da Wanderverhalten eine Reaktion auf die Lebenssituation ist, sollte das Wandern nicht unterbunden werden. Vielmehr sollten die Faktoren, die zum unruhigen Verhalten führen, betrachtet und hinterfragt werden.

Akustische Störungen

Im Rahmen von Unruhezuständen treten auch Veränderungen im Sozialverhalten auf. Dazu zählen lautes Rufen, Schreien, Androhungen oder Ausübung körperlicher Gewalt (siehe unten) (HAUPT 1997: 917).

Symptome wie Schreien, Rufen und Klagen zeigen sich bei 11-31% der Menschen mit DAT und werden mehrmals am Tag beobachtet. Besonders häufig tritt das Verhalten auf, wenn die Personen alleine waren, oder bei Pflegehandlungen, also bei unmittelbarem körperlichen Kontakt (LIND 2000a: 27). Auch hier besteht ein Zusammenhang zwischen den akustischen Lautäußerungen und dem kognitiven Abbau. Schreien, Schimpfen, Stöhnen und ständiges Wiederholen von Wörtern sind die häufigsten störenden akustischen Verhaltensweisen.

Akustische Störungen sind neben tätlichem aggressiven Verhalten die größte Belastung für die Pflegenden. Daneben wirkt sich dieses Verhalten stark auf das Milieu und die Mitbewohner in einem Pflegeheim aus, die mit Angst und ihrerseits mit wachsender Unruhe reagieren (LIND 2000a: 16f).

Akustisch störendem Verhalten kommt eine besondere Bedeutung zu. Da viele Menschen mit Demenz die Fähigkeit verlieren zu sprechen, ist das Äußern unartikulierter Laute die einzige Möglichkeit, sich mitzuteilen. Ursachen für

akustisch störendes Verhalten können hirnorganische Ursachen infolge des degenerativen Abbauprozesses, aber auch Folgen körperlicher Beschwerden oder psychischen Leidens sein. Mangelnde sensorische Stimulierung und soziale Ursachen müssen ebenso in Betracht gezogen werden wie körperliche Schmerzen infolge einer Sekundärerkrankung (LIND 2000a: 17).

Unruhezustände im Allgemeinen sind eng mit Aggressivität verknüpft.

Aggressivität

Aggressives Verhalten und dabei besonders tötlich aggressives Verhalten tritt am häufigsten in Form von Kneifen, Schlagen und Boxen, Stoßen und Schieben sowie Spucken auf. Es zeigt sich, genau wie die akustischen Störungen, vorwiegend bei Pflegeinteraktionen. Auch bei aggressivem Verhalten anderen Mitbewohnern gegenüber ist dies häufig eine Reaktion auf die Verletzung der persönlichen Sphäre. Auslöser können sein, wenn Mitbewohner in das Zimmer eines anderen eindringen, sich in dessen Bett legen oder persönliche Dinge des anderen an sich nehmen. Aggressives Verhalten ist also in der Regel eine Reaktion auf die Verletzung des persönlichen Schutzraums (LIND 2000a: 34). Dabei spielen Wahnvorstellungen und Halluzinationen unter Umständen eine große Rolle.

Zwischenmenschliche Konfliktsituationen, mangelnde Bewältigungsmechanismen und die Umgebungsbedingungen tragen zum Entstehen aggressiven Verhaltens bei (HAUPT 1997: 917). Die Ursachen können aber auch im hirnorganischen Abbauprozess liegen oder durch Medikamente oder Schmerzen ausgelöst werden.

Tötlich aggressive Verhaltensweisen sind die stärkste Belastung sowohl für Pflegende als auch für Mitbewohner. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Unruhezustände und Aggressivität die entscheidenden Faktoren sind, die zu einer Heimeinweisung führen (Haupt 1999: 161).

Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus

Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus beziehungsweise Schlafstörungen treten bei 70% aller Menschen mit DAT auf (HAUPT 1997: 918). Die Verhaltensweise entsteht aufgrund der kognitiven Einschränkung, Daten und Tageszeiten auseinander halten zu können, und ist die Folge eines vorübergehenden gesteigerten Antriebsniveaus (HAUPT 1997: 117f).

Persönlichkeitsveränderungen

Veränderungen der Persönlichkeit⁹ werden bei DAT häufig beobachtet. Zu den Veränderungen, die durchaus auch in frühen Stadien auftreten können, gehören eine Vergröberung des Affektes, Enthemmungszeichen und Störungen des Sozialverhaltens (HAUPT 1999: 162). Es kommt zu einer Überzeichnung bisher bekannter Persönlichkeitsmerkmale. Beispielsweise wird aus Sparsamkeit Geiz oder aus Großzügigkeit Verschwendungssucht (GUTZMANN 1992: 18).

Besonders Verwandte und Freunde sprechen von Persönlichkeitsveränderungen oder behaupten sogar, die Person, die sie kannten und liebten, gäbe es nicht mehr. KITWOOD weist in diesem Zusammenhang explizit darauf hin, dass es sich aber um „eine allgemeine Kontinuität von Persönlichkeit im Verlauf einer Demenz, mit einigen Merkmalen, die immer präsent waren, nun jedoch in übertriebener Form aufscheinen“, handelt (KITWOOD 2002: 55). Die psychischen Abwehrmechanismen gehen verloren und bis dahin vielleicht unterdrückte Eigenschaften treten nun zum Vorschein. Jemand, der früher extrem selbstbeherrscht war, zeigt jetzt Wut und ist aufbrausend. Jemand, der sexuelle Enthaltsamkeit ertragen musste, scheint jetzt auf schockierende Weise lüstern und enthemmt (KITWOOD 2002: 55).

Berichte aus der Praxis weisen darauf hin, dass Angehörige weniger oft auf Persönlichkeitsveränderungen hinweisen, wenn sie fachlich unterstützt werden. Dies könnte darauf hindeuten, dass sie vielleicht andere Wege gefunden haben, die Beziehung und Kommunikation aufrechtzuerhalten und dass sie mit ihren eigenen Gefühlen von Bestürzung und Angst besser zurechtkommen (KITWOOD 2002: 56). HAUPT bemerkt in diesem Zusammenhang, dass bei einem Großteil der Betroffenen soziale Konventionen und Umgangsformen noch lange erhalten bleiben (HAUPT 1999: 162).

1.6.1 Anmerkung

Ich habe die nichtkognitiven Symptome ausführlich beschrieben, weil sie für den Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen von großer Bedeutung sind und besonders bei der Frage nach geeigneten Behandlungs- und Interventionsformen eine bedeutsame Rolle spielen.

Es besteht die Gefahr, dass die Symptome rein als Folge des organischen Abbaus betrachtet werden. Auch beim diagnostischen Verfahren steht die klinische Symptomatik im Vordergrund. Es ist zu hinterfragen, ob die nichtkognitiven Symptome nicht als Reaktionen auf die sich für einen Menschen mit DAT stark

⁹ „Persönlichkeit ist eine Bezeichnung für alle Eigenschaften, Erlebnis- und Verhaltensprozesse, welche die individuelle Eigenart eines Menschen ausmachen.“ Persönlichkeit schließt „affektive, emotionale, motivationale und soziale Prozesse“ mit ein (LEHR 2000: 131).

verändernde Welt zu verstehen sind und nicht ausschließlich aus der organischen Veränderung abzuleiten sind.

Die verwendeten Terminologien wie „störendes Verhalten“ oder „problematisches Verhalten“ weisen darauf hin, dass die Symptomatik der Demenz nicht als Ausdruck von persönlicher Befindlichkeit oder Reaktion auf die Umwelt verstanden, sondern in erster Linie als Belastung für andere Menschen gesehen wird. Symptome werden nicht als ein Abwehrverhalten, das durch die Angst vor den kognitiven Veränderungen, durch Nebenwirkungen von Medikamenten oder durch das Verhalten anderer Menschen hervorgerufen wird, betrachtet.

Trotzdem ist in der Literatur eine Veränderung zu beobachten. Heute wird kaum in Frage gestellt, dass sich durch adäquate Behandlung und Betreuung Betroffener Symptome mildern lassen oder sogar ganz verschwinden. Dabei ist nicht ausschließlich von medikamentösen Interventionen die Rede (HAUPT 1999/ GUTZMANN 1992, WEIS/WEBER 1997, FÖRSTL 2001). Die diskutierten Ansätze zum Umgang mit Betroffenen und den Symptomen einer Demenz reichen von rein medikamentösen Behandlungen über verhaltenstherapeutische und lerntheoretische Ansätze sowie umgebungsstrukturierende Maßnahmen bis hin zu so genannten „verstehenden“ oder auch „personenzentrierten“ Ansätzen (vgl. Kapitel 2).

1.7 Wirklichkeitserleben von Menschen mit Demenz

Betrachtet man die Vielzahl an beschriebenen Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 1.6), stellt sich unweigerlich die Frage nach dem Erleben der Betroffenen. Wie erleben diese ihre Krankheit, ihr Verhalten, ihre Umwelt? Ist das von Außenstehenden beschriebene störende oder auffällige Verhalten einfach Teil der Krankheit oder drücken Menschen mit Demenz dadurch etwas aus, und wenn, was versuchen sie mitzuteilen?

Um sich dem Verständnis des Erlebens dementiell erkrankter Menschen anzunähern, ist hervorzuheben, dass das Erleben jeder Person einzigartig ist. Erleben trifft auf unterschiedlichste Persönlichkeitsmuster und Lebenserfahrungen. So kann ein Mensch, der eher ein unabhängiger Typ ist, unter Umständen mit der erlebten Demenz weniger gut umgehen als ein Mensch der zeit seines Lebens bereitwillig Hilfe angenommen hat. Es muss davon ausgegangen werden, dass es kein einheitliches Erleben von Demenz gibt (KITWOOD 2002: 107ff).

Als zweiter Faktor stellt sich die Frage nach der Wahrheit.

„Was ist also Wahrheit? Ein bewegliches Heer von Metaphern, Metonymien¹⁰, Anthropomorphismen¹¹, kurz eine Summe von menschlichen Relationen, [...] die nach langem Gebrauch einem Volk fest, kanonisch und verbindlich dünken: die Wahrheiten sind Illusionen, von denen man vergessen hat, dass sie welche sind.“

(NIETZSCHE, zit. n. WILHELM 1998: 275)

Folgt man diesem Zitat, so hat jeder Mensch seine eigene Wahrheit. Innerhalb von Gruppen haben sich Menschen aber auf so etwas wie eine allgemeingültige Wahrheit oder Realität verständigt. Gesunde Menschen sind darüber hinaus in der Lage, Wahrheiten zu unterscheiden. So kann ein Traum, aus dem man nachts erschreckt aufwacht, sehr real und wahr sein, dennoch kann man ihn von der allgemeingültigen Wahrheit unterscheiden.

Menschen mit Demenz verlieren die Fähigkeit zu abstrahieren, Dinge oder Realitäten voneinander zu unterscheiden oder sich in Wahrheiten anderer hineinzusetzen. Sie leben in ihrer eigenen Wahrheit, und diese unterscheidet sich zunehmend von der allgemeingültigen. WILHELM beschreibt sie als „Gefangene ihrer Wahrheit“ (WILHELM 1998: 276).

Wenn man Wahrheit und die Subjektivität von Erleben als Ausgangspunkt nimmt, muss man davon ausgehen, dass Menschen mit Demenz den Regeln ihrer eigenen Wahrheit folgen und sich daraus ihr Erleben ergibt. Dieses Erleben hat für die Person also realen Bezug und ist für sie wahr und real. Dies ist völlig unabhängig von dem Verständnis, das die Umwelt von der gleichen Situation hat.

Auf diesem Grundverständnis aufbauend, kann man versuchen, genauer zu verstehen, wie Menschen mit Demenz sich und ihre Umwelt wahrnehmen. Da sie ihr Erleben selbst häufig nicht mehr beschreiben können und keine Antworten geben können, bleibt es jedoch nur Vermutung beziehungsweise Annäherung.

KITWOOD beschreibt verschiedene Zugangswege, um Menschen mit Demenz besser verstehen zu können. Als ersten Weg betont er die Bedeutung von persönlichen Berichten und schriftlichen Aufzeichnungen von Menschen im frühen Stadium von Demenz. Häufig werden Gefühle wie lähmende Ängste vor dem Verlassenwerden und Alleinsein oder dem Tod des Lebenspartners beschrieben. Außerdem berichten Betroffene von Schuldgefühlen, dem Gefühl, nichts wert zu sein, von intensiver Frustration über Dinge, die nicht mehr funktionieren, und Wut über die Begriffsstutzigkeit von anderen Menschen. Gefühle des Verlorenseins und

¹⁰ „Namensvertauschung. Übertragener Gebrauch eines Wortes oder einer Fügung für einen verwandten Begriff“ (MÜLLER et al. 1982: 490)

¹¹ „Übertragung menschlicher Gestalt und menschlicher Verhaltensweisen auf nichtmenschliche Dinge oder Wesen.“ (MÜLLER et al. 1982: 69)

Demenz. Indem man versucht sich vorzustellen, wie sich jemand fühlt oder was jemand in einer bestimmten Situation gerade erleben muss, geht man immer von seinen eigenen Gefühlen und Vorstellungen aus. Grundsätzlich ist dies eine wichtige Fähigkeit für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen, es kann aber leicht passieren, dass unsere eigenen Ängste vor einer Demenz zum Maßstab werden.

Weit häufiger als KITWOODs relativ vorsichtiger Annäherungsversuch sind direkte Interpretationen des Verhaltens. Sie sind in fast jedem Artikel oder Buch über Demenz zu finden. Sie reichen von Vorstellungen wie beispielsweise, dass die anzüglichen Bemerkungen eines dementiell erkrankten Mannes gegenüber einer Pflegerin eben Ausdruck seiner gesteigerten Libido sind, bis hin zu Interpretationen, die versuchen sich vorzustellen, wie es für einen Mensch sein muss, wenn ihn eine für ihn wildfremde Frau aufs Bett setzt und anfängt ihn auszuziehen (WILHELM 1998: 277).

Das Erleben dementiell erkrankter Menschen ist nur sehr schwer zu fassen. Deutlich ist nur, dass Emotionen eine große Rolle spielen. Auch beziehungsweise gerade Menschen im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz zeigen sehr offen und stark ihre Gefühle. Dadurch ist aber noch nicht geklärt, aus welchem Erleben heraus diese entstehen.

2 Behandlungsansätze

Im folgenden Kapitel werde ich verschiedene Ansätze zur Behandlung von Demenzen vorstellen. Grundsätzlich ist zwischen nichtmedikamentösen und medikamentösen Ansätzen zu unterscheiden (Kapitel 2.1 und 2.2). Im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit räume ich den nichtmedikamentösen Ansätzen den deutlich größeren Raum ein. In den Kapiteln 2.2.1 bis 2.2.3 werde ich beispielhaft drei Ansätze beschreiben.

2.1 Medikamentöse Behandlungsansätze

Nach heutigem Wissenstand sind die meisten dementiellen Erkrankungen nicht oder nur eingeschränkt behandelbar. Da bis heute also keine Heilung der Demenzen möglich ist, besteht das Ziel aller therapeutischen Maßnahmen in der Linderung der Symptome und der Verzögerung des fortschreitenden kognitiven Abbaus (GUTZMANN 2001: 241). Es gibt viele verschiedene Medikamente, die die kortikalen Hirnfunktionen wie Gedächtnis, Lernen, Auffassungsgabe, Denk- und Konzentrationsfähigkeit verbessern sollen (Antidementiva wie: Nootropika, Cholinesterasehemmer u.a.). (MÖLLER 1997: 1049). Am erfolgreichsten ist eine Anwendung im frühen Stadium der Krankheit. Im besten Fall kann eine Verzögerung des Abbaus von einem Jahr erreicht werden. Die Wirkung ist dabei aber individuell sehr unterschiedlich (GUTZMANN 2001: 241f). Viele dieser Medikamente haben

starke Nebenwirkungen wie beispielsweise Depressionen, Unruhe und Schlafstörungen. Es ist daher immer das Nutzen-Risiko-Verhältnis abzuwägen.

Vaskuläre Demenzen lassen sich, wenn auch begrenzt, besser beeinflussen als degenerative Demenzen wie beispielsweise die Demenz vom Alzheimerstyp. Durch Behandlung der Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Blutzuckerspiegel kann in einigen Fällen eine Verbesserung und deutliche Verlangsamung erreicht werden (GUTZMANN 2001: 241f).

Da die nichtkognitiven Symptome in der Gesamtsymptomatik einen großen Stellenwert einnehmen, finden medikamentöse Therapien hier breite Anwendung. Besonders die Anwendung von Antidepressiva ist von großer Bedeutung. Zu Beginn einer medikamentösen Behandlung einer Demenz wird häufig erst mit Antidepressiva behandelt, um eine Pseudodemenz auszuschließen.

Grundsätzlich gilt, dass bei der Behandlung erst ausgeschlossen werden muss, dass die nichtkognitiven Begleitsymptome keine Nebenwirkungen der Antidementiva sind (GUTZMANN 2001: 241f).

Wenn eine sorgfältige Therapiekontrolle und Begleitung gewährleistet ist, ist eine medikamentöse Behandlung aus heutiger Sicht, trotz der vielen Unwägbarkeiten, wie Wirkungsmechanismus, Wirkungswahrscheinlichkeit und Nebenwirkungen, sinnvoll und gerechtfertigt (GUTZMANN 2001: 249). Vor einer medikamentösen Behandlung sind stets nichtmedikamentöse Behandlungsalternativen zu prüfen.

„Für alle bei dementiellen Erkrankungen auftretenden Kern- und Begleitsymptome stehen neben pharmakologischen Therapiemöglichkeiten prinzipiell auch nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen bzw. -ergänzungen zur Verfügung“ (GUTZMANN 2001: 242).

2.2 Nichtmedikamentöse Behandlungsansätze

Da die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten keine umfassenden oder auch nur annähernd befriedigenden Behandlungsansätze bieten, kommt den nichtmedikamentösen Behandlungsansätzen eine dementsprechend große Bedeutung zu. Es gibt viele verschiedene Ansätze, die sich strukturell, inhaltlich und qualitativ sehr unterscheiden (MÜLLER, D. 1994: 61). In den letzten Jahren gewinnen psychotherapeutische Verfahren, wie Verhaltens-, Gesprächs-, Musik- oder Kunsttherapie, die ich hier nicht weiter erläutern werde, immer mehr an Bedeutung. Dabei wird Therapie nicht als Heilung im ursprünglichen Sinne verstanden – den dementiell erkrankten Menschen fehlen die üblicherweise für eine Therapie geforderten Voraussetzungen wie Ich-Stärke, Motivation, Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Lernfähigkeit -, sondern im Sinne von Beistehen und Helfen (EGIDIUS 1997: 97f). In diesem Sinne kann man auch die Verwendung des Therapiebegriffs bei den von mir im Folgenden dargestellten Interventionsformen verstehen.

Neben allgemeinen therapeutischen Verfahren gibt es eine Reihe speziell für dementiell erkrankte alte Menschen entwickelte Behandlungsansätze. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Ansätzen, die verändernd in das Verhalten dementiell erkrankter Menschen eingreifen, und solchen, die dies bewusst nicht tun.

Die grafische Darstellung verdeutlicht, wie weit die Ansätze voneinander entfernt liegen und welche Ansätze sich dazwischen bewegen (vgl. Abbildung 7).

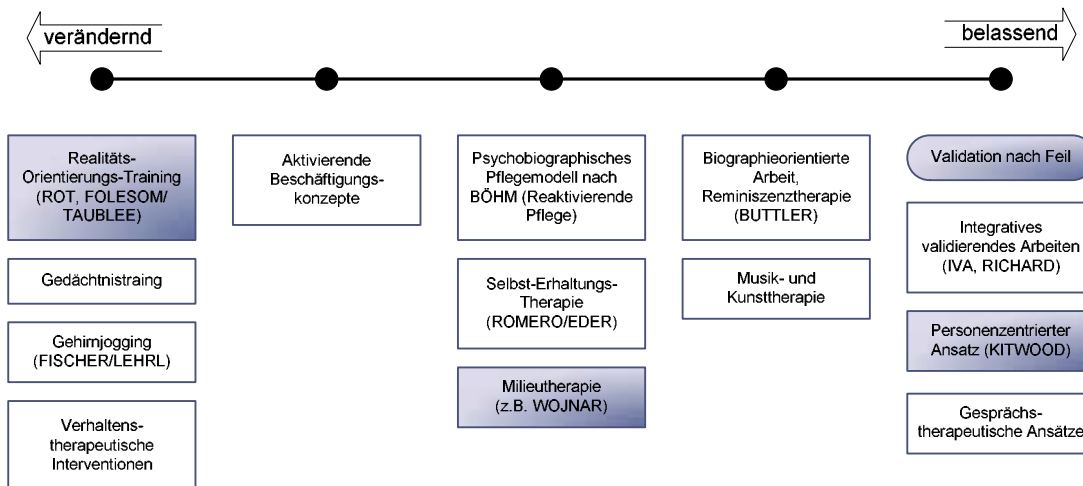


Abbildung 7: Verschiedene Behandlungsansätze versuchen das Verhalten der Betroffenen unterschiedlich stark zu verändern

Das Gehirnjogging nach FISCHER und LEHREL ist eine von Medizinerinnen, Psychologen und Technikern entwickelte Methode, bei der mit Lern-, Gedächtnis-, Wort- und Zeichenspielen das Gehirn trainiert und fit gemacht wird (FISCHER et al. 1992). Mit seinen Denk- und Malaufgaben geht das Gehirnjogging dabei über das herkömmliche Gedächtnistraining hinaus. Die aktivierende Pflege als ein Ansatz der aktivierenden Beschäftigungskonzepte versucht, die Ressourcen der noch vorhandenen Fähigkeiten der Betroffenen auszuschöpfen und die kognitiven Fähigkeiten zu trainieren. Der dementiell erkrankte Mensch wird zur Selbständigkeit angeregt, und durch kontinuierliches Training in einem zeitlich strukturierten Ablauf werden Fertigkeiten des täglichen Lebens trainiert (FRÜHSAMMER 2003). BÖHM wendet sich mit seinem Psychobiographischen Pflegemodell von der aktivierenden Pflege ab. Nach BÖHM muss versucht werden, das auffällige Verhalten von dementiell erkrankten Menschen vor dem Hintergrund ihrer Biographie zu verstehen. Dieses Verhalten muss in die Pflege mit einbezogen werden. Durch Förderung sollen Selbständigkeit und soziale Kompetenzen so lange wie möglich erhalten bleiben, vorrangig sind aber die Selbständigkeit im Denken, Fühlen und Selbstentscheiden (PRELL 2003: 1). Die Selbst-Erhaltungstherapie (SET) von ROMERO und EDER versucht, das Selbst eines dementiell erkrankten Menschen möglichst lange zu erhalten. Durch gezieltes Lernen von biographischem und anderem selbstbezogenen

Wissen sollen die Betroffenen ihr Wissen über sich selbst quasi neu lernen. Die SET geht dabei davon aus, dass dieses Wissen leichter zu reaktivieren ist als personenungebundenes Wissen. Daneben soll durch gezieltes Training von noch erhaltenen Fähigkeiten kommenden Beeinträchtigungen entgegengewirkt werden. Durch das Vermeiden von Veränderung und Erlebnisarmut sollen Gefühle wie Angst, Scham, Aggression oder Depression verhindert werden. Eine feste Bezugsperson vermittelt Sicherheit und Zuversicht (ROMERO 2003: 4). Die biographieorientierte Arbeit oder auch Reminiszenz-Therapie wurde von Robert N. BUTTLER entwickelt, der 1963 mit einem bahnbrechenden Artikel zu einer Neubewertung des „In-Erinnerung-Schwelgens“ beitrug (BUTTLER 1963). Erinnerungsarbeit wurde dadurch zu einer normalen und berechtigten Alterserscheinung. Biographieorientierte Arbeit geht davon aus, dass das Reden über die eigene Geschichte dazu beiträgt, die untergehende Identität dementiell erkrankter Menschen länger zu erhalten und das Selbstvertrauen zu stärken. Darüber hinaus helfen Kenntnisse über die Biographie von Betroffenen den Betreuenden, Verhalten und somit Bedürfnissignale besser zu verstehen und oftmals auch einen Schlüssel zu noch erhaltenen Fähigkeiten zu finden (ALZHEIMERFORUM 2003). Das Konzept des integrativen validierenden Arbeitens (IVA) von RICHARD ist eine Weiterentwicklung der Validation nach FEIL. Die Validation nach FEIL stellt das Kernthema meiner Arbeit dar. Das IVA unterscheidet sich von der Validation nach FEIL im Wesentlichen dadurch, dass es auf verschiedene Fragetechniken, die die Validation nach FEIL bestimmen (vgl. Kapitel 5.1), verzichtet und die Interpretationen wie die der Bedeutung von Symbolen (vgl. Kapitel 4.7) ablehnt. Das IVA versteht sich als gefühlsorientierte Kommunikationsform und Umgangsweise und distanziert sich von der Behauptung, Demenz aufhalten zu können (vgl. Kapitel 4.6) (RICHARD 1996: 713). Im Folgenden werde ich das Realitäts-Orientierungs-Training, die Milieuthherapie und den personenzentrierten Ansatz von KITWOOD ausführlicher darstellen, da sie in der Praxis häufig Anwendung finden und die unterschiedlichen Herangehensweisen – verändernd, belassend oder eine Mischform – repräsentieren. In Kapitel 8.4 greife ich auf diese Ansätze zurück.

2.2.1 Realitäts-Orientierungs-Training

Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) wurde Mitte der sechziger Jahre von den amerikanischen Psychiatern FOLSOM und TAULBEE entwickelt und beruht auf lerntheoretischen Prinzipien¹².

Bei dementiell erkrankten Menschen ist das ROT das am häufigsten eingesetzte Verfahren, da es leicht durch klare Anleitungen und Richtlinien durchzuführen und für die Anwender keine aufwändige Qualifikation notwendig ist (GUNZELMANN/SCHUMACHER 1997: 1152). Ziel von ROT ist es, den Realitätsbezug von Menschen mit Demenz zu verbessern, indem sowohl kognitive als auch emotionale Elemente der Persönlichkeit gefördert werden. Selbständigkeit, Sicherheit und Wohlbefinden sollen wiedergewonnen und erhalten werden (VOITH 1997: 1173). Im Zentrum des ROTs steht die zeitliche, örtliche und personelle Orientierung.

Zielstellungen des ROTs sind:

- Verbesserung der Orientierung
- Förderung der Gedächtnisleistung
- Ermutigung zur Kommunikation und sozialen Interaktion
- Erhaltung der persönlichen Identität.

ROT findet fast ausschließlich in stationären Altenpflegeeinrichtungen Anwendung. Der Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass alle in einer Einrichtung beschäftigten Personen in das Trainingsprogramm mit eingebunden werden (GUNZELMANN/SCHUMACHER 1997: 1152).

Die drei Hauptkomponenten des Konzepts sind

1. Training des Pflegepersonals
2. das 24-Stunden-ROT
3. ROT-Gruppen.

Training des Pflegepersonals

Da alle Beschäftigten einer Einrichtung in das Verfahren eingebunden sind, ist es notwendig, das Personal entsprechend vorzubereiten und zu motivieren. Nur so kann ROT erfolgreich angewendet werden. Zur Vorbereitung gehören Fortbildungsveranstaltungen zur Psychologie des Alterns und zu den Grundprinzipien und Grundlagen des ROTs, in denen die lerntheoretischen Grundlagen und die Prinzipien des 24-Stunden-ROTs und der ROT-Gruppen vermittelt werden.

¹² Lerntheoretisch orientierte Ansätze im Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen gehen davon aus, dass menschliches Verhalten unter bestimmten Bedingungen gelernt wurde und dass sich bestimmte Lernprinzipien und Lernformen gezielt einsetzen lassen, um Verhalten zu verändern (GUNZELMANN/SCHUMACHER 1997: 1151).

Das 24-Stunden-ROT

Das 24-Stunden-ROT stellt einen kontinuierlichen Kommunikationsprozess dar. Jede natürliche Gelegenheit soll zum Gespräch genutzt werden. Die desorientierten alten Menschen werden immer mit Namen angesprochen. Um das Bewusstsein für die Realität zu unterstützen, folgen Hinweise auf den Tag, den Monat, die Zeit sowie das Wetter. Es sollen immer alle Sinne mit einbezogen werden. So wird beispielsweise auf den Geruch der Seife beim Waschen oder auf die Wärme der Sonne hingewiesen. Alle Hinweise werden möglichst oft wiederholt (GÜNTHER et al. 1997: 1116f).

Prinzipien der Kommunikation

Die Person erinnern an:

- A) Wer sie/ er ist
- B) Wo sie/ er ist
- C) Welche Tageszeit herrscht
- D) Was um sie herum vorgeht

Nützliche Tipps:

1. Kurze einfache Sätze verwenden
2. Zu Antworten und Wiederholungen ermutigen
3. Erinnerungen aus der Vergangenheit als ‚Brücke zur Gegenwart nutzen
4. Konversation an spezifischen Dingen orientieren
5. Humor einsetzen

(GÜNTHER et al. 1997: 1116)

Erinnerungen des alten Menschen werden sofort aufgegriffen und mit aktuellen Ereignissen in Beziehung gesetzt. Als Gesprächsgrundlage dienen vor allem konkrete Objekte, beispielsweise ein Bild, ein Gegenstand oder eine konkrete Situation. Verwirrte Äußerungen werden behutsam korrigiert oder es wird das Gesprächsthema gewechselt. Nicht verwirrtes und orientiertes Verhalten wird unterstützt und bekräftigt. Um Erfolgserlebnisse zu ermöglichen, können Hinweise und Stichworte gegeben werden. Nonverbale Kommunikationstechniken wie Blickkontakt, Lächeln oder auch Körperkontakt durch Handberührungen helfen Barrieren abzubauen, besonders bei Menschen, die gegenüber der verstärkten Interaktion misstrauisch reagieren und sich dabei unwohl fühlen.

Da sich das ROT mit Tatsachen und Fakten aus dem Alltag der Menschen befasst, muss das Betreuungsteam möglichst viele Informationen über die Personen einholen. Dazu gehören Alter, Wohnort, Familienumstände, persönliche Vorlieben und Abneigungen sowie Ereignisse aus der jüngsten Vergangenheit (GÜNTHER et al. 1997: 1116ff). Unterstützt wird das 24-Stunden-ROT durch eine gezielte Strukturierung der Umgebung. Als Orientierungshilfen dienen große Wandkalender, große Uhren, eine Tafel mit Angaben über Ort und Raum, Spiegel und große Bilder mit realistisch abgebildeten Gegenständen. Alle Beschäftigten und auch die

Bewohner können Namensschilder tragen und die Zimmertüren sind mit Buchstaben oder Bildern deutlich gekennzeichnet. Die Räume sollen übersichtlich gestaltet sein und Gelegenheiten zur spontanen Kommunikation bieten, beispielsweise durch Sitzgruppen (VOITH 1997: 1175). Ob das 24-Stunden-ROT erfolgreich ist, hängt wesentlich von der kontinuierlichen Anwendung durch das Pflegepersonal ab. Die Pflegenden dürfen sich dabei in ihren Äußerungen und ihrem Verhalten nicht widersprechen, um zusätzliche Verwirrung zu vermeiden (GÜNTHER et al. 1997: 1115).

ROT-Gruppen

ROT-Gruppensitzungen sind eine wichtige Ergänzung des 24-Stunden-ROTs. Eine Gruppe umfasst nicht mehr als sechs Teilnehmer, deren Leistungsniveau nicht zu weit auseinander liegen sollte. Die Sitzungen sind stark strukturiert und sollten fünfmal in der Woche für eine halbe bis ganze Stunde möglichst vormittags stattfinden. Die Umgebung sollte wie beim 24-Stunden-ROT Orientierungshilfen bieten. Die Gruppenstunden werden von ein oder zwei Leitern betreut und bieten Gelegenheit für ein Intensivtraining (GUNZELMANN/SCHUMACHER 1997: 1154). Die Struktur der Sitzungen sollte stets gleich sein, und der Gruppenleiter legt Themen und Übungen vorher fest. Das heißt nicht, dass nicht auch auf unvorhergesehene Ereignisse eingegangen werden kann.

Die ROT-Gruppen bieten die Möglichkeit für ein intensives Training in Form von Übungen und Spielen, die über das Training im 24-Stunden-ROT hinausgehen. Dabei sind Leistungszwang und Überforderungssituationen zu vermeiden. Eine aufgelockerte Atmosphäre kann Frustrationen vorbeugen (VOITH 1997: 1176ff).

Bei Anwendung des ROTs muss stets die Würde der Menschen gewahrt werden. Erhaltene Funktionsbereiche sollen entdeckt und gefördert werden, um Selbstständigkeit zu ermöglichen und darüber das Selbstwertgefühl zu stärken. Dazu tragen Erfolgserlebnisse oder auch die Übernahme von Aufgaben wie beispielsweise Tischdecken oder Geschichten erzählen bei (GÜNTHER et al. 1997: 1115).

Anmerkungen

Das ROT hat nachweisbar einen positiven Einfluss auf die Orientierung und die kognitiven Leistungen sowie auf Verhaltensaspekte wie soziale Interaktion, Anziehen und Zurechtfinden. Es hat sich aber gezeigt, dass dies nur bei dauerhafter und intensiver Anwendung der Fall ist. Bei nachlassendem Einsatz von ROT sind die positiven Effekte nur von kurzer Dauer (GÜNTHER et al. 1997: 1117f). Eine Gefahr, die inzwischen auch Befürworter des ROTs sehen, liegt in der starken Leistungsorientierung bei unkritischer Anwendung des Ansatzes (GUNZELMANN/SCHUMACHER 1997: 1155). VOITH weist auf die Subjektivität von Wahrnehmung hin und kritisiert die beharrliche Orientierung an der Realität der

Betreuenden. Sie stellt beim ROT den zwischenmenschlichen Kontakt, der unter allen Umständen erhalten bleiben muss, in den Vordergrund (VOITH 1997: 1175f). Die Durchführung des ROTs trifft bei Menschen mit leichter Demenz oft auf das starke Bedürfnis nach Orientierung. Es kann aber auch dazu führen, dass die Übungen als kindisch empfunden werden und sich eine Person nicht ernst genommen fühlt (GÜNTHER et al. 1997: 1119). Weiter ist die Anwendung von ROT bei Menschen mit schwerer Demenz kritisch zu hinterfragen. Die starken kognitiven Einbußen, der weitgehende Realitätsverlust und die stark herabgesetzte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit führen dazu, dass die Interventionen unzureichend verarbeitet werden und unter Umständen zu Unruhezuständen und aggressivem Verhalten führen (VOITH 1997: 1180f).

Der Hauptkritikpunkt des Trainings ist jedoch die Frage nach dem Nutzen und der Übertragbarkeit der verbesserten eingeübten Kompetenzen auf den Alltag. Kritiker regen an zu überlegen, ob nicht das Vermitteln von Bewältigungsstrategien und das Verwenden von Gedächtnisstützen mehr Sinn machen als das Einüben von Fertigkeiten, die ihrer Ansicht nach eine geringe Alltagsrelevanz haben (RIEDERER 1999). Positive Effekte hat das ROT besonders für die Betreuenden. Die starke Strukturierung und die klaren Regeln zur Durchführung stellen ihnen Verhaltensstrategien für die oft schwierigen und überfordernden Situationen zu Verfügung. Dies gibt Orientierung, Sicherheit und macht gelassener, was sich wiederum beruhigend auf die dementiell erkrankten alten Menschen auswirkt (GUNZELMANN 2003: 1).

2.2.2 Milieuthherapie

Die Milieuthherapie geht davon aus, dass sich dementiell erkrankte alte Menschen nicht oder nur sehr eingeschränkt über negative Umweltbedingungen hinwegsetzen können. Sie sind aufgrund ihrer eingeschränkten Bewältigungsfähigkeit besonders angreifbar und verletzlich. Aus dieser Annahme heraus wurde ein Ansatz entwickelt, der sich nicht allein auf die einzelne Person bezieht, sondern am gesamten sozialen Umfeld ansetzt (MÜLLER, D.1994: 86). Verlorene Innenstrukturen der dementiell erkrankten alten Menschen sollen durch entsprechende Außenstrukturen kompensiert werden. Die Veränderung der Umwelt umfasst dabei nicht nur eine räumlich-physikalische Veränderung, sondern auch eine starke Tagesstrukturierung und Veränderungen im sozialen und interpersonalen Bereich. Die Betroffenen sind aufgrund ihrer eingeschränkten Bewältigungs- und Verarbeitungsfähigkeit von den sie umgebenden Umwelteinflüssen schnell überfordert. In der Milieuthherapie wird deshalb versucht, Überforderungs- und Belastungsquellen abzubauen. Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit sollen so gefördert werden (EGIDIUS 1997: 135ff).

„Um eine Atmosphäre der Sicherheit, Geborgenheit und Akzeptanz herzustellen und das Führen eines menschenwürdigen, den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Person entsprechenden Lebens zu ermöglichen, sollen soziale Rollen (außer der ‚kranken‘) verfügbar gemacht werden. Partizipation und Einflussnahme müssen möglich sein. Die Selbsthilfe soll verbessert werden und Institutionalisierungseffekte (abhängiges Verhalten, Apathie, Sinnlosigkeitsempfinden) abgemildert werden.“

(MÜLLER, D. 1994: 86)

Persönliche Beziehungen und enge Bezugspersonen sind Voraussetzung für Vertrauen und damit für Geborgenheit und Sicherheitsempfinden. Damit kommt dem Pflegepersonal in seinem täglichen Umgang eine große Bedeutung zu. Mit einer respektvollen akzeptierenden Grundhaltung, Einfühlungsvermögen, Ruhe, Geduld und Verständnis soll Vertrauen gewonnen und ein eigenverantwortliches und unabhängiges Handeln gefördert werden. Die Art der Kommunikation richtet sich dabei nach den individuellen Beeinträchtigungen der Einzelnen. Nonverbale Kommunikationsformen wie Augenkontakt, Gestikulieren und Körperkontakt ermöglichen besonders in der Arbeit mit schwer dementiell erkrankten Menschen eine soziale Kontaktaufnahme (MÜLLER, D. 1994: 86).

Der Aufbau einer engen persönlichen Beziehung und die Entwicklung eines Verständnisses für bestimmtes Verhalten gelingen dabei leichter, wenn man Kenntnisse über die Biographie der Betroffenen hat.

„Das Wissen um beispielsweise Interaktionsstile des Betroffenen, seine Bewältigungs- und Verarbeitungsweisen, wichtige lebensgeschichtliche Ereignisse etc. dient der Sensibilisierung der Mitarbeiter. Sie sollen ein möglichst vollständiges Bild der Persönlichkeit des dementiell Erkrankten erhalten können und so vom stereotypen Fremdbild ‚dement, abgebaut, kommunikationsunfähig, schwerst pflegebedürftig‘ wegkommen“

(EGIDIUS 1997: 138)

Eine anregende und interessante Gestaltung des Tagesablaufs soll aktivierend wirken und vor sensorischer Deprivation¹³, die für Verwirrheitszustände verantwortlich sein kann, schützen. „Besonders Patienten mit Gedächtnisdefiziten brauchen ... ‚Input‘, da sie sonst entstehende Verständnislücken mit Inhalten füllen, die in frühere Gedächtniszusammenhänge passen“ (MÜLLER, D. 1994: 87). Durch die Aktivierung verschiedener Sinne, mit Hilfe von Singen, Musizieren, Bewegung,

¹³ Mangel, Verlust, Entzug von etwas Erwünschtem. Lateinisch: Beraubung (MÜLLER, W. et al. 1982: 174)

Hinweisen auf Gerüche oder Ereignisse, soll ein Interesse an der Umwelt und eine gesteigerte Wahrnehmung dieser gestärkt werden (MÜLLER, D. 1994: 89).

Die Aktivierungsangebote dürfen nicht überfordern oder unterfordern. Sie müssen den Kompetenzen der Einzelnen angepasst sein und in einem Bezug zu ihrer Biographie stehen. Die Aktivitäten sollen in den natürlichen Tagesablauf passen. Das Ausüben vertrauter Abläufe und Handlungen des täglichen Lebens, die sehr lange erhalten bleiben, werden gefördert und geben so Bestätigung und steigern das Selbstwertgefühl und damit das Wohlbefinden. Die Lebensgewohnheiten des Einzelnen, wie beispielsweise lange auszuschlafen oder bestimmte Essgewohnheiten, werden respektiert und berücksichtigt (EGIDIUS 1997: 142).

Gruppenangebote sollen soziale Isolierung verhindern und dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten entsprechen. Kommunikative Kompetenzen werden gestärkt und das Wir-Gefühl in einer Gruppe vermittelt Sicherheit. Die Angebote sollten immer freiwillig genutzt werden (MÜLLER, D. 1994: 87).

Der sich täglich wiederholende, klar strukturierte Tagesablauf vermittelt Vertrautheit und hilft sich zu orientieren. Unterstützt wird dies durch eine klar strukturierte und reizarme räumlich-physikalische Umgebung. Radio, Fernseher, Spiegel oder Bilder gibt es nicht, um eine akustische oder optische Überforderung zu verhindern und Verkennungen zu vermeiden. Die Räume sind ausreichend beleuchtet, denn Dunkelheit und Zwielicht fördern Verwirrung. Muster und scharfe Schatten auf dem Boden gilt es zu vermeiden, da diese als Hindernisse wahrgenommen werden können. So soll beispielsweise der Bewegungsdrang, der sich bei vielen in Form von „Wandern“ zeigt, nicht unterdrückt werden, sondern gefahrlos ausgelebt werden können.

Kleine familienähnliche Wohngruppen, eine normale Möblierung und Alltagskleidung des Pflegepersonals vermitteln Nähe und Sicherheit. Eine Krankenhausatmosphäre soll vermieden werden (MÜLLER, D. 1994: 87f). Um Unterforderung und Langeweile zu vermeiden, gibt es neben den aktivierenden Angeboten Anregungen zur Eigenbeschäftigung und zu Gruppenaktivitäten. So können ein Regal mit Wäsche, Küchenutensilien, Kleintiere und Pflanzen oder Getränke zum Selbstbedienen einen besonderen Vertrautheits- und Aufforderungscharakter haben (EGIDIUS 1997: 145). Selbstbestimmtes Handeln gibt das Gefühl, Einfluss nehmen zu können, und ermöglicht Hoffnung (MÜLLER, D. 1994: 89).

Nicht zuletzt spielt das Einbeziehen der Angehörigen in der Milieuthherapie eine wichtige Rolle. Beziehungsgefüge sollen so aufrechterhalten werden, und es kommt nicht zum Verlust von vertrauten sozialen Kontakten.

Die Milieuthherapie kann nur Erfolge zeigen, wenn alle Mitarbeiter bei der Planung und Durchführung beteiligt sind. Eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeiter überträgt sich auf die dementiell erkrankten alten Menschen in positiver Weise. (MÜLLER, D. 1994: 86).

2.2.3 Der personenzentrierte Ansatz nach KITWOOD

Im Mittelpunkt des Ansatzes nach Tom KITWOOD steht die Person beziehungsweise das Personsein. Daraus ergibt sich die theoretische Grundlage mit der Frage, was es bedeutet, eine Person zu sein. KITWOOD definiert Personsein als einen „Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehungen und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (KITWOOD 2002: 27).

Er geht dabei davon aus, dass Personsein über Beziehungen, also äußere Faktoren, entsteht. KITWOOD distanziert sich von einem Verständnis von Personsein, das sich vor dem Hintergrund unserer westlichen „Business-Kultur“ und unter dem Einfluss eines extremen Individualismus entwickelt hat und bei dem Kriterien wie Autonomie und Rationalität Personsein definieren. KITWOOD betont, dass Personsein weitaus stärker mit Gefühlen, Emotionen und der Fähigkeit, in Beziehungen zu leben, verbunden werden sollte (KITWOOD 2002: 28). Personsein wird damit unabhängig von körperlichen und geistigen Fähigkeiten.

Beziehungen sind grundlegend für das Personsein. KITWOOD bezieht sich dabei auf die Beziehungstheorie Martin BUBERs (BUBER 1999). BUBER beschreibt zwei verschiedene Formen des In-Beziehung-Lebens. Die Ich-Es-Beziehung ist kühl und distanziert und kann niemals über das Banale und Triviale hinausgehen. Die Ich-Du-Beziehung dagegen impliziert Offenheit, Zärtlichkeit, Präsenz und Bewusstheit. Sie ist geprägt von einem Auf einander-Zugehen. Beziehungen müssen voller Akzeptanz und frei von dem Versuch zu manipulieren oder zu benutzen sein (KITWOOD 2002: 29f). BUBERs Ansatz hebt den Wert von Personen stark hervor.

KITWOOD baut sein Verständnis von Demenz auf dieser Grundlage auf.

„Wenn wir Demenz verstehen wollen, ist es meiner Ansicht nach entscheidend, Personsein im Sinne von Beziehung zu sehen. Selbst bei sehr schwerer kognitiver Beeinträchtigung ist oft eine Ich-Du-Form der Begegnung und des In-Beziehung-Tretens möglich.“

(KITWOOD 2002: 32)

Menschen mit Demenz verlieren ihre kognitiven Fähigkeiten. Ob sie aber auch ihr Personsein verlieren, hängt davon ab, ob andere Menschen mit ihnen in Beziehung treten und trotz der Demenz eine Beziehung aufrechterhalten können. Sich als Person zu empfinden gibt dem Leben einen Sinn, gibt inneren Halt und hilft zu handeln (KITWOOD 2002: 31).

Ziel der Pflege soll der Erhalt des Personseins durch Interaktion sein. Trotz kognitiven Verfalls soll ein relatives Wohlbefinden¹⁴ der Betroffenen geschafften beziehungsweise erhalten werden (MÜLLER-HERGL 2003: 6). KITWOOD charakterisiert Wohlbefinden, das unabhängig von kognitiven Fähigkeiten ist, in vier Empfindungszuständen.

1. Jeder Mensch bedarf der Anerkennung seines Wertes, seiner Würde und Bedeutsamkeit.
2. Jeder Mensch möchte handeln, auf Menschen und Dinge einwirken, einen Unterschied im Lauf der Dinge machen können.
3. Jeder bedarf des Vertrauens in soziale Beziehungen, benötigt Kontakt und Interaktion.
4. Jeder bedarf Hoffnung im Sinne des Urvertrauens, dass Welt und Menschen in einem fundamentalen Sinne gut und verlässlich sind.

(MÜLLER-HERGL 2003: 7)

Relatives Wohlbefinden bedeutet für die Pflege, die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und ihnen nachzukommen. KITWOOD geht davon aus, dass auffälliges oder auch störend genanntes Verhalten der Versuch ist, zu kommunizieren und ein Befinden auszudrücken. In der personenzentrierten Pflege wird daher nicht von störendem, sondern von herausforderndem Verhalten gesprochen¹⁵ (MACIEJEWSKI et al.2001: III/3f).

KITWOOD beschreibt fünf wichtige Bedürfnisse eines jeden Menschen. Diese Bedürfnisse sind miteinander verbunden und lassen sich nicht scharf voneinander abgrenzen. Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität münden in das allumfassende Bedürfnis nach Liebe, das verstanden werden kann als „eine großzügige, verzeihende und bedingungslose Annahme, ein emotionales Geben von ganzem Herzen, ohne die Erwartung einer direkten Belohnung“ (KITWOOD 2002: 121). Bei den meisten Menschen sind die Bedürfnisse die meiste Zeit nicht

¹⁴ Ausgehend von der Überlegung, dass relatives Wohlbefinden ein gutes und zentrales Kriterium für Pflegequalität ist, hat KITWOOD mit seiner Bradford Dementia Group ein Verfahren zur Überprüfung von Qualitätsstandards in der Pflege demenzkranker Menschen entwickelt. Das Dementia Care Mapping (DCM) ist ein Verfahren, um das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz detailliert abzubilden und Rückschlüsse auf die personale Qualität der Pflege zu ziehen. Umgekehrt können so Standards für gute Pflege ermittelt werden. Grundhypothese für die Beobachtung ist: Wenn es Menschen mit Demenz relativ gut geht, ist dies ein wesentliches Kriterium für eine gute Pflegequalität (MÜLLER-HERGL 2003).

¹⁵ Ein auffälliges oder störendes Verhalten ist eine Abweichung von normiertem Verhalten und führt eher zu negativen Assoziationen. Die Bezeichnung herausforderndes Verhalten ist wertfrei und verschiebt den Fokus von der Bewertung des Verhaltens auf die Interaktion zwischen Betroffenen, die dieses Verhalten zeigen, und Beteiligten, die darauf reagieren (BMFSF 2001: 34).

offen sichtbar. Erst wenn jemand unter Druck gerät, Entbehrungen aushalten muss, schmerzhaftes Erinnerungen hat oder schlimme Erfahrungen macht, treten die Bedürfnisse zutage. Die Bedürfnisse haben oft eine enorme Eigendynamik und Kraft, und für die betroffenen Personen hat nichts so große Bedeutung wie die Befriedigung der Bedürfnisse. Je weniger ein Mensch in der Lage ist, seinen Bedürfnissen selbst Befriedigung zu verschaffen, desto stärker zeigen sich diese. Das Bedürfnismuster ist dabei von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich, entsprechend den unterschiedlichen Lebensgeschichten und Persönlichkeiten (KITWOOD 2002: 121f). Die zur Darstellung von KITWOOD gewählte Grafik in Form einer Blume (vgl. Abbildung 8) unterstreicht, dass ein Mensch aufblüht, wenn die Bedürfnisse erfüllt werden, genauso aber verblüht und sich in sich zurückzieht, wenn die Bedürfnisse enttäuscht werden.

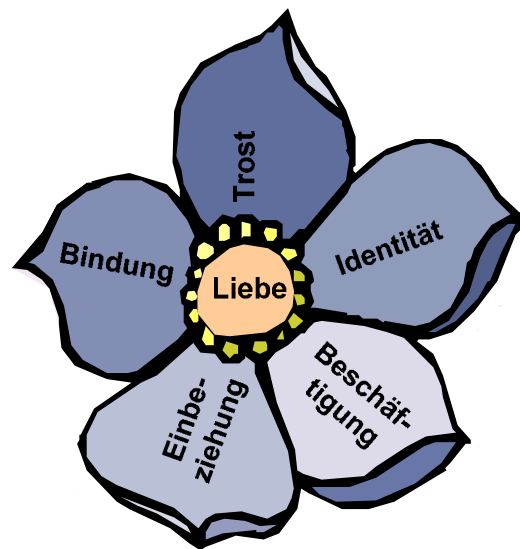


Abbildung 8: Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse dementiell erkrankter Menschen

(KITWOOD 2000: 122)

Trost: Für Menschen mit Demenz ist Trost besonders im frühen Stadium der Erkrankung, in dem sich die Betroffenen den Verlusten von Fähigkeiten, Kontakten und Lebensplanung bewusst sind, von großer Bedeutung. Trost spenden bedeutet Zärtlichkeit, Nähe, das Lindern von Schmerz und Leid und Vermitteln von Sicherheit. Jemanden trösten gibt dem anderen Stärke und Halt (KITWOOD 2002: 123).

Bindungen: Bindungen geben Menschen das Gefühl von Sicherheit. Ohne frühe funktionierende Bindungen kann sich kein Sicherheitsgefühl ausbreiten, und es fällt schwer, richtig zu handeln und sich in der Welt zurechtzufinden (vgl. Kapitel 4.2.2). Menschen mit Demenz erleben viele Unsicherheiten und Ängste.

Beziehungen können ihnen Stabilität und Sicherheit vermitteln (KITWOOD 2002: 123).

Einbeziehung: Der Mensch ist ein soziales Wesen und hat das Bedürfnis nach Teilhabe am sozialen Leben. Menschen mit Demenz werden aufgrund ihrer Erkrankung häufig aus dem Gruppenerleben ausgeschlossen. KITWOOD geht davon aus, dass eine Person infolge sozialer Isolation körperlich und geistig abbaut und sich zunehmend zurückzieht. Werden die Betroffenen jedoch mit einbezogen und wird das Bedürfnis befriedigt, blühen sie auf und fühlen sich akzeptiert und anerkannt (KITWOOD 2002: 123f).

Beschäftigung: Beschäftigungen geben dem Leben einen Sinn und das Gefühl, einbezogen und nützlich zu sein. Langeweile, Apathie und Nichtigkeit entstehen, wenn Menschen ihrer Beschäftigung beraubt werden. Ihre Fähigkeiten lassen nach und in Folge geht ihre Selbstachtung verloren. Auch Menschen mit Demenz haben ein starkes Bedürfnis nach Beschäftigung. KITWOOD weist darauf hin, dass es ein großes Fingerspitzengefühl, Kenntnis der Biographie und Vorlieben sowie Einfühlungsvermögen bedarf, um die richtigen Beschäftigungen für eine Person zu finden, die keine vorgefertigten Lösungen darstellen, sondern die Person ernst nehmen (KITWOOD 2002: 124).

Identität

„Eine Identität zu haben, bedeutet zu wissen, wer man ist, im Erkennen und im Fühlen. Es bedeutet, ein Gefühl der Kontinuität mit der Vergangenheit und demnach eine ‚Geschichte‘, etwas, das man anderen präsentieren kann, zu haben.“

(KITWOOD 2002: 125)

Die Art und Weise, wie sich eine Identität zusammensetzt, also konstruiert, ist bei jedem Menschen einzigartig (KITWOOD 2002: 125). Menschen mit Demenz wird eine Identität häufig abgesprochen. Aufgrund des für Außenstehende unverständlichen Verhaltens, wird häufig davon ausgegangen, dass sich Menschen mit Demenz selbst als geschichts- und identitätslos erleben müssen. Es wird vergessen, dass jeder eine eigene Lebensgeschichte hat, die ihn von den anderen unterscheidet und die sich in seinem Verhalten und Erleben zeigt (MACIEJEWSKI et al.2001: III/7).

Um die Identität dementiell erkrankter Menschen zu erhalten, sind – wie in den anderen beschriebenen Ansätzen auch – Kenntnisse über die Biographie der Betroffenen und Empathie nötig, um auf die Einzigartigkeit von Personen reagieren zu können (KITWOOD 2002: 125).

Durch die sensible Befriedigung der Bedürfnisse ist es möglich, Personsein zu erhalten. Schon allein das Befriedigen eines Bedürfnisses hat Auswirkungen auf die

anderen Bedürfnisse. Ein Mensch, der sich sicher fühlt, nimmt beispielsweise eher eine Beschäftigung wahr, und Beschäftigung ihrerseits stärkt das Gefühl der Identität. Durch die Befriedigung der Bedürfnisse kommt es daher zu einer allgemeinen Verstärkung des Selbstwertgefühls (KITWOOD 2002: 125).

Positives Arbeiten an der Person

KITWOOD beschreibt zwölf verschiedene Arten positiver Interaktion in der Pflege von Menschen mit Demenz. Jede stärkt das Personsein auf eine andere Art und Weise, indem sie ein positives Gefühl verstärkt, eine Fähigkeit fördert oder hilft, seelische Wunden zu heilen. Sie helfen Kontakt herzustellen, zu verstehen und Beziehungen aufzubauen. Man kann sagen, sie öffnen die Türen zu einem Menschen mit Demenz. Die zwölf Interaktionsformen versteht KITWOOD als provisorische Aufstellung, die noch ausgebaut werden muss (KITWOOD 2002: 133).

Anerkennen: Jemanden als besondere Person anerkennen, namentlich kennen und in seiner Einzigartigkeit bestätigen. Anerkennung kann durch achtsames Zuhören, Worte, aber auch wortlos, beispielsweise durch Blickkontakt, erfolgen.

Verhandeln: Jemanden nach seinen Bedürfnissen, Vorlieben und Wünschen fragen oder diese erkennen. Verhandeln findet viel Anwendung in Alltagssituationen. Beispielsweise ob sich jemand in der Lage fühlt aufzustehen, rauszugehen usw. Ängste, Unsicherheiten und das langsame Verarbeitungstempo werden dabei berücksichtigt. Verhandeln gibt auch hochgradig abhängigen Menschen ein gewisses Maß an Kontrolle und Macht zurück.

Zusammenarbeiten: Mit der Person zusammenarbeiten heißt gemeinsames Arbeiten und Handeln in Pflege und Haushalt. Kennzeichnend für Zusammenarbeit ist, dass Pflege nicht etwas ist, das einer Person „angetan“ wird, und in der sie passiv ist, sondern dass es ein Prozess ist, an dem sie mit eigener Initiative und Fähigkeiten beteiligt ist.

Spielen: Jemandem Platz für Spontaneität und Selbstaussdruck bieten, beispielsweise durch Spielen.

Timalation¹⁶: Die Person würdigend stimulieren, Kontakt durch sensorische Zugangsweisen, beispielsweise durch Massagen oder Aromatherapie, herstellen. Ein solcher Kontakt ermöglicht Sicherheit und Vergnügen. Wegen der sehr geringen Anforderungen eignet sich diese Interaktion besonders gut für schwer kognitiv beeinträchtigte Menschen.

¹⁶ Timalation setzt sich zusammen aus dem Griechischen Wort „timao“, was so viel heißt wie „ich halte in Ehren, ich würdige“, und aus dem Wort „Stimulation“, mit der Bedeutung der sensorischen Anregung (KITWOOD 2002: 134).

Feiern: Mit Personen feiern, Freude und Spaß haben. Jeden Augenblick freudvoll genießen. Beim Feiern verschwindet die Trennung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden, da alle von einer ähnlichen Stimmung erfasst werden.

Entspannen: Einer Person Entspannung ermöglichen durch in-der-Nähe-sein oder Körperkontakt. Viele Menschen mit Demenz können besser entspannen, wenn sie nicht alleine sind.

Validation: Die subjektive Realität und die Macht dieser Erfahrungen akzeptieren. Die Emotionen einer Person werden anerkannt und ihnen wird auf der Gefühlsebene geantwortet. Um den gesamten Bezugsrahmen einer Person zu verstehen, selbst wenn er chaotisch, paranoid oder halluzinär ist, erfordert ein hohes Maß an Empathie. Validation führt dazu, dass sich ein Mensch lebendiger, wirklicher und verbundener fühlt. In Teil II ist die Methode der Validation nach Naomi FEIL ausführlich dargestellt.

Halten: Jemandem einen Raum bieten, in dem er sich sicher fühlt und in dem verborgene Verletzungen, Konflikt, überwältigende Trauer oder abgrundtiefer Schrecken Platz haben. Gleichzeitig wird durch das Halten deutlich, dass diese Emotionen vorübergehend und vor allem erlaubt sind und nicht zur Desintegration der Seele führen. Psychologisches Halten kann immer auch körperliches Halten umfassen.

Erleichtern: Jemandem, in die Lage versetzen, etwas zu tun, das er ansonsten nicht mehr tun könnte, indem die Teile der Handlung übernommen werden, die der andere nicht mehr ausführen kann. Im Unterschied zur Zusammenarbeit umfasst Erleichtern die Aufgabe, Interaktion in Gang zu bringen, zu verstärken und der Person schrittweise zu helfen, sie mit Bedeutung zu füllen. Erleichtern ist besonders in der Arbeit mit Menschen wichtig, deren Handlungssinn ernsthaft erschöpft ist oder wenn eine Person nicht mehr weiß, was sie tun und wie sie etwas tun soll.

Schöpferisch sein: Ein Mensch mit Demenz bietet spontan etwas aus seinem Vorrat an Fähigkeiten an, beispielsweise Singen oder Tanzen. Die Führungsrolle nimmt hierbei der Mensch mit Demenz ein, die betreuende Person bietet empathische Reaktion an.

Geben: Menschen mit Demenz sind sehr sensibel und nehmen bisweilen die Stimmungen und Gefühle der sie betreuenden Menschen auf. Mit Wärme und Ernsthaftigkeit bringen sie Besorgnis, Zuneigung oder Dankbarkeit zum Ausdruck und geben so viel von sich weiter.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei KITWOODs Ansatz die betroffenen Menschen im Mittelpunkt stehen. Sie sollen sich ihren Bedürfnissen nach verhalten dürfen. Ihre Gefühle und ihre innere Realität sind maßgeblich. Es geht nicht darum, sie gut in die Umgebung einzupassen, ihr Verhalten als störend zu kategorisieren und

zu versuchen, dieses zu unterbinden. Die Menschen sollen aktiv und interaktiv eingebunden sein und nicht nur passive Empfänger von Pflege sein. Das Personsein soll mit allen Eigenheiten und Verhaltensweisen, die für ein Wohlbefinden nötig sind, erhalten bleiben.

3 Zusammenfassung zu Teil I

Dementielle Erkrankungen verlaufen in der Regel fortschreitend und lassen sich nicht aufhalten oder verhindern. Dennoch ist eine Früherkennung wichtig, um behandelbare Ursachen für dementielle Symptome rechtzeitig zu erkennen oder um sich auf die Veränderungen einstellen zu können. Der Verlauf von dementiellen Erkrankungen ist individuell sehr unterschiedlich und lässt sich infolgedessen nicht starr auf ein Stadienmodell übertragen. So kann auch das Drei-Stadien-Modell der Demenz vom Alzheimer-Typ nur als Richtlinie dienen. Die diagnostischen Verfahren stützen sich im Wesentlichen auf körperliche und kognitive Veränderungen. Nicht-kognitive Veränderungen werden nur unzureichend berücksichtigt. Sie werden als direkte Folge des hirnrorganischen Abbauprozesses verstanden und dementsprechend medikamentös therapiert. Neben den diagnostischen Verfahren gibt es jedoch die zunehmend verbreitete Auffassung, dass nichtkognitive Symptome und dabei besonders störendes oder auffälliges Verhalten auch als Abwehrverhalten interpretiert werden muss, mit dem die betroffenen Menschen versuchen, ihr Empfinden und Erleben auszudrücken. Dieses Verständnis vom Verhalten dementiell erkrankter Menschen geht davon aus, dass die Gefühle unabhängig von den kognitiven Fähigkeiten erhalten bleiben und somit im Verhalten und Erleben der Betroffenen im Vordergrund stehen. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass sich das Erleben und die Wahrnehmung individuell sehr unterschiedlich gestaltet und dass der Einzelne den Regeln seiner persönlichen Wahrheit folgt. Für Außenstehende ist es daher schwierig, dieses Erleben richtig zu verstehen beziehungsweise das Verhalten richtig zu deuten. Die Überlegungen zu den Ursachen und Hintergründen nichtkognitiver Symptome müssen dabei ein Ausgangspunkt für die Entwicklung nichtmedikamentöser Behandlungsansätze sein. Die immer größer werdende Anzahl von Menschen mit dementiellen Erkrankungen erfordert es, neue Behandlungskonzepte zu entwickeln und zu verbreiten.

Die drei von mir ausführlich vorgestellten Behandlungsansätze – Realitäts-Orientierungs-Training (ROT), Milieuthherapie und der personenzentrierte Ansatz von KITWOOD – gehen unterschiedlich stark und auf unterschiedliche Weise auf die Hintergründe von nichtkognitiven Symptomen ein. Während bei KITWOOD die Gefühle der Menschen zum Hauptgegenstand des Ansatzes werden und er versucht, den Bedürfnissen des einzelnen Menschen gerecht zu werden, versucht das ROT, durch gezieltes Training die Symptome zu verringern und die kognitiven Fähigkeiten

so lange wie möglich zu erhalten. Die Milieuthherapie dagegen sieht die Gründe von auffälligem Verhalten in der räumlichen und sozialen Umgebung der Betroffenen. Angesichts der Tatsache, dass die Wirkung von medikamentösen Therapien sehr eingeschränkt ist, sollten die nichtmedikamentösen Therapien höher bewertet werden und in der Praxis mehr Raum erhalten. Medikamentöse Behandlungsansätze können dabei unterstützend wirken.

Teil II

Die Methode der Validation nach Naomi FEIL

Die Validation nach Naomi FEIL ist ein weiterer Ansatz, um mit dementiell erkrankten alten Menschen zu arbeiten. Dabei drückt der Begriff „Validation“ den Grundgedanken der Methode aus. Validation lässt sich mit „Gültigkeitserklärung“ übersetzen (MÜLLER et al. 1982: 789) und leitet sich von dem lateinischen „valere“ ab, was so viel bedeutet wie „gültig sein“ (MENGE/PERTSCH 1984: 778). Validation im Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen meint in diesem Zusammenhang das Verhalten und die Äußerungen eines Menschen für gültig und wahr zu erklären, auch wenn diese in der objektiven Realität unverständlich und unlogisch erscheinen. Der Begriff „Validation“ drückt Respekt und Wertschätzung gegenüber der Wahrnehmung und dem Erleben eines anderen Menschen aus.

Im Folgenden werde ich die Methode der Validation nach FEIL darstellen. In Kapitel 4 stelle ich die verschiedenen Theorien vor, die FEIL ihrem Ansatz zugrunde legt und aus denen heraus ihr Verständnis von Demenz und Desorientierung resultiert. Des Weiteren gehe ich in diesem Kapitel auf die Ziele und Zielgruppe sowie auf FEILs Vier-Stadien-Modell der Desorientierung ein. Kapitel 5 beschäftigt sich mit der praktischen Umsetzung der Validation und der Rolle des Anwenders, beziehungsweise den Voraussetzungen, die er mitbringen muss.

4 Entstehung, Theorien und Ziele

FEIL hat für den theoretischen Unterbau zu ihrer Methode auf bekannte Theorien und Modelle zurückgegriffen sowie eigene Modelle entwickelt.

In Kapitel 4.1 beginne ich mit einem kurzen geschichtlichen Überblick zur Person FEILs und zu ihrer Motivation, einen neuen Ansatz zu entwickeln. Kapitel 4.2 beinhaltet eine ausführliche Darstellung FEILs Theorie. Ich beginne in Kapitel 4.2.1 mit der Darstellung des personenzentrierten Ansatzes von Carl ROGERS, der die Grundhaltung der Validation darstellt. Anschließend erläutere ich ERIKSONS Theorie der Persönlichkeitsentwicklung (Kapitel 4.2.2), die FEIL in vollem Umfang in ihre Theorie aufgenommen hat und auf der sie ihre in Kapitel 4.2.3 dargestellte Theorie der Desorientiertheit aufbaut. Aus diesen drei grundlegenden Theorien – ROGERS, ERIKSON und Theorie der Desorientiertheit nach FEIL – ergeben sich die theoretischen Grundannahmen der Validation nach FEIL, die ich in Kapitel 4.2.3 wiedergeben werde. Aus den bis dahin dargestellten Theorien gehen die in Kapitel 4.3 dargestellten Ziele der Validation hervor. Mit der Frage nach der Zielgruppe (Kapitel 4.4) und der Darstellung von FEILs Distanzierung vom medizinischen Verständnis von Desorientiertheit (Kapitel 4.5) bewege ich mich auf das Herzstück der Validationstheorie zu: das Vier-Stadien-Modell der Desorientierung nach FEIL

(Kapitel 4.6). Abschließend gehe ich in Kapitel 4.7 kurz auf FEILs Symboltheorie ein, die besonders für das Verständnis des Verhaltens desorientierter alter Menschen von Bedeutung ist.

4.1 Die Ursprünge der Validation nach FEIL

Die Begründerin Validation, Naomi FEIL, wurde 1932 in München geboren. 1936 emigrierte ihre Familie in die Vereinigten Staaten von Amerika, wo ihr Vater in Cleveland, Ohio, das Montefiore-Altersheim leitete und ihre Mutter später in ebendiesem Haus als Sozialarbeiterin tätig war. FEILs Eltern entwickelten schon früh ein Problembewusstsein für die Situation von verwirrten, dementiell erkrankten alten Menschen. So sorgte ihr Vater beispielsweise dafür, dass mehr Pfleger für die Betreuung verwirrter Menschen zu Verfügung standen als üblich. Außerdem richtete er den ersten Sozialdienst in einem Altenpflegeheim ein. Naomi FEIL wuchs auf dem Gelände des Altersheims auf. Sie konnte die Arbeit ihrer Eltern beobachten und verbrachte die meiste Zeit mit den Bewohnern des Hauses (STEIN 2003). Ab 1950 studierte sie an der Columbia University in New York Sozialarbeit und Psychologie. Nach Abschluss ihres Studiums arbeitete und leitete sie die Gruppenarbeit mit alten Menschen in einem Krankenhaus und einem Gemeindezentrum in New York. 1963 kehrte sie an das Montefiore-Altersheim zurück, um die von ihrem Vater initiierte theoretische und praktische Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen fortzusetzen (MORTON 2002: 37). FEILs erklärtes Ziel war es, diesen Menschen zu helfen, ihre Orientierung wiederzufinden, sich an der Realität zu orientieren, der Realität ins Auge zu sehen und ihnen im Rahmen von Gruppen Kontaktmöglichkeiten zu geben (FEIL 2000: 9). Ihre Arbeit war stark an der Methode des Realitätsorientierungstrainings (ROT) (vgl. Kapitel 2.2.1) ausgerichtet und stand im Kontext der Zielsetzung des Altenheims, das großen Wert auf Rehabilitation legte. Verhaltensmodifikationen und klare Strukturierung waren die Grundlage der Arbeit (MORTON 2002: 38). „Man sprach über konkrete, sachliche Themen, nutzte visuelle Hilfsmittel [...] und gab ein positives Feedback für zutreffende Äußerungen“ (HOLDEN/WOOD 1982: 48, zit. n. MORTON 2002: 38). Das Ziel war, das Interesse anzuregen und die Aufmerksamkeit zu verbessern.

Schon bald machte Naomi FEIL die Erfahrung, dass sich die Menschen, mit denen sie arbeitete, immer dann zurückzogen, wenn sie versuchte, sie mit der Realität der Gegenwart zu konfrontieren. Ihre Erfahrungen ließen sie an der Wirksamkeit von ROT zweifeln. Nach drei Jahren Arbeit kam sie zu dem Schluss, dass „das Einbringen objektiver Themen [...] bei dieser Gruppe nicht funktionierte. Sie waren nicht in der Lage, den Schritt von ihrer inneren zu einer objektiven äußeren Welt zu vollziehen. Jede Person war in ihrer inneren Erlebniswelt gefangen“ (FEIL 1967: 194, zit. n. MORTON 2002: 39). Als Reaktion auf ihre Enttäuschung aus der Praxis beschäftigte sich FEIL mit verschiedenen theoretischen Ansätzen und

entwickelte bis 1980 einen alternativen Ansatz für die Arbeit mit verwirrten alten Menschen: die Methode der Validation. Die Suche und Entwicklung eines neuen Ansatzes war nicht das Ergebnis veränderter theoretischer Perspektiven, sondern die Folge ihrer Enttäuschung über existierende Therapien und Methoden, die Menschen mit einem gewissen Grad an Verwirrtheit offensichtlich nicht halfen (MORTON 2002: 39). FEIL entwickelte den Ansatz über einen Zeitraum von vielen Jahren hinweg. Handlungskonzepte und Theorien ihres Ansatzes entstanden und wuchsen auf der Grundlage ihrer Praxiserfahrungen.

4.2 Grundlegende Theorien

4.2.1 FEIL und die Theorien von Carl ROGERS

FEIL begann mit der Entwicklung ihrer Theorien in der Zeit, in der die Ideen von Carl ROGERS gerade sehr populär wurden und sich stark verbreiteten. Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre setzte sich bei FEIL die Überzeugung durch, dass der Therapeut beim subjektiven Erleben, also bei der „inneren Realität“ der dementiell erkrankten alten Menschen, ansetzen muss (MORTON 2002: 41). Der Ausgangspunkt der Therapie muss das Sich-Einfühlen in den Bezugsrahmen des Einzelnen sein. Dieses Verständnis, das ROGERS geprägt hat, beschreibt FEIL auch als „in den Schuhen des anderen gehen“ (FEIL 2000: 11).

Der Ansatz von Carl ROGERS kann als Grundlage der Validation verstanden werden, auf der alle weiteren theoretischen und praktischen Elemente der Validation nach FEIL aufbauen. Aus diesem Grund werde ich im Folgenden die Kernaussagen von ROGERS' Ansatz darstellen.

Carl ROGERS' personenzentrierter Ansatz

Carl ROGERS, Begründer der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, hat seine Methode in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts aus der Arbeit mit unterschiedlichsten Gruppen – Studenten und psychisch „veränderten“ Erwachsenen und Kindern – entwickelt. Die Theorie entstand also aus der Praxis heraus und nicht am Schreibtisch (ROGERS 1983: 40). ROGERS wendet sich mit seiner Arbeit zunehmend von der damals vorherrschenden, vom Behaviorismus¹⁷ dominierten Richtung der Psychologie ab, hin zur Überzeugung, dass der Patient als selbstverantwortliches Wesen mit seinem Erleben im Mittelpunkt des therapeutischen Handelns steht. Er lehnt das Defizitmodell der Medizin ab, bei dem der Patient – den er Klient nennt – durch Eingriffe des Therapeuten geheilt werden soll und Störungen als

¹⁷ Vor allem in den USA jahrzehntelang dominierende Richtung. Der Einfluss des Behaviorismus war besonders groß im Bereich der psychologischen Methodologie, in den Lerntheorien und deren Nutzenanwendungen, beispielsweise in der Verhaltenstherapie (LÜCK 2003).

Krankheiten verstanden werden und nicht als ein „Defizit an Bewusstheit“ (KRIZ 2001: 172). ROGERS postuliert dagegen eine therapeutische Handlungsweise, die die hilfreiche Beziehung zwischen Therapeut und Klient, die Selbstverantwortlichkeit des Klienten als Experte für sich selbst und ein unbedingtes nichtdirigierendes Verhalten seitens des Therapeuten hervorhebt. Er stellt den Menschen und sein Handeln in den Mittelpunkt. Um dies deutlich zu machen, verwendet er zunächst den Begriff „klientenzentriert“, später, zur deutlicheren Betonung, den Begriff „personenzentriert“. Die Person steht im Zentrum des therapeutischen Prozesses. Damit steht ROGERS ganz im Zeichen der humanistischen Psychologie¹⁸, zu deren führenden Persönlichkeiten er zählt. Das humanistische Menschenbild¹⁹ umfasst die Annahmen, dass der Mensch im Grunde gut ist, dazu fähig und danach bestrebt, sein Leben unabhängig von äußerer Kontrolle zu bestimmen, und sein Handeln grundsätzlich sinn- und zielorientiert ist²⁰. Der Mensch wird als ganzheitliche Einheit (Körper-Seele-Geist) verstanden, die danach strebt, ihre schöpferische Fähigkeit zu entfalten, um sich selbst zu verwirklichen (KRIZ 2001: 166). ROGERS formuliert dahingehend:

„In jedem Organismus, auf welcher Entwicklungsstufe er auch stehen mag, sind Kräfte, die ihn zu einer konstruktiven Erfüllung seiner inhärenten Möglichkeiten drängen. Der Mensch hat eine angeborene Tendenz zur vollständigen Selbstentfaltung.“

(ROGERS 1988: 18, zit. n. BECK 1991: 100)

Diese, Aktualisierungstendenz ist die Haupttriebfeder des Lebens, die Grundlage der Motivation und bezieht sich sowohl auf biologische als auch auf psychische Faktoren. Der Mensch ist also in der Lage, ohne eine von außen vorgegebene Ordnung seine ihm innewohnende Ordnung zu entfalten und zu realisieren. Er kann alte Strukturen reorganisieren und zu einer neuen und effektiveren Struktur umformen und sich so in Richtung größerer Reife und Funktionsfähigkeit entwickeln (SCHMID 1989: 100f). Es ist der Antrieb, sich selbst zu vervollkommen. Die Aktualisierungstendenz ist der Kern der personenzentrierten Theorie.

¹⁸ Die humanistische Psychologie grenzt sich sowohl vom Behaviorismus als auch von der Psychoanalyse ab und bezeichnet sich so als „dritte Kraft“ der Psychologie (LÜCK 2003).

¹⁹ Menschenbilder sind allgemeine Vorstellungen und Annahmen vom Sinn des menschlichen Daseins, seinem Wert und von bestimmten Eigenschaften des Menschen. Dazu zählen Überlegungen wie: wie sich ein Mensch entwickelt, wie er in Schwierigkeiten gerät und wie ihm dann geholfen werden kann, ob der Mensch in seinem Willen frei ist und ob er gut oder böse ist (SCHMID 2002: 22).

²⁰ Handeln bildet so eine Verbindung zwischen der inneren Realität (dem Erleben und Selbstkonzept) und der äußeren Realität (was für Außenstehende sichtbar ist) (KRIZ 2001: 166).

Als Teil der Aktualisierungstendenz und als treibende Kraft der Persönlichkeit wird die Aktualisierung des Selbst verstanden. Bei dieser Selbst-Aktualisierung handelt es sich im weitesten Sinne um das Selbstkonzept oder Selbstbild einer Person, bei dem unbewusste Erfahrungen, Wahrnehmungen des Organismus und das dem Bewusstsein zugängliche Selbstverständnis²¹ strukturiert werden (KRIZ 2001: 175). Erleben beziehungsweise Wahrnehmung und das Selbstkonzept einer Person können voneinander abweichen.

Beispiel: Das Selbstkonzept einer Person ist: „Ich hege keine feindseligen Gefühle gegen meinen Partner.“ Das Erleben dagegen ist: „Ich bin wütend und böse auf meinen Partner“ (ROGERS 1983: 43). Solche Abweichungen sind oft Ausgangspunkt psychischer Störungen und werden als Inkongruenz²² bezeichnet. Bei starker Inkongruenz kann es dazu kommen, dass die Aktualisierungstendenz zwiespältigen Charakter annimmt. Die inneren Kräfte versuchen, sowohl das Selbstkonzept, das die Person von sich hat, zu stützen und zu verschönern als auch das dagegen stehende Bedürfnis des Organismus auf Wut zu befriedigen. Organismus und Selbst drängen in verschiedene Richtungen (KRIZ 2001: 176). Innere Konflikte vergrößern sich, weil das bisherige Selbstkonzept nicht mehr länger angemessen ist. Es passt nicht mehr zu den Erfahrungen des Organismus und wird in Frage gestellt. Um das Selbstkonzept vor der Bedrohung der abweichenden Erfahrung zu schützen, wird das Erlebte und Wahrgenommene verleugnet oder verzerrt. Auf diese Weise kann die Aktualisierungstendenz eingeschränkt oder blockiert werden²³ (ROGERS 1983: 43). Kongruenz von Selbst und Erfahrung sind somit für ein stimmiges Selbstkonzept und damit für eine mögliche Weiterentwicklung des Menschen Voraussetzung (BECK 1991: 89). Um diese Kongruenz zu erreichen, muss ein Mensch sich seinem Erleben bewusst werden können und sein Selbstkonzept damit in Übereinstimmung bringen. Das Erlebte muss als Teil des Selbst akzeptiert werden. Es geht darum, „das Selbst zu werden, das man in Wahrheit ist“ (KIERKEGAARD, zit. n. KRIZ 2001: 169). Diese „Frage nach der Person ist die Frage nach dem Personsein und die Frage nach dem Personwerden“ (SCHMID 1989: 118). Da der Mensch angesprochen wird, bevor er selbst sprechen kann, und geliebt wird, bevor er selbst lieben kann, er ein Du ist, bevor er Ich sagen kann, geht das personenzentrierte Verständnis von Person davon aus, dass Personwerden über Angesprochenwerden, also über Kommunikation und dialogische Begegnung stattfindet (SCHMID 1989: 118). Ein Mensch wird zur Person durch Beziehungen. Personsein bedeutet, sich im dialogischen Prozess dem

²¹ Eigenschaften und Werthaltungen, die sich eine Person selbst zu schreibt (KRIZ 2001: 175).

²² Kongruenz: Übereinstimmung, Deckungsgleichheit. Das Gegenteil: Inkongruenz (MÜLLER, W. et al. 1982: 413)

²³ Die Aktualisierungstendenz kann nie vollständig beseitigt werden, ohne das Lebewesen selbst zu zerstören, also zu töten (SCHMID 1989: 101).

anderen zu öffnen und gemeinsames Erleben möglich zu machen. ROGERS lässt sich dabei von Martin BUBER leiten, der gesagt hat, „alles wirkliche Leben ist Beziehung“ (BUBER 1999) (vgl. Kapitel 2.2.3). Um Person zu werden, muss ein Mensch in der Beziehung mit seinen eigenen Gefühlen, Einstellungen und Glaubensinhalten akzeptiert werden. ROGERS verbindet so ein Eigenständig-Sein mit In-Beziehung-Sein (SCHMID 2002: 22f).

Für die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie bedeutet dies, dass durch das Herstellen einer hilfreichen Beziehung einem Menschen geholfen werden kann, das Selbst zu werden, das er in Wirklichkeit ist, also Person zu werden. Der Schwerpunkt liegt auf dem Prozess der Beziehung und nicht auf den Symptomen oder ihrer Behandlung (ROGERS 1983: 17). Die Frage lautet also nicht: „Wie kann ich diesen Menschen behandeln, heilen oder verändern?“, sondern muss heißen: „Wie kann ich eine Beziehung herstellen, die dieser Mensch zu seiner eigenen Persönlichkeitsentfaltung nutzen kann?“, „Was macht eine hilfreiche Beziehung aus?“ (BECK 1991: 86f). Als Beantwortung auf diese Fragen beschreibt ROGERS drei wesentliche Voraussetzungen – Wertschätzung, Echtheit und Empathie –, die zur Entstehung und zur Aufrechterhaltung einer hilfreichen Beziehung nötig sind und mit denen ein förderliches Klima geschaffen werden kann, in dem eine Vorwärtsbewegung und Weiterentwicklung möglich ist – ein psychologisches „Fruchtwasser“, in dem der Klient in der Lage ist, sich seinem Erleben und seinem Selbstkonzept anzunähern, und in dem seine Selbstentfaltungskräfte erschlossen werden können (BECK 1991: 89 u. 110). Mit diesen Voraussetzungen beschreibt ROGERS Aspekte des zwischenmenschlichen Beziehungsangebots für therapeutisch wirksame Veränderungen und keine exakten Techniken. Es geht also um grundlegende Einstellungen und Haltungen des Therapeuten. Durch diese Haltungen schafft der Therapeut eine Atmosphäre, in der der Klient ermutigt wird, sein eigenes Selbst zu erforschen. Der Therapeut begleitet den Klienten dabei verständnisvoll und akzeptierend (KRIZ 2001: 178).

Wertschätzung

Wertschätzung – auch bedingungslose Akzeptanz genannt – ist die Fähigkeit des Therapeuten, den Klienten als Mitmenschen zu erleben und sich auf eine Begegnung einzulassen; ihn nicht aufgrund seiner Handlungen, Eigenschaften und Worte in Wert- und Nutzenkategorien einzuordnen. Dies heißt nicht, dass Einstellungen und Handlungen gebilligt oder geteilt werden, sondern dass der Therapeut in der Lage sein muss, eine tiefe Achtung vor menschlichem Leben in seiner Vielfalt empfinden zu können (KRIZ 2001: 178). Dies beinhaltet die Anerkennung und Wertschätzung des Gegenübers als einen eigenständigen Menschen, als einen anderen Menschen. Daraus ergibt sich, dass eine akzeptierende Beziehung frei sein muss von manipulierenden und dirigierenden Eingriffen. SCHMID beschreibt dies als den innersten Kern des personenzentrierten Ansatzes, mit dem ROGERS die Perspektive

im therapeutischen Prozess grundlegend verändert hat. „Ich werde gesehen, bevor ich sehen kann, empfangen, erwartet, angenommen, geliebt, bevor ich selbst sehen und lieben kann.“ (SCHMID 2002: 24) Der Klient als Mensch steht, unabhängig von seinem Handeln, im Zentrum des therapeutischen Prozesses. Er kommt zuerst (SCHMID 2002: 24)!

Durch die Wertschätzung des Therapeuten erfährt der Klient, dass sich an der akzeptierenden Haltung des Therapeuten nichts ändert, unabhängig davon, was er von seinem Selbst preisgibt. Er kann sich frei machen von dem Glauben, den Erwartungen eines anderen entsprechen zu müssen, und beginnt, die wertschätzende Einstellung zu übernehmen und sich selbst mehr und mehr zu akzeptieren. Er lernt dabei zwischen seinem Wert als Mensch und der Bewertung seines Handelns zu unterscheiden. Er gewinnt die Freiheit, sich zu verändern (ROGERS 1983: 27ff).

Echtheit

Echtheit beziehungsweise Authentizität des Therapeuten meint, dass der Therapeut in der Beziehung zum Klient ganz er selbst ist, ohne sich hinter einer Fassade oder einem Aushängeschild zu verbergen, „dass der Therapeut sich dessen, was er erlebt oder leibhaftig empfindet, deutlich gewahr wird und dass ihm diese Empfindungen verfügbar sind“ (ROGERS 1983: 31). Echtheit ist die Kongruenz von Erleben und Selbstkonzept (wie oben beschrieben) und wird daher oft auch einfach als Kongruenz bezeichnet. Der Therapeut hat in jedem Moment der Beziehung Zugang zu seinen Gefühlen und kann diese leben und mitteilen. Er gibt nie vor, jemand anderes zu sein als er selbst. Auf diese Weise wird der Therapeut transparent und der Klient kann ohne weiteres erkennen, was der Therapeut in der Beziehung ist. Kongruenz signalisiert gleichzeitig ein Ernstnehmen des anderen (BECK 1991: 89f). Der Therapeut tritt dem Klienten von Person zu Person gegenüber und nicht von Therapeut zu Patient. Dies drückt eine Gemeinsamkeit, ein Wir-Gefühl aus (SCHMID 2002: 26). So kann der Klient Vertrauen fassen, sich öffnen und sich seiner eigenen Person selbstforschend zuwenden. Er kann seine Fassade fallen lassen und lernt, dass er in jedem Augenblick sein darf, wie er wirklich ist. Er kann Erselbst werden (BECK 1991: 89f).

Empathie

Empathie, auch nichtwertendes Eingehen und einführendes Verstehen genannt, ist die Fähigkeit des Therapeuten, die Welt des Klienten mit dessen Augen zu sehen.

„Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben. [...] Verliert man diese ‚als ob‘-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung.“

(ROGERS 1989: 37, zit. n. BECK 1991: 91)

Der empathische Therapeut tritt in die private Welt des anderen ein und entwickelt ein Gefühl für die Gefühle und Bedeutungen des anderen, ohne diese selbst zu haben. Er übernimmt also keine Ängste oder Aggressionen, trotzdem kann er sie bei seinem Gegenüber wahrnehmen. Da der Therapeut nicht beeinflusst ist von den Gefühlen des anderen, kann er Dinge sehen, denen sich der andere noch nicht bewusst ist, vor denen er sich noch fürchtet und die er deshalb noch nicht sehen kann. Der Therapeut ist in der Lage, seine eigenen Empfindungen über die Welt der anderen Person mitzuteilen. Er bleibt dabei stets bei sich und seinen Empfindungen und überprüft mit dem Klienten zusammen die Richtigkeit seines Erlebens. Dabei versucht er niemals, die Gefühle des Klienten aufzudecken und sie ihm mit aller Kraft bewusst zu machen. Er interpretiert nicht (BECK 1991: 91f). Das Bemühen um einfühlerndes Verstehen signalisiert, dass gemeinsam gearbeitet wird. Die Erfahrung, teilweise verstanden zu werden, macht dem Klienten Mut, seinen eigenen Prozess zu erforschen (KRIZ 2001: 180).

BECK erklärt mit den Worten ROGERS', dass „Empathie in erster Linie Entfremdung aufhebt“ (ROGERS 1980: 75, zit. n. BECK 1991: 105). Durch Verständnis entsteht Berührung zwischen zwei Menschen. Eine Person ist nicht mehr isoliert. Die Beziehungspartner gewinnen an Bedeutung füreinander, sie haben einen Sinn. Durch Verständnis gewinnt ein Mensch an Identität (BECK 1991: 105).

Entscheidend für den therapeutischen Prozess ist, ob der Therapeut in der Lage ist, diese Haltungen – Wertschätzung, Akzeptanz, Empathie – zu verinnerlichen oder ob er nur schematisierend reagiert. Wenn er in der Lage ist, seine eigenen Vorurteile zu überwinden, und echtes Verständnis für den wahren Menschen empfindet, wird ein Prozess in Gang gebracht, bei dem der Klient feststellt, dass ihm zugehört wird und er ständig akzeptiert wird. Er lernt nach und nach, sich selbst, seinem Innern zuzuhören, und kann sich wahrnehmen und sein Erleben aushalten. Er strukturiert sein Selbstkonzept neu und beginnt vorsichtig, die widersprüchlichen Erlebnisse aufzunehmen und zu integrieren. Er lernt, sich zu akzeptieren. Der Klient gewinnt die Freiheit, er selbst zu sein, die Freiheit, selbstverantwortlich Entscheidungen treffen zu können. Seine Aktualisierungstendenz ist wieder frei und förderlich (BECK 1991: 95ff). Es wird deutlich, dass Methoden und Techniken Nebensache sind. Personenzentrierte Therapie ist nie auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet – der

Therapeut handelt nie „um zu...“. Sie ist nicht standardisierbar, sondern eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert und Personsein ermöglicht. „Wenn wir uns in eine Beziehung als Person einbringen, wenn wir den anderen als Person mit eigenem Recht empfinden, gibt es eine echte Begegnung, die den Schmerz des Alleinseins [...] aufhebt“ (ROGERS 1980: 131, zit. n. BECK 1991: 105). Die Beziehung ist der Schlüssel des therapeutischen Geschehens.

Die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie ist der ursprüngliche Anwendungsbereich von ROGERS' Theorie. Er selbst aber weist darauf hin, dass es sich um viel mehr als nur um Psychotherapie handelt. Er nennt die personenzentrierte Haltung einen Standpunkt, eine Philosophie, eine Lebenseinstellung, die in allen sozialen Beziehungen Anwendung findet (BECK 1991: 84 u. 97).

4.2.2 ERIKSONs Theorie und FEILs Erweiterung

Zu Beginn der achtziger Jahre versuchte FEIL das Modell der Persönlichkeitsentwicklung des Psychoanalytikers Erik ERIKSON auf ihre Arbeit zu übertragen. ERIKSONs Modell besteht aus acht Entwicklungsstufen, den acht Phasen des menschlichen Lebens. Jede Phase ist durch eine bestimmte Aufgabe oder Krise gekennzeichnet. ERIKSONs Modell verdeutlicht, wie wichtig Beziehungen sind, für die Chance auf einen erfolgreichen Übergang von einer Phase zur anderen. Weitere wichtige Einflussfaktoren sind das Ergebnis der Bewältigung vorangegangener Stufen und die Verfügbarkeit der entscheidenden Rollenmuster für die nächste Phase. Besonders die Bedeutung der Rollenmuster wächst mit der Zeit (MORTON 2002: 53f).

Im Folgenden werde ich ERIKSONs Modell der Persönlichkeitsentwicklung kurz wiedergeben. Ich unterbreche die Darstellung dabei an einigen Stellen, um FEILs Interpretationen einzufügen.

ERIKSONs Theorie der Persönlichkeitsentwicklung

ERIKSONs Modell der Persönlichkeitsentwicklung baut auf dem Freudschen Modell der psychosexuellen Entwicklung auf. Er nennt Freuds Werk den „Fels“, der jeder Persönlichkeitstheorie zugrunde liegt. Anders als für FREUD stehen für ERIKSON jedoch der Prozess der Sozialisation²⁴ und dessen Einfluss auf die Entwicklung einer Persönlichkeit im Vordergrund (MAIER 1983: 112f). Er schreibt: „Wir können das persönliche Wachstum nicht vom allgemeinen Wandel trennen [...], weil beide zur

²⁴ Sozialisation ist begrifflich zu verstehen „als der Prozess der Entstehung und Entwicklung in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt. Vorrangig thematisch ist dabei [...], wie sich der Mensch zu einem gesellschaftlich handlungsfähigen Subjekt bildet“ (GEULEN/HURRELMANN 1980: 51, zit. n. TILLMANN 2000: 10).

gegenseitigen Definition beitragen und wesentlich aufeinander bezogen sind“ (ERIKSON 1968: 23, zit. n. MAIER 1983: 113). Entwicklung beinhaltet immer eine Wechselwirkung zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Somit ist Persönlichkeit immer im Entstehen und im Wandel. Es gibt keine festgelegte Charakterstruktur (MAIER 1983: 126). Bemerkenswert ist dabei, dass ERIKSON als einer der ersten Theoretiker von einer lebenslangen Entwicklung ausgeht. Er unterteilt in seinem Modell die menschliche Entwicklung in acht Phasen, die er Entwicklungskrisen nennt. In diesen Phasen, die wie Stufen aufeinander aufbauen, wird ein Mensch mit spezifischen Aufgaben beziehungsweise Problemstellungen (psychosoziale Krise) konfrontiert. Entwicklung verläuft nach einem universell gültigen Grundschema, bei dem bestimmte Thematiken in ihrer Abfolge im menschlichen Lebenslauf festgelegt sind (MAIER 1983: 129). In jeder Phase dominiert eine Thematik, zwischen deren zwei Polen – die jeweils als ein positiver oder ein negativer Ausgang der Krise verstanden werden können – ein Mensch bei der Bewältigung der entsprechenden Krise hin und her schwankt (ERIKSON 1973: 69). Eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit einer Krise trägt dabei wesentlich zur Veränderung und zum Wachstum der menschlichen Persönlichkeit bei. Nur so können sich soziale, intellektuelle und persönliche Fähigkeiten herausbilden, die wiederum für eine erfolgreiche Bewältigung der folgenden Phasen notwendig sind (MONTADA 1998: 63). Nicht alle Probleme einer Phase können gelöst werden, und Lösungen bleiben auch nicht unveränderbar. Alte Themen können in späteren Phasen wieder aufgegriffen und neu bearbeitet werden. Menschen können zwischen zwei aufeinander folgenden Phasen vor und zurück schwanken. Zeitliche Regression wird dabei als normaler Bestandteil von Entwicklung verstanden. Nach ERIKSON ist also eine Kompensation zu einem späteren Zeitpunkt möglich. MAIER weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass dies heißen kann, dass ein Thema im Leben eines Menschen dominierend bleibt (MAIER 1983: 128f).

Die acht Entwicklungsphasen nach ERIKSON

	Stadium	Psychosoziale Krise
1	Erstes Lebensjahr	Ur-Vertrauen gegen Ur-Misstrauen
2	Kleinkind	Autonomie gegen Scham und Zweifel
3	Frühe Kindheit	Initiative gegen Schuldgefühle
4	Mittlere Kindheit	Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühle
5	Pubertät und Adoleszenz	Identität gegen Rollenkonfusion
6	Junges Erwachsenenalter	Intimität gegen Isolierung
7	Mittleres Erwachsenenalter	Generativität gegen Stagnation
8	Alter	Ich-Integrität gegen Verzweiflung

(ERIKSON 1973)

1. Phase: Ur-Vertrauen gegen Ur-Misstrauen

Das grundlegende Gefühl des Ur-Vertrauens oder des Ur-Misstrauens entwickelt sich im ersten Lebensjahr eines Menschen und ist geprägt von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. Durch den bedeutungsvollen regelmäßigen Kontakt und dem Wechselspiel von Geben und Nehmen, bei dem die orale Befriedigung von zentraler Bedeutung ist, lernt das Kind, in die Beständigkeit der Beziehung zur Mutter zu vertrauen und so Vertrauen in sich selbst zu gewinnen (ERIKSON 1973: 62ff). In dieser frühen Phase muss das Kind mit seinem starken Triebimpuls, mit dem Bedürfnis – das nicht immer sofort befriedigt wird –, sich Dinge einzuverleiben, fertig werden. Gleichzeitig muss es lernen, kurzzeitige Trennungen von der Mutter auszuhalten. Gelingt dem Kind diese Bewältigung, zeigt sich, dass sein Ur-Vertrauen stark genug ist, Gefühlen der Enttäuschung, Trennung und des Verlassenwerdens standzuhalten (ERIKSON 1973: 63f). Das gewonnene Vertrauen lässt sich auf andere Erfahrungen übertragen und lässt einen neuen Erfahrungen aufgeschlossen gegenüber treten und anfängliches Misstrauen überwinden (MAIER 1983: 130). ERIKSON bezeichnet das Ur-Vertrauen als den Eckstein einer gesunden Persönlichkeit und die Grundlage des Identitätsgefühls²⁵ (ERIKSON 1973: 62 u. 72). Setzt sich ein Ur-Misstrauen durch, weil das Kind kein Vertrauen in sich und andere entwickeln konnte, können Ängste des Verlassenwerdens, Leer-gelassen-Seins und des ungestillten Reizhungers entstehen. Diese können später zu einer kindlichen Depression oder zu einem chronischen Trauergefühl führen, das sich das ganze Leben durchziehen kann (ERIKSON 1973: 68).

FEILs Interpretation

Ur-Vertrauen ist Selbstvertrauen. Ein Mensch hat durch die Verlässlichkeit der Mutter gelernt, dass er liebenswert ist und auf die Welt und sich selbst bauen kann. Wenn jemand kein Selbstvertrauen entwickeln konnte, wird er sich später immer zum Opfer machen. Er wird die Verantwortung für schlimme Ereignisse leugnen. Statt auf sich zu vertrauen, wird er andere beschuldigen. FEIL nennt das Beispiel eines alten Menschen, der, wenn er hinfällt, die Putzfrau beschuldigen wird, absichtlich gebohnert zu haben. Dieser Mensch hat nicht gelernt, schwierige Zeiten mit dem Vertrauen auf sich selbst durchzustehen und eigenverantwortlich zu denken (FEIL 2001: 27).

2. Phase: Autonomie gegen Scham und Zweifel

In der Phase des Kleinkindalters entwickelt das Kind die Kontrolle über sein Muskelsystem und damit darüber, willentlich festzuhalten und loszulassen. Im Vordergrund

²⁵ Das Identitätsgefühl wird später zu einem komplexen Gefühl, „man selbst zu sein und einmal das zu werden, was die Umwelt von einem erwartet“. Es ist das Gefühl „in Ordnung zu sein“ (ERIKSON 1973: 72).

stehen hier die Ausscheidungsorgane und die Erfahrung, das Ausscheiden, Fallenlassen und Wegwerfen steuern zu können. Das Kind muss in dieser analen Phase mit dem natürlichen Impuls des Ausscheidens umgehen lernen. Durch die Selbstbeherrschung entsteht ein Gefühl von Autonomie und Stolz. Das grundlegende Vertrauen der ersten Phase gibt ihm die Sicherheit, seinen eigenen Wünschen nachzugehen, ohne dass sein Selbstwert- und Sicherheitsgefühl gefährdet ist. Wird ein Kind in dem Versuch, auf eigenen Füßen zu stehen, durch übermäßiges Eingreifen der Eltern gehindert oder durch Zweifel und Beschämungen der Eltern mangelhaft unterstützt, setzen sich Gefühle der Scham und des Zweifels beim Kind durch. Diese können auf Dauer zu selbstzerstörerischen Schuldgefühlen und einer übermäßigen Selbstkritik führen (ERIKSON 1973: 79ff).

3. Phase: Initiative gegen Schuldgefühle

In der Phase der frühen Kindheit erweitern Kinder aufgrund ihrer wachsenden motorischen und sprachlichen Fähigkeiten ihren Erfahrungshorizont. Die Kinder ergreifen die Initiative, sie dringen in die Welt ein und wollen herausfinden, wer sie sind. Dabei suchen – im Sinne FREUDs ödipaler Phase – Mädchen die Identifikation mit der Mutter und Jungen die mit dem Vater (ERIKSON 1973: 87ff). In diese Phase der frühen geschlechtlichen Neugier fällt die Entdeckung der eigenen genitalen Erregbarkeit und die Erkenntnis, in diesem Bereich dem gleichgeschlechtlichen Elternteil deutlich unterlegen zu sein.

Die Erkenntnis, dass es „selbst in ferner Zukunft niemals der Vater in seiner sexuellen Beziehung zur Mutter oder die Mutter in ihrer sexuellen Beziehung zum Vater sein wird“ (ERIKSON 1973: 90), führt zu großen Ängsten, die FREUD den Ödipus-Komplex genannt hat. Den tiefen sexuellen Wünschen und Phantasien folgen tiefe Schuldgefühle. Schuldgefühle entstehen jetzt nicht mehr nur, wenn eine Missetat entdeckt wurde, sondern schon bei der bloßen Vorstellung dieser Tat. Parallel dazu muss das Kind die Tatsache bewältigen, dass für es selbst andere Regeln gelten als für seine Eltern. Daraus kann eine dauerhafte Wut entstehen. Aufgabe dieser Phase ist es, trotz der Schuldgefühle und den damit verbundenen Gefühlen von Hass und Groll zu lernen, dass Menschen den gleichen Wert haben, wie unterschiedlich sie auch sind. Setzen sich in dieser Phase Schuldgefühle und Wut durch, kann es im Erwachsenenalter dazu führen, dass jemand den persönlichen Wert eines Menschen nur nach dem misst, was jemand geleistet hat, oder dass ein Mensch sich bezüglich seiner eigenen Initiative so stark selbst einschränkt, dass er verhindert, seine inneren Fähigkeiten und seine Phantasie zu entfalten und zu seinen Gefühlen zu stehen. Dies kann „zu relativer Impotenz und Frigidität führen“ (ERIKSON 1973: 97).

4. Phase: Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühl

Etwa ab dem sechsten Lebensjahr verstärkt sich das Bedürfnis, Dinge von anderen lernen zu wollen. Die Bedeutung der sozialen Umwelt nimmt zu, und es bieten sich dem Kind neben den Eltern neue Quellen der Identifikation. Der Identifikationswunsch mit den Eltern und die Bedeutung von Sexualität werden von dem Wunsch abgelöst, produktiv und nützlich zu sein und Verantwortung tragen zu wollen. Das Bedürfnis nach Anerkennung wird jetzt auf diesem Weg gestillt. Die Beobachtungen und das Mitmachen bei Dingen, die nicht mehr nur Spiel sind, ermöglichen dem Kind, Teil der Erwachsenenwelt zu werden. Das Kind entwickelt Arbeitsfreude, Fleiß und Stolz (ERIKSON 1973: 103ff). Trotz hohen Energieeinsatzes und Perfektionismus wird das Kind auch erfahren zu scheitern. Setzt sich ein Gefühl von Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit durch, und macht sich das Gefühl breit, es niemandem recht machen zu können, kann dies dazu führen, dass ein Mensch die Lust verliert, etwas zu schaffen und ein Ziel zu erreichen. Aufgabe dieser Phase ist es, Vertrauen in die eigenen Kompetenzen zu gewinnen, die eigenen Grenzen kennen zu lernen und das Gefühl des Misserfolgs zu akzeptieren (MAIER 1983: 154).

FEILs Interpretation

In der Kindheit – FEIL fasst die Phasen 2, 3 und 4 von ERIKSON zusammen – lernt ein Mensch, Dinge zu beherrschen. Es befriedigt ihn tief, wenn es ihm gelingt, Regeln einzuhalten. Gleichzeitig lernt er, dass er Fehler machen kann und trotzdem die Kontrolle über seine Welt nicht verliert. Wenn ein Kind in dieser Zeit jedoch von seinen Eltern vermittelt bekommt, dass es keine Fehler machen darf, so lernt es, dass Liebe Perfektion erfordert. Es darf sich niemals schmutzig machen, spucken, fallen, weinen oder etwas vergessen. Daraus erwächst beim erwachsenen Menschen das dringende Bedürfnis nach Kontrolle und das Vermeiden von Fehlern um jeden Preis. Nur wenn er auch im hohen Alter in allen Bereichen die Kontrolle über sich hat, fühlt er sich liebenswert. Die Veränderungen, die das hohe Alter mit sich bringt, sind aber begleitet von Verlusten. Situationen und Verhalten, die als Fehler empfunden werden, lassen sich nicht mehr völlig vermeiden. Die Menschen können sich ihre „Fehler“ nicht eingestehen und die Verluste nicht akzeptieren. Sie beginnen, andere dafür verantwortlich zu machen, „Eine alte Frau, die immer alles unter Kontrolle haben musste und jetzt inkontinent ist, schreit wuterfüllt: ‚Mein Plafond hat ein Loch. Wenn es regnet, tropft das Wasser auf mein Bett. Niemand will das reparieren.‘“ (FEIL 2000: 15) Andere Menschen beginnen, Dinge zu sammeln und zu horten. Sie behalten symbolisch die Kontrolle über ihre Besitztümer.

5. Phase: Identität gegen Rollenkonfusion

Das rasche körperliche Wachstum und die physische Geschlechtsreife in der Pubertät zwingen den Jugendlichen, sich mit neuen Rollen auseinander zu setzen. Bestimmt wird diese Phase von der Suche nach der eigenen Identität, der Frage „Wer bin ich? „

und „Wie will ich sein?“ Die Erfahrungen der Kindheit müssen verknüpft werden und mit den neuen Möglichkeiten in Einklang gebracht werden. Das Selbstbild wird mit dem Bild, das andere von einem haben, abgeglichen (ERIKSON 1973: 106f). Bisherige Identifikationen werden in Frage gestellt. Die unklare eigene Rolle und die vielfältigen Möglichkeiten, die vor dem Jugendlichen liegen, führen zu Verunsicherung und Zweifel. Wenn diese Zweifel auf frühere Unsicherheiten treffen, wird ein Mensch haltlos und ist nicht in der Lage, mutig neue Rollen auszuprobieren. ERIKSON spricht daher von Rollendiffusion oder Identitätsdiffusion. Jugendliche helfen sich in dieser unvertraute Lage durch eine Überidentifikation mit Cliquen oder anderen Gruppen und stereotypen Rollenbildern, die ihre Welt vereinfachen und überschaubar machen. Intoleranz anderen gegenüber ist eine notwendige Abwehr gegen ein Gefühl der Rollendiffusion (ERIKSON 1973: 110f). Mit dem Vertrauen der ersten Phase kann sich aber in dieser Zeit eine Ich-Identität entwickeln. Eine Überidentifikation wird abgelöst von einer Selbstüberzeugung, die Sicherheit gibt, dass die Zukunft bewältigt werden kann (ERIKSON 1973: 107).

FEILs Interpretation

Um eine eigene Identität herausbilden zu können, muss sich ein Mensch von seinen bisherigen Identifikationsfiguren abnabeln, indem er gegen sie rebelliert. Er kann diese Rebellion aber nur riskieren, wenn er in seiner frühesten Kindheit erfahren hat, dass er sich in jeder Situation und bei jedem Verhalten auf die Liebe seiner Eltern verlassen kann. Ohne diese Sicherheit wird er nicht riskieren, sich aufzulehnen. Er wird sich weiterhin mit anderen Menschen identifizieren und sich über diese definieren. Er konnte nicht lernen, eigenständig ohne seine Eltern oder ohne den Partner zu sein. Die Angst, zurückgestoßen zu werden, sitzt zu tief. Im Alter wird er sich an andere Menschen, an seine Kinder, an das Pflegepersonal oder an die Nachbarn klammern, da er nicht gelernt hat, alleine zu existieren (FEIL 2000: 16).

6. Phase: Intimität gegen Isolierung

Wichtigstes Entwicklungsthema im ersten Stadium des Erwachsenenlebens ist die psychologische Bereitschaft für eine wechselseitige Intimität in einer Partnerschaft. Intimität meint dabei sowohl sexuelle Intimität als auch die Fähigkeit zu einem Wir-Gefühl. Intimität umfasst „Freundschaft, Wettstreit, Gefolgschaft, Liebe und Inspiration“ (ERIKSON 1973: 115). Eine wahre Zweiheit kann aber nur entstehen, wenn ein Mensch in der Phase der Pubertät ein Identitätsgefühl erworben hat, also Einheit mit sich selbst geworden ist. Zu einer gesunden Intimität gehört auch die Fähigkeit, sich distanzieren zu können, im Sinne von Abwehren von Einflüssen, die der eigenen Person schaden können. „Bei sich bleiben“ ist Voraussetzung, um „sich teilen“ zu können (MAIER 1983: 169). Ist ein Mensch – aus Angst, sein ICH zu verlieren – nicht in der Lage, eine intime Beziehung einzugehen, führt dies zu Isolierung und tiefer Vereinsamung (ERIKSON 1971: 258).

FEILs Interpretation

Menschen, die als kleine Kinder nicht gelernt haben zu vertrauen, die nicht gelernt haben, mit Fehlern und Rückschlägen umzugehen und die als Jugendliche Angst davor hatten, zurückgewiesen zu werden, werden nicht in der Lage sein, Intimität zuzulassen. Die Furcht vor dem Verlassenwerden und dem Abgewiesenwerden ist zu groß. Diese Menschen werden zu Einsiedlern. Im hohen Alter ziehen sie sich mehr und mehr in sich zurück (FEIL 2000: 17).

7. Phase: Generativität gegen Stagnation

Generativität ist, nach ERIKSON, der Wunsch nach Produktivität und Kreativität beziehungsweise Schaffenskraft in Bezug auf die nächste Generation. Dabei ist nicht ausschließlich die Erzeugung und Erziehung der nächsten Generation gemeint, sondern die allgemeine Verantwortung, die der Einzelne für die neue Generation – unabhängig davon, ob es seine eigenen Kinder sind oder nicht – und für sich selbst und sein Wohlbefinden und die Erfüllung seiner Lebensideale hat (MAIER 1983: 170). Gelingt es einem Menschen nicht, seine Energie auf die Gesellschaft, die nächste Generation und auf seine persönliche Weiterentwicklung zu richten, führt dies zu einem Gefühl des Stillstands und der Verarmung zwischenmenschlicher Beziehungen. Es entsteht Stagnation (ERIKSON 1973: 118).

FEILs Interpretation

In dieser Phase erweitert ein Mensch sein Lebensrepertoire. Er lernt, neue Wege zu gehen, er entwickelt sich weiter. FEIL geht in ihren Ausführungen ausschließlich auf die persönliche Weiterentwicklung und das Wohlbefinden ein, nicht aber auf die Beziehung zur jüngeren Generation und zur Gesellschaft. Sie beschreibt, dass ein Mensch in dieser Phase lernt, neue Wege zu gehen, nachdem er Verluste und Rückschläge hinnehmen musste. Ein Mensch, der in der Lage ist, sich mit den Verlusten zu konfrontieren und zu trauern, lernt den Verlust zu akzeptieren und kann sich Neuem zuwenden. Wenn er aber als Kind nur gelernt hat, dass er perfekt sein muss, und wenn er sich immer nur über andere definiert hat, verliert er beispielsweise mit dem Verlust der Arbeit oder des Partners seinen persönlichen Wert. Im hohen Alter klammert sich dieser Mensch an seine alten Rollenbilder, beispielsweise weigert sich ein Musiker, ein Hörgerät zu tragen, oder ein Bankangestellter zählt immer das Besteck in seiner Besteckschublade.

8. Phase: Ich-Integrität gegen Verzweiflung

ERIKSON versteht Integrität als die Fähigkeit, das Leben, so wie es war und ist, anzunehmen und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Menschen, die sich jedoch wünschen, anders gewesen zu sein und gehandelt zu haben, werden über die Tatsache, dass ihnen keine Zeit mehr bleibt, anders zu werden, verzweifeln. Verzweiflung und Traurigkeit über das, was jemand mit seinem Leben gemacht hat,

zeigen sich oft in Form von Ekel und Herabwürdigung anderer Menschen oder Institutionen und sind Ausdruck tiefer Selbstverachtung und Todesfurcht (ERIKSON 1973: 119).

FEILs Interpretation

Im letzten Stadium nach ERIKSON schaut ein Mensch zurück auf sein Leben. Er betrachtet es, denkt darüber nach, was war und was hätte sein können, und akzeptiert es schließlich so, wie es ist. „Integrität im Alter heißt, seine Stärken trotz seiner Schwächen zu erkennen“ (FEIL 2000: 18). Mit Integrität kann ein Mensch seine alten Verhaltensmuster aufgeben, ohne Angst haben zu müssen, ungeliebt und wertlos zu sein. Wenn er sich aber trotz des körperlichen und geistigen Verfalls nicht selbst bejahen kann, führt dies zu Verzweiflung. Ignoriert er die Verzweiflung, entstehen innere Wut und Depression, die langsam immer stärker werden (FEIL 2000: 19).

Letztes Stadium nach FEIL: Aufarbeiten gegen Vegetieren

FEIL übernahm das gesamte Modell ERIKSONs, hielt es jedoch nicht für ausreichend, um es auf alte verwirrte Menschen anzuwenden, da ERIKSON – wie sie meinte – die wachsende Zahl der Hochbetagten nicht berücksichtigte (MORTON 2002: 54ff). Sie ergänzte es daher um eine weitere Stufe, in der sich die Pole Aufarbeiten und Vegetieren gegenüberstehen. FEIL selbst nennt die Aufgabe dieser Phase auch „Aufgabe jenseits der Integrität“ (FEIL 200: 21).

Gelingt es Menschen nicht, die achte Phase der Integrität erfolgreich zu bewältigen, ist der Mensch voll von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Nicht akzeptierte Gefühle wie Wut, Auflehnung, Scham, Schuld und Liebe, die ein Leben lang erfolgreich unterdrückt und negiert wurden, arbeiten in einem Menschen im Stillen weiter. Aufgaben, die in früheren Phasen nicht bewältigt wurden, tauchen in späteren Lebensphasen wieder auf und geben dem Menschen eine neue Chance der Bewältigung. Sie verfolgen den Menschen bis ins hohe Alter (FEIL 2001: 30f).

„Wenn wir immer noch so tun, als würden wir sie [die Aufgabe] nicht sehen, wird sie auf den Moment warten, wo sie die Bühne für sich allein hat. Sie wartet bis ins hohe Alter, wenn unsere Kontrollen nachlassen. Sie wartet, bis wir unsere feste Rolle auf unserer Bühne vergessen haben, dann tritt sie wieder in Erscheinung.“

(FEIL 2001: 31)

Im hohen Alter, wenn körperliche und psychische Kontrolle nachlassen, zeigen sich unerledigte Aufgaben. Die großen emotionalen Lasten, die mit ungelösten Aufgaben verbunden sind, lassen der Person keine Ruhe. FEIL spricht von dem „Reisegepäck schwelender Gefühle“, das sich über Jahrzehnte hinweg angesammelt hat (FEIL 2000: 20). Um die Aufgaben zu lösen und die schmerzenden und belastenden Gefühle loszuwerden, ziehen sich die alten Menschen in die Vergangenheit zurück.

Sie treten in die Aufarbeitungsphase. Der Rückzug in die Vergangenheit darf nicht als bewusster Rückzug, wie in ERIKSONs letztem Stadium „Integrität gegen Verzweiflung“, verstanden werden. Es ist ein unbewusster Rückzug, und er „entspringt dem zutiefst menschlichen Bedürfnis: in Frieden zu sterben“ (FEIL 2000: 21). Die alten Menschen kehren in die Vergangenheit zurück, um aufzuräumen mit ungelösten Konflikten, Gefühlen und anderen unerledigten Aufgaben. „Sie mustern die Schmutzwäsche aus, die sie in der Vergangenheit angesammelt haben“ (FEIL 2001: 34). FEIL geht davon aus, dass die Menschen, um die Phase des Aufarbeitens gut zu bewältigen und um in Frieden sterben zu können, Begleitung brauchen. Um starke belastende Gefühle zu bewältigen, brauchen sie jemanden, der ihnen zuhört und der diese Gefühle bestätigt und akzeptiert, also validiert. Ist ein Mensch allein und gelingt es nicht, die belastenden Gefühle und Konflikte aufzulösen, zieht er sich immer weiter in sich zurück. FEIL nennt das den Rückzug in das Vegetieren (vgl. Kapitel 4.6).

4.2.3 FEILs Theorie und Verständnis von Desorientiertheit

Naomi FEIL hat aus ihren Praxiserfahrungen heraus eine eigene Erklärung für die Entstehung von Demenz entwickelt. Sie versucht, damit gleichzeitig das Verhalten dementiell erkrankter alter Menschen besser zu verstehen und zu erklären. FEIL billigt hirnräumlichen Veränderungen nur eine untergeordnete Rolle zu. Daraus ergibt sich auch ihre Wortwahl. Sie spricht durchweg von desorientierten oder verwirrten alten Menschen, nicht aber von Menschen mit Demenz oder dementiell erkrankten alten Menschen. Sie versucht deutlich zu machen, dass sich ihr Verständnis von Desorientiertheit nicht auf das medizinische Verständnis von Demenz beschränkt (vgl. Kapitel 4.5). Im Folgenden werde auch ich von desorientierten alten Menschen sprechen.

Die Hauptursache für eine Desorientierung stellt für FEIL der nötige Rückzug in die Vergangenheit zum Lösen unbewältigter Konflikte dar, der als notwendige Folge nicht erreichter Integrität im Alter zu verstehen ist (vgl. Kapitel 4.2.2). Sie geht davon aus, dass desorientierte Menschen sich in die Vergangenheit zurückziehen, um ungelöste Konflikte mit früheren Personen, beispielsweise zerrissene Beziehungen zwischen Geschwistern, der nie geäußerte Ärger auf den strafenden Vater oder nicht verarbeitete Beschämungen aus der Kindheit, zu klären und zu bearbeiten. Dies zeigt sich bei einem desorientierten Menschen beispielsweise, indem er Personen der Gegenwart durch Menschen aus der Vergangenheit ersetzt. Er kann diesen Menschen so erneut begegnen, seinen Schmerz, seine Verletzung oder seine Beschämung ihnen gegenüber zum Ausdruck bringen (FEIL 2001 33ff). Für Außenstehende wirkt das gezeigte Verhalten unverständlich und zusammenhangslos, da sie die innere Welt und den zu lösenden Konflikt nicht kennen. Sie sehen nur die personale, räumliche

und zeitliche Desorientierung, sich wiederholende Bewegungen wie das Wischen des Tisches mit dem Hemdärmel oder immer wieder geäußerte Wörter oder Sätze. FEIL dagegen versteht dieses Verhalten als Ausdruck von Auseinandersetzung, als Ausdruck von belastenden Gefühlen. Diese Gefühle bleiben erhalten und werden stärker, wenn sie nicht von Außenstehenden anerkannt, akzeptiert und validiert werden. Bleibt ein Mensch damit allein, zieht er sich mehr und mehr in sich zurück. FEIL bezieht sich auf C.G. Jung (Punkt 4 von FEILs theoretischen Annahmen, vgl. Kapitel 4.2.4), wenn sie davon ausgeht, dass Gefühle erst dann schwächer werden, wenn sie ausgedrückt und von einem vertrauten Zuhörer bestätigt und validiert werden. Werden die Gefühle ignoriert und geleugnet, werden sie immer stärker und wirken „vergiftend“: „Aus einer nicht beachteten Katze wird ein Tiger“ (FEIL 2000: 12).

FEIL ist der Überzeugung, dass der alleinige Zustand des Gehirns, also pathologische Abbauprozesse, nicht ausreicht, um die Entstehung von Desorientiertheit zu erklären. Sie betont, dass sich Verhalten in jedem Alter – und dabei erst einmal völlig unabhängig von einer Erkrankung – an der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung orientiert, und bezieht sich dabei auf Adrian Verwoerd (Punkt 10 von FEILs theoretischen Annahmen vgl. Kapitel 4.2.4) (FEIL 2001: 31). Sie schreibt: „Entwicklungsgeschichte und körperliche Veränderungsprozesse sind untrennbar miteinander verbunden. Ich muss den ganzen Menschen betrachten.“ (FEIL 2001: 31)

Als weitere Einflussfaktoren hebt sie körperliche und soziale Verluste hervor. Mit zunehmendem Alter erleiden Menschen auch zunehmende Verluste. Die Menschen werden beispielsweise mit Hör- oder Sehverlust oder mit Krankheiten, die bleibende Spuren hinterlassen, wie Krebs, Star oder Herzinfarkten konfrontiert. Geliebte Menschen sterben und die beruflichen und sozialen Rollen, die für viele Menschen maßgeblich identitätsstiftend sind, müssen aufgegeben werden. Wenn Menschen in jüngeren Zeiten gelernt haben, mit Verlusten umzugehen, sie also ein großes Verhaltensrepertoire entwickelt haben, so werden sie auch den Verlust des Hörens oder Sehens oder den Verlust einer geliebten Person bewältigen. Gelingt ihnen das aber nicht und wird der Schmerz zu groß, ziehen sie sich in sich zurück (vgl. Abbildung 9). Einige Menschen, so FEIL, beginnen mit „dem inneren Ohr“ zu hören oder „dem inneren Auge“ zu sehen. Sie sehen und hören in ihre Vergangenheit hinein (FEIL 2000: 21f). Sie erinnern sich an eine Zeit, die erträglicher war. Das spendet Kraft zum Überleben und macht die Gegenwart aushaltbar. Rückzug ist eine Überlebensstrategie oder ein Anpassungsmechanismus (VAN DER KOOIJ 1993: 79). Die verwirrten alten Menschen versuchen, ihr inneres Gleichgewicht wiederzufinden. Doch bei dem Rückzug in die innere Welt begegnen die Menschen nicht nur schönen und kraftspendenden Erinnerungen, sondern auch negativen und

belastenden Gefühlen. Der Verlust, der jemanden veranlasst, sich zurückzuziehen, kann an frühere ähnliche Situationen erinnern und die damit verbundenen Gefühle wachrufen. Konflikte und Trauer, Wut und Scham werden erneut erlebt. So kann durch den Rückzug, der durch Verluste der Gegenwart ausgelöst wurde, die Auseinandersetzung mit ungelösten Konflikten und Gefühlen der Vergangenheit möglich werden. Gleichzeitig ermöglicht der körperliche Verfall auch die Auseinandersetzung mit unbewältigten Trieben, beispielsweise bei Menschen, die ihre sexuellen Bedürfnisse ein Leben lang unterdrückt haben. Der körperliche Verfall ist gewissermaßen eine Chance, ohne die in vielen Fällen eine Auseinandersetzung mit der Vergangenheit gar nicht erst zustande gekommen wäre (FEIL 2000: 22).

Beispiel:

Der Sonneneinfall durch die Jalousie erzeugt Streifen an der Wand und ruft bei einer 88jährigen Frau die Erinnerung an einen Zaun hervor. Ihr Vater hatte sie dazu angehalten, die Pferde nicht aus der Umzäunung zu lassen. Sie sieht mit ihrem lebendigen inneren Auge und hört mit dem inneren Ohr die Stimme des Vaters. Sie ruft: „Papa, die Pferde hören nicht auf mich. Sie brechen aus. Ich hab das nicht gewollt. Papa, Hilfe!“

(FEIL 2000: 23)

FEIL interpretiert die Äußerungen der alten Frau als Auseinandersetzung mit nie überwundenen Schuldgefühlen, die die Frau ihrem Vater gegenüber hat. Sie vertauscht die Gegenwart mit der Vergangenheit, um sich zu entschuldigen. Gleichzeitig sieht FEIL in diesem Verhalten das Bedürfnis nach der Anerkennung des Vaters (FEIL 2000: 23). Ein Reiz aus der Gegenwart (der Schatten der Jalousie) löste ein Gefühl der Vergangenheit, einen unbewältigten Konflikt aus.

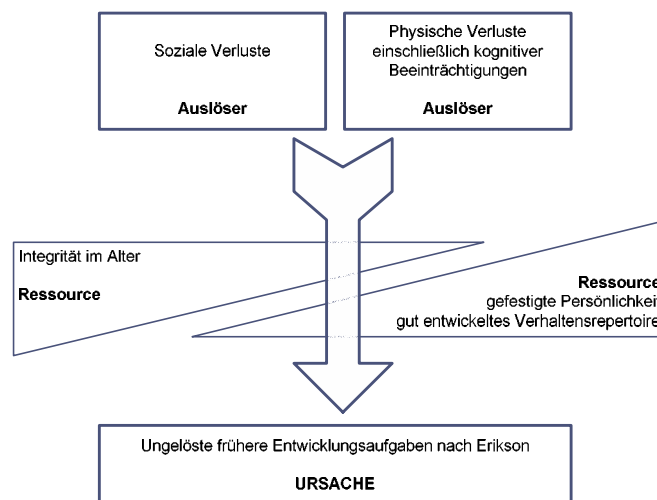


Abbildung 9: Einflussfaktoren auf Desorientierung nach FEIL

Auch eine Bewegung oder ein Geräusch, seien sie selbst oder von anderen initiiert, können an frühere Situationen erinnern. FEIL bezieht sich dabei auf Wilder PENFIELD, der sagte, „dass eine Stimulierung der Gegenwart eine völlig klare frühere Erinnerung heraufbeschwören kann“ (FEIL 2000: 27) und auf SCHETTLER und BOYD, die beschrieben, dass eine Erinnerung, je früher sie eingepägt wurde, um so länger erhalten und zugänglich bleibt (Punkt 9 von FEILs theoretischen Annahmen. vgl. Kapitel 4.2.4) (FEIL 2000: 22).

Durch den Verlust nahe stehender Menschen, der Arbeit, der Rolle, die man als Mutter, als Kind oder Freund hatte, verlieren die alten Menschen elementare Anregungen. Berührungen, Anerkennung und Bestätigung durch vertraute Personen sind grundlegende Bedürfnisse von Menschen. Durch mangelnde Stimulation, Befriedigung und Feedback verlieren sie ein Gefühl für sich selbst und ihre Identität. Auch dies kann den Rückzug in die Vergangenheit begründen. Die Befriedigung der Bedürfnisse wird in der Vergangenheit gesucht. Menschen, die von großer Wichtigkeit für einen waren, sind wieder präsent, die Rolle der fürsorgenden Mutter kann wieder gelebt werden (FEIL 2000: 25f).

Eine andere Möglichkeit der Befriedigung sieht FEIL in der Selbststimulation durch Bewegungen, die ein Mensch in seiner frühesten Kindheit erlernt hat. Sie zieht dazu die Theorie der vorsprachlichen Motorik des Psychologen Jean PIAGET heran. PIAGET erkannte, dass Bewegungen der Sprache vorausgehen (PIAGET 1973). „Wenn desorientierte Menschen im hohen Alter ihre korrekte Sprache verloren haben, greifen sie auf gefestigte, für immer gespeicherte Bewegungen zurück“ (FEIL 2000: 27). Ein Säugling wiegt sich oder macht Saugbewegungen, um das Stillen nachzuahmen. Auf diese Weise holt er sich seine Mutter ins Gedächtnis zurück. Die Parallele zu desorientierten alten Menschen sieht FEIL in den unartikulierten Lauten und Klängen und den Wortschöpfungen, die desorientierte Menschen, die ihr Sprachvermögen verloren haben, machen. FEIL interpretiert dieses Verhalten als das Formen neuer Laute, weil es sich an Zunge, Zähnen und Lippen gut anfühlt und Vergnügen bereitet. Die geformten Laute oder entstandenen Phantasiewörter gehen dabei mit dem Rückzug in die Vergangenheit einher. Sie drücken Erinnerungen aus (FEIL 2000: 27).

Um den vielfältigen Rückzug in die Vergangenheit zu verstehen, beschäftigte sich FEIL intensiv mit den sozialen und psychischen Bedürfnissen, die hochbetagte Menschen haben. Sie greift dabei auf Abraham MASLOW und seine Theorie der menschlichen Bedürfnisse zurück (MASLOW 1996). MASLOW unterscheidet zwischen verschiedenen Bedürfnissen, die hierarchisch aufeinander aufbauen. Grundlegend sind dabei die physiologischen Bedürfnisse wie Hunger, Schlaf, Durst und Sex. Darauf aufbauend kommt ein Bedürfnis nach Sicherheit. Dann kommen Bedürfnisse nach Sozialkontakten wie Zuneigung, Zugehörigkeit und Liebe und

Bedürfnisse nach Anerkennung, Wertschätzung und Bestätigung. Erst wenn diese Bedürfnisse befriedigt sind, wird der Mensch danach streben, die höheren Bedürfnisse nach Wachstum und Selbstverwirklichung zu befriedigen. Diese höheren Bedürfnisse können niemals abschließend befriedigt werden und veranlassen den Menschen, immer weiter danach zu streben und sich weiter zu entwickeln (KRIZ 2001: 166). FEIL beschreibt, angelehnt an die Bedürfnisseebenen von MASLOW, sieben Bedürfnisseebenen für desorientierte alte Menschen. Sie weist darauf hin, dass MASLOWS Modell nicht uneingeschränkt auf desorientierte Menschen angewendet werden kann. Sie hält es dennoch für sinnvoll und hilfreich, um das Verhalten verwirrter Menschen besser zu verstehen (FEIL 2001: 40). Zur besseren grafischen Darstellung verzichte ich auf die Form des Dreiecks zur Veranschaulichung einer Pyramide. Die Ebenen bauen von unten nach oben aufeinander auf.

Bedürfnispyramide nach FEIL

Maslows Pyramide	Angewendet auf verwirrte alte Menschen
Bedürfnis nach Selbstverwirklichung: das eigene Potential vollständig realisieren	Lösung unerledigter Angelegenheiten, um in Frieden sterben zu können
Ästhetische Bedürfnisse: Symmetrie, Ordnung und Schönheit	Bedürfnis, ein Gleichgewichtsgefühl wiederherzustellen, wenn Sehstärke, Hörvermögen, Beweglichkeit und Gedächtnisleistung versagen
Kognitive Bedürfnisse: verstehen und entdecken	Bedürfnis, einen Sinn in einer unerträglichen Realität zu erkennen; einen Platz finden, der angenehm ist und an dem Beziehungen vertraut sind
Bedürfnis der Wertschätzung: Zustimmung und Anerkennung erreichen	Bedürfnis nach Anerkennung, Status und Selbstwert. Bedürfnis, dass andere einem zuhören und einen respektieren
Bedürfnis, dazugehören und geliebt zu werden: sich anderen zugehörig fühlen	Bedürfnis, geliebt zu werden und dazugehören; Bedürfnis nach menschlichem Kontakt
Sicherheitsbedürfnisse: sich geborgen und sicher fühlen	Bedürfnis, sich sicher und geborgen zu fühlen, anstatt in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt und unterdrückt zu sein
Fundamentale physiologische Bedürfnisse: Hunger, Durst, Sexualität etc.	Bedürfnis nach sensorischer Stimulation: taktile, visuelle, auditive, olfaktorische, gustatorische sowie sexuelle Ausdrucksmöglichkeit

(FEIL 2001: 41)

Die Bedürfnispyramide von FEIL verdeutlicht, dass auch desorientierte alte Menschen vielfältige Bedürfnisse haben, und hilft, diese zu verstehen. Die Bedürfnisse werden von den verwirrten Menschen nicht im „Hier und Jetzt“ ausgedrückt, sondern in der Kommunikation mit Personen aus der Vergangenheit oder durch Bewegungen und Klänge, die sie in der Vergangenheit finden. So werden Gefühle erzeugt und Bedürfnisse geäußert und auch befriedigt. Die alten Menschen stellen die Vergangenheit wieder her, in der sie noch gebraucht und geliebt wurden und produktiv waren. Sie stellen ihre Würde wieder her (FEIL 2000: 26). Dabei werden sie von Erinnerungen gelenkt. Die Denkmuster werden nicht durch Zeitfolgen oder Fakten geformt, sondern durch Gefühle. Gegenwart und Vergangenheit werden eins (VAN DER KOOIJ 1993: 80). Physische Beeinträchtigungen der Augen, der Ohren, des reflexiven Selbstbewusstseins und des Bewegungsvermögens begünstigen dabei den Rückzug. FEIL formuliert:

„Mit der Weisheit menschlicher Erfahrung und Intuition kehren sie [die desorientierten sehr alten Menschen] in die Vergangenheit zurück, um aufzuräumen und ihre Grundbedürfnisse nach Liebe und Identität zu befriedigen. [...] Durch den Rückzug in die Vergangenheit vermeiden sie die schmerzvolle Gegenwart, Gefühle des Nichtgebrauchtwerdens und der Einsamkeit. Wozu Kenntnis von der chronologischen Zeit haben, wenn es in ihr keinen Platz für sie gibt? Sie reagieren nicht auf die Bemühungen einer jungen Pflegerin, die ihr Verhalten dem Standard einer jungen, produktiven Gesellschaft anpassen möchte. Die sehr alten Menschen kehren zu ihren Wurzeln zurück und ignorieren Leute oder ärgern sich über sie, die ihnen nicht zuhören oder ihnen widersprechen.“

(FEIL 2000: 28)

4.2.4 Theoretische Grundannahmen der Validation nach FEIL

Zusammenfassend formuliert FEIL 13 theoretische Grundannahmen, die sie aus den unterschiedlichsten psychologischen Richtungen zusammenstellt.

-
1. Akzeptieren Sie Ihren Patienten, ohne ihn zu beurteilen. (Carl Rogers)
 2. Der Therapeut kann weder Einsicht verschaffen noch das Verhalten ändern, wenn der Patient nicht bereit ist, sich zu ändern, oder nicht die kognitive Fähigkeit zur Einsicht besitzt. (Sigmund Freud)
 3. Verstehen Sie Ihren Patienten als einzigartiges Individuum. (Abraham Maslow)
 4. Gefühle, die ausgedrückt und dann von einem vertrauten Zuhörer bestätigt und validiert wurden, werden schwächer, ignorierte oder geleugnete Gefühle stärker. Aus einer nicht beachteten Katze wird ein Tiger. (C.G. Jung)
-

-
5. Jedes Lebensstadium hat seine spezifische Aufgabe, die wir zu einem bestimmten Zeitpunkt unseres Lebens lösen müssen. Wir müssen danach streben, diese Aufgaben zu erfüllen, und dann zur nächsten schreiten. (Erik Erikson)
 6. Eine übergangene Aufgabe meldet sich in einem späteren Stadium wieder. (Erik Erikson)
 7. Die Menschen streben nach Gleichgewicht (Homöostase). (S. Zuckerman)
 8. Wenn das Kurzzeitgedächtnis versagt, stellen sehr alte Menschen durch frühe Erinnerungen das Gleichgewicht wieder her. Versagt der Gesichtssinn, sehen sie mit dem inneren Auge; versagt der Gehörsinn, so hören sie Klänge aus der Vergangenheit. (Wilder Penfield)
 9. Frühe, gefestigte Erinnerungen überleben bis ins hohe Alter. (F.G. Schettler und G.S. Boyd)
 10. Das Gehirn ist nicht der einzige Verhaltensregulator im hohen Alter. Verhalten beruht auf einer Kombination von körperlichen, sozialen und intrapsychischen Veränderungen, die im Laufe des Lebens stattfinden. (Adrian Verwoerd)
 11. Autopsien haben ergeben, dass viele sehr alte Menschen trotz ernster Beeinträchtigungen des Gehirns relativ orientiert bleiben. (Charles Wells)
 12. Es gibt immer einen Grund hinter dem Verhalten von desorientierten, sehr alten Menschen. (Naomi Feil)
 13. Jeder Mensch ist wertvoll – wie desorientiert er auch sein mag. (Naomi Feil)
-

(FEIL 2000: 12)

4.3 Ziele der Validation

Aus den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Erkenntnissen von FEIL ergeben sich wesentliche Ziele der Validation.

Ziel der Validation ist es, desorientierten Menschen dabei zu helfen, ihre letzte Lebensaufgabe, die Auseinandersetzung mit alten Konflikten und Gefühlen, zu bewältigen. Sie sollen unterstützt und begleitet werden, um in Frieden sterben zu können. Niemals sollen Gefühle erzwungen werden. Durch einführendes Zuhören (Validieren) soll die emotionale Last gemildert werden. Dabei kann das Ziel niemals eine kognitive Bewältigung sein, da die Betroffenen ihre Emotionen nicht mehr mit dem Intellekt steuern können. „Sie haben die Fähigkeit des ‚AHA!‘, des plötzlichen Erkennens eingebüßt“ (FEIL 2000: 38). Sie können keine Erkenntnisse und keine Konsequenzen ziehen (FEIL 2000: 38). Starke Gefühle und innere Konflikte werden immer wieder auftreten und müssen immer wieder validiert werden. Durch die Validation können Gefühle stärker werden, so auch belastende Gefühle. Das Erleben von starken Gefühlen, von Konflikten und Auseinandersetzungen wird als aktives Leben verstanden. Die Auseinandersetzung schafft eine bessere Lebensqualität und führt zu mehr Ausgeglichenheit und innerer Ruhe (VAN DER KOOIJ 1993: 79).

Indem eine vertrauensvolle Beziehung geschaffen wird, kann Sicherheit vermittelt werden. „Wenn Menschen sich sicher fühlen, gewinnen sie an Stärke: Die Interaktion nimmt zu, sie beginnen zu sprechen, teilen ihre Gedanken und Gefühle mit, das Selbstwertgefühl und die Würde steigen“ (FEIL 2000: 63). Vertrauen hilft Gefühle zu äußern und zu bearbeiten. Angst und Stress werden reduziert.

Validation will erreichen, dass desorientierte alte Menschen ein größeres Selbstwertgefühl und eine gestärkte Identität bekommen. Das allgemeine Wohlbefinden soll verbessert werden, nonverbale und verbale Kommunikation soll gestärkt werden. Als Folge dessen können sich auch körperliche Symptome, wie beispielsweise das Gehvermögen, verbessern (FEIL 2000: 11). Es ist nicht das oberste Ziel, die Orientiertheit zu verbessern. Es kann aber vorkommen, dass Menschen, die sich in der Gegenwart als stark, geliebt und nützlich erfahren, nicht mehr zurückziehen (MORTON 2002: 50). Durch den Einsatz von Validation sollen außerdem chemische und physische Zwangsmittel reduziert werden. Eine gelungene Validation kann verhindern, dass ein Mensch sich immer weiter in sich zurückzieht, bis er weder sprachlich noch körperlich ansprechbar ist. Validation soll verhindern, dass ein Rückzug in das Vegetieren (vgl. Kapitel 4.6) stattfindet (FEIL 2000: 11).

„Wenn sie [die desorientierten alten Menschen] validiert werden, wenn man auf ihre sozialen und psychischen Bedürfnisse eingeht, versinken sie nicht ins Stadium des Vegetierens. Sie können bis zu ihrem Tod mit uns kommunizieren. Oft erwacht ihre Redefähigkeit wieder wie aus einem tiefen Schlaf; ihre Augen leuchten auf; ihr Gang verbessert sich; gut eingeführte familiäre Rollen können wieder eingenommen werden; für sie negatives Verhalten wie Schreien, Aufundabgehen, das Beschuldigen anderer Personen und das Schlagen hören langsam auf.“

(FEIL 2001: 42)

4.4 Zielgruppe der Validation

Naomi FEIL formuliert verschiedene Bedingungsfaktoren für Menschen, für die Validation geeignet ist. Diese dürfen nicht als starres Schema verstanden werden, sondern dienen einer groben Einschätzung.

Die desorientierten alten Menschen, für die Validation hilfreich ist, haben ein mehr oder weniger sinnvolles und produktives Leben gelebt, und sie haben keine ernste Geisteskrankheit, sind nicht geistig behindert und haben kein organisches Trauma (beispielsweise Aphasie nach einem Schlaganfall) erlitten. Ihr Leben verlief „ganz normal“ bis zu dem Zeitpunkt, an dem so viele Verluste über sie hereinbrachen, dass sie diese nicht mehr wie bisher bewältigen konnten. Sie haben Krisen bisher durch Verdrängung und Leugnen überstanden, doch mit zunehmendem Alter gelingt ihnen das immer weniger (FEIL 2000: 29).

Desorientierte sehr alte Menschen

- besitzen kein flexibles Verhaltensrepertoire,
- halten an überholten Rollen fest,
- müssen mit unbewältigten Gefühlen ringen,
- ziehen sich aus der Gegenwart zurück, um überleben zu können,
- weisen signifikante kognitive Leistungseinbußen auf und sind nicht mehr zu intellektueller Einsicht fähig.

(FEIL 2000: 29)

Die Menschen, für die FEIL Validation entwickelt hat, sind 80 bis 100 Jahre alt²⁶. Validation hilft Menschen mit Beeinträchtigungen des Gehirns, der Sehkraft und des Gehörsinns und deren Bewegungsfähigkeit und Gefühlskontrolle eingeschränkt ist. Sie befriedigen ihr Bedürfnis nach Liebe, Identität und danach, ihre Gefühle auszudrücken, durch Körperbewegungen und ziehen sich zurück, um der schmerzvollen Realität der Gegenwart zu entgehen. Sie rufen die Vergangenheit wach, um bis zu ihrem Tod ihr Leben aufzuarbeiten (FEIL 2000: 30).

In der Beschreibung ihres Stadienmodells zur Einschätzung des Grades der Desorientiertheit differenziert FEIL weiter aus, für wen Validation geeignet ist (vgl. Kapitel 4.6).

4.5 FEILs Distanzierung vom medizinischen Demenzmodell und Abgrenzung zur Demenz vom Alzheimertyp

FEIL lehnt das medizinische Modell ab, das vertritt, dass die Desorientiertheit und die verhaltensbezogenen und kognitiven Veränderungen, die eine Demenz begleiten, rein durch neuropathologische Prozesse erklärbar sind. Sie geht davon aus, dass eine organische Hirnerkrankung nur einer von vielen Faktoren ist, die zur Entstehung von Desorientiertheit beitragen können (MORTON 2002: 46). FEIL argumentiert, dass es Menschen gibt, die trotz Hirnschädigung orientiert bleiben. Umgekehrt gibt es Menschen, die keine hirnorganischen Veränderungen aufweisen und trotzdem desorientiert sind (FEIL 2000: 30). Tatsächlich ist es so, dass man senile Plaques und neurofibrilläre Bündel auch in den Gehirnen von Menschen gefunden hat, die keine Anzeichen von Demenz gezeigt haben (vgl. Kapitel 1.4). Die genauen Ursachen sind, wie ich in Kapitel 1.4 erläutert habe, bisher ungeklärt. Die Beziehung zwischen organischer Veränderung und körperlichem und psychischem Verhalten bleibt, so FEIL, unklar (FEIL 2001: 37). Daher spricht sie auch immer von Desorientiertheit

²⁶ Feil ist sich der Relativität von Alter bewusst. Sie versteht ihre Altersangabe als Pauschalbegriff, bei dem es viele Ausnahmen gibt (FEIL 2000: 30).

und nicht von Demenz. Der Begriff schließt alle Menschen mit Verwirrung ein, unabhängig davon, ob eine hirnorganische Veränderung die Ursache ist.

FEIL unterscheidet zwischen jungen und alten Menschen mit Desorientierung. Sie kritisiert, dass 1981 die ursprüngliche Teilung in präsenile, nicht altersbedingte Demenz (Demenz vom Alzheimerotyp, DAT) und senile, altersbedingte Demenz aufgehoben wurde²⁷ (MORTON 2002: 69). Die Zusammenfassung der zwei Kategorien wurde nach einer Reihe von Autopsien vorgenommen, bei denen man feststellte, dass sich die hirnorganischen Veränderungen bei präseniler und seniler Demenz nicht unterscheiden. Die senile Demenz wurde zur DAT. Damit wurde die DAT zur häufigsten dementiellen Erkrankung (vgl. Kapitel 1.2) (FEIL 2001: 36). FEIL dagegen unterscheidet weiter zwischen früher und später Demenz. Sie sagt, dass die Bildung von Plaques und neurofibrillären Bündeln ein normaler Prozess des Alterns ist. Sie finden sich in fast allen Gehirnen von alten Menschen. Trotzdem werden nicht alle verwirrt. Das Gehirn ist für sie nicht der einzige Verhaltensregulator im Alter. Sie argumentiert, dass selbst Neurologen inzwischen anerkennen, dass Gefühle eine große Auswirkung auf das Gedächtnis haben können. „Einiges, was man bisher als Hirnerkrankung ansah, kann auch eine massive Verteidigung gegen die Realität des Todes und des hohen Alters sein“ (BUTLER/LEWIS 1977: 76, zit. n. FEIL 2001: 39). FEIL sieht einen großen Unterschied in dem Verhalten von alten desorientierten und dem von jungen desorientierten Menschen und wirft den Hirnforschern Einseitigkeit vor.

„Hirnforscher untersuchen nicht lebendige Menschen, sondern deren Leichnam. Sie hören nicht die 88jährige Frau, wenn sie unter den Tisch schaut und sagt: ‚Ich such nach dem Gestern. Ich muss das Durcheinander in meinen Gedanken entwirren.‘ Sie sehen nicht den Unterschied im Verhalten zwischen präseniler und seniler Demenz.“

(FEIL 2000: 34)

Den Unterschied zwischen präseniler und seniler Demenz sieht FEIL in der Wirksamkeit beziehungsweise Unwirksamkeit bei Anwendung von Validation bestätigt. Menschen mit seniler Demenz reagieren positiv auf Validation, sie sind erreichbar, man kann mit ihnen kommunizieren und ihren Zustand verbessern. Man kann ihnen ohne Medikamente helfen. Menschen mit präseniler Demenz dagegen reagieren auf Validation mit Rückzug. Validation kann nur für einen kurzen Moment etwas soziale Interaktion ermöglichen, nicht aber auf Dauer. Das Verhalten ist nicht vorhersagbar und kann sich schnell ändern. Die Augen von Menschen mit früh einsetzender Demenz sind, nach FEILs Beobachtungen, ziellos und starren ins Leere, ohne zu

²⁷ 1981 beschloss die American Psychiatric Association die Unterscheidung zwischen seniler und präseniler Demenz aufzuheben (MORTON 2002: 69).

erkennen. Eine wirkliche Kommunikation ist nicht möglich. Validation kann den Verlauf der Krankheit, anders als bei spät einsetzender Demenz, nicht beeinflussen. Die Menschen erreichen unweigerlich das Stadium des Vegetierens (vgl. Kapitel 4.6) (FEIL 2000: 34f). Ein weiteres Indiz sieht FEIL in ihrer Beobachtung, dass körperliche und soziale Verluste bei jungen Menschen mit Demenz für gewöhnlich nicht zu einer Verschlechterung des Zustands führen. Bei alten Menschen hingegen führen Verluste häufig dazu, dass sich ein Mensch in sich zurückzieht und verwirrt wird (FEIL 2001: 39).

Das Verhalten von alten verwirrten Menschen kann ein Anzeichen für eine körperliche Krankheit sein, es kann aber auch eine normale Reaktion auf Belastung und Verluste sein. Bei alten Menschen hängt das Verhalten vom Repertoire an Möglichkeiten ab, mit Situationen und Verlusten fertig zu werden. Es gibt viele Gründe für eine Desorientiertheit. FEIL schreibt, dass es ihr dagegen nicht gelungen sei, „soziale oder psychische Gründe zu finden, die dem unglücklichen Verhalten von Personen, die an früh einsetzender Alzheimer-Krankheit leiden, zu Grunde liegen“ (FEIL 2001: 39f). Um den Unterschied zwischen Menschen mit früh einsetzender und spät einsetzender Demenz zu verdeutlichen, spricht FEIL häufig von „sehr“ alten desorientierten Menschen. Dies werde ich meinen weiteren Ausführungen übernehmen.

FEIL mahnt, dass die Etikettierung DAT oder die Einordnung in die Kategorie Demenz, besonders bei sehr alten Menschen, schnell zu ungeeigneten Behandlungsmethoden führen kann. Sie betont die Einzigartigkeit jedes Menschen und die Unterschiede in der Reaktion auf physische und soziale Veränderungen (FEIL 2000: 30).

4.6 Die vier Stadien der Desorientierung nach FEIL

FEIL teilt den Verlaufsprozess von Desorientierung in vier Stadien. Sie beruft sich dabei auf Beobachtungen und Erkenntnisse ihrer jahrelangen Erfahrung im Umgang mit desorientierten alten Menschen. Sie entwickelte die vier Stadien der Desorientierung in der Zeit, in der sie ERIKSONS Modell der Lebensphasen übernahm und erweiterte. Diese Stadien der Desorientierung bilden quasi Unterstadien der letzten Lebensphase „Aufarbeiten gegen Vegetieren“ und stellen das Herzstück der Validation dar (MORTON 2002: 61). FEIL spricht auch von den vier Aufarbeitungsphasen. Die vier Phasen werden aufgrund der physischen und psychischen Charakteristika bestimmt. Jede Stufe des Modells stellt einen weiteren Rückzug aus der Realität dar (FEIL 2000: 49). Der Begriff „vier Aufarbeitungsphasen“ kann dahingehend missverstanden werden, dass das Durchlaufen der Phasen ein positiver Prozess sei, bei dem in jedem Stadium eine erfolgreiche Aufarbeitung stattfindet. „Tatsächlich hält FEIL das Durchlaufen der Stadien aber für eine negative Entwicklung, an deren Ende nicht die Aufarbeitung, sondern eher das Gegenteil, das ‚Dahinvegetieren‘ steht“

(MORTON 2002: 61). Durch Validation soll verhindert werden, dass ein Mensch in dieses Stadium gelangt.

Die Einteilung in verschiedene Stadien hilft, eine desorientierte Person besser einschätzen und die geeigneten Techniken (vgl. Kapitel 5.1), die sich für jede Phase unterscheiden, auswählen zu können. Das Phasenmodell darf nicht als allgemeingültige Formel für die Zuordnung von Personen verstanden werden. Einige desorientierte Menschen wechseln zwischen verschiedenen Stadien hin und her. Es kann beispielsweise sein, dass eine alte Frau frühmorgens noch orientiert ist, zwei Stunden später denkt sie plötzlich, dass ein Mann unter ihrem Bett liegt, und nachmittags will sie unbedingt nach Hause gehen. Die Stimmungen schwanken im Laufe eines Tages (FEIL 2001: 48).

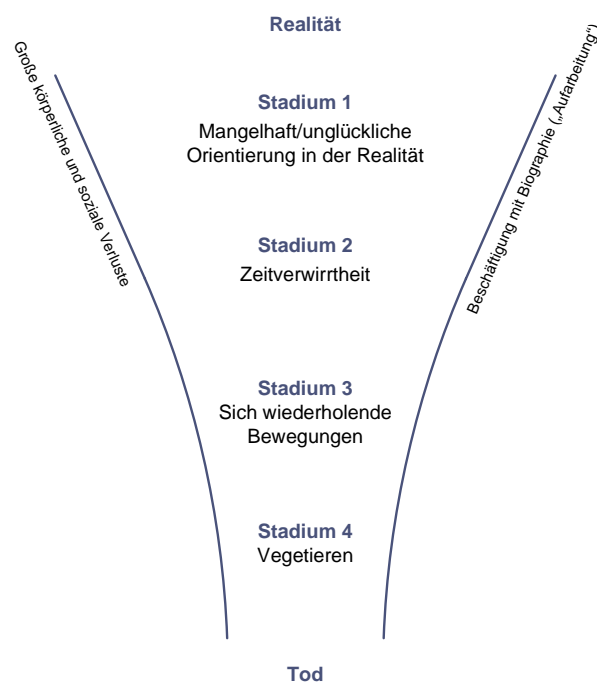


Abbildung 10: Die vier Stadien der Desorientierung nach FEIL

Stadium I: Mangelhafte unglückliche Orientierung

Im Stadium der mangelhaften unglücklichen Orientierung sind die Betroffenen noch weitestgehend orientiert. Sie haben ein Bewusstsein für Zeit und Ort. Sie benehmen sich in den meisten Bereichen des Lebens eher unauffällig und kommen überwiegend alleine zurecht. Manchmal treten Ausfälle des Kurzzeitgedächtnisses auf, es kommt vor, dass Namen verwechselt und einzelne Dinge vergessen werden (FEIL 2001: 74). Die betroffenen Personen halten Regeln, Abmachungen und soziale Verpflichtungen genau ein. An ihren früheren sozialen Rollen halten sie stark fest (FEIL 2000: 52).

Typische Verhaltensweisen für dieses Stadium sind Beschuldigen anderer Personen, häufiges Jammern und Sichbeschweren. FEIL versteht dieses Verhalten als den Ausdruck von schmerzenden Gefühlen. Dies sind Gefühle aus vergangenen Zeiten, die

durch Gefühle der Gegenwart ausgelöst werden. Verluste der Gegenwart erinnern an Verluste von früher. Die Gefühle müssen ausgedrückt werden. Da die Person aber wichtige frühere Lebensaufgaben nicht wahrgenommen hat, hat sie nicht gelernt, mit Verlusten umzugehen. Sie kann die unausweichlichen Verluste, die mit dem Älterwerden verbunden sind, nicht akzeptieren. Die Person leidet und ist unglücklich in der Gegenwart, weil sie Gefühle ausdrücken muss, die sie in der Vergangenheit nie erleben wollte und die sie immer unterdrückt hat (FEIL 2001: 73ff). Um die Gefühle ausdrücken zu können, werden sie in verschlüsselter Form geäußert, indem Personen der Gegenwart beschuldigt werden. Sie benutzen die Person als Symbol.

Beispiel:

„Aus dem kleinen Jungen, der sich schämte und der sich ‚schlecht‘ fühlte und der bestraft wurde, weil er sich in die Hose gemacht hatte, wird der unglücklich orientierte alte Mann, der seinen Zimmernachbarn beschuldigt, Wasser auf den Boden zu verschütten, weil er sich zu sehr schämt, zuzugeben, dass er seine Blase nicht mehr kontrollieren kann.“

(FEIL 2001: 75)

Durch Beschuldigen kann ein Mensch Zorn und Kummer ausdrücken, ohne sich die Gefühle eingestehen zu müssen. Menschen in diesem Stadium können ihre Gefühle nur auf diese Weise ausdrücken. Auf Versuche, sie davon zu überzeugen, dass ihre Beschuldigungen haltlos sind, reagieren sie wütend und ablehnend (FEIL 2000: 53). Ein weiteres häufig auftretendes Charakteristikum ist das Horten und Sammeln von Dingen. FEIL sieht hierin den Versuch, die Kontrolle zu behalten. Die gesammelten Objekte symbolisieren die erlebten oder drohenden Verluste. So steht beispielsweise das Sammeln von Toilettenpapier für eine beginnende Inkontinenz oder das von Stiften für die Angst, die Fähigkeit des Schreibens zu verlieren. Beschuldigen, Jammern, Horten und Sammeln nehmen mit zunehmenden Verlusten zu (FEIL 2001: 77).

Der gesamte körperliche und psychische Zustand von Menschen im ersten Stadium ist gekennzeichnet von der Anspannung, die Kontrolle zu behalten. Ihr Blick ist klar und fokussierend, manchmal sogar stechend, die Stimme ist scharf, schrill, dabei oft jammernd und die Muskeln sind angespannt (erhöhter Muskeltonus). Angesprochen auf Gedächtnislücken, Wiederholungen von Aussagen oder das Verwecheln von Namen, reagieren sie mit Leugnen, Ausreden oder Konfabulieren²⁸. Veränderungen von Tagesabläufen oder Umgebung fürchten sie (FEIL 2001: 74ff). Die Angst vor dem eigenen Kontrollverlust lässt sie wütend und ungehalten werden gegenüber

²⁸ Auffüllen von Gedächtnislücken mit frei erfundenen Sachverhalten oder mit Erinnerungen (KASTEN 2003).

Personen, die sich nicht unter Kontrolle haben. Sie halten hartnäckig an falschen Überzeugungen fest und sind unempfänglich für Vernunftgründe oder Gegenbeweise. Sie müssen sich um jeden Preis verteidigen und bauen eine Fassade auf, die nur schwer Intimität zulässt. Körperberührungen und intensiver Blickkontakt werden abgewiesen (FEIL 2000: 52f). Ihre ganzen Anstrengungen gehen in die Bemühungen, die Kontrolle über ihre Gefühle und ihren Körper zu behalten.

Stadium II: Zeitverwirrtheit

Menschen im Stadium der Zeitverwirrtheit haben kein Bewusstsein mehr für Zeit und Ort. Ihr Kurzzeitgedächtnis ist schwer beeinträchtigt, dagegen funktioniert das Langzeitgedächtnis noch sehr gut. MORTON bezeichnet sie als „die typischen Vertreter der Alzheimer-Krankheit [...], bei denen man im Allgemeinen von einem mittleren Grad der Demenz (vgl. Kapitel 1.5) spricht“ (MORTON 2002: 62).

Eine mangelhaft unglückliche Person wird zeitverwirrt, wenn die körperlichen und sozialen Verluste nicht mehr mit Beschuldigen zurückgedrängt werden können. Die Verluste „bringen das Fass zum Überlaufen“ (FEIL 2000: 54).

Menschen im Stadium der Zeitverwirrtheit klammern sich, anders als mangelhaft unglücklich orientierte Menschen, nicht mehr krampfhaft an der Realität fest, und sie leugnen ihre Gefühle nicht mehr. Dies ist physisch und psychisch erkennbar an der gelösten Muskelspannung, den eher langsamen, suchenden Bewegungen und der tiefen leisen Stimme, die selten weinerlich klingt. Unterstützt durch die Beeinträchtigung von Hören, Sehen, Schmecken, Riechen und Fühlen ziehen sie sich mehr und mehr in ihre Vergangenheit zurück. Die im Langzeitgedächtnis gespeicherten Erinnerungen, Gefühle, Klänge und Gerüche werden wieder lebendig. Aufgrund der verloren gegangenen Fähigkeit, logisch zu denken, können Gegenwart und Vergangenheit nicht mehr unterschieden werden und vermischen sich (FEIL 2001: 86f). Sie „kehren zu grundlegenden, universellen Gefühlen zurück: Liebe, Hass, Trauer, Angst vor Trennung, Streben nach Identität“ (FEIL 2000: 55). Die Erinnerung an Gefühle wird durch Personen, Bewegungen oder Gegenstände der Gegenwart oder Vergangenheit ausgelöst. Ein Gefühl löst das nächste aus. Statt sich die Zeit zu merken, erinnern sie sich an Gefühle. Eine zeitverwirrte Frau hat beispielsweise vergessen, dass sie gerade gegessen hat, und erinnert sich nur daran, dass sie ihre Kinder füttern muss.

Menschen in diesem Stadium können Dinge und Menschen nicht mehr vergleichen und Kategorien zuordnen. Mit der zunehmenden Verwendung von Symbolen (vgl. Kapitel 4.7) werden Personen und Dinge der Vergangenheit wiederbelebt. Zeitverwirrte Menschen hören Menschen der Gegenwart nicht zu und können sich bei Spielen nicht an Regeln halten. Sie gebrauchen häufig eigene Wortschöpfungen und verwenden persönliche Fürwörter ohne spezifische Angabe. So kann „Er“ beispielsweise für Gott, Vater, Teufel, Selbstidentität oder die Welt stehen. Sie sind nicht

mehr fähig, ihre Gefühle zu kontrollieren. So haben sie beispielsweise keine soziale Kontrolle mehr und fordern häufig eine sofortige Befriedigung ihrer Bedürfnisse wie Liebe, Nahrung oder Sex. Dieses Stadium ist gekennzeichnet von einer weitgehenden Entspannung. Viele Personen singen gerne und gut. Sie reagieren auf Berührungen und Nähe und lachen gelegentlich vor sich hin (FEIL 2000: 55ff). FEIL sagt, sie ziehen sich in ihre Welt zurück und überleben dort das Gefühl der Isolation und der Langeweile. Sie lassen das Gefühl nützlich zu sein, wieder auferstehen und arbeiten ungelöste Konflikte durch (FEIL 2001: 87).

Stadium III: Sich wiederholende Bewegungen

Im Stadium der sich wiederholenden Bewegungen ziehen sich die Betroffenen in vorsprachliche Klänge und Bewegungen zurück und ersetzen dadurch Worte. FEIL geht davon aus, dass Menschen in diesem Stadium durch die Verwendung von Körperteilen, Klängen, Gegenständen oder Personen, Personen oder Geschehnisse der Vergangenheit wiederherstellen und bearbeiten (FEIL 2001: 97). Jahrzehntlang unterdrückte Gefühle brechen jetzt heraus.

„Scham, Schuldgefühle, sexuelle Wünsche oder Wut waren ein Leben lang unterdrückt, versteckt, streng unter Kontrolle. Jahrzehnte später, im hohen Alter kommen sie ans Licht. Ein Mann in Stadium III lässt seine Hosen fallen: Zum ersten Mal im Leben will er seine Männlichkeit beweisen. Oder endlich seine Wut über die Eltern ausdrücken, die seine sexuellen Regungen als Jugendlicher bestraft haben.“

(FEIL 2000: 57)

In diesem Stadium verlieren die sehr alten Menschen ihr Bewusstsein für sich selbst, manchmal kommt es so weit, dass sie sich selbst nicht mehr im Spiegel erkennen. Trotzdem bleiben ihre Erinnerungen erhalten. Die Gefühle fließen aus ihnen heraus, ohne dass sie sich dessen bewusst sind, soziale Konventionen gibt es nicht mehr.

Durch Bewegung und Klänge stimulieren sie ihre Gefühle und kehren in die Vergangenheit zurück. Das Hin-und-her-Wiegen macht die Erinnerung an die Mutter wieder lebendig, Laute der frühen Kindheit wie „Ma ma ma“ und das Schmatzen der Lippen lassen die Mutter wieder aufleben und das Gefühl der Einsamkeit verschwinden (FEIL 2000: 58). Jemand, der sich eingeengt fühlt, zieht sich aus und an, und eine alte Socke wird zum Symbol für den Sohn, für den die Mutter immer die Wäsche gewaschen hat. Bewegungen wie Trommeln, Schlagen, Auf-und-zu-Knöpfen, Auf-und-ab-Gehen sind nicht überflüssig. Die Bedeutung der Symbole (vgl. Kapitel 4.7) ist in diesem Stadium am wichtigsten. Die Menschen in Stadium III stimulieren sich nicht nur selbst, sondern sind auch besonders empfänglich für sensorische Stimulation von außen. Sie reagieren besonders auf Berührungen, Augenkontakt oder auf den Klang der Stimme, beispielsweise auf ein bekanntes Kinderlied, in das sie dann mit einstimmen. Eine Kontaktaufnahme

funktioniert nur auf liebevolle Art und Weise. Weitere Charakteristika für dieses Stadium sind Inkontinenz, der völlige Verlust der Lese- und Schreibfähigkeit und der Verlust des Denkvermögens. Die Augen halten diese Menschen häufig geschlossen und sie weinen viel (FEIL 2000: 59f). Sie sind in sich versunken.

Stadium IV: Vegetieren

Kommt ein Mensch in das Stadium des Vegetierens, schließt er die Außenwelt aus und gibt den Kampf ums Überleben und das Streben nach Aufarbeitung auf. Menschen gelangen in dieses Stadium, wenn sie nicht genügend Stimulation von außen erfahren. Sie brauchen einen äußeren Anreiz „da zu bleiben“. Im Stadium des Vegetierens ist es sehr schwierig, einen Menschen zu erreichen. Charakteristisch für dieses Stadium sind entspannte Muskeln sowie eine zusammengesunkene Haltung, oft in Fötusstellung. Die Menschen atmen ganz leicht, geben selten einen Laut von sich und bewegen sich kaum aus eigenem Antrieb. Sie haben ihre Augen verschlossen und Speichel rinnt aus ihrem Mund. Niemand weiß, was in diesen Menschen vorgeht. Sie werden zu lebenden Toten (FEIL 2001: 10).

4.7 Die Bedeutung von Symbolen

FEIL geht davon aus, dass es hinter jedem Verhalten von desorientierten, sehr alten Menschen einen Grund gibt (Punk 12 von FEILs theoretischen Annahmen, vgl. Kapitel 4.2.4). Um die Verhaltensweisen, die oft ziel- und bedeutungslos erscheinen, besser zu verstehen, stellt FEIL die These einer universellen Symbolsprache auf.

„Ein Symbol ist ein Gegenstand oder eine Person der Gegenwart, die einen wichtigen Gegenstand oder eine wichtige Person der Vergangenheit repräsentiert“ (FEIL 2000: 49). Sie können aber auch innere Bedürfnisse ausdrücken. FEIL stützt sich bei ihrer Theorie auf FREUD (FREUD 1983) und JUNG (JACOBI 1987). Gelingt es, die einzelnen Symbole zu verstehen, kann der Sinn von scheinbar bedeutungslosen Zusammenhängen entschlüsselt werden (MORTON 2002: 57).

Alle Menschen gebrauchen Symbole, beispielsweise in der Kunst oder in Träumen. Auch in der Unterhaltung mit anderen gebrauchten Menschen wie selbstverständlich Metaphern. Der Unterschied zu desorientierten sehr alten Menschen liegt darin, dass diese ihre kognitiven Fähigkeiten eingebüßt haben und Symbole nicht mehr von der Realität der Gegenwart unterscheiden können (FEIL 2000: 50). Eine alte Frau macht beispielsweise symbolisch ihre Tochter zu ihrer eigenen Mutter und beschimpft sie, dass sie eine schlechte Mutter sei, da sie die Kinder immer alleine lassen würde. Die alte Frau kann so ihre Wut gegenüber der eigenen Mutter ausdrücken (FEIL 2000: 50). Symbole können Sehnsüchte, Erinnerungen und Schmerzen ausdrücken. Sie spiegeln wider, was die Psyche beschäftigt (MORTON 2002: 57f).

FEIL nennt verschiedene Übergangsobjekte, Übertragungsobjekte, Ersatzobjekte und Symbole, die sie im Laufe ihrer Praxis beobachtet hat und denen sie bestimmte mögliche Bedeutungen zuordnet.

FEIL betont, dass für die Entschlüsselung der Symbole Kenntnisse der Lebensgeschichte und -umstände unbedingte Voraussetzung sind. Von ihrer ursprünglichen Überzeugung, dass es eine universelle Symbolsprache unabhängig von Rasse, Religion, Kultur oder Geschlecht gibt, ist FEIL inzwischen abgerückt. „Nach ihrer derzeitigen Auffassung wird die symbolische Bedeutung von Objekten im Gegenteil immer individueller, wenn der Grad der Desorientiertheit und Gebrechlichkeit zunimmt“ (MORTON 2002: 59).

Einige typische persönliche Symbole und ihre mögliche Bedeutung:

Eine Hand	Ein Baby (Hand-Baby)
Ein Finger	Vater/Mutter, Fuß zum Gehen, Kinder, die geführt werden
Ein Tuch	Wichtige Papiere, Backteig, Kinder, Kleider
Stange des Rollstuhls	Eine Straße
Offener Raum	Der Flur von zu Hause, Himmel, Hoffnung
Knopf, Kieselstein	Nahrung, Liebe
Schnalzendes Geräusch	Sicherheit, Genuss
Wiegende Bewegung	Mutter, Mutterschaft, Sicherheit, Genuss
Flüssigkeit	Männliche Kraft
Ein mächtiger Sessel	Penis, Mann, Ehemann, Sex
Messer, Gabel	Wut
Griff	Penis
Tiefe Stimme	Männliche Person
Löffel oder gebogener Gegenstand	Frau, weibliches Geschlecht
Socken, Schuh	Kind, ein Kind anziehen, Sexualorgan
Ein anzuziehendes Kleidungsstück	Geschlechtsakt, Freiheit, Herausforderung
Die Pflegeabteilung	Nachbarschaft
Der Gang	Eine Straße in der Nachbarschaft
Ein Rollstuhl	Auto, Fahrrad, Fahrzeug

(FEIL 2000: 53f)

5 Die Anwendung der Validation

Das Wesentliche bei der Anwendung von Validation nach FEIL ist, dass eine bedeutungsvolle Kommunikation mit desorientierten Menschen möglich ist, und zwar unabhängig davon, ob eine Person falsche Dinge behauptet, scheinbar vom Thema abweicht, vermeintlich irrelevante Dinge sagt oder überhaupt nicht mehr interagiert. Kommunikation bedeutet hier nicht, dass der desorientierten Person einfach zugestimmt werden soll. Dies würde bedeuten, weiter auf die unrichtigen Fakten ausgerichtet zu sein. Bei Validation wird weder zugestimmt noch widersprochen. Stattdessen wird sich auf das Gefühl konzentriert, das die Äußerungen und das Verhalten der desorientierten Personen enthalten, und die Menschen werden in ihrer Welt begleitet.

Kapitel 5.1 beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Techniken und ihrer Anwendung. In Kapitel 5.1.1 werde ich auf die vorbereitenden Schritte eingehen, wie biographische Informationen und das Einschätzen des Grades der Desorientiertheit, die zur Anwendung von Validation nötig sind. Im Anschluss werde ich in Kapitel 5.1.2 sehr knapp die 14 Validationstechniken vorstellen, welche ich dann im Kapitel 5.1.3 zur Einzelvalidation ausführlich mit Praxisbeispielen erläutern werde. Die 14 Techniken finden auch in der Gruppenvalidation Anwendung, welche in Kapitel 5.1.4 erläutert werde. Die Rolle des Validationsanwenders und Voraussetzungen für diese Aufgabe sind Inhalt von Kapitel 5.2.

5.1 Techniken und praktische Umsetzung

Für die Anwendung von Validation formuliert FEIL bestimmte Vorgehensweisen und bestimmte Techniken. Nicht alle Techniken können in jedem Stadium angewendet werden. Welche Techniken in welchem Stadium eher förderlich oder eher schädlich sind, hängt dabei entscheidend von den kognitiven Fähigkeiten des desorientierten alten Menschen und dem Grad des Rückzugs ab.

5.1.1 Einschätzen des Grades der Desorientiertheit

Bevor Validation angewendet werden kann, sollte ein bestimmtes Grundwissen über die Person eingeholt werden. Kenntnisse über die Vergangenheit, die gegenwärtige Situation und die Zukunftsperspektiven sind nötig, um einen Erfolg der Validation feststellen zu können. Über das Einholen der Informationen kann man gleichzeitig den Grad der Desorientierung bestimmen. Die Informationen werden zusammengetragen aus mündlichen Berichten der Betroffenen, aus den Beobachtungen der körperlichen Charakteristika und aus gezielten Gesprächen mit den Angehörigen. FEIL gibt verschiedene Tipps zur Fragetechnik. Fragen nach dem „Hier und Jetzt“ sind beispielsweise: „Mögen Sie das Essen?“, „Wie kamen Sie hierher?“ oder „Fühlen Sie sich manchmal alleine?“. Dabei soll immer darauf geachtet werden, dass nicht nach Zeitspannen, beispielsweise „Wie lange leben Sie schon hier?“, gefragt

wird. Zeitangaben und Daten können auch Menschen im ersten Stadium vergessen haben. Sie werden durch solche Fragen verunsichert. Wird die Frage anders formuliert, können die Antworten helfen, das Stadium einer Person einzuschätzen (FEIL 2000: 62ff). Auf die Frage „Leben Sie schon lange hier“ wird eine orientierte Person mit der Dauer ihres Aufenthaltes antworten. Eine Person in Stadium I wird vielleicht sagen: „Viel zu lange, jede Minute ist zu viel.“ Eine zeitverwirrte Person in Stadium II könnte antworten: „Das ist mein Zuhause. Ich Sorge für meine Geschwister.“ Eine Person in Stadium III wird nicht auf die Frage eingehen. Sie wird vielleicht antworten: „Die Kinder müssen essen, wo haben sie es hingesteckt?“, und eine Person im Stadium des Vegetierens wird nicht antworten. Weiter nennt FEIL „Damals und Dort“-Fragen, die sich auf Bewältigungsmechanismen und unbewältigte Lebensaufgaben beziehen. Fragen nach Bewältigungsmechanismen können sein: „Wie schafften Sie es, als Ihr Mann krank wurde? Halfen Ihnen die Kinder?“ oder „Waren Sie das älteste Kind? Haben Sie auf Ihre Geschwister aufpassen müssen?“. Fragen nach unbewältigten Lebensaufgaben sind beispielsweise: „Waren Sie oft krank?“, „Haben Sie Geschwister?“ oder „Was macht Ihnen Spaß? Kochen Sie gerne? Gingen Sie gerne tanzen?“. Die Fragen sollen so gestellt sein, dass die Antwort leicht fällt. Allgemein gestellte Fragen wie: „Welches Lied möchten Sie singen?“ können beunruhigen. Fragen, die die Antwort beinhalten, wie „Möchten Sie das Lied ‚Der Mai ist gekommen‘ singen?“ vermitteln Sicherheit und helfen den desorientierten Menschen, ihre Würde zu bewahren (FEIL 2000: 64f).

Körperliche Charakteristika wie tiefe Lachfalten, Sorgenfalten auf der Stirn, ein eingezogener Hals oder ruckartige oder langsame Bewegungen deuten darauf hin, was eine Person für ein Leben geführt hat und was sie in der Gegenwart bedrückt und beschäftigt. Darüber hinaus lassen das äußere Erscheinungsbild, wie beispielsweise ordentlich gekämmte Haare, Deutungen darüber zu, ob eine Person sich um sich sorgt, häufig Besuch bekommt oder eher nicht (FEIL 2000: 66).

Eine besondere Wichtigkeit misst FEIL dem Gesicht und der Erforschung des bevorzugten Sinnesorgans zu. Sie bezieht sich dabei auf die Neurolinguistische Programmierung²⁹, die bestimmte körperliche Charakteristika beschreibt, welche auf

²⁹ Wesentliche Grundannahmen der Neurolinguistischen Programmierung: „Neuro“ steht für die Gesamtheit der inneren und äußeren Wahrnehmungsprozesse, die durch das Nervensystem gesteuert werden. „Linguistisch“ weist auf die sprachliche Abbildung von Wahrnehmungsprozessen hin, mit denen Menschen ihre persönlichen Modelle der Welt bilden. „Programmieren“ bezeichnet den Prozess der Organisation von Wahrnehmung und Bedeutung, es steht für die Herausbildung von Mustern, welche Persönlichkeit ausmachen.

Ziel der NLP ist es, diese genannten Prozesse zu verändern und zu erweitern. Das Erkennen und Aufnehmen neuer Wahlmöglichkeiten soll programmiert werden. Durch diese „Umprogrammierung“ des Menschen soll das menschliche Erleben einfacher, angenehmer und effektiver gestaltet werden (WIENKEN 1998).

das bevorzugte Sinnesorgan hinweisen. So bedeuten beispielsweise Augen, die nach oben gucken, dass die Person etwas sieht, Augen, die geradeaus schauen, dagegen, dass sie etwas hört, und Augen die nach unten schauen, dass etwas gefühlt wird. Ähnliche Kriterien gibt es für die Art des Atmens oder den Klang der Stimme (KRAFT 1998: 44ff). Eine weitere Möglichkeit, das bevorzugte Sinnesorgan zu ermitteln, ist das genaue Zuhören. Durch die Wortwahl drücken Menschen ihr bevorzugtes Sinnesorgan aus. So werden Menschen, die das Hören bevorzugen, Wörter gebrauchen, die mit dem Hören zu tun haben, wie „klingt“, „leise“, „laut“. Der Kenntnis des bevorzugten Sinnesorgans kommt bei der Anwendung der Validation große Bedeutung zu (vgl. Kapitel 5.1.2) (FEIL 2000: 66f).

Nach dem Einholen der Informationen kann mit Hilfe der körperlichen und psychischen Merkmale, die ich in Kapitel 4.6 dargestellt habe, das Stadium ermittelt werden. Die Bestimmung des Stadiums wiederum ist für die Auswahl der geeigneten Validationstechniken Voraussetzung.

5.1.2 Techniken der Validation

FEIL nennt 14, wie sie selbst sagt, einfache Techniken (FEIL 2001: 49ff). Das Verhältnis zwischen nonverbalen und verbalen Techniken ist dabei ausgeglichen. Ich werde die Techniken mit T1 bis T14 durchnummerieren, um die Beschreibungen in den folgenden Kapiteln 5.1.3: Einzelvalidation und 5.1.4: Gruppenvalidation zu verkürzen. Die erste Technik bezieht sich auf den Validationsanwender (VA) und findet bei allen vier Stadien der Desorientiertheit Anwendung. Alle anderen Techniken beziehen sich auf die Anwendung im Kontakt mit desorientierten sehr alten Menschen und werden selektiv verwendet.

Technik 1 (T1) zentrieren: Der VA soll sich durch Konzentration und Atemübungen frei von eigenem Ärger und Frustration machen, um sich ganz auf die Gefühle anderer Menschen einlassen zu können (vgl. Kapitel 5.2).

Technik 2 (T2) nichtwertende Wörter: Wörter wie „wer“, „was“, „wo“, „wann“ und „wie“ verwenden, wenn nach einem Sachverhalt gefragt wird. Niemals „warum“ fragen.

Technik 3 (T3) wiederholen: Den Sinn dessen, was der Klient gesagt hat, noch einmal wiederholen und dabei möglichst die Schlüsselwörter verwenden. Stimme und Sprachmelodie dabei aufgreifen.

Technik 4 (T4) Extreme einsetzen: Nach dem Extrem fragen, beispielsweise: „Wie schlimm war es?“ oder „Wie sehr tut es weh?“.

Technik 5 (T5) sich das Gegenteil vorstellen: Dem Klienten helfen, sich das Gegenteil vorzustellen, beispielsweise durch Fragen wie „Gibt es Zeiten, in denen das nicht vorkommt?“ oder „Ist der Mann auch manchmal nicht unter Ihrem Bett?“.

Technik 6 (T6) erinnern: Durch die Verwendung von Wörtern wie „immer“ oder „nie“ können Erinnerungen geweckt werden, in denen bereits bekannte Lösungen eines Problems enthalten sein können, beispielsweise: „War es schon immer so?“.

Technik 7 (T7) Augenkontakt: Durch engen ehrlichen Augenkontakt Anteilnahme vermitteln.

Technik 8 (T8) unbestimmte Fürwörter: Durch Wörter wie „er“, „sie“, „es“, „jemand“ und „etwas“ kann kommuniziert werden, auch wenn der Anwender den Inhalt dessen, was der Klient gesagt hat, nicht versteht. Beispielsweise durch Fragen wie „Wo tun sie weh?“ oder „War es lustig?“.

Technik 9 (T9) Klang der Stimme: Mit klarer, sanfter, liebevoller und tiefer Stimme sprechen.

Technik 10 (T10) spiegeln: Die Körperhaltung, die Art der Bewegungen, Atmung und Stimme des Klienten genau beobachten und nachahmen.

Technik 11 (T11) verbinden von Verhalten und menschlichen Grundbedürfnissen: Durch das Verhalten äußern Klienten Bedürfnisse. Beispielsweise guckt ein ehemaliger Bauer besorgt auf seine Uhr und sagt: „Ich muss nach Hause gehen!“. Ein VA würde daraufhin fragen: „Müssen Sie die Kühe melken?“ Der Zusammenhang zwischen Verhalten und Bedürfnis wurde hergestellt.

Technik 12 (T12) bevorzugtes Sinnesorgan: Das bevorzugte Sinnesorgan durch die in Kapitel 5.1.1 beschriebenen Beobachtungsmethoden und durch Gespräche ermitteln und dann gezielt darauf eingehen durch Wörter wie: „Bild“, „vorstellen“, „bemerken“ für visuelle Vorlieben; „klingt“, „klar“, „laut“ für auditive Vorlieben usw.

Technik 13 (T13) berühren: Intensiver Körperkontakt durch liebevolles Berühren vermittelt sozialen Kontakt, gibt Anregung und löst Erinnerungen aus.

Technik 14 (T14) Musik: Auch Musik löst Erinnerungen aus. Altbekannte Lieder können viele Menschen auch bei fortgeschrittener Desorientierung noch singen. Kommunikation über gemeinsames Singen.

5.1.3 Einzelvalidation

Validation bei Menschen, die mangelhaft unglücklich orientiert sind (Stadium I)

Menschen in Stadium I finden sich, wie oben beschrieben (vgl. Kapitel 4.6), im Alltag noch relativ gut zurecht. Ihr Handeln wird jedoch davon beeinflusst, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten und die schmerzenden Gefühle, die sie durch Verluste erfahren, auszudrücken, ohne sie spüren zu müssen. „Sie ziehen sich vor intimen, vertraulichen Beziehungen zurück und fühlen sich durch Gefühle bedroht“ (FEIL 2000: 70). Bei der Auswahl der Validationstechniken muss das Bedürfnis nach Privatsphäre, nach körperlicher Distanz und danach, nicht mit den eigenen Gefühlen konfrontiert zu werden, stets berücksichtigt und respektiert werden. Daher finden in Stadium I nur verbale Techniken Anwendung. Nonverbale Techniken wie

intensiver Augenkontakt (T7) oder Berühren (T13) können nur sehr eingeschränkt angewendet werden. Die Techniken sollen den mangelhaft unglücklich orientierten Menschen helfen, ihre Wut und ihren Zorn, ihre Ängste und ihre Trauer auszudrücken. Dabei kann es niemals darum gehen, dass die Betroffenen Einsicht in ihr Verhalten gewinnen. Es ist nicht Ziel, eine Person zu analysieren und systematisch ihre Vergangenheit zu erforschen, um herauszufinden, warum sich jemand ausgerechnet so und nicht anders verhält. Es geht darum, durch das Herauslassen der seelischen Schmerzen innere Ruhe und Entspannung zu ermöglichen und Erleichterung zu verschaffen (FEIL 2001: 78ff).

Das Verhalten besonders von Menschen in Stadium I ist für die sie umgebenden Menschen oft sehr verletzend. Für Angehörige sind Anschuldigungen und Beleidigungen (vgl. Kapitel 1.5) besonders schwer auszuhalten. Die Empfindungen, die durch das Verhalten der alten Menschen ausgelöst werden, stehen dabei einem wertfreien und akzeptierenden Verstehen im Weg. Daher kommt in Stadium I der Technik des Zentrierens (T1) eine besonders große Bedeutung zu (vgl. Kapitel 5.1 und 5.2). Erst wenn der Validationsanwender (VA) seine eigenen Gefühle erkennt und beiseite legt, kann er wirklich einführend verstehen (FEIL 2001: 138f). Menschen in Stadium I sind sehr misstrauisch. Sie spüren, wenn eine Nachfrage nicht aufrichtig ist und wenn eine Aussage nicht ernst genommen wird. Durch Zentrieren stellt sich der VA seinen Gefühlen. Indem er sich an Situationen erinnert, in denen er ähnliche Gefühle gespürt hat, kann er sich besser einfühlen und Gefühle der Belustigung oder des Unverständnisses beiseite legen und echtes Mitgefühl entwickeln (FEIL 2001: 159).

Am folgenden Beispiel möchte ich die verschiedenen Techniken, die in diesem Stadium Anwendung finden, erläutern.

Herr Frank (Herr F.), 96 Jahre, beschuldigt nach einer Prostataoperation den Chirurg, ihn kastriert zu haben. Seine wiederholten Wutanfälle gegenüber männlichen Autoritäten weisen auf das Bedürfnis hin, verdrängten Ärger herauszulassen. Es ist bekannt, dass er einen sehr strengen Vater hatte, der ihm nichts zutraute und ihn für einen Versager hielt. Seine unbewältigte Lebensaufgabe ist Rebellion. Die Validationsanwenderin (VA) ist eine Nachtschwester.

Herr F.: „Dieser verdammte Scheinheilige, der Herr Doktor.“ (Spuckt angeekelt auf den Boden.)

VA: „Wer ist der Herr Doktor?“ (T2)

Die VA fragt nicht wertend nach dem Sachverhalt (T2). Würde sie nach der Wut fragen, die in der Aussage steckt, würde sie Herrn Frank zwingen, sich seine Gefühle

einzugestehen. Er würde sich zurückziehen und vielleicht antworten: „Was hat das mit Wut zu tun? Ich bin doch nicht wütend auf einen Doktor.“ Die VA hätte den Kontakt zu ihm verloren. Indem sie nicht wertende Wörter benutzt, hilft sie Herrn Frank, seine Gefühle in verschlüsselter Form ausdrücken zu können. Im folgenden Dialogteil drückt Herr Frank den Schmerz der jahrelangen Erniedrigung durch seinen Vater aus, der ihn nicht achtete und ihn wie „Kacke“ behandelte.

Herr F.: „Dieser Dreckskerl hasst mich. Er legt Kacke in mein Zimmer, damit ich hin falle. Schüttet überall Abfall hin. Reißt dann alle Seiten aus meinem Kalender, so dass ich nicht mehr weiß, welcher Feiertag gerade kommt.“

VA: „Er treibt Sie zum Wahnsinn?“ (T12)

Durch aufmerksames Zuhören und Beobachten hat die VA in den Aussagen von Herrn Frank Worte wie „hinfallen“ und „schütten“, die Bewegung ausdrücken, bemerkt. Durch das Wort „treibt“ spricht sie nun den wahrscheinlich bevorzugten kinästhetischen³⁰ Sinn an (T12). Sie benutzt, wie Herr Frank, Worte, die Bewegung ausdrücken, und spricht damit seine Sprache. Es ist leichter, Vertrauen herzustellen, wenn der bevorzugte Sinn angesprochen wird.

Herr F.: „Er tut es absichtlich.“

VA: „Sie meinen, er möchte Sie ärgern?“ (T3)

Die VA wiederholt mit eigenen Worten, was Herr Frank gesagt hat. Sie achtet dabei darauf, denselben Tonfall und dieselbe Sprechgeschwindigkeit wie Herr Frank zu treffen (T3). Durch das Wiederholen der Aussage spendet sie Herrn Frank Trost und vermittelt Verständnis für sein Problem.

Herr F.: „Ja.“

VA: „Macht er das jeden Tag?“ (T4)

Indem die VA nach dem Extrem fragt (T4), ermöglicht sie Herrn Frank, an das Schlimmstmögliche zu denken und es auszusprechen. Die Gefühle werden dadurch intensiver ausgedrückt. Herr Frank kann so Erleichterung empfinden.

³⁰ kinästhetisch: Auf die Muskelbewegung bezogen, bewegungsempfindlich (MÜLLER, W. et al. 1982: 394).

Herr F.: „Nicht nur am Tag, auch in der Nacht. In der Nacht ist es am schlimmsten. Er lässt mich nicht schlafen. Er hat mich mit jemandem ins Zimmer gesteckt, der schnarcht und die ganze Nacht die Wasserspülung benutzt.“

VA: (T1: nicht lachen) „Können Sie auch manchmal die ganze Nacht durchschlafen?“ (T5)

Die VA muss sich als erstes zentrieren (T1), um nicht über Herrn Frank zu lachen. Erst wenn sie wieder bereit ist, sich ehrlich mitfühlend auf Herrn Frank einzulassen, kann sie weiter validierend arbeiten. Dann fragt sie nach einer Situation, in der Herr Frank das Schlafproblem nicht hatte. Sie hilft ihm so, sich das Gegenteil vorzustellen (T5). Herr Frank erinnert sich an eine Situation, in der er das Problem nicht hatte.

Herr F.: „Wenn Sie Nachtdienst haben. Aber das ist nur einmal im Monat.“

VA: „War das schon immer so?“ (T6)

Mit der Frage „War das schon immer so?“ weckt die VA Erinnerungen an Situationen, in denen Herr Frank das Problem nicht hatte. Er erinnert sich an Zeiten, in denen es ihm gut ging, und entdeckt dabei eine ihm bereits bekannte Methode zur Lösung seines Problems (T6). Herr Frank ist nicht mehr in der Lage, sich eine neue Problemlösung anzueignen. Durch Erinnern können aber altbekannte Problemlösungsstrategien wieder entdeckt werden. T5 und T6 werden zusammen eingesetzt.

Herr F.: „Als ich bei meiner Nichte lebte, konnte ich schlafen. Sie erinnern mich an sie. Sie las mir immer ein paar Minuten aus der Bibel vor. Dann konnte ich schlafen.“

VA: „Haben Sie eine Bibel?“

Der VA ist es gelungen, eine vertrauensvolle Beziehung zu Herrn Frank herzustellen. Sie hat ihn nicht mit der Realität konfrontiert, sondern ist auf sein Gefühl der Wut und auf sein Bedürfnis, diese auszudrücken, eingegangen. So konnte sie ihm helfen, eine Lösung für sein Schlafproblem zu finden.

Das Beispiel umfasst alle Techniken, die für die Anwendung von Validation im Stadium der mangelhaften unglücklichen Orientierung in Frage kommen. In der Realität finden die Techniken nicht in dieser dichten Folge Anwendung, und die Dialoge sind wesentlich umfangreicher. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung braucht besonders im ersten Stadium Zeit. (Das Beispiel ist aus FEIL 2000: 71ff entnommen. Die Erläuterungen beziehen sich auf FEIL 2001: 49ff.)

Validation ist bei Menschen in diesem Stadium sehr erfolgreich. Sie schafft Erleichterung, und die alten Menschen fühlen sich weniger ängstlich. Sie haben das Gefühl, anerkannt zu werden. Nach sechs Wochen kontinuierlicher Validation vermindern sich Beschuldigungen, Jammern und Klagen deutlich. Manchmal verschwindet dieses Verhalten ganz, die Körperanspannung lässt nach. Ein Abgleiten in das Stadium der Zeitverwirrtheit kann verhindert werden (FEIL 2001: 78f).

Validation sollte in diesem Stadium mindestens dreimal wöchentlich für maximal 15 Minuten angewendet werden. Die Dauer der Anwendung ist dabei stark von der Konzentrationsfähigkeit des VA und seiner Fähigkeit zum Verbalisieren abhängig (FEIL 2000: 68). Vereinbarungen sollten vom VA stets genau eingehalten werden, denn mangelhaft unglücklich orientierte Menschen fühlen sich „leicht zurückgewiesen und im Stich gelassen [...]“. Sie brauchen das Gefühl, erwünscht zu sein“ (FEIL 2001: 81). Sobald sich sichtbare Erfolge zeigen, beispielsweise verminderte Angst und entspannte Körperhaltung, kann das validierende Gespräch beendet werden. FEIL betont, dass nicht die Dauer des Kontaktes von Bedeutung ist, sondern die Intensität (FEIL 2000: 67f).

Validation bei Menschen, die zeitverwirrt sind (Stadium II)

Die Validation bei zeitverwirrten Menschen unterscheidet sich von der bei mangelhaft unglücklich orientierten Menschen vor allem dadurch, dass sowohl verbale als auch nonverbale Techniken eingesetzt werden können. Dies ist möglich, da sich zeitverwirrte Menschen häufig innerhalb kurzer Zeit von einem Stadium zum anderen bewegen. Sie können von kurzzeitiger „Orientiertheit in den Zustand der Zeitverwirrtheit gleiten und gleich darauf in den der sich wiederholenden Bewegungen“ (FEIL 2001: 89f). Meistens bewegen sie sich jedoch im Stadium der Zeitverwirrtheit. Zeitverwirrte Menschen vermischen Gegenwart und Vergangenheit. Sie bauen die Gegenwart in ihre Welt der Vergangenheit mit ein und zeigen ihre Gefühle und Bedürfnisse offen (vgl. Kapitel 4.6). Die Anwendung der Techniken zielt besonders auf den Ausdruck der Gefühle ab. Wichtig ist hier, sensibel und mit Gefühl auf die Emotionen der zeitverwirrten Person zu reagieren. Das Gefühl hinter den Worten und dem Handeln wird direkt angesprochen (FEIL 2000: 74).

Beispiel:

Zeitverwirrte Person: „Es ist Zeit, dass ich gehe. Mutter wird den Tee fertig haben und sich fragen, wo ich bleibe.“

Falsche Antwort:

VA: „Ist es wirklich schon so spät? Ihre Mutter wird sich Sorgen machen!“

Richtige Antwort:

VA: „Sie sind beunruhigt, weil Ihre Mutter sich vielleicht Sorgen macht.“

(MORTON 2002: 82)

Bei der falschen Antwort stimmt der VA dem Inhalt zu. Er ist auf die falschen Fakten ausgerichtet und nimmt die Person nicht ernst. Die richtige Antwort dagegen beschreibt das Gefühl, das hinter dem Bedürfnis, zur Mutter gehen zu wollen, steckt. Diese Art der Kommunikation ist, wie oben beschrieben, bei Menschen in Stadium der mangelhaft unglücklichen Orientierung nicht möglich.

Naomi FEIL beschreibt diese Form der empathischen Kommunikation nicht als spezielle Technik. Diese Methode kann eher als Grundhaltung verstanden werden, der die Techniken dienen (FEIL 2000: 74).

Die nonverbalen Techniken Berühren (T13), intensiver, ehrlicher Augenkontakt (T7) und klare, liebevolle Stimme (T9) schaffen bei Menschen in diesem Stadium Vertrauen, ein Gefühl der Geborgenheit und wecken Erinnerungen. Einige Leute fangen an zu erzählen, wenn sie berührt und durch den Klang einer fürsorgenden Stimme gehalten werden. Die Techniken wie nicht wertende Worte (T2), Wiederholen (T3) und das Fragen nach dem Extrem (T4) sind, wie bei Menschen im Stadium I, das Handwerkszeug für die verbale Kommunikation mit Menschen im Stadium II (FEIL 2001: 90f). Dagegen lassen sich die Techniken des Erinnerns (T6) und das Vorstellen das Gegenteils (T5), die verwendet werden, um sich an bekannte Problemlösungsstrategien zu erinnern, in diesem Stadium nicht anwenden. Zeitverwirrte Menschen haben nicht mehr die kognitiven Fähigkeiten, sich an altbekannte Lösungen zu erinnern und diese für die gegenwärtige Situation zu nutzen. Außerdem spielt sich ihr Erleben in der Vergangenheit ab. Der VA muss in die Welt der zeitverwirrten Menschen eintreten und mit ihnen gehen. Besonders hilfreich sind dabei die Techniken Spiegeln (T10) und unbestimmte Fürwörter (T8). Indem der VA seine Körperhaltung, sein Schrittempo, seine Atmung, seinen Gesichtsausdruck, seine Stimme genau dem sehr alten zeitverwirrten Menschen anpasst (T10), kann er viel dazu beitragen, Vertrauen herzustellen. Es entsteht eine enge Beziehung, die ohne Worte auskommt (FEIL 2001: 58).

Menschen in diesem Stadium verwenden oft eigene Wortschöpfungen, die für andere keinen Sinn ergeben. Durch die Verwendung unbestimmter Fürwörter wie „er“, „sie“, „es“, „jemand“ oder „etwas“ (T8) kann man mit ihnen reden, ohne sie genau verstehen zu müssen. Die Kommunikation bricht nicht ab, sondern bietet den Menschen Gelegenheit, weiter über das zu sprechen, was sie mit den für andere unverständlichen Wörtern ausdrücken wollten. Die unbestimmten Worte ersetzen im Gespräch die Wörter, die der VA nicht versteht. So kann beispielsweise auf den Ausruf „Die Katagänge tun mir so weh!“ gefragt werden: „Wo tun sie weh?“, und auf die Mitteilung: „Ich drohle mit den Wummsern“ könnte gefragt werden: „War es lustig?“. Das Gespräch läuft weiter. Die zeitverwirrten Menschen können sich mitteilen und müssen sich nicht weiter in sich zurückziehen.

Auch die Techniken Verbinden (T11), Ermitteln und ansprechen des bevorzugtes Sinnesorgans (T12) und der Einsatz von Musik (T14) können in der Arbeit mit zeitverwirrten Menschen angewendet werden. Diese Techniken werde ich im Zusammenhang mit dem Stadium der sich wiederholenden Bewegungen genauer erläutern. Die Technik des Zentrierens (T1) ist natürlich, wie in allen vier Stadien der Desorientierung, Grundvoraussetzung (FEIL 2001: 90ff).

Validation wird in Stadium II zwischen 5 und 10 Minuten mindestens dreimal wöchentlich angewendet (FEIL 2000: 77). In diesem Stadium geht es um einen Augenblick der Intimität und ein ehrliches Begleiten bei der Reise in die Vergangenheit. Durch validierenden Kontakt kann sich der Zustand einer Person in diesem Stadium deutlich verbessern. Menschen, die vorher wenig oder unverständlich gesprochen haben, können sich wieder verständlich mitteilen, ihr Gang verbessert sich und sie haben häufiger orientierte Momente. Ein Abgleiten in das Stadium der sich wiederholenden Bewegungen kann verhindert werden.

Beispiel:

Frau M. läuft aufgeregt durch die Station eines Pflegeheims und sucht den Ausgang. Sie weint laut: „Betti, komm nach Haus, Liebes!“ und spricht: „Vor einer Minute war Betti noch da, hoffentlich ist ihr nichts passiert. Betti, so komm doch nach Haus!“ Diese Szene spielt sich jeden Tag ab vier Uhr nachmittag ab. Versuche, Frau M. ruhig zu stellen, sie festzuhalten oder sie mit der Realität zu konfrontieren, führen bei ihr zu Aggression und lautem Schreien. Die anderen Mitbewohner meiden sie, sie wird zunehmend isoliert. Über die Tochter, die von ihrer Mutter nicht mehr erkannt wird, erfährt der VA, dass die vier Kinder von Frau M. immer um vier Uhr aus der Schule nach Hause kamen. Alle bemühten sich um Pünktlichkeit, nur die jüngste Tochter Betti kam immer zu spät und bereitete Frau M. stets Sorgen. Der VA beginnt mit seiner validierenden Arbeit, indem er im gleichen aufgeregten Tempo neben Frau M. herläuft, dabei atmet er im gleichen Rhythmus und fragt im gleichen Tonfall (T10): „Machen Sie sich Sorgen um Betti? Was, glauben Sie, wird ihr zustoßen?“ Frau M. antwortet: „Oh, mein Lieber, sie ist ganz allein da draußen und es kommt ein fürchterlicher Sturm.“ Der VA bewegt sich wie Frau M., berührt sie sanft (T13) und spiegelt ihre Gefühle: „Wohin, glauben Sie, ist sie gelaufen? Wie weit ist sie weg?“ (T2) Frau M: „Drei Straßen weit, ohne Pullover und es ist kalt.“ VA: „Glauben Sie, sie ist im Schnee hingefallen?“ (T4) Frau M antwortet vermeintlich zusammenhanglos: „Natürlich hatte sie Stiefel an!“ Irritiert von der dummen Frage des VA bleibt sie stehen und sagt empört: „Für was für eine Mutter halten Sie mich denn?“ Frau M unterbricht, packt dann den Arm des VA und sagt: „Es war ein kleiner Junge. Ich habe ihn neun Monate getragen. Es ging ihm die ganze Zeit gut und er konnte geboren werden. Sie sagten mir, ich müsste auf den Doktor warten, aber der Doktor kam nicht. Sie hielten mir die Beine zusammen. Mein erster Sohn.

Als er kam, war er halb tot. Er lebte nur 12 Stunden. Es tat so weh, aber ich konnte nicht weinen. Mein Baby starb nach neun Monaten.“ Frau M. nimmt ihre Hand, wiegt sie hin und her wie ein Baby und küsst sie sanft. Sie spricht: „Mein Baby, da ist es ja. Schau nur, ist er nicht schön! Und er hat viel mehr Haare als die Mädchen.“ Der VA streichelt Frau M. sanft (T13) und sagt: „Sie lieben Ihr Baby. Sie kümmern sich so sehr um Ihre Kinder. Sie möchten gerne, dass Betti in Sicherheit ist, dass ihr nicht so etwas wie Ihrem Baby passiert (T3). Ist das der Grund, dass Sie sich solche Sorgen machen, wenn es spät wird und sie noch nicht zu Hause ist?“ Frau M. hört auf, ihre Hand zu streicheln, und schaut dem VA in die Augen. Sie antwortet: „Ja. Ich habe Angst, dass Betti auch etwas passiert wie meinem Neugeborenen.“ Sie fängt erst langsam, dann immer mehr an zu weinen. Die Tochter kommt, nimmt sie in den Arm (T13) und tröstet sie. Frau M. beruhigt sich und lächelt ihre Tochter unter Tränen an und sagt: „Du bist eine wunderbare Tochter.“ Sie dreht sich zum VA: „Das ist meine Tochter.“ Frau M. hat innerhalb von ein paar Minuten Jahrzehnte ihrer Vergangenheit durchreist. Sie hat den Schmerz herauslassen können und konnte anschließend in die Gegenwart zurückkehren und ihre erwachsene Tochter erkennen. Frau M. kehrt immer noch, aber nicht mehr so oft, zurück, um Betti zu suchen. Sie ist insgesamt ruhiger geworden und hat nicht mehr so viel Angst (FEIL 2001: 184f).

Validation bei Menschen im Stadium der sich wiederholenden Bewegungen (Stadium III)

Menschen im Stadium der sich wiederholenden Bewegungen haben die Fähigkeit, logisch zu denken und zu sprechen, verloren. Sie sind sich ihrer selbst nicht mehr bewusst, sie wissen nicht mehr, wer sie sind und wo sie sind. Sie sind eingekapselt in ihrem eigenen Raum (vgl. Kapitel 4.6). Um sie zu erreichen, muss der VA in ihre Welt eintreten. Verbale Techniken (T2 bis T6) sind aufgrund des fehlenden kognitiven und sprachlichen Vermögens nur sehr eingeschränkt anwendbar. Die Kommunikation in Stadium III läuft überwiegend über nonverbale Techniken.

Die größte Bedeutung kommt dabei dem Berühren (T13) zu. Durch bestimmte Berührungstechniken kann zu Menschen in diesem Stadium sofort eine innige Beziehung aufgebaut werden. FEIL formuliert verschiedene Berührungsarten, die angenehme Erinnerungen an die frühe Kindheit hervorrufen und Vertrauen vermitteln. Dabei handelt es sich überwiegend um Berührungen des Kopfes, beispielsweise sanftes streicheln der Wangen oder Kreisen mit den Fingerspitzen am Hinterkopf (FEIL 2001: 61).

Beispiel:

Herr Heinz H. sitzt zusammengesunken in seinem Rollstuhl, die Augen geschlossen, und schlägt mit der rechten Faust immer und immer wieder auf seine linke Hand, bis diese ganz blau ist. Der VA berührt behutsam den Hinterkopf des Mannes und lässt

die Fingerspitzen kreisen. Gleichzeitig beugt er sich zu ihm herunter, um ihm in die Augen zu schauen. Der Mann klappert mit den Liedern und öffnet dann ganz langsam seine Augen und hört für den Moment auf, seine Hand zu schlagen, und er fängt leise an zu weinen. Und spricht zum ersten Mal seit Monaten. „Papa, ich hab ihn gerade hineingebracht. Schau mal, Papa, er ist nur ein bisschen verbogen. Papa!“ Der VA beugt sich ganz nah zu Herrn H. und spricht liebevoll, anerkennend: „Heinz, du hast das wunderbar hingekriegt! Es ist genau richtig!“ (FEIL 2001: 96)

Durch Berührung (T13) und intensiven Augenkontakt (T7) konnte der VA Herrn H. erreichen und einen Kontakt herstellen. Herr H. sieht in dem VA seinen Vater. Der VA hat die Welt von Herrn H. betreten und kann ein Stück mit ihm gemeinsam gehen. Der VA weiß nicht, was Herr H. mit „Ich hab ihn gerade hineingebracht“ meint. Er geht mit liebevoller Stimme (T9) auf das Bedürfnis des alten Mannes ein, von seinem Vater gelobt zu werden, und verwendet dabei das unbestimmte Fürwort „es“ (T8) (FEIL 2001: 96).

„Wenn die Wörter verschwinden, kehren gut bekannte, früh gelernte Melodien wieder zurück“ (FEIL 2001: 62). Menschen, die nicht mehr sprechen können, können oft noch alte Volks- und Kinderlieder singen. Über gemeinsames Musizieren (T14) kann beispielsweise eine Tochter, deren Vater sie nicht mehr erkennt, kommunizieren, indem sie ein altes Seemannslied anstimmt, in das der Vater als früherer Matrose sogleich mit einstimmt. Einige Menschen sprechen sogar wieder ein paar Worte, nachdem sie gesungen haben (FEIL 20012: 62).

Die Verhaltensweisen wie Schlagen, Auf-und-ab-Gehen, Reiben oder Klopfen sind, wie schon vielfach dargestellt, Ausdruck von Gefühlen. Ein VA ordnet dieses Verhalten bestimmten Grundbedürfnissen zu. Dabei ist ein Wissen über die persönlichen Symbole eines Menschen sehr hilfreich (vgl. Kapitel 4.7). Er verbindet das Verhalten mit dem menschlichen Grundbedürfnis, das nicht erfüllt wird (T11) (FEIL 2001: 59).

Beispiel:

Liebevoll streichelt und faltet eine Frau eine Papierserviette. Nimmt man ihr die Serviette weg, fängt sie laut an, um Hilfe zu schreien. Ein VA setzt sich zu ihr und faltet mit ihr zusammen in ihrem Tempo und mit ihren Bewegungen eine Serviette (T10). Er fragt: „Fühlen Sie sich dadurch sicher und warm?“ Die alte Frau lächelt und stöhnt: „Mama, Mama, Mama. Ich liebe dich.“ Die Serviette ist für diese Frau das Symbol für ihre liebevolle Mutter. Der VA verbindet das Falten der Serviette mit dem Bedürfnis nach Liebe (T11) (FEIL 2001: 59).

Für den Einsatz von Körperkontakt betont FEIL, dass jedes noch so kleine Zeichen des Widerstandes auch als solches ausgelegt werden muss. Der persönliche Raum eines Menschen muss in jedem Fall respektiert werden (FEIL 2001: 61).

Validation in diesem Stadium kann zwischen 30 Sekunden und fünf Minuten dauern. Ein validierender Kontakt kann mehrmals am Tag stattfinden und jeweils beendet werden, wenn Verhalten wie Klopfen, Weinen oder Schreien aufhören oder nachlassen. Das Verhalten sollte aber nicht nur einfach aufhören, sondern in eine „Tätigkeit gelenkt [werden], z.B. in Musik, Bewegung oder eine andere Aktivität, bei der auf das Bedürfnis der Person Rücksicht genommen wird“ (FEIL 2001: 102).

Validation bei Menschen im Stadium des Vegetierens (Stadium IV)

Ein validierender Kontakt mit Menschen in Stadium VI ist sehr viel schwieriger und weniger erfolgreich als in den anderen Stadien. Da Menschen im Stadium des Vegetierens keine Zeichen über ihr Innenleben geben, ist ein Wissen über die soziale Geschichte dieser Menschen besonders wichtig. Die Menschen selbst geben einem keinerlei Informationen darüber. Es weiß niemand, was in ihnen vorgeht. Die Validation vertraut aber darauf, dass in ihnen etwas vorgeht. Ziel der Validation in diesem Stadium ist es, wenigstens eine kleine Bewegung, ein Lächeln oder auch Weinen anzuregen. Gelegentlich kommt es vor, dass Menschen in diesem Stadium ein paar Worte singen. Die wichtigsten Techniken sind hier das Berühren (T13) und der Einsatz von Musik (T14). Es sollte darüber hinaus mit den Menschen liebevoll gesprochen werden (T9) und, wenn möglich, intensiver Augenkontakt hergestellt werden (T7).

Beispiel:

Herr S. liegt unbeweglich mit geschlossenen Augen auf dem Bett. Der VA reibt sanft seine Wadenmuskeln. Er weiß, dass Herr S. auf einem Bauernhof gearbeitet hat, und singt „Im Märzen der Bauer“. Herr S. blinzelt mit den Augen. Nach einer Minute geht der VA. Nach drei Stunden kommt der VA und wiederholt das Massieren und Singen. Herr S. öffnet die Augen. Der VA beugt sich dicht zu ihm, singt weiter und hält Blickkontakt. Herr S. schließt die Augen erst, als der VA den Raum verlässt (FEIL 2000: 80).

Validation sollte in diesem Stadium sechsmal am Tag stattfinden und nicht viel länger als ein bis zwei Minuten dauern.

	STADIUM I mangelhafte oder unglückliche Orientiertheit (orientiert, aber unglücklich)	STADIUM II Zeitverwirrtheit	STADIUM III Sich wiederholende Bewegungen	STADIUM IV Vegetieren, Vor-sich-Hindämmern (Lebende Tote)
Grundlegende Hinweise für Betreuer/Innen	Verwenden Sie sachliche Fragen: wer, was, wo und wann. Setzen Sie Berührungen so wenig wie möglich ein. Zeigen Sie Respekt.	Sprechen Sie das bevorzugte Sinnesorgan an (Sehen, Hören, Fühlen). Verwenden Sie unbestimmte Föhrwörter.	Verwenden Sie Beröhrung und Augenkontakt: Spiegeln Sie die Emotionen und Bewegungen. Gehen Sie mit den Bewegungen der Person mit.	Verwenden Sie emotionelle und sinnliche Anregungen (Musik).
Orientiertheit	Weiß Uhrzeit, Datum. Hat einen Begriff von der jetzigen Realität, von heute. Erkennt mit Schrecken seine unglückliche Orientiertheit.	Kann mit der Uhrzeit nichts mehr anfangen. Vergißt Fakten, Namen und Orte. Schwierigkeiten mit Begriffen nehmen zu.	Schließt die meisten Anregungen der Außenwelt aus. Hat persönliches Zeitgefühl.	Erkennt weder Familie, Besucher, alte Freunde noch Pflegepersonal. Kein Zeitgefühl.
Körpermuster, Muskelzustand	Gespannte, feste Muskeln, meistens kontinent, Blasenmuskel funktioniert meistens. Schnelle, direkte Bewegungen. Zielgerichtetes Gehen.	Sitzt aufrecht, aber entspannt. Weiß oft, dass die Blasenkontrolle nicht mehr richtig funktioniert. Langsame, sanfte Bewegungen. Tänzerischer Gang.	Off-vornüberbeugt. Nimmt nicht wahr, dass Blasenkontrolle nicht mehr funktioniert. Rastlos. Wiederholt Klänge und Bewegungen der frühen Kindheit, Arbeit. Häufig Fingerbewegungen.	Embryonale Position. Wenig Bewegung. Strengt sich nicht mehr an, kontinent zu sein.
Ton, Stimme	Schroff, anklagend und oft weinerlich, kann singen.	Tief, leise, selten schroff. Singt und lacht.	Langsam, gleichmäßig, melodisch.	Spricht nicht. Beim Validieren kann es vorkommen, dass er/sie singt oder ein/zwei Worte spricht.
Augen	Klar und hell, konzentriert, auf etwas gerichtet. Augenkontakt möglich.	Klar, nicht gerichtet, sieht nach unten. Augenkontakt löst Erkennen aus.	Augen meist geschlossen, nach unten gerichtet.	Augen geschlossen. Ausdrucksloses Gesicht.
Emotionen	Leugnet oft Geföhle.	Ersetzt Empfindungen und Geföhle der Jetzt-Zeit durch solche aus der Vergangenheit.	Zeigt Geföhle offen.	Schwer einzuschätzen.
Verrichtungen des täglichen Lebens	Kann Grundpflege selber tun. Braucht jemanden, der ihn/sie daran erinnert.	Verlegt oft persönliche Gegenstände. Braucht Hilfen.	Auf Hilfe angewiesen.	Auf Hilfe angewiesen.
Kommunikation	Klar, korrekte Wortwahl. Positive Reaktion auf erkannte Rollen/Personen. Negative Reaktion auf die, die weniger orientiert sind.	Verwendet eigene Wortkombinationen, hat Probleme mit Wortfindung. (Reagiert auf fürsorgliche Stimme und Beröhrung.)	Einige wenige allgemein benutzte Wöörter. Kommuniziert hauptsächlich nonverbal. Ersetzt Sprache durch Bewegung.	Kommuniziert nicht mehr.
Gedächtnis, Denkvermögen, Sozialverhalten	Kann lesen und schreiben, außer wenn blind. Hält sich an Regeln und Übereinkünfte. Will keine neuen Spiele spielen.	Kann oft lesen, aber nicht mehr leserlich schreiben. Schafft sich eigene Regeln.	Sieht keinen Anlass/hat keine Motivation zu lesen oder zu schreiben. Fröhkündliche Erinnerungen und universelle Symbole.	Schwer einzuschätzen.
Humor	Reste von Humor.	Geföhl von Humor ist sehr persönlich.	Lacht leicht, oft ohne äußeren Anlass.	Schwer einzuschätzen.

(FEIL 2001: 50f)

5.1.4 Gruppenvalidation

Die Gruppenvalidation kann als Wiege der Validation betrachtet werden, da Naomi FEIL ihre Karriere in Gruppenarbeit mit alten Menschen begann. Validationsgruppen sind neben der individuellen Validation der zweite große Bereich validierender Arbeit. FEIL erklärt, dass eine Gruppenvalidation sehr oft wirkungsvoller ist als Einzelvalidation (FEIL 2001: 219). Die Gruppe verhindert, dass sich Menschen in sich zurückziehen. Sie regt verbale Kommunikation und Interaktion an und gibt den Teilnehmern die Möglichkeit, bekannte soziale, familiäre oder berufliche Rollen wiederherzustellen.

Um eine Validationsgruppe aufzubauen, werden die Gruppenteilnehmer nach sorgfältiger Beobachtung und Einschätzung (vgl. Kapitel 5.1.1) ausgewählt. Für eine Validationsgruppe sind nur Menschen in Stadium II oder III geeignet. Menschen in Stadium I fühlen sich nicht wohl und profitieren nicht von einer Validationsgruppe. Sie können nicht mit den offen gelebten Gefühlen der anderen umgehen. Für mangelhaft unglücklich orientierte Menschen eignen sich andere Gruppenangebote, wie Beschäftigungsgruppen oder Erinnerungsgruppen, in denen die Gefühle nicht näher untersucht werden (FEIL 2001: 220).

Eine Validationsgruppe besteht aus höchstens zehn Personen. Bei der Auswahl der Mitglieder muss darauf geachtet werden, dass genügend Personen dabei sind, die gerne sprechen, und es sollten nicht mehr als zwei Menschen aus dem Stadium der sich wiederholenden Bewegungen teilnehmen (FEIL 2000: 88). Innerhalb einer Gruppe werden den Mitgliedern feste Rollen zugeteilt, die sie für die gesamte Dauer ihrer Teilnahme ausüben. Durch die Rollenverteilung entsteht in den Sitzungen Struktur, und sie gibt den einzelnen Personen Sicherheit und Würde. Welche Rolle eine Person ausübt, wird vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Geschichte und nach ihren Bedürfnissen festgelegt. So kann es neben dem Begrüßer und dem Vorsänger auch einen Ruhe-Schreier geben, um das Bedürfnis eines Teilnehmers, immer laut auf den Tisch zu klopfen und Ruhe zu schreien, zu kanalisieren (FEIL 2001: 230f). Typische Rollen sind die des Begrüßers, des Vorsängers, des Gedichteslers und des Gefühlsleiters. Es können aber nach Bedarf neue Rollen dazu erfunden werden. Nach FEIL soll außerdem auf eine bestimmte Sitzordnung geachtet werden, die den Bedürfnissen der einzelnen Teilnehmer gerecht wird (FEIL 2000: 94). So soll beispielsweise eine Frau, die ihren Mann vermisst, neben einem Mann sitzen, der seine Frau vermisst. Alle Teilnehmer sitzen im Kreis. Der Raum soll eine vertraute und sichere Atmosphäre haben und vor Störungen während der Sitzungen schützen.

Eine Gruppensitzung sollte nie von nur einer Person durchgeführt werden. Ein Leiter sollte immer von einem Assistenten unterstützt werden. Der Assistent hilft bei allen

Aktivitäten mit und beobachtet Interaktionen zwischen den Bewohnern, die der Leiter in bestimmten Situationen nicht wahrnehmen konnte (FEIL 2001: 224).

Der Ablauf einer Gruppensitzung folgt einem immer gleichen Verlaufsschema, was nicht heißt, dass nicht flexibel auf die einzelnen Bedürfnisse oder Vorkommnisse von Personen reagiert werden kann. Durch die Ritualisierung entsteht eine verlässliche Struktur, die den Teilnehmern Sicherheit vermittelt.

Ein Gruppentreffen besteht aus vier verschiedenen Phasen. Die erste Phase beschreibt FEIL als Geburt der Gruppe (FEIL 2001: 236). Nachdem alle Mitglieder den atmosphärisch gemütlichen Gruppenraum betreten und ihren Platz im Stuhlkreis eingenommen haben, geht die Gruppenleiterin herum und begrüßt jeden Teilnehmer mit Namen und Handschlag und erinnert die Personen an ihre Rollen. Dann wird der Begrüßer gebeten, ein paar Worte zu sagen. Anschließend stimmt der Vorsänger nacheinander mehrere Lieder an. Die anderen Gruppenmitglieder stimmen mit ein. Im Anschluss wird der Gedichteleser gebeten, ein Gedicht oder Gebet vorzutragen. Auch in den Gruppensitzungen gelten die Regeln der individuellen Validation. Ein Gruppenleiter wird nie fragen: „Frau Schmidt, können Sie ein Lied vorsingen?“, da Frau Schmidt aufgrund ihrer Desorientierung kein Lied einfallen wird. Um sie nicht zu beschämen und ihre Würde zu wahren, wird er formulieren: „Frau Schmidt, singen Sie uns das Lied ‚Hoch auf dem gelben Wagen?‘“.

In der zweiten Phase der Sitzung stellt der Gruppenleiter ein Gesprächsthema vor, welches er vorher ausgewählt hat. Die Themen beziehen sich im Allgemeinen auf Gefühle und sprechen Bedürfnisse an. Mögliche Themen sind beispielsweise: „Vermissen Sie ihre Eltern?“ oder „Haben Sie Angst vor dem Alleinsein?“. In dieser Phase der verbalen Interaktion werden gemeinsam Probleme besprochen und gelöst. So können auch Fragen wie „Was machen Sie, wenn Sie ihren Partner vermissen?“ diskutiert werden. Der Gruppenleiter bittet den Gefühlsleiter, das Problem zu lösen. Der Gruppenleiter bindet dann mehr und mehr Personen in das Gespräch mit ein. Zum Schluss fasst der Gruppenleiter alles Gesagte zusammen und bedankt sich für die Hilfe beim Lösen des Problems.

Die dritte Phase ist die Phase der Bewegung. Hier kann getanzt werden, wobei Teilnehmer im Rollstuhl davon nicht ausgeschlossen werden. Rhythmisches Schwingen eines Bandes oder Bällewerfen eignen sich gut für diesen Teil. Danach können Aktivitäten wie Malen, Arbeiten mit Ton oder mit Blumen stattfinden.

Die vierte Phase schließt die Gruppensitzung mit einer Vorschau auf die nächste Sitzung. Der Gruppenleiter bittet den Vorsänger wieder um ein Lied. Anschließend reicht die Gastgeberin etwas zu trinken und Gebäck herum. Dann wird der Begrüßer gebeten, die Teilnehmer zu verabschieden und etwas zur nächsten Sitzung zu sagen. Der Vorsänger stimmt noch ein Lied an. Dann verabschiedet sich der Gruppenleiter von jedem Einzelnen und dankt ihm für sein Kommen. Anschließend werden die Teilnehmer wieder auf ihre Stationen gebracht (FEIL 2001: 236). Hier betont FEIL,

wie wichtig es ist, darauf zu achten, dass die Teilnehmer nach einer Gruppenvalidation nicht alleine in ihrem Zimmer sitzen, sondern in eine gesellige Stimmung übergeleitet werden, beispielsweise in ein Abendessen oder einen Gottesdienst. Andernfalls fühlen sich die Personen, nachdem sie aus einer familiären und geselligen Gruppe kommen, zurückgewiesen und im Stich gelassen, was sie auch deutlich durch auffälliges Verhalten zeigen (FEIL 2001: 239).

Validationsgruppen führen bei den Teilnehmern dazu, dass sie aufmerksamer und rededreudiger werden. Liedersingen und Bewegung fördern die Interaktionen unter den Teilnehmern und erhöhen die Energie der Einzelnen. Wird darauf geachtet, dass die Aktivitäten die desorientierten Teilnehmer nicht überfordern, schaffen diese Freude. Die Gruppe fördert die soziale Kontrolle der Einzelnen. Durch die Rollenzuweisung bekommen die Teilnehmer das Gefühl, nützlich zu sein und gebraucht zu werden. Das Selbstwertgefühl kann dadurch gestärkt werden. Es kann vorkommen, dass Menschen, die keine Energie mehr hatten zu stehen oder zu laufen, in einer Validationsgruppe, motiviert durch beispielsweise die Rolle des Gastgebers, aufstehen und das Gebäck servieren (FEIL 2001: 143). Menschen, die monatelang nicht mehr gesprochen haben, melden sich plötzlich zu Wort. Durch das gemeinsame Lösen eines Problems wird das Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt. Indem die einzelnen Personen ihre Gefühle ausdrücken und erfahren, dass andere ihnen zuhören und helfen, fühlen sie sich anerkannt und wertvoll. Sie gewinnen an Unabhängigkeit (FEIL 2001: 219ff).

Findet eine Validationsgruppensitzung mindestens einmal pro Woche statt, lassen sich bei den Beteiligten deutliche Verbesserungen ihres Zustands feststellen, auch außerhalb der Gruppe (FEIL 2001: 233ff). In der Interaktion mit den einzelnen Teilnehmern verwendet der Gruppenleiter die oben beschriebenen Techniken. Besonders Berührungen (T13) sind bei Menschen in Stadium III häufig hilfreich, um sie zu beruhigen und dadurch ihre Teilnahme an der Gruppensitzung zu ermöglichen (FEIL 2000: 88). Eine Validationsgruppensitzung kann zwischen 20 und 60 Minuten dauern. In diesen Runden sind die Beteiligten, deren Konzentrationsfähigkeit sonst nach kurzer Zeit erschöpft ist, durchaus in der Lage, über einen solch langen Zeitraum konzentriert an einer Gruppensitzung teilzunehmen (COFONE 2000: 46).

Beispiel:

Nachdem das Begrüßungsritual mit dem Lied „Ich armes welsches Teufli“ endet, beginnt Frau Flanigan zu reden, noch bevor der Gruppenleiter den Gedichteser bitten kann, ein Gebet zu sprechen.

Frau Flanigan: „Das arme Ding, es ist so müd“, und es hat die Flamkin-Bagginsche Krankheit. Ich habe sie auch, wir alle haben sie! Das ist eine Krankheit des hohen

Alters. Wenn Sie alt werden, haben Sie ein Einbildungsvermögen und stinkendes Lulu.“

Leiter (zentriert sich T1): „Das ist eine interessante Krankheit, Frau Flanigan. Wie haben Sie sie entdeckt?“ (T2, T8)

Frau Flanigan: „Ich bin auf die Toilette gegangen, da ist es mir klar geworden.“

Herr Klein: „Sie hat recht. Diese alte Frau hat nie so schlecht gerochen, als sie noch ein kleines Mädchen war.“

Leiterin: „Ist das eines der härtesten Dinge, die man ertragen muss, wenn man alt wird?“ (T8)

Frau Kappe: „Wissen Sie, es ist besser alt zu sein, dann ist es egal, was Sie tun.“

Frau Falk zu Frau Kappe: „Wissen Sie, in Ihrem Alter sollten Sie es besser wissen.“

Frau Kappe: „Ich weiß nicht, was Sie meinen.“

Frau Falk: „Sie sollten es besser wissen und nicht anderen Frauen die Ehemänner wegnehmen. Schlampe!“

Herr Klein: „Das ist ein schlimmes Wort! Schande über Sie!“

Frau Kappe: „Sie sind verrückt, wenn Sie unzulänglich sind, und Sie sind verrückt, wenn Sie's nicht sind. Wo ist da der Unterschied?“

Herr Klein: „Ich brenne innen aus, meine Damen. Ich ertrinke.“

Frau Schmidt: „Oh, haltet euren Mund und fallt tot um!“

Schweigen in der Gruppe. Die Leiterin fasst zusammen, sie begegnet den Empfindungen der Gruppenmitglieder.

Leiterin: „Frau Falk, Sie sind zornig, weil ‚sie‘ (T8) Ihren Ehemann gestohlen hat, und Herr Klein, Sie denken, dass die Leute ihre Gefühle kontrollieren sollten. Manchmal fühlen Sie sich wie tot. Sie brennen innen aus? (T3) Frau Schmidt, fühlen Sie sich jemals so, als wären Sie tot?“

Frau Schmidt: „Fallt tot um, alle miteinander. Und haltet den Mund.“

Leiterin: „Sind Sie auf uns alle zornig, Frau Schmidt? Weil wir uns sagen, wie wir uns fühlen?“

Frau Schmidt: „Ja. Benehmt euch. Alle. Niemand benimmt sich wie ein Mensch.“

Herr Klein: „Halt selber deinen Mund.“

Leiterin: „Herr Klein, Sie sind zornig auf Frau Schmidt, weil es ihr nicht gefällt, wie wir reden, ist es so?“

Herr Klein: „So ist es, meine Dame. Ich kann so sprechen, wie ich will.“

Leiterin: „Frau Schmidt, glauben Sie, jeder hat das Recht, so zu sprechen wie er will?“

Frau Schmidt: „Ja, wenn sie sich benehmen.“

Leiterin (an die Gefühlsleiterin gewandt): „Frau Flanigan, können Sie uns helfen? Sollen wir sagen, was wir denken, oder sollen wir den Mund halten?“

Frau Flanigan: „Beides. Ich glaube, wir sollten beides tun. Und uns benehmen.“

Leiterin: „Danke, Frau Flanigan. Sie helfen uns immer, wenn es brenzlig wird. Glauben Sie, wir haben das Problem gelöst? Haben wir genug geredet?“

Herr Klein, der Vorsänger: „Es ist genug, meine Dame! Singen wir doch noch was!“

Ursprünglich wollte die Leiterin mit den Teilnehmern über Einsamkeit sprechen, aber sie hat den Plan fallengelassen und ist auf die Gruppe eingegangen. Sie hat das vorherrschende Thema aufgegriffen. Nach dem Singen führt die Leiterin die Gruppensitzung wie oben beschrieben zu Ende.

5.2 Die Rolle des Anwenders

Voraussetzungen

Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Anwendung von Validation ist die Rogersche Grundhaltung (vgl. Kapitel 4.2.1), die jeder Anwender verinnerlicht haben muss. Die Grundhaltung bezieht sich dabei nicht nur auf den validierenden Kontakt, sondern stellt das Grundverständnis für die Arbeit mit desorientierten Menschen dar. Der Validationsanwender (VA) urteilt und bewertet nicht. Er akzeptiert den verwirrten Menschen in seiner Ganzheit, also auch mit seiner inneren Welt und seiner persönlichen Realität. Er versteht Rückzug als eine Notwendigkeit, um überleben zu können, als einen Heilungsprozess (vgl. Kapitel 4.2.3) und als einen normalen Bestandteil des hohen Alters (FEIL 2000: 35). Im Sinne der Wortbedeutung von Validation erklärt er das Erleben und Verhalten eines Menschen für wahr und gültig (vgl. Seite 46).

Die wichtigste Fähigkeit des VA ist das Vermögen, sich einfühlen zu können. Empathie bedeutet mit den Worten FEILs „in den Schuhen des anderen gehen“ (FEIL 2000: 11), sich in seine Welt hineinzubegeben. Dabei ist der VA immer ehrlich, er verstellt sich nicht. FEIL betont mehrfach: „Der Taube wird ein Kichern hören, der Blinde ein Grinsen sehen“ (FEIL 2000: 36). Die alten Menschen haben ein feines Gespür für ehrlich gemeinte Zuwendung. Sie können ein herablassendes Schulterklopfen von einer liebevollen Berührung unterscheiden.

Die Aufgabe des VA ist es, desorientierten sehr alten Menschen bei der Erfüllung ihrer letzten Lebensaufgabe zu helfen: in Frieden sterben zu können (FEIL 2000: 36). Bedingungslose Akzeptanz, Einfühlung und ehrlich gemeinte Zuwendung sind nur möglich, wenn sich der VA seiner eigenen Gefühle bewusst ist.

„Indem wir uns in die Erlebniswelt dieser Menschen vertiefen und mit ihnen gemeinsam nach den Gefühlen suchen, die ihrem Verhalten zu Grunde liegen, [können wir] viel von ihnen über unsere eigene Gefühlswelt lernen. [...] Mitgehen in die innere Lebenswelt von desorientierten Hochbetagten ist also nicht immer angenehm.“

(VAN DER KOOIJ 1993: 80)

Die Arbeit mit desorientierten alten Menschen erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Person. Bevor der VA seine eigenen Gefühle nicht erkannt hat, kann er verwirrten Menschen nicht helfen. Seine eigenen Gefühle hindern ihn daran, sich einfühlen zu können (ROGERS: Kongruenz, vgl. Kapitel 4.2.1). Sie stehen im Weg. Erst wenn er in der Lage ist, die Gefühle zu erkennen, kann er sie rauslassen und beiseite legen. Daher schreibt FEIL der Technik des Zentrierens (T1, vgl. Kapitel 5.1) eine besonders große Bedeutung zu. Wenn sich der VA beispielsweise seinen eigenen Zorn eingestanden und ihn dann abgelegt hat, kann er validieren (FEIL 2001: 49).

Das ständige Reflektieren des eigenen Erlebens und des eigenen Handelns ist unbedingte Voraussetzung für diese Arbeit.

FEIL betont die Gefahr der Projektion eigener Gefühle auf das Gegenüber. Ein desorientierter alter Mensch erinnert den VA beispielsweise an eine Person aus seiner eigenen Geschichte. Die Erinnerungen sind mit negativen Gefühlen besetzt. Der VA verhält sich diesem Menschen gegenüber so, wie er sich der Person gegenüber verhalten würde, an die er erinnert wird. Er projiziert unbewusst seine Gefühle auf den alten Menschen (FEIL 2001: 178). FEIL beschreibt, ohne es explizit zu benennen, eine Parallele zwischen dem Erleben des VA und dem Verhalten desorientierter alter Menschen. Der VA macht nichts anderes als der verwirrte Mensch, der in dem VA beispielsweise seinen Vater sieht, mit dem er noch ungeklärte Konflikte zu lösen hat. Der Unterschied besteht darin, dass sich der VA über diese Tatsache bewusst werden kann, der desorientierte Mensch ist dagegen in seinem Erleben gefangen. Aufgabe des VA ist es, sich seinen Projektionen bewusst zu werden und sie beiseite zu legen. Die zwangsläufige Auseinandersetzung mit der eigenen Person trägt dazu bei, die eigenen Konflikte und Probleme zu bearbeiten und sie nicht selbst bis ins hohe Alter aufzuschieben (FEIL 2001: 144). Das Verstehen von Projektionsmechanismen hilft, das Erleben und Verhalten desorientierter Menschen besser zu verstehen.

Ohne die Fähigkeit mitzufühlen und das dafür vorausgesetzte Reflexionsvermögen sind die Techniken der Validation (vgl. Kapitel 5.1) nutzlos (FEIL 2001: 246). Auch betont FEIL, dass es keine Universalformel gibt. Jeder Mensch muss seine eigene Methode finden, die sich an seinen persönlichen Fähigkeiten und Grenzen orientiert (FEIL 2000: 69). So kann beispielsweise nicht jeder überzeugend ehrlich eine wütende, den Gang rauf und runter stampfende alte Frau spiegeln. Auch ein VA darf Fehler machen. Nach FEIL verzeihen einem die alten Menschen Fehler, wenn ein VA ehrlich und einfühlsam ist (FEIL 2000: 80).

Ausbildung zum Validationsanwender

Die Methode der Validation nach FEIL können prinzipiell sowohl Familienangehörige als auch professionelle Helfer erlernen und anwenden. Sie müssen allerdings die Voraussetzung mitbringen, sich in die Erlebniswelt eines anderen Menschen einfühlen und Kontakt zu ihren eigenen Gefühlen herstellen und aushalten zu können. Auf dieser Grundlage kann die Grundhaltung der Validation erlernt und verinnerlicht werden. Auch wenn ein Mensch die akzeptierende und wertschätzende Haltung besitzt, ist eine Ausbildung zum VA wichtig und hilfreich. In einem Lehrgang werden die Prinzipien der Validation vermittelt und es wird trainiert, diese in die Praxis umzusetzen. Um die Techniken richtig zu beherrschen, ist ein Feedback und eine Führung durch einen Kursleiter nötig (FEIL 2001: 247). Mit einer schriftlichen und praktischen Prüfung ist ein Zertifikat zu erlangen, das zur Anwendung der Validation nach FEIL, zur Präsentation in kleinen Gruppen sowie zur Unterstützung von Validationslernenden berechtigt. In drei weiteren Stufen können durch Lehrgänge verschiedene Qualifikationen erlangt werden, die zur Anleitung und Ausbildung von VA berechtigten.

Naomi FEIL gründete das „Validation Training Institute (VTI)“³¹, das verschiedene Ausbildungsprogramme entwickelt und ein Netzwerk nationaler und regionaler Validations-Organisationen aufgebaut hat (MACIEJEWSKI et al. 2001: III/50). Adressen autorisierter deutschsprachiger Validations-Organisationen befinden sich in Anhang B.

Disziplinenübergreifende Arbeit

Für eine erfolgreiche validierende Arbeit sind aber nicht nur die innere Bereitschaft, die Fähigkeiten des VA und das Beherrschen der Techniken nötig, sondern auch eine disziplinenübergreifende Teamarbeit. Dies gilt besonders für die Arbeit mit Validationsgruppen (vgl. Kapitel 5.1.4) in stationären Einrichtungen. „Es ist unmöglich, eine Validationsgruppe erfolgreich zu führen, wenn man nicht verschiedene Gruppen des Personals zu Hilfe hat“ (FEIL 2000: 228). Unterstützung von außen, wie beispielsweise Gruppenteilnehmer für eine Sitzung bereit zu machen und rechtzeitig hinzubringen, einen geschützten Raum zur Verfügung zu stellen und Störungen der Sitzung zu vermeiden, sind von einer Person alleine nicht zu leisten (FEIL 2001: 129).

³¹ Der Begriff „Validation“ ist nicht, wie irrtümlich in der Literatur vielfach behauptet wird, als Markenzeichen eingetragen. „Validation nach FEIL“ ist dagegen als Marke für Fort- und Weiterbildungen von Altenpflegekräften beim deutschen Patentamt geschützt, nicht jedoch für andere Bereiche wie beispielsweise ambulante Dienste, Pflegeheime, Betreuungsdienste oder ähnliches und auch nicht für Bücher oder Lehrmaterial (DPMA 2003).

Dokumentation und Teamarbeit

Eine weitere wichtige Aufgabe des VA ist die Dokumentation des Fortschritts einer validierten Person. FEIL gibt dazu keine genaue Anleitung, verweist aber auf einen Auswertungsbogen, den sie erarbeitet hat und der nach jeder Validation ausgefüllt werden soll, bei Gruppensitzungen auf jeden Fall gemeinsam mit dem Assistenten. Für das Einschätzen der Veränderungen sind außerdem regelmäßige Teamsitzungen mit dem Pflegepersonal wichtig.

FEIL plädiert für den Aufbau eines Validationsteams, an dem Menschen unterschiedlichster Arbeitsgebiete beteiligt sein sollen. So können in einem Altenpflegeheim Sozialarbeiter, Pfleger, Hausmeister, Physiotherapeuten, Angehörige oder Personen vom Küchenpersonal in das Team integriert werden. Validierende Arbeit kann so an jedem Ort stattfinden. Das Team sollte sich regelmäßig treffen, gemeinsam den Fortschritt auswerten, über die zu validierenden Personen sprechen, gemeinsam überlegen, wer in eine Validationsgruppe aufgenommen wird, und natürlich über persönliche Erfahrungen und Probleme in der validierenden Arbeit sprechen. (FEIL 2000: 103f).

Wie hilft Validation den Validationsanwendern?

Die Arbeit mit desorientierten alten Menschen ist oft zermürend und verbunden mit Frustration und enormem Stress. Validation kann dabei helfen, Frustration und Stress abzubauen, und hilft so Burnout-Symptomen vorzubeugen. Dadurch, dass die Welt des desorientierten alten Menschen für die Betreuenden mit Hilfe der Validation verständlicher wird, reduzieren sich Hilflosigkeitsgefühle, die häufig zu Ängsten und Aggressionen führen. Validation gibt den Betreuern die Sicherheit, unterschiedlichste und schwierige Situationen meistern zu können. Auseinandersetzungen mit desorientierten Menschen nehmen dadurch ab, und die Zufriedenheit aller Beteiligten steigt. Validation ermöglicht positive Erfahrungen in der Arbeit mit desorientierten Menschen. Besonders für Angehörige stellen die durch die Validation ermöglichten Momente von Nähe und Intimität eine enorme Bereicherung dar. Auf diese Art kann einer häufig auftretenden Entfremdung in der Beziehung entgegengewirkt werden (POULAKI/WIEGELE 1997: 1293).

6 Zusammenfassung zu Teil II

Naomi FEILs Methode der Validation ist vor allem ein Ansatz für die Praxis. Mit ihrem Vier-Stadien-Modell gibt sie dem Validationsanwender (VA) ein Werkzeug an die Hand, mit dem er desorientierte sehr alte Menschen einschätzen kann und das ihm hilft, die richtigen Techniken einer entsprechenden Situation zuzuordnen und anzuwenden. Von daher kann das Vier-Stadien-Modell als Herzstück der Validation bezeichnet werden. Die einzelnen Techniken bieten dem VA ein Handlungsrepertoire für verschiedene Situationen. Bei der Einzelvalidation reicht der Handlungsspielraum von Techniken, die Menschen in Stadium I helfen, ihre inneren

Befindlichkeiten auszudrücken, ohne dass die Gefühle in den Vordergrund gestellt werden, über Techniken, die Menschen in Stadium II helfen, ihre überlaufenden Gefühle auszuleben und zu erzählen, bis hin zu nonverbalen Techniken, die es ermöglichen, Menschen in Stadium III und sogar in gewissem Umfang in Stadium IV zu begleiten. In der Gruppenvalidation finden die Techniken in der gleichen Weise Anwendung wie in der Einzelvalidation, werden aber genutzt, um soziale Interaktion unter den Gruppenteilnehmern anzuregen. Darüber hinaus werden soziale Rollen gefestigt und über gemeinsames Singen und Bewegungsübungen werden verschiedene Sinne gefördert.

Dem VA kommt im validierenden Kontakt die entscheidende Rolle zu. Fehlen Einfühlungsvermögen, Wertschätzung und Akzeptanz im Kontakt mit den desorientierten Menschen, lassen sich die Techniken nicht wirksam anwenden und die gewünschten Ziele wie Steigerung des Wohlbefindens nicht erreichen. Die Rogersche Grundhaltung ist die Grundlage der Validation nach FEIL. Diese Grundhaltung umfasst das Akzeptieren und Annehmen dessen, was ein Mensch sagt und tut. FEIL geht davon aus, dass jedes Verhalten einen Grund hat und dass der alleinige hirngorganische Abbauprozess nicht ausreicht, um Desorientierung zu erklären. Die Gründe für Desorientierung liegen in den unerledigten Aufgaben und ungeklärten Konflikten der Vergangenheit, die ein Mensch mit sich herumträgt. Das Verhalten der desorientierten sehr alten Menschen ist Ausdruck von belastenden Gefühlen und von innerer Auseinandersetzung. Auch wenn körperliche und soziale Verluste die Auslöser für eine Desorientierung sind, führt dies dazu, dass ein Mensch in der Vergangenheit, in die er sich zurückgezogen hat, ungelösten Aufgaben begegnet, mit denen er sich auseinander setzen muss, um in Frieden sterben zu können. FEIL sieht den körperlichen Verfall in diesem Sinne als eine Chance, sich mit ungeklärten inneren Aufgaben auseinander zu setzen. Durch Validation kann einem Menschen bei der Bewältigung der unerledigten Aufgaben geholfen werden. Dies gilt jedoch nur für sehr alte Menschen. Bei jüngeren desorientierten Menschen hilft die Validation nicht in dieser Weise, da ihre Desorientierung nicht auf ungelöste Konflikte zurückzuführen ist.

Teil III

Kritische Auseinandersetzung mit der Methode der Validation nach FEIL

Die Methode der Validation nach FEIL, die ich Teil II ausführlich dargestellt habe, bedarf einer kritischen Betrachtung. Eingehend auf die Fragestellung dieser Arbeit: „Ist die Methode der Validation ein geeignetes Verfahren für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen?“, werde ich mich im Folgenden zuerst mit FEILs theoretischen Konstrukten auseinander setzen (vgl. Kapitel 7). Kapitel 8 beschäftigt sich dagegen mit allgemeinen Überlegungen zur Anwendung und Wirksamkeit der Validation und zieht andere Behandlungsansätzen zum Vergleich hinzu.

7 Kritik der Validationstheorie

FEIL hat ihre Theorie, die sie der Validation zugrunde legt, aus verschiedenen bereits bestehenden theoretischen Ansätzen zusammengestellt. Im Folgenden werde ich klären, ob es FEIL gelungen ist, die verschiedenen Theorien in ihren Ansatz zu integrieren. Kapitel 7.1 beschäftigt sich zunächst mit den Rogerschen Anteilen der Validation und der Frage, ob die Validation als ein personenzentrierter Ansatz verstanden werden kann. In Kapitel 7.2 setze ich mich mit FEILs Erweiterung von ERIKSONS Modell der Entwicklungstheorie auseinander. FEIL baut ihr gesamtes Verständnis von Desorientierung auf ihre Theorie der unerledigten Aufgaben, also auf ihre Erweiterung von ERIKSONS Modell auf. Die Ergebnisse der Diskussion um diesen theoretischen Aspekt der Validation haben also weit reichende Konsequenzen im Hinblick auf die gesamte Anwendung der Methode. In diesem Zusammenhang muss auch meine kritische Auseinandersetzung mit FEILs Trennung in präsenile und senile Demenz (Kapitel 7.3) betrachtet werden. Weitere theoretische Aspekte der Validation bespreche ich in Kapitel 7.4. Abschließend betrachte ich FEILs Vier-Stadien-Modell der Desorientierung kritisch.

7.1 Überlegungen zum personenzentrierten Ansatz von Carl ROGERS

In FEILs Theorie sind verschiedene theoretische Anteile von ROGERS' Ansatz zu finden. Sie selbst nennt in verschiedenen Zusammenhängen die drei Voraussetzungen Wertschätzung, Echtheit und Empathie. Ich sehe darüber hinaus weitere, wie ich meine, wichtige Anteile von ROGERS' Theorie in FEILs Ansatz, die FEIL selbst nicht explizit nennt. Im Folgenden werde ich die von FEIL genannten und ungenannten Zusammenhänge herstellen und erläutern. Die Verweise auf ROGERS Theorie beziehen sich auf Kapitel 4.2.1.

Wie in Kapitel 4.1 bereits erwähnt, begann FEIL sich nach neuen praktischen und theoretischen Ansätzen für ihre Arbeit mit desorientierten sehr alten Menschen umzusehen in einer Zeit, in der die Theorien ROGERS' gerade starke Verbreitung fanden. Die neue Denkweise, bei der die Person im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens steht, zeigt sich in FEILs Validation in vielerlei Hinsicht. Am deutlichsten sind die von ROGERS beschriebenen drei Voraussetzungen – Wertschätzung, Echtheit und Empathie – in FEILs Arbeit zu erkennen, die sie, wie ROGERS auch, zur Grundbedingung des therapeutischen beziehungsweise validierenden Handelns macht. Die größte Bedeutung kommt dabei der Fähigkeit des einführenden Verstehens zu – der Empathie –, die sie zur fundamentalen Voraussetzung beim Betreuer macht (vgl. Kapitel 5.2). Sie betont dabei wie ROGERS, dass Gefühle niemals erzwungen werden dürfen. Durch einführendes Verstehen kann das Gefühl hinter dem Handeln verstanden werden und die innere Realität eines Menschen formuliert und nach außen gebracht werden. Wie ROGERS sieht FEIL hierin einen Schritt, der Isolation und Vereinsamung verhindern kann. Als Voraussetzung für empathisches Handeln betont FEIL die Arbeit an der eigenen Person. Was ROGERS „Kongruenz von Erleben und Selbstkonzept“ nennt, findet sich bei FEIL in dem Anspruch wieder, das eigene Erleben ständig zu reflektieren und sich seiner Projektionen bewusst zu sein (vgl. Kapitel 5.2). Für beide ist klar, dass sich der Therapeut beziehungsweise VA nie verstellen darf. Er verbirgt sich niemals hinter einer Maske und gibt nicht vor, etwas anderes zu sein, als er im Augenblick ist.

Wertschätzung und bedingungslose Akzeptanz finden sich bei FEIL in jedem validierenden Kontakt wieder. Durch Wertschätzung, so ROGERS, erfährt der Klient, dass sich an der akzeptierenden Haltung des Therapeuten nichts ändert, unabhängig davon, wie er sich verhält. In diesem Sinne kann man FEIL verstehen, wenn sie sagt, dass desorientierte Menschen, die korrigiert, an der Realität orientiert und nach Maßstäben der Gegenwart bewertet werden, sich zurückziehen. Werden sie jedoch mit ihrer Welt akzeptiert, also wertgeschätzt, kann ein Rückzug verhindert werden (vgl. Kapitel 4.3). Der Klient fühlt sich akzeptiert und öffnet sich, er fühlt sich akzeptiert und bleibt offen. ROGERS und FEIL betonen beide, dass Wertschätzung bedeutet, einen Menschen ernst zu nehmen.

In FEILs Ansatz sind aber nicht nur die drei Grundvoraussetzungen Wertschätzung, Echtheit und Empathie zu finden. Wie ROGERS lehnt auch FEIL ein medizinisches Modell ab, bei dem Störungen beziehungsweise Desorientiertheit als Krankheit verstanden werden (vgl. Kapitel 4.5). Beide betonen, dass ein Mensch immer im Ganzen betrachtet werden muss und dass Handeln immer einen Grund hat. Handeln ist die Symbolisierung des inneren Erlebens und keine Krankheit, die durch Eingriffe von außen behandelt werden kann.

Die Selbstaktualisierungstendenz ROGERS' kann meines Erachtens auch bei desorientierten Menschen als die Haupttriebfeder des Lebens und Handelns verstanden werden. Da aber bei diesen Menschen das ursprüngliche Selbstkonzept nur noch bruchstückhaft oder gar nicht mehr existiert, bezieht sich die Aktualisierung im Wesentlichen auf das Erleben. FEIL spricht davon, dass die unerledigten Aufgaben, die im Erleben eines Menschen immer stärker werden, dann zum Vorschein kommen, wenn ein Mensch die Kontrolle verliert, also sein Selbstkonzept versagt (vgl. Kapitel 4.2.2). Sein Erleben drängt nach Aktualisierung. Dies ist der Antrieb, sich zu vervollkommen und sich selbst zu verwirklichen. Der Mensch lebt, fühlt und handelt daher vorrangig nach seinem momentanen Erleben. Im Verständnis ROGERS' ist der desorientierte Mensch dann der Mensch, der er in Wirklichkeit ist. Bei desorientierten Menschen kann es nicht im Sinne ROGERS' darum gehen, das Selbstkonzept dem Erleben anzupassen und auf diese Weise eine Kongruenz zwischen Selbstkonzept und Erleben herzustellen. Passend zu FEILs Verständnis von Desorientierung als einer Notwendigkeit (vgl. Kapitel 4.2.3) könnte man zu dem Schluss kommen, dass, wenn eine Anpassung des Selbstkonzeptes nicht mehr möglich ist, erst der Zusammenbruch des Selbstkonzepts ermöglicht, nach dem Erleben zu handeln.

Die Orientierung eines desorientierten Menschen an der Realität ist der Versuch, das Selbstkonzept zu stärken und an die Umwelt anzupassen. Dadurch werden die Spannungen zwischen dem Selbstkonzept und dem Erleben verstärkt. Ein Ansatz, der zum Vermeiden dieser Spannungen den Wegfall des Selbstkonzepts als Brücke zwischen Erleben und Umwelt akzeptiert, muss mit den daraus resultierenden Diskrepanzen zwischen der Umwelt und dem Erleben der Betroffenen umgehen. Die Validation trägt dem Rechnung, indem der VA an dem Erleben des Betroffenen teilnimmt. Er tritt dazu in die Welt des desorientierten Menschen und akzeptiert dessen Welt, also das Erleben, als real und wahr.

Genau wie FEIL stellt auch ROGERS die Bedeutung der hilfreichen Beziehung in den Vordergrund. An seine Ausführungen zur Aktualisierungstendenz schließt er die Überlegung an, wie diese, wenn sie behindert oder blockiert ist, wieder belebt werden kann, wie also einem Menschen dabei geholfen werden kann, Person zu werden. Er sagt, dass Personsein über Kommunikation entsteht. Bei beiden liegt der Schwerpunkt des therapeutischen Prozesses auf der Beziehung und deren Qualität und nicht auf den Symptomen. Die Validation nach FEIL als eine Methode, die Kommunikation und echten Kontakt mit desorientierten Menschen ermöglicht, trägt dazu bei, dass Menschen ihr Personsein erhalten bleibt. Das Selbstwertgefühl eines Menschen wird gestärkt und ein Mensch gewinnt im Sinne ROGERS' an Identität (vgl. Kapitel 4.3).

Die Methode der Validation nach FEIL kann in diesem Sinne als personenzentrierter Ansatz verstanden werden.

ROGERS' Verständnis von Beziehung impliziert ein grundsätzlich nicht-dirigierendes Verhalten. Ich sehe bei FEIL die Gefahr, dass dieses sehr leicht eingeschränkt werden kann. Der VA bei FEIL bemüht sich stärker als der Therapeut bei ROGERS darum, Informationen über die Welt desorientierter Mensch zu erhalten. Die Techniken „nichtwertende Wörter“ (T2), „Extreme einsetzen“ (T3), „sich das Gegenteil vorstellen“ (T5) und „unbestimmte Fürwörter“ (T8) (vgl. Kapitel 5.1) sind zwar prinzipiell als nichtdirigierende Techniken zu gebrauchen, dienen jedoch auch dazu, gezielt Situationen zu klären und bestimmte Informationen zu erhalten. Dies wäre ein Validieren der Wahrnehmungswelt. Dem entgegen steht das im personenzentrierten Sinne Validieren der Gefühle. Für die Praxis sehe ich die Gefahr, dass die Feinheiten der nichtdirektiven Kommunikation schnell verloren gehen und VA die Techniken vermehrt als Validation der Wahrnehmungswelt einsetzen. Dabei kann es leicht zu einem Dirigieren seitens der VA kommen. Hier ist wieder auf die Grundvoraussetzung der Empathie hinzuweisen. Nur wer wirklich empathisch ist, kann Validation im personenzentrierten Sinne anwenden.

7.2 Zu FEILs Entwicklungsmodell und ihrer Theorie der Desorientiertheit

FEILs Suche nach einem Sinn hinter dem verwirrten Verhalten und der verwirrten Sprache von desorientierten Menschen führte sie zu der Überzeugung, dass Desorientiertheit einen Zweck hat. Durch die Abwandlung von ERIKSONS Modell versuchte sie, verwirrte Sprache und Verhaltensweisen neu zu konzeptualisieren und umzudeuten. Aus einer progressiven und tödlichen Krankheit wurde ein produktiver Prozess, bei dem unbewältigte Lebensaufgaben bewältigt werden (MORTON 2002: 75). MORTON kritisiert, dass FEILs Ergänzung nicht im Einklang mit ERIKSONs vorangegangenen acht Phasen steht. Entscheidende Merkmale von ERIKSONs Modell sind, dass die Phasen universell gültig sind und aufeinander aufbauen. Alle Menschen durchlaufen diese Phasen. FEILs Erweiterung dagegen – die Phase „Aufarbeiten gegen Vegetieren“ – durchlaufen nur Menschen, die die achte Phase von ERIKSON – „Ich-Integrität gegen Verzweiflung“ – nicht erfolgreich bewältigt haben. Diese Menschen ziehen sich in die Vergangenheit zurück, um aufzuarbeiten, sie werden desorientiert. Es werden jedoch nicht alle Menschen im hohen Alter desorientiert. Nicht alle durchlaufen die letzte Phase nach FEIL (MORTON 2002: 75).

FEIL wird für ihre Theorie der Desorientiertheit und ihre Erweiterung von ERIKSONS Modell von vielen Seiten heftig kritisiert. Vor allem wird ihr Einseitigkeit vorgeworfen. So stellt MORTON aus seiner eigenen Praxiserfahrung heraus fest, dass sich nicht alle offensichtlich desorientierten sehr alten Menschen vor der Realität in die Vergangenheit zurückziehen. Ein Großteil der Personen verhalte sich nicht so, als würden sie sich zurückziehen. Diese Gruppe der desorientierten

Menschen wird in der Validationsliteratur nicht beachtet (MORTON 2002: 76f). Und VAN DER KOOIJ berichtet aus ihrer Erfahrung, dass nicht alle desorientierten Menschen mit Konflikten in der Vergangenheit beschäftigt sind. Es kommt auch vor, dass sie zwar in der Vergangenheit leben, aber einfach glücklich sind. Es hat dabei nicht den Anschein, dass sie sich mit etwas auseinandersetzen (VAN DER KOOIJ 1993: 81). FEIL deckt mit ihrer Validationstheorie also nur einen Teil der desorientierten Menschen ab. In diesem Zusammenhang ist FEIL durchaus eine Einseitigkeit vorzuwerfen. Sie nennt zwar den Einfluss, den körperliche, psychische und soziale Faktoren auf Desorientiertheit haben können (vgl. Kapitel 4.2.3), ihr Schwerpunkt liegt aber deutlich auf der Bedeutung der unbewältigten Konflikte. So beachtet sie meiner Meinung nach die gerontopsychiatrisch allgemein anerkannten Zusammenhänge nicht, beispielsweise zwischen Wahn und Halluzination, die aufgrund von sensorischer Reizarmut und sozialer Isolation entstehen können (vgl. Kapitel 1.6). FEIL interpretiert Wahn und Halluzination als eine innere Auseinandersetzung und sieht ihre Theorie in dem Erfolg der Validation bestätigt. Dabei ist völlig unklar, ob ein Verschwinden dieses Verhaltens auf die Bewältigung eines Konflikts zurückzuführen ist oder einfach auf den sozialen Kontakt und die Stimulation durch die Anwendung der Validationstechniken. Ebenso ignoriert FEIL, dass es auch andere Ursachen wie ein Delir oder eine Depression (vgl. Kapitel 1.4.3) geben kann, die zu einer Desorientierung führen. Nach CLEES UND EIERDANZ vernachlässigt FEIL die vielfachen Ursachen und Einflussfaktoren, die zu einer Desorientierung beitragen können. Die Faktoren liegen im somatischen, psychischen und sozialen Bereich sowie in Pflegefehlern (CLEES/EIERDANZ 1996: 711).

FEIL drückt den Anspruch der Validation, die Individualität des Einzelnen auch in seiner Desorientierung zu achten, darin aus, dass sie die Diagnose Demenz als etikettierend und einseitig ablehnt (vgl. Kapitel 4.5). EGIDIUS weist meiner Meinung nach ganz richtig darauf hin, dass FEIL mit ihrer Theorie der Desorientierung ihrerseits ein einseitiges Verständnis von Demenz hat. Sie kritisiert, dass FEIL ihrem Anspruch, sich an der subjektiven Perspektive und den Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren, nicht entspricht, da sie die Gefühle und die damit zusammenhängenden Bedürfnisse nicht nur empathisch annimmt, sondern immer vor dem Hintergrund ihrer theoretischen Annahme der unbewältigten Konflikte interpretiert (EGIDIUS 1997: 114). FEIL suggeriert, dass Desorientierung grundsätzlich in diesem Sinne zu verstehen ist. Betroffene Menschen haben also, wenn man FEIL glauben kann, nie Integrität nach ERIKSON erlangt. FEILS Verständnis von Desorientierung, das kaum Raum für andere Interpretationen lässt, ist also selbst als etikettierend und einseitig zu beurteilen. Positiv hervorzuheben ist bei aller Kritik jedoch, dass FEIL als eine der ersten versucht hat, ihre Sicht der Demenz zu verändern: von einem überwiegend medizinischen Verständnis, bei dem die kognitiven Fähigkeiten im Vordergrund stehen, hin zu einem ganzheitlichen

differenzierten Verständnis, das neben den kognitiven auch sozialen und psychischen Faktoren Bedeutung beimisst. Leider ist sie mit ihrer Theorie der Desorientiertheit nicht weit genug gegangen. Sie nimmt den kritischen Ansatz bezüglich mitverursachender sozialer, psychischer und anderer Faktoren nicht genügend in ihr Konzept auf, da sie ihren Schwerpunkt einseitig auf die unerledigten Aufgaben gelegt hat. So engt sie das mögliche Potential des Ansatzes ein.

MORTON schließt nicht aus, dass es einzelne Menschen gibt, für die FEILs Theorie passend ist. Er gibt sich aber nicht damit zufrieden, dass man bei desorientierten alten Menschen zuerst nach einer Erklärung in FEILs Sinn suchen und dass FEILs Theorie auf den Großteil der desorientierten Menschen zutreffen soll (MORTON 2002: 78). Das einzig Lohnenswerte an FEILs Verständnis sieht er für Betreuer und Pflegende. Durch die Umdeutung der progressiven und unweigerlich tödlichen Krankheit hin zu einem produktiven Prozess, bei dem der Einzelne unbewältigte Lebensaufgaben bewältigt, verändert sich die Rolle der Betreuer und Pflegenden. „Der Betreuer, der seine Rolle vorher darin gesehen hatte, Trost im Prozess endgültigen Zerfalls zu spenden, erhält eine positive therapeutische Funktion: Er befähigt den Betreffenden zur erfolgreichen Bewältigung der letzten Lebensaufgabe.“ (MORTON 2002: 55)

Betrachtet man FEILs Vorhaben, eine schlüssige Erklärung für das Verhalten von desorientierten Menschen zu finden, muss gesagt werden, dass ihr dies mit ihrer Theorie der Desorientiertheit und ihrer Erweiterung von ERIKSONS Modell nicht gelungen ist.

7.3 Kritik an FEILs Unterscheidung zwischen präseniler und seniler Demenz

FEIL unterscheidet entgegen der allgemeinen Handhabung (vgl. Kapitel 1.5) zwischen jungen und alten Menschen mit Demenz (vgl. Kapitel 4.5). Bei jüngeren Menschen akzeptiert sie, dass psychologische und verhaltensbezogene Änderungen wahrscheinlich durch neuropathologische Veränderungen des Gehirns (vgl. Kapitel 1.4) verursacht werden. Bei alten Menschen hingegen geht sie davon aus, dass diese Veränderungen nur einen geringen Einfluss darauf haben. Sie begründet ihre Theorie mit persönlichen Erfahrungen aus der Praxis, bei denen sie den Einfluss unbewältigter Aufgaben festgestellt haben will, und damit, dass sie erkennen musste, dass ihre Validationsmethode bei jüngeren Menschen keine Auswirkungen zeigt. FEIL selbst wirft der Medizin vor, nur wenige stichhaltige Beweise zu haben, da der tatsächliche Zusammenhang zwischen hirnorganischer Veränderung und kognitiven sowie verwirrten Sprech- und Verhaltensweisen noch nicht bewiesen sei und eine Reihe von Faktoren dagegen sprächen (vgl. Kapitel 4.5).

FEILs Argumentationen und Erklärungsversuche sind wenig stichhaltig. Es gibt keine unabhängigen empirischen Untersuchungen, die den Unterschied zwischen

jungen und alten desorientierten Menschen erklären könnten. Sie macht jedoch ihre Methode kurzerhand zum Messkriterium für die Unterscheidung.

FEIL kann nicht erklären, worin der Unterschied zwischen jungen und alten Menschen mit Demenz liegt. MORTON schreibt, dass man bestenfalls vermuten kann, dass die „Wahrscheinlichkeit einer Desorientierung im Alter von der individuellen Geschichte der Persönlichkeitsentwicklung beeinflusst“ wird (MORTON 2002: 71). FEIL selbst ist sich dabei aber ganz sicher. MORTON kritisiert, dass es scheinbar keinen logischen Grund für die Trennung in junge und alte desorientierte Menschen gibt und dass die Befürworter der Validation nicht ernsthaft erwarten können, dass Nachweise der Medizin einfach verworfen werden. Im Grunde erwartet FEIL, dass man ihre Theorie, die auf wesentlich weniger Nachweisen beruht, einfach akzeptiert (MORTON 2002: 72f). In der Literatur ist in Zusammenhang mit FEILs Theorie der Desorientiertheit daher häufig der Vorwurf der „Diagnoseblindheit“ zu finden.

Darüber hinaus ist FEILs Verständnis von früh einsetzender, also präseniler Demenz problematisch. Wie EGIDIUS anmerkt, geht FEIL auch bei Anwendung von Validation hier von einer progressiven Verschlechterung des Zustands bis hin zum Stadium des Vegetierens aus (EGIDIUS 1997: 118). FEIL schreibt: „Für einen Augenblick kann Validation etwas soziale Interaktion ermöglichen, im nächsten Moment kann der Patient aber wieder gewalttätig werden, abirren oder sich grundlos zurückziehen“ (FEIL 2000: 34). FEILs Bemühen, Desorientierung verstehbar und nachvollziehbar zu machen, und ihr personenzentriertes Verständnis, dass hinter jedem Handeln ein Sinn steckt, gelten offenbar nicht für Menschen mit präseniler Demenz. Dies steht in großem Widerspruch zu ihrer Aufforderung: „Gebrauche Augen und Ohren, schreibe niemanden ausschließlich wegen seiner medizinischen Diagnose ab“ (FEIL 1992: 37).

Da FEILs Unterscheidung in präsenile und senile Demenz schwer nachzuvollziehen ist, ist auch die begriffliche Trennung in Menschen mit Demenz und in Menschen mit Desorientierung unklar. Besonders deutlich wird dies bei der Frage nach der Zielgruppe. Menschen, die für Validation geeignet sind, dürfen nach FEIL keine psychischen Erkrankungen zeigen. Bei desorientierten Menschen treten aber häufig, besonders mit zunehmendem Alter, mehrere Krankheiten gleichzeitig auf, wie beispielsweise Demenz und Depression, die sich gegenseitig bedingen können, oder ein akutes Delir, das durch Flüssigkeitszufuhr oder durch eine Regulierung der Geräuschkulisse grundsätzlich behandelbar wäre (vgl. Kapitel 1.4.3). MACIEJEWSKI et al. betonen daher, dass eine Abgrenzung von normaler Demenz zur Desorientierung aufgrund unbewältigter Konflikte dementsprechend kaum möglich ist (MACIEJEWSKI et al. 2001: III/47). Man kann also behaupten, dass FEIL die Begriffe Desorientierung und Demenz synonym verwendet. Auch wenn FEIL den Begriff Desorientierung gewählt hat, um für alle Menschen mit

Desorientierung zu sprechen, selbst wenn sie keine Demenz haben, kann man davon ausgehen, dass es sich bei ihrer Zielgruppe grundsätzlich um Menschen handelt, bei denen eine dementielle Erkrankung vorliegt. Geht man von dieser Tatsache aus, werden auch die Beispiele, die FEIL nennt, verständlicher. Erfolgreiche Validation kann beispielsweise dazu führen, dass ein Mensch einen zufriedeneren Eindruck macht, sich seltener zurückzieht und sein auffälliges Verhalten abnimmt. Gleichzeitig zeigt er aber weiterhin deutliche kognitive Einbußen.

Eine streng gehandhabte Trennung zwischen Menschen mit präseniler und seniler Demenz, so betonen verschiedene Autoren, gibt es in der Praxis jedoch nicht. MACIEJEWSKI et al. betonen, dass die Zielgruppenbestimmung in der Praxis locker gehandhabt wird (MACIEJEWSKI et al. 2001: III/48) und VAN DER KOOIJ hat in ihrer Praxis festgestellt, dass Validation auch bei jüngeren Menschen mit Demenz gut anwendbar ist (VAN DER KOOIJ, 1994: 20f). FEILs dogmatisches Verständnis von Desorientierung und die ihrer Meinung nach unumgängliche Trennung in junge und alte Menschen mit Desorientierung scheinen jedoch vor allem ein Produkt ihrer theoretischen Arbeiten zu sein. MORTON berichtet von einem persönlichen Gespräch mit FEIL, bei dem sie bereitwillig akzeptiert, dass es sowohl Menschen gibt, die infolge von hirnganischen Veränderungen desorientiert sind, als auch Menschen, bei denen die Desorientierung eine Flucht vor der Realität oder eine Regression im Eriksonschen Sinne darstellt (MORTON 2002: 74). Es wird deutlich, dass für FEIL die Bedeutung von theoretischen Fragen hinter der Bedeutung der Praxis verschwindet. FEIL hat den simplen Rat: „Wenn Validation hilft, sollte man sie anwenden – unabhängig vom Etikett!“ (FEIL 1982: 9, zit. n. MORTON 2002: 74).

7.4 Weitere Kritikpunkte

Die Theorie der Validation hält, wie es in den beiden vorangegangenen Kapiteln schon deutlich geworden ist, einer genaueren Prüfung nicht stand. Die einzelnen von FEIL benannten Theoriebausteine wirken bei der Lektüre ihrer Texte³² wie unwillkürlich aneinander gereichte Versatzstücke. Ihre Erweiterung von ERIKSONs Modell und ihre Theorie der Desorientiertheit gehören zu den einzigen etwas umfangreicher beschriebenen theoretischen Grundlagen der Validation. Ihre selbst formulierten theoretischen Grundannahmen der Validation (vgl. Kapitel 4.2.4) stellt sie hingegen als Behauptungen in den Raum, ohne sie genauer zu erläutern. In ihren weiteren Ausführungen geht sie nur ungenügend auf die einzelnen genannten Punkte

³² Die folgende Textkritik bezieht sich auf ihre beiden wichtigsten in Deutschland erschienenen Bücher „Validation“ (FEIL 2000) und „Validation in Anwendung in Beispielen“ (FEIL 2001), aber auch anderen mir zugängliche Schriften (vgl. Literaturverzeichnis) konnten meine Kritik nicht ausräumen.

ein. Es bleibt dem Leser an den meisten Stellen selbst überlassen, sich zu überlegen, welche theoretische Grundannahme dahinter stehen könnte. Zusätzliche Verwirrung stiftet FEIL damit, dass sie, statt auf ihre 13 genannten Grundannahmen zurückzugreifen, sich in ihren konkreten Ausführungen auf andere, in den Annahmen ungenannte Theorien bezieht. Dabei nennt sie PENFIELDS und MASLOWS, die in ihren 13 Grundannahmen genannt werden, in einem völlig anderen als dort beschriebenen Zusammenhang (vgl. Kapitel 4.2.3). So entwickelt FEIL in Anlehnung an MASLOWS Bedürfnispyramide eine Bedürfnishierarchie, die sie auf desorientierte sehr alte Menschen anwendet. Auch für diese von FEIL entwickelte Bedürfnispyramide gilt, dass sie sie ohne zusätzliche Erklärungen in den Raum stellt. FEIL greift nicht auf die Bedürfnispyramide zurück, um damit beispielsweise ihre Techniken (vgl. Kapitel 5.1) zu begründen. An anderer Stelle bezieht sie sich auf PIAGET und seine Theorie der vorsprachlichen Motorik (vgl. Kapitel 4.2.3), die für das Verständnis des Stadiums der sich wiederholenden Bewegungen von großer Bedeutung ist. Diese wichtige Theorie ist in den genannten Grundannahmen nicht zu finden und wird auch an der entscheidenden Stelle – bei FEILs Ausführungen zum Stadium der sich wiederholenden Bewegungen – nicht genannt. Der Leser muss hier wie an den meisten anderen Stellen den Zusammenhang selbst herstellen.

FEILs Theorie der Symbole, die auch nicht in den 13 Grundannahmen genannt wird, muss vor dem Anspruch der Individualität des Ansatzes hinterfragt werden. FEIL ist zwar von ihrer ursprünglichen Überzeugung abgerückt, dass es eine universelle Symbolsprache unabhängig von Rasse, Religion, Kultur oder Geschlecht gibt, dennoch wirkt ihre Theorie sehr schematisch. Auch wenn FEIL, die sich hier auf FREUD und JUNG bezieht, Recht haben sollte, dass Verhalten und Äußerungen symbolisch zu verstehen sein können – was ich nicht grundsätzlich in Frage stellen will -, sehe ich eine große Gefahr der Überinterpretation. Hier muss wieder auf die Gefahr der Projektion hingewiesen werden (vgl. Kapitel 5.2). Die Deutung des Verhaltens eines anderen Menschen beruht sehr leicht auf den eigenen inneren Gefühlen und ist sonst oft eine Deutung des eigenen Erlebens.

Sehr fragwürdig erscheint mir auch FEILs Vorgehen beim Ermitteln des bevorzugten Sinnesorgans. Hierzu bedient sie sich Erkenntnissen der Neurolinguistischen Programmierung, die für alle Menschen gleiche körperliche Charakteristika entdeckt haben will (vgl. Kapitel 5.1.1). Dies entspricht meiner Meinung nach nicht FEILs Anspruch einem Menschen unvoreingenommen entgegenzutreten.

7.5 Überlegungen zu FEILs Vier-Stadien-Modell der Desorientiertheit

Im Gegensatz zum medizinischen Modell, bei dem der Patient alle Stadien unweigerlich durchläuft (vgl. Kapitel 1.5), geht FEILs Vier-Stadien-Modell davon aus, dass ein Durchlaufen aller Stadien verhindert werden kann. FEIL versucht nicht, ein Modell des Krankheitsprozesses zu entwerfen. Es ist also kein Verlaufsmodell, sondern ein Modell zur Einschätzung des Zustands einer Person. COFONE bezeichnet das Vier-Stadien-Modell nach FEIL als ein wichtiges Hilfsmittel für die Praxis: „Differenziert werden psychische Charakteristika für jedes Stadium dargestellt, die mir trotz aller Individualität eine Richtschnur werden, um Menschen mit einer Demenz aktuell einschätzen zu können“ (COFONE 2000: 42). Kritische Stimmen beurteilen FEILs Modell dagegen ganz anders. MORTON berichtet von Praktikern, denen es trotz ihrer jahrelangen Erfahrung in der Arbeit mit sehr alten dementiell erkrankten Menschen nicht möglich war, einen Menschen in eines der Stadien einzugruppieren. Er betont darüber hinaus, dass der Versuch, das Verhalten eines Menschen in dieser Weise zu kategorisieren, die ganz individuelle Ausprägung der Demenz außer Acht lässt (MORTON 2002: 79). Auch CLEES und EIERDANZ werfen FEIL vor, mit ihrem Stadien-Modell die Individualität der einzelnen Menschen nicht zu achten. Sie verurteilen die Kategorien als zweifelhaft, undurchschaubar und willkürlich und betonen, dass diese auch immer eine Beurteilung des Menschen beinhalten (CLEES/EIERDANZ 1996: 712). Die Gefahr der Beurteilung ist meiner Meinung nach deutlich zu sehen, wenn man sich FEILs Hinweise zur Einschätzung des Grades der Desorientiertheit anschaut (vgl. Kapitel 5.1.1). FEIL schließt von den äußerlichen Merkmalen eines Menschen auf den Grad der Desorientierung – Lachfalten stehen für ein Leben, bei dem über Kummer immer mit einem Lachen hinweggegangen wurde, Sorgenfalten für ein Leben mit viel Last und Verantwortung, gekämmte Haare dafür, dass eine Person sich um sich sorgt. Dies ist für mein Verständnis in hohem Maße urteilend und interpretierend. Ähnlich kritisch zu betrachten ist der Begriff „Vegetieren“ im letzten Stadium nach FEIL, der so viel bedeutet wie kümmerlich und kärglich dahinleben (MÜLLER et al. 1982: 790f). MACIEJEWSKI et al. lehnen diesen Begriff, wie ich meine zu Recht, ab, da er „negative Assoziationen weckt und mit Menschenwürde nicht vereinbar scheint“ (MACIEJEWSKI et al. 2001: III/48).

Die von MORTON, CLEES und EIERDANZ gesehene Beschneidung der Individualität sehe ich hingegen nicht unbedingt bestätigt. Naomi FEIL hat ein Modell der Desorientierung geschaffen. Modelle sind immer Denkkonzepte, die versuchen darzulegen, wie etwas geplant ist oder wie etwas durchgeführt werden soll. Dabei benutzen sie bewusst Kategorien, um eine klare, überschaubare Struktur zu schaffen. Dass es dabei zu Vereinheitlichungen kommt, ist quasi ein Merkmal eines jeden Modells. Modelle sind abstrakte Gebilde und sie lassen sich nicht „eins zu eins“ in

die Realität übertragen. Die geäußerte Kritik scheint eher Modellbildung im Allgemeinen zu betreffen und nicht die Inhalte von FEILs Modell. Löst man sich von dem Anspruch, das Modell als ultimative Vorgabe zu akzeptieren, kann es, wie COFONE berichtet, eine hilfreiche Orientierung in der Praxis bieten. Darüber hinaus ermöglicht die zu einem Modell gehörige Terminologie eine bessere Verständigung mit anderen Professionellen.

7.6 Zusammenfassende Anmerkung

Betrachtet man die theoretischen Grundlagen der Validation nach FEIL, muss man ernüchert feststellen, dass es sich dabei um ein Gebilde aus vielen verschiedenen Bruchstücken einzelner Theorien handelt, die bei genauer Betrachtung nicht zusammenzupassen scheinen und inhaltlich schwach oder sogar in sich unlogisch sind. LIND kritisiert, dass es bei der Validation nach FEIL bei einem reinen Eklektizismus³³ bleibt: „Unterschiedliche Modelle, Konzepte und Ähnliches werden zu einem bloßen Konglomerat zusammengefügt, das sich weder mit dem Stand der psychogeriatrischen Pflegeforschung noch mit der bestehenden Nomenklatur³⁴ psychischer Diagnostik vereinbaren lässt“ (LIND 2000b: 179). CLEES und EIERDANZ schreiben, dass FEILs Annahme, dementiell erkrankte Menschen würden in die Vergangenheit zurückkehren, um unerledigte Aufgaben abzuarbeiten, rein spekulativ sei und es keine gesicherten Hinweise darauf gäbe. Sie werfen ihr vor, dass auf diese Art und Weise die gerontopsychiatrische Arbeit zur „Scharlatanerie“ verkomme (CLEES/EIERDANZ 1996: 711). Tatsächlich trägt FEILs Schreibstil und ihr Auftreten bei Vorträgen nicht gerade dazu bei, dass ihre Methode aus akademischer Sicht ernst genommen werden kann. Sie äußert viele Allgemeinurteile, beispielsweise: „Alle fühlen sich glücklicher“ (FEIL 2000: 11), und Behauptungen, die sie nicht belegen kann wie „Alleine, ohne Validation, vegetieren sie“ (FEIL 1992: 14). Durch Formulierungen wie „Mit der Weisheit menschlicher Erfahrung und Intuition kehren sie in die Vergangenheit zurück, um aufzuräumen“ (FEIL 2000: 28) (vgl. Kapitel 4.2.3) mystifiziert sie ihre Theorie und macht sie dadurch unangreifbar. Trotzdem vermag die Validation viele Praktiker zu begeistern und zu überzeugen. MORTON bemerkt, dass es ein Glück ist, dass FEILs Validationsmethode „nicht aus einer vorher entwickelten theoretischen Position erwachsen [ist]. Vielleicht hätte sonst die Abneigung gegen ihre theoretischen Konzepte dazu geführt, dass wir von vornherein die Möglichkeit verworfen hätten, ihre Ansichten zur Praxis könnten in irgendeiner Hinsicht von Wert sein“

³³ „(abwertend) unorgienelle, unschöpferische geistige Arbeitsweise, bei der Ideen anderer übernommen oder zu einem System zusammengetragen werden“ (MÜLLER 1982: 208)

³⁴ Die Gesamtheit von Sach- oder Fachbezeichnungen eines Wissensgebietes (MÜLLER et al. 1982: 526)

(MORTON 2002: 80f). Für die Anwendung in der Praxis, so ist vielfach zu lesen, spielt die Theorie der Validation nur eine untergeordnete Rolle. Die Praxis ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch die Merkmale des personenzentrierten Ansatzes von Carl ROGERS. Theorien wie die Symboltheorie, das Modell der Lebensphasen nach ERIKSON und andere Theorien wirken wohl eher als nützliche Werkzeuge, die dabei helfen, die innere Welt von desorientierten Menschen besser zu verstehen. Letztlich dienen sie jedoch nur zur Entwicklung von Empathie (MOERTON 2002: 59).

8 Überlegungen zur Anwendung der Validation

Nachdem deutlich wurde, dass die Theorie der Validation nach FEIL als mangelhaft bezeichnet werden muss, ist zu überprüfen, inwiefern dies auch für die praktische Anwendung der Validation zutrifft. In diesem Zusammenhang sind besonders die Einzel- und Gruppenvalidation zu betrachten (vgl. Kapitel 8.2.1 u. 8.2.2). Häufig kritisiert wird das Fehlen empirischer Untersuchungen (vgl. Kapitel 8.3.1). Dem gegenüber stehen eine Reihe von Untersuchungen, die sich mit Teilspekten des Umgangs mit dementiell erkrankten Menschen beschäftigen (vgl. Kapitel 8.3.2). Die Ergebnisse weisen auf eine Verbesserung der nichtkognitiven Symptome hin, die ich in Kapitel 1.6 erläutert habe. In Kapitel 8.4 ziehe ich zur Beurteilung der Validation das Realitäts-Orientierungs-Training, die Milieuthérapie und den personenzentrierten Ansatz von KITWOOD heran (vgl. Kapitel 2.2.1 bis 2.2.3). Diese drei sehr unterschiedlichen Ansätze verdeutlichen die fehlenden Aspekte der Validation nach FEIL. Die gemeinsame Betrachtung der Validation nach FEIL und der anderen drei Ansätze ermöglicht schließlich Überlegungen hin zu einer Erweiterung beziehungsweise Integration des Validationsansatzes in andere Konzepte.

8.1 Allgemeine Aspekte

Trotz der mangelhaften theoretischen Grundlagen der Validation nach FEIL muss betont werden, dass FEIL mit ihrer Methode einen wesentlichen Beitrag zum Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen geleistet hat. Sie war die Erste, die einen Perspektivenwechsel gewagt hat und die den Mut hatte, darauf zu bestehen, dass auch Menschen, die unter schweren kognitiven Beeinträchtigungen leiden, zugehört werden und dass ihnen in Kommunikationsversuchen mit gebührendem Respekt begegnet werden muss. Sie ist mit ihrer Auffassung lange Zeit gegen den Strom geschwommen und „während die Mehrheit ausschließlich in Kategorien wie ‚Leistungsfähigkeit‘ und ‚Verhaltenssteuerung‘ dachte, hat sie als Einzige versucht, ‚echten Kontakt‘ herzustellen“ (MORTON 2002: 81). Heute ist die Auffassung, dass auffallende Verhaltensweisen eine Art und Weise sind, mit denen sich dementiell erkrankte Menschen ausdrücken, weitgehend anerkannt. (Dies bedeutet nicht, dass dies in allen Therapie- und Interventionsformen berücksichtigt würde).

Es gibt inzwischen deutliche Hinweise darauf, dass Verhaltensauffälligkeiten nicht nur krankheitsbedingt sind, sondern in hohem Maße durch zwischenmenschliche Faktoren und Umgebungsbedingungen beeinflusst werden (BMFSFJ 2001a: 19). Die Praxis der Validation versucht diesen Erkenntnissen zu entsprechen, indem vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehungen aufgebaut werden. Dabei ist Validation Begleitung und Unterstützung und respektiert den Menschen in seinem Handeln und Reden. Indem Validation bewusst nicht versucht, die Menschen von ihrem Weg abzubringen, sondern mit ihnen den Weg geht, bewahrt sie den Menschen eine Mit- und Selbstbestimmung. Gefährdet sehe ich die Selbstbestimmung der desorientierten alten Menschen jedoch darin, dass FEIL an keiner Stelle ihrer theoretischen Ausführungen einräumt, dass Menschen ablehnend auf Validation reagieren können. Mögliche negative Reaktionen scheint es für sie nicht zu geben. Verhaltensweisen wie Schreien oder Stampfen werden von FEIL immer im Zusammenhang mit unbewältigten Konflikten der Vergangenheit gesehen. Dass dieses Verhalten auch Ausdruck der Ablehnung von Validation sein könnte, wird von ihr nicht in Betracht gezogen. Einzig und allein bei der Validationstechnik des Berührens (T13, vgl. Kapitel 5.1) bemerkt sie, dass jedes noch so kleine Zeichen des Widerstandes auch als solches interpretiert werden muss.

Heftige Kritik an der Validationspraxis üben CLEES und EIERDANZ, die der Validation vorwerfen, die desorientierten Menschen zu unterfordern. Indem die Validation nur reagierend agiert und bewusst keine kognitive Stimulation einsetzt, spreche sie den dementiell erkrankten Menschen jegliche kognitive Lebensäußerung ab. Entwicklungschancen würde so nicht nachgespürt und sie würden ungenutzt gelassen beziehungsweise ignoriert werden. Der Validation sei „immanent, durch Unterforderung, die ebenso gefährlich wie Überforderung sein kann, Apathie und Depression zu begünstigen und damit letztlich zu einem weiteren Abbau der Hirnfunktionen beizutragen“. Validation beschneide Lebensperspektiven und sei „letztlich eine verbrämte Form der Aufbewahrung dementer alter Menschen“ (CLEES/EIERDANZ 1996: 711). Dieser harten Kritik kann ich nicht in vollem Umfang zustimmen. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass soziale Kontakte und Beziehungen dazu beitragen, dass sich das auffällige Verhalten von Menschen verbessert und sich das Wohlbefinden der Menschen steigert (BMFSFJ 2001a: 19). Eine „verbrämte Form der Aufbewahrung“ ist für mich gleichzusetzen mit „weggeschlossen“ und „sich selbst überlassen“, und genau dem wirkt Validation entgegen. Die Pflege und das Leben sozialer Kontakte, wie sie die Validation ermöglicht, sowie die Auseinandersetzung mit der eigenen Person, so denn diese bei dementiell erkrankten Menschen stattfindet, können meiner Meinung nach nicht als eine Unterforderung betrachtet werden, sondern stellen im Gegenteil eine, wenn auch emotionale, Stimulation dar.

Trotzdem sprechen CLEES und EIERDANZ mit ihrer konträren Position einen wichtigen Aspekt an. Die Validation schließt aufgrund ihrer eingeschränkten Sichtweise, dass Desorientierung grundsätzlich mit ungelösten Aufgaben in der Vergangenheit zusammenhängt, andere hilfreiche Möglichkeiten zum Umgang mit dementiell erkrankten Menschen aus, so beispielsweise die Aspekte der Milieugestaltung. Auf diesen wichtigen Punkt werde ich in Kapitel 8.4 genauer eingehen.

8.2 Praktische Anwendung von Validation

8.2.1 Einzelvalidation

Die praktische Anwendung von Validation scheint im Gegensatz zur Theorie klar verständlich und nachvollziehbar. FEILs beschriebene Techniken sind teilweise spezifische Techniken der personenzentrierten Beratung. Dazu zählen beispielsweise die Technik des Wiederholens (T3), des Spiegelns (T10) und des Verbindens von Verhalten und Bedürfnissen (T11) (Kapitel 5.1.2) (MORTON 2002: 88). Ihre Anwendung ist daher in der Praxis erprobt und ihre Wirksamkeit durch vielfache Untersuchungen von ROGERS und anderen belegt. Nicht belegt ist dagegen die Wirksamkeit der Anwendung der Validation im Ganzen (Kapitel 8.3.1). Unklarheiten sehe ich bei der Validationspraxis in der Dauer und Häufigkeit der Anwendung. FEIL gibt minutengenau an, wie lange ein validierender Kontakt dauern soll. Sicherlich ist dies nur als grobe Richtschnur zu verstehen. Trotzdem vermittelt sie dadurch, dass Validation zu bestimmten Zeiten und für einen absehbaren Zeitraum stattfindet. Auf der anderen Seite unterstützt FEIL, beispielsweise mit ihrem Ruf nach Validationsteams (Kapitel 5.2), dass zu jeder sich bietenden Möglichkeit validierender Kontakt entstehen kann. Wenn sowohl Pfleger als auch Sozialarbeiter, Heimleitung, Köche und Reinigungskräfte Validation anwenden, wird sicherlich häufiger validiert, als von FEIL beschrieben. Wenn man ihrer Aufforderung folgt, möglichst viele Menschen in einer stationären Einrichtung in Validation auszubilden, ist Validation nicht nur eine Methode, sondern wird zum Konzept einer Einrichtung und damit zur Grundhaltung der Mitarbeiter. Dies kann als ein ungenanntes Ziel der Validation verstanden werden.

8.2.2 Gruppenvalidation

Die Gruppenvalidation ist klarer definiert als die Einzelvalidation. Dies lässt sich sicherlich dadurch erklären, dass FEIL, bevor sie überhaupt daran dachte, eine neue Methode für den Umgang mit desorientierten Menschen zu entwickeln, schon intensiv mit Gruppen hochbetagter Menschen gearbeitet hat. Aus diesen Erfahrungen heraus hat sie die Validation entwickelt, die sie dann auch in der Einzelbetreuung angewendet hat. Validation ist von daher besonders gut geeignet für die Arbeit in Gruppen. Auch hier hat FEIL Pionierarbeit geleistet, denn sie war auch hier die

Erste, die Gruppenarbeit mit desorientierten Menschen überhaupt in Betracht gezogen hat (MORTON 2002: 102).

Die Gruppenvalidation ist geprägt von einer starken Strukturierung. Durch die Rollenverteilung bekommen die einzelnen Mitglieder einer Gruppe die Möglichkeit, bestimmte Fähigkeiten zu trainieren und Rollenbilder zu festigen. Hier fördert die Validation bewusst Ressourcen der Teilnehmer. Aktivitäten wie Singen, Gespräche, Bewegung und gemeinsames Essen unterstützen Interaktion und Kommunikation unter den Teilnehmern. EGIDIUS sieht in der Gruppenarbeit durch die stark vorgegebene Struktur die Mitbestimmung eingeschränkt. Ich sehe diese Gefahr nur bei einer strikten unsensiblen Durchführung einer Gruppensitzung. FEIL selbst betont ja auch, dass auch bei den strikten Vorgaben die momentanen Bedürfnisse und Themen der Teilnehmer im Vordergrund stehen. So kann es meiner Meinung nach als eine Form der Mitbestimmung betrachtet werden, wenn der Gruppenleiter das vorherrschende Thema eines Teilnehmers aufgreift, beispielsweise wenn eine Person emotional aufgewühlt ist, weil sie sich über eine andere Person geärgert hat.

Inhaltlich geht es bei den Gruppensitzungen zum Teil um Erinnerungsarbeit, auch Reminiszenzarbeit genannt, und um Themen, die am „Hier und Jetzt“ ausgerichtet sind (MORTON 2002: 102).

Bei der Gruppenvalidation spielt anders als bei der Einzelvalidation die Gestaltung des Milieus eine Rolle. Hier wird deutlich, dass FEIL die Bedeutung des Umfeldes durchaus bewusst ist. Es wundert daher, dass sie diesen Einflussfaktor ansonsten weitgehend außer Acht lässt.

Nicht nachvollziehen kann ich die Auswahl der Gruppenteilnehmer. FEIL hat eine genaue Vorstellung davon, wie viele Menschen aus Stadium II und wie viele aus Stadium III (vgl. Kapitel 5.1.4) an einer Gruppe teilnehmen sollen. Gleichzeitig betont sie, dass sich Menschen im Laufe eines Tages in verschiedenen Stadien befinden können. Da das Stadium nicht kontinuierlich bestimmbar ist, scheint eine Auswahl der Teilnehmer nach FEILs Vorstellungen schwer möglich. MACIEJEWSKI et al. beurteilen die von FEIL vorgegebene Auswahl als zu statisch und berichten, dass sich die Vorgaben in der Praxis aufweichen (MACIEJEWSKI et al. 2001: III/46).

8.3 Wirksamkeit von Validation

8.3.1 Fehlende empirische Untersuchungen

Für Deutschland liegen nur wenige Studien vor, die die Auswirkungen der Interventionsformen auf dementielle Erkrankungen untersuchen. Die international vorliegenden Studien entsprechen in der Regel nicht dem „goldenen Standard“ der Forschung. Dies bedeutet, sie wurden zumeist ohne Kontrollgruppen durchgeführt, und die Teilnehmer wurden nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Daneben

zeigt sich das Problem, dass sich in diesem Bereich noch keine standardisierten Instrumente herausgebildet haben, was die Studien untereinander kaum miteinander vergleichbar macht, außerdem findet die Datenerhebung in den meisten Fällen nicht durch unabhängige Experten, sondern durch „parteiische“ Personen statt (BMFSFJ 2001a: 27f). Das Vorliegen weniger Studien in diesem Bereich lässt sich auch dadurch erklären, dass viele neue Erfolg versprechende Ansätze in der Praxis einfach ausprobiert werden. Wenn sich nach der subjektiven Einschätzung von Einrichtungen oder einzelnen Betreuungspersonen Erfolge zeigen, wird der Ansatz weiterverfolgt. Eine wissenschaftliche Untermauerung scheint zweitrangig (BMFS 2001a: 28). Die Validation ist genau in dieser Weise entstanden und wird auch heute genau so praktiziert. Es gibt zwar einige wenige Untersuchungen, die verbreitete Meinung unter Praktikern beruht aber im Wesentlichen auf der persönlichen Überzeugung und Einschätzung der Wirksamkeit. Die Methode löst daher wegen ihrer fast ausschließlich intuitiven Begründung Kritik aus (MÜLLER 1994: 131). Naomi FEIL beruft sich auf verschiedene Studien (FEIL 2000: 40ff, 2001: 116ff), unter anderem auf solche Untersuchungen, die sie selbst durchgeführt hat und deren Ergebnisse im Großen und Ganzen den genannten Zielen der Validation (vgl. Kapitel 4.3) entsprechen. Danach verändert sich durch Validation die gesamte Körperhaltung, Augenkontakt ist häufiger möglich, der Gang verbessert sich und soziale Interaktionen sind vermehrt zu beobachten. Verhaltensweisen wie Schreien, Klopfen, Schlagen und Wandern nehmen ab, und in Folge können physische und psychische Zwangsmittel reduziert werden. Darüber hinaus nennt FEIL die nicht direkt sichtbaren Resultate wie die Bewältigung unerledigter Aufgaben, Verringerung von Angst, ein größeres Selbstbewusstsein und eine steigende Wahrnehmung der Realität mit häufigeren orientierten Phasen. Erste Resultate zeigen sich nach ungefähr sechs Wochen kontinuierlicher Validation. Auf Seiten der Betreuer wird das Bewusstsein für die emotionalen Bedürfnisse der desorientierten alten Menschen gestärkt, das Selbstvertrauen in die eigene Tätigkeit nimmt zu und Überforderung und Frustration nehmen stark ab. Die Arbeitszufriedenheit steigt (FEIL 2000: 40). FEILs zitierte Studien werden von ihr nicht weiter erläutert, und zum größten Teil sind die Quellen nicht angegeben. So sind Art und Weise der Durchführung und vor allem die Stichprobengröße unklar, was FEILs Argumentation nicht überprüfbar macht.

MÜLLER zitiert eine Studie (ROBB et al. 1986), die im Hinblick auf kognitive Parameter, auffälliges Verhalten und Sozialverhalten feststellt, dass erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber dementiell erkrankten Menschen die gleichen positiven Effekte erzielt wie Validation (MÜLLER 1994: 124). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) kommt zu dem Schluss, dass aufgrund der bisher durchgeführten Studien keine fundierte Bewertung der Validation nach FEIL vorgenommen werden kann und dass sich aus den wenigen publizierten Studien kaum signifikante Aussagen über Effekte der Validation

ableiten lassen. Allerdings lässt sich aus den bekannten Studien eine positive Tendenz herauslesen. Eine generelle Aussage kann jedoch kaum getroffen werden (BMFSFJ 2001a: 40f).

Abschließend kann gesagt werden, dass die Wirkung von Validation bis heute ungeklärt ist.

8.3.2 Empirische Untersuchungen zu Teilaspekten des Umgangs mit dementiell erkrankten alten Menschen

Unabhängig davon, dass es keine Studien gibt, die die Wirksamkeit der Validation nach FEIL belegen, lassen eine Reihe von Studien die verschiedenen Teilaspekte des Umgangs mit dementiell erkrankten alten Menschen den Schluss zu, dass einzelne Aspekte der Validation richtig und hilfreich sind. LIND bietet einen umfassenden Überblick zu Studien (LIND 2000a), die im Zusammenhang mit Verhaltensinterventionen durchgeführt wurden. Einige dieser Ergebnisse werde ich im Folgenden zusammenfassen und mit der Validation in Verbindung bringen.

LIND führt eine Studie von EKMAN et al. an, die ergab, dass sich Pflegekräfte, denen es nicht gelungen ist, Kontakt zu dementiell erkrankten Menschen herzustellen, unzulänglich und untauglich vorkamen und Burnout-Symptome entwickelten. Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, dass für die eigentlich zeit- aufwändigere Pflege dementiell erkrankter Menschen 40% weniger Zeit aufgewendet wurde als für die nicht dementiell erkrankter (EKMAN et al. 1991 und 1994). Die von den Pflegenden als belastend empfundene fehlende Kommunikation führt dazu, dass die Pflegenden sich aus der Pflege zurückziehen und die Pflege auf das Nötigste beschränken (LIND 2000a: 89). Eine weitere Untersuchung ergab, dass ein hoher Grad an Empathie in Zusammenhang steht mit Arbeitszufriedenheit und somit dem Gefühl der Arbeitsbelastung und -überforderung entgegenwirkt (ASTRÖM et al.). Betrachtet man diese Ergebnisse im Zusammenhang mit der Validationsmethode nach FEIL, scheint FEILs Behauptung, Validation helfe den Validationsanwendern (VA) (vgl. Kapitel 5.2), bestätigt. Für die Anwendung von Validation ist ein hohes Maß an Empathie Voraussetzung. Die Beziehung zwischen Betreuer und dementiell erkranktem Menschen steht im Mittelpunkt. Der enge Kontakt zwischen Pflegendem und dementiell erkranktem Menschen führt zu Zufriedenheit des Pflegenden. Wer in der Lage ist, validierend zu arbeiten, beugt also Burnout-Symptomen vor. Auch wenn die hier genannten Untersuchungen die Pflegekräfte stationärer Einrichtungen im Blick hatten, wage ich zu behaupten, dass Empathie und die Fähigkeit, Beziehungen herzustellen, auch in anderen Arbeitsfeldern mit dementiell erkrankten Menschen die Arbeitszufriedenheit erhöht.

Die Auswirkungen von Sensibilität, Feinfühligkeit und Einfühlungsvermögen auf die dementiell erkrankten alten Menschen konnten in einer Studie von NILSSON et al.

nachgewiesen werden. Durch eine reflektierte Pflege konnten auffällige Verhaltensweisen um 80% reduziert werden (NILSSON et al. 1988). LIND schließt daraus, dass Empathie und Feingefühl eine Möglichkeit sind, das Verhalten dementiell erkrankter alter Menschen besser zu verstehen und demnach angemessener reagieren zu können (LIND 2000a: 95). Selbst wenn Empathie nicht wie bei FEIL notwendig ist, um einen Menschen bei der Bewältigung seiner unerledigten Aufgaben zu verstehen und zu begleiten, ist sie ein Muss in der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen, sowohl für die Zufriedenheit der Betroffenen als auch für die der Betreuenden.

In der Literatur findet man häufig den Hinweis, dass dementiell erkrankte Menschen auf negative Kritik und auf ablehnende verbale und nonverbale Äußerungen mit negativen Verhaltensreaktionen reagieren. LIND sieht dies bestätigt und bezieht sich auf BARTOL und KELLEY (BARTOL 1979/KELLEY 1997). Er schreibt, dass dementiell erkrankte Menschen mit solchen Äußerungen überfordert sind. Sie können „nicht angemessen interpretieren und damit relativieren. Dadurch haben negativ gefärbte Impulse in den Interaktionen für sie einen bedrohlichen Charakter“ (LIND 2000a: 93). Die Validation besteht daher zu Recht darauf, einem Menschen mit bedingungsloser Akzeptanz zu begegnen und seine Welt als die für ihn wahre anzuerkennen. Wird die Welt des dementiell erkrankten Menschen durch Korrekturen und ablehnendes Unverständnis in Frage gestellt, reagiert er verunsichert und verärgert. Rückzug und Flucht sieht auch LIND als eine häufige Folge auf ablehnendes Verhalten Betreuender.

Beobachtungen, die die Bedeutung von Kommunikation und Beziehungen bestätigen, ergaben, dass dementiell erkrankte Menschen, die sich an Gesprächen beteiligten, daraus Zufriedenheit und emotionale Bestätigung schöpften (SANDMAN et al. 1994). Gespräche im menschlichen Zusammensein drücken gegenseitige soziale Wahrnehmung und Akzeptanz aus (LIND 2000a: 98). Verbale und nonverbale Kommunikation als Aspekte der zwischenmenschlichen Beziehung und damit auch die Validation als eine explizite Methode der Kommunikation tragen also zum Wohlbefinden bei. Hier sehe ich besonders die wichtige Rolle der Gruppenvalidation bestätigt. Mit dem geselligen Beisammensein in den Gruppensitzungen entspricht die Validation dem Bedürfnis des Menschen nach sozialen Kontakten und verbalem Austausch. Hier bekommen die dementiell erkrankten Menschen nicht nur die Gelegenheit, mit dem VA zu kommunizieren, sondern darüber hinaus auch die Möglichkeit, sich in der Kommunikation mit mehreren Menschen in einer Gruppe als soziales Wesen selbst wahrzunehmen. LIND weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Interaktionen zwischen dementiell erkrankten Menschen nie durch Außenstehende gestört werden soll, indem beispielsweise versucht wird, korrigierend einzugreifen und eine Sinnstruktur vorzugeben. „Es gilt diese Form der

Kommunikation als einen spezifischen Ausdruck des Bedürfnisses nach sozialen Kontakten zu akzeptieren“ (LIND 2000a: 98).

Neben der verbalen Kommunikation spielt die nonverbale Kommunikation eine bedeutende Rolle, auf die dementiell erkrankte Menschen genauso sensibel reagieren wie Menschen ohne Demenz (KELLEY 1997). Auf positive nonverbale Interaktionsformen durch Gesten, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Berührungen reagieren dementiell erkrankte Menschen mit positiven Reaktionen. Dies unterstützt FEILs Behauptung, dass desorientierte Menschen Unehrlichkeit erkennen und dementsprechend darauf reagieren. Wenn ein Mensch versucht, etwas anderes auszudrücken, als er in Wirklichkeit meint, signalisiert er über seine nonverbale Kommunikation in der Regel die eigentliche Wahrheit. So kann ein dementiell erkrankter Mensch „zwischen einem herablassenden Schulterklopfen und einer Berührung voll Wärme unterscheiden“ (FEIL 2000: 36), selbst wenn versucht wird, dies zu vertuschen.

Die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation greift FEIL in ihren Techniken (vgl. Kapitel 5.1.2) auf. Hohe Priorität räumt sie dabei der Technik des Berührens (T13) ein. LIND bestätigt diese Bedeutung und führt aus, dass durch Körperkontakt das Hormon Oxytocin, bekannt als „Glückshormon“, im menschlichen Körper ausgeschüttet wird und dass zu wenig Körperkontakt zu einer Störung des psychophysischen Gleichgewichts führt (LIND 2000a: 100). Darüber hinaus haben Berührungen positive Wirkungen auf das Selbstwertgefühl (COPSTEAD 1980) und fördern das Wohlbefinden (MOORE et al. 1995).

Es wird deutlich, dass für dementiell erkrankte Menschen trotz Einschränkungen ihrer kognitiven Fähigkeiten und einer stark eingeschränkten zwischenmenschlichen Kommunikation die Beziehungsaspekte von größter Bedeutung sind. Die emotionale Wahrnehmung und das Gespür funktionieren noch relativ gut. Das Bedürfnis, sich verbal oder nonverbal auszudrücken, sieht LIND als ein Indiz dafür, dass das emotionale und soziale Vermögen im Gegensatz zu den kognitiven Fertigkeiten noch recht gut erhalten sind (LIND 2000a: 98). Die Validation entspricht dem in hohem Maße durch die Betonung von Empathie und Respekt in der Beziehung zu dementiell erkrankten Menschen. FEIL greift die fundamentalen Grundlagen, die LIND herausgearbeitet hat, in ihrem Ansatz auf und macht sie zum Hauptgegenstand der Validation. Die Validation kann in dieser Hinsicht positiv als geeigneter Behandlungsansatz für dementiell erkrankte alte Menschen bewertet werden.

8.4 Validation und andere Behandlungsansätze

Wie ich oben herausgearbeitet habe, ist die Validation nach FEIL trotz der starken theoretischen Mängel ein im Grunde geeigneter Ansatz für die Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen, da sie die grundlegenden Voraussetzungen wie Empathie, Respekt und Förderung der Kommunikation zum Gegenstand hat. Dennoch ist die Validationsmethode allein meiner Meinung nach in der Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen nicht ausreichend.

Validation und Realitäts-Orientierungs-Training als sich ergänzende Ansätze

Wie oben schon erwähnt (vgl. Kapitel 8.1) grenzt FEIL mit ihrer eingeschränkten Sichtweise, dass Desorientierung in erster Linie mit ungelösten Aufgaben in der Vergangenheit zusammenhängt, andere Aspekte aus, die mit verursachend sein können. So geht sie nur ungenügend auf den Einfluss der sensorischen Stimulation ein. Faktoren wie Unterforderung in stationären Einrichtungen durch eine deaktivierende Komplettversorgung, die auch heute oft noch vorzufinden ist, und den Einfluss der Umgebungsfaktoren lässt sie weitgehend außer Acht.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass FEIL sich dieser Tatsache in sofern bewusst ist, als dass sie ein Nebeneinander verschiedener Ansätze befürwortet. Sie spricht sich explizit für die Remotivationstherapie aus (FEIL 2001: 247 u. 220), aber auch für Beschäftigungsgruppen und in eingeschränktem Maße auch für Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) (vgl. Kapitel 2.2.1). Letzteres, so FEIL, kann besonders für Menschen, die mangelhaft unglücklich orientiert sind (Stadium I, vgl. Kapitel 4.6) von großem Nutzen sein und ihrem unbedingten Bedürfnis, die Orientierung nicht zu verlieren, entgegenkommen. FEIL weist aber darauf hin, dass sich auch Menschen im Stadium I zurückziehen, wenn ihre Aussagen in Zweifel gezogen werden (FEIL 2001: 125). Meiner Meinung nach können Elemente des ROTs auch in späteren Stadien angewendet werden. Allerdings kann dabei nicht von einer sturen und unsensiblen Anwendung ausgegangen werden, bei der die Betroffenen dauernd mit ihren Verlusten und Defiziten konfrontiert werden. Eine solche Anwendung würde sich nur auf die Krankheit und den Versuch, diese zu bestreiten, reduzieren. Wer stur ROT anwendet, „realisiert, wie beschränkt eigentlich die ‚Realität‘ ist die wir mit den Dementen teilen können. Wir nennen Datum, Jahreszeit, Tag der Woche. [...] Wir üben Namen, aber was ist ein Name ohne Persönlichkeit, ohne Geschichte? Die objektive Wirklichkeit ist eine langweilige und versagende Realität. Die subjektive Wirklichkeit dagegen ist unbeschränkt, ist voller Gedanken, Gefühle, Geheimnisse, Möglichkeiten, Wünsche, Träume...“ (VAN DER KOOIJ 1994: 278). Auch in der Anwendung des ROTs muss die subjektive Realität des Einzelnen anerkannt werden. Dies schließt nicht aus, dass Situationen des täglichen Lebens genutzt werden können, um Fähigkeiten zu trainieren und Gespräche anzuregen. Auf diese Weise können die Selbständigkeit der Menschen

und damit das Selbstwertgefühl gestärkt werden. Gleichzeitig kommt dies dem Bedürfnis des Menschen entgegen, nützlich zu sein und eine Aufgabe zu haben. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass das ROT dazu beitragen kann, Fähigkeiten länger zu erhalten (vgl. Kapitel 2.2.1). Ein ROT, das die alltagspraktischen Fähigkeiten und die bevorzugten Tätigkeiten eines Menschen fördert – haben diese nun in der objektiven Realität einen Sinn oder nicht –, bietet den Menschen Raum, sich zu betätigen und auszudrücken, und ist von daher zu unterstützen. Validation alleine sieht eine direkte Förderung von vorhandenen Kompetenzen nicht vor. FEIL geht davon aus, dass ein Erhalten der Fähigkeiten und in einigen Fällen auch eine Verbesserung der Orientierung allein darüber erreicht werden kann, indem die Menschen einfühlsam auf dem Weg in ihre innere Welt begleitet werden und ihnen bei der Bewältigung unerledigter Aufgaben geholfen wird (vgl. Kapitel 4.2.2 und 4.3). Mangelnde Anregung, Sinnlosigkeitsgefühle oder einfach Langeweile, denen mit einfühlsam angewendetem ROT begegnet werden kann, finden bei FEIL nur ungenügende Berücksichtigung. Ich sehe daher die Gefahr, dass eine ausschließliche Anwendung von Validation zur Unterforderung führen kann. In der Praxis ist also unbedingt darauf zu achten, dass Validation nicht die einzige Interventionsform darstellt. VAN DER KOOIJ plädiert für ein ausgewogenes Verhältnis von Appell, was als eine vom Betreuer gesteuerte Intervention im Sinne des ROTs verstanden werden kann, und von Akzeptanz im Sinne FEILs. Sie sagt, dass jemand, der Validation anwendet, auch manchmal ROT benutzen wird, und jemand, der ROT benutzt, wird auch einfühlsam im Sinne FEILs sein (VAN DER KOOIJ 1994: 279).

Milieu-therapie

Naomi FEIL gibt in ihrem Ansatz der Validation keine genauen Hinweise zur Strukturierung der Umgebung. Einzig und allein bei der Gestaltung des Raumes zur Gruppenvalidation betont sie die Wichtigkeit einer Atmosphäre der Sicherheit. Auch hier dominiert ihre Sichtweise von Desorientierung als Rückzug in vergangene Konflikte. Sie fragt nicht danach, inwiefern eine Umgebung – ein Milieu –, in dem ein Mensch lebt, zum Verhalten und Erleben eines dementiell erkrankten Menschen beitragen kann und so einen Rückzug fördert.

Die Milieu-therapie (vgl. Kapitel 2.2.2) dagegen geht davon aus, dass dementiell erkrankte alte Menschen sehr empfindsam auf ihre Umgebung reagieren. Sie versucht daher, gezielt Überforderungs- und Belastungsquellen, aber auch Unterforderung zu vermeiden. Die Milieu-therapie bezieht damit in wünschenswerter Weise das gesamte Lebensumfeld eines Menschen mit ein. Während FEILs Ansatz sich nur auf die Kommunikation bezieht, nutzt die Milieu-therapie darüber hinaus die räumliche Umgebung, um den dementiellen Prozess und das Verhalten und Erleben von dementiell erkrankten Menschen positiv zu beeinflussen. So wird in stationären

Einrichtungen eine normale Möblierung und Alltagskleidung des Personals als wichtig angesehen und eine Krankenhausatmosphäre verhindert. Überflüssige Geräuschkulissen wie dauernd laufende Fernseher und optisch Überforderndes werden vermieden.

Wie oben im Zusammenhang mit dem ROT genannt, kann die Validation als einziger angewendeter Ansatz zu Unterforderung führen. Eine alleinige emotionale Stimulation (vg. Kapitel 8.1) reicht nicht aus. Die Milieuthherapie versucht, auf verschiedenen Ebenen einer Unterforderung und Langeweile entgegenzuwirken. Besonders durch Angebote zur Eigenbeschäftigung gibt sie den dementiell erkrankten Menschen die Möglichkeit, sich ihren Tagesablauf selbst zu gestalten. Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung werden auf diese Weise gefördert. Gleichzeitig respektiert die Milieuthherapie dadurch die momentanen Bedürfnisse und die Erlebniswelt der Betroffenen und gibt ihnen die Möglichkeit, sich an vertraute Rollenbilder zu erinnern. Hier können sich Milieuthherapie und Validation gut ergänzen. So kann beispielsweise eine Frau, die sich durch ein Regal mit Wäsche angesprochen fühlt, an ihre Rolle als sorgende Ehefrau erinnern. Ein Validationsanwender könnte darauf validierend eingehen und das Gefühl dahinter ansprechen, beispielsweise, wie sehr die Frau ihren Mann vermisst.

Neben den Angeboten zur Eigenbeschäftigung soll durch verschiedene aktivierende Angebote wie Singen, Bewegung oder Hinweise auf Gerüche, aber auch durch eine gezielte Förderung von Alltagskompetenzen eine Unterforderung und Vereinsamung verhindert werden. Die Gruppenvalidation greift einige dieser Elemente auf und wirkt somit einer sensorischen Deprivation entgegen. Die Gruppenvalidation findet aber nur wenige Male pro Woche und nur für einen begrenzten Zeitraum statt. Im Gegensatz dazu stellen die Angebote der Milieuthherapie wichtige tagesstrukturierende Elemente dar. Sie sind also eine Förderung, die nicht zeitlich begrenzt ist, sondern in den Alltag integriert ist.

Für die Milieuthherapie ist eine klare und immer wiederkehrende Strukturierung des Tagesablaufs, die gleichzeitig auf die Gewohnheiten und Bedürfnisse des Einzelnen Rücksicht nimmt, unbedingte Voraussetzung. Dies soll den dementiell erkrankten Menschen helfen, sich zu orientieren, und ihnen Vertrautheit und Sicherheit vermitteln. Auch die Gruppenvalidation ist aus diesen Gründen von FEIL klar strukturiert und ihr Ablauf folgt einem immer gleichen Ritual. FEIL erkennt die Bedeutung von klaren Strukturen, setzt dies aber nur in ihrer Gruppen- und nicht in der Einzelvalidation um.

Die Validation ist als ein Ansatz zu verstehen, der sich auf gezielte, zeitlich begrenzte Interventionen beschränkt. Die Milieuthherapie dagegen strukturiert und gestaltet den Alltag.

Der personenzentrierte Ansatz nach KITWOOD

KITWOODs Ansatz (vgl. Kapitel 2.2.3) zum Umgang mit dementiell erkrankten Menschen bezieht sich als expliziter personenzentrierter Ansatz ähnlich wie Carl ROGERS (vgl. Kapitel 4.2.1) auf die Beziehungstheorie von BUBER. Auch FEIL kann, wie oben beschrieben (vgl. Kapitel 7.1), als ein personenzentrierter Ansatz verstanden werden. Während FEIL sich auf ROGERS bezieht, dessen Ansatz nicht direkt für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen entwickelt wurde, formuliert KITWOOD eine Theorie des personenzentrierten Ansatzes, die direkt auf die Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen zugeschnitten ist. Im Vordergrund steht das Erhalten des Personseins dementiell erkrankter alter Menschen, indem eine Beziehung aufgebaut und erhalten wird. So stellt KITWOOD, wie FEIL auch, die Beziehung in den Mittelpunkt des Geschehens.

KITWOODs Ansatz kann meiner Meinung nach als eine Weiterentwicklung der Validation gesehen werden, die darauf verzichtet, den Grund für Desorientiertheit in ungelösten Konflikten der Vergangenheit zu suchen.

Wie FEIL geht auch KITWOOD davon aus, dass es tief liegende Notwendigkeiten gibt, die sich nicht unterdrücken lassen. Er bezieht sich allerdings nicht auf unerledigte Aufgaben, sondern darauf, dass das Leben einen Sinn hat, auf soziale Kontakte, auf Sicherheit und darauf, jemand zu sein. Ausgangspunkt seiner Überlegungen sind dabei verschiedene individuell geprägte Bedürfnisse, die jeder Mensch hat und die, wenn sie nicht mehr befriedigt werden, mit einer enormen Kraft und Eigendynamik zutage treten. Werden die Bedürfnisse nicht befriedigt, zieht sich der Mensch in sich zurück. Dies trägt nach KITWOOD entscheidend zu einer dementiellen Erkrankung bei. Er geht davon aus, dass dementielle Erkrankungen „als komplexe Interaktion zwischen verschiedenen Faktoren“ verstanden werden müssen (RETZ-JUNGINGER et al. 2000: 53) (vgl. Abbildung 11). FEIL nennt die gleichen Bedingungsfaktoren, räumt ihnen aber nur eine untergeordnete Rolle ein (vgl. Kapitel 4.2.3).

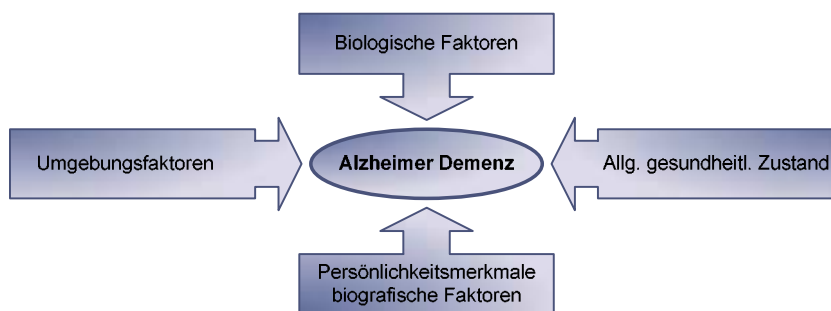


Abbildung 11: Verschiedene Faktoren die eine Demenz beeinflussen

(RETZ-JUNGINGER et al. 2000: 53)

KITWOOD formuliert seinem Verständnis von Demenz entsprechend verschiedene Interaktionsformen, die helfen, eine Beziehung zu dementiell erkrankten Menschen aufzubauen und die Bedürfnisse der Menschen zu befriedigen. KITWOOD schätzt dabei die Validation als einen wichtigen Schritt in der Geschichte der Behandlungsansätze für dementiell erkrankte alte Menschen. Allerdings sieht er die Validation nach FEIL als eine Methode neben vielen anderen. Die von ihm genannten Interaktionsformen geben Betreuern für verschiedene Situationen Handlungsmöglichkeiten an die Hand. So geht es, über die Validation hinaus, beispielsweise auch um sensorische Stimulation, das Erkennen, Respektieren und Fördern individueller Fähigkeiten, Selbstbestimmung und kreativen Ausdruck. KITWOODs Ziel ist es jedoch nicht in erster Linie, den kognitiven Verfall aufzuhalten, sondern das Wohlbefinden einer Person durch den Prozess der dementiellen Erkrankung hindurch zu erhalten.

9 Fazit

Die grundlegende Kritik an FEILs Ansatz betrifft FEILs Verständnis von Desorientierung mit der Reduzierung auf unerledigte Aufgaben als entscheidenden Bedingungsfaktor. Ihre Erweiterung von ERIKSONS Modell ist unschlüssig und birgt die Gefahr der Überinterpretation. FEILs einseitiges Verständnis verhindert eine Orientierung an der subjektiven Perspektive der Betroffenen, da andere Ursachen nicht berücksichtigt werden, wie beispielsweise mangelnde Stimulation aufgrund einer krankenhausaartigen Atmosphäre der unmittelbaren Umgebung. Es muss davon ausgegangen werden, dass es nicht die eine Demenz mit der einen Ursache gibt, sondern dass Demenzen individuell unterschiedlich verlaufen und von verschiedenen Bedingungsfaktoren unterschiedlich stark beeinflusst werden. Unerledigte Aufgaben der Vergangenheit können dabei einen von vielen Faktoren darstellen, der aber keineswegs auf jeden dementiell erkrankten Menschen zutreffen muss. Die Methode der Validation nach FEIL versteht sich als Behandlungsansatz, indem den alten Menschen geholfen wird, ihre unerledigten Aufgaben zu lösen, und so der Verlauf von Desorientierung (also von dementiellen Erkrankungen) positiv beeinflusst und aufgehalten werden kann. Der Ansatz mit diesem eng gefassten Verständnis von Ursache und Behandlung kann in dieser Form meiner Meinung nach nicht als geeignet betrachtet werden.

FEILs Auffassung der ursächlichen Zusammenhänge von unerledigten Aufgaben und Desorientierung ist aber als ein rein theoretisches Konstrukt zu verstehen, dass für die praktische Anwendung nur eine untergeordnete Rolle spielt. COFONE merkt an, dass der typische Vorwurf, die Validation beschäftige sich nur damit, vergangene Probleme aufzuarbeiten, meistens nur aufgrund der Lektüre der Bücher von FEIL gemacht wird und eine Unkenntnis der Praxis zeigt (COFONE 2000: 46). Die

praktische Umsetzung von FEILs Methode muss daher anders bewertet werden. Unabhängig davon, ob man glaubt, dass Desorientiertheit mit unerledigten Aufgaben der Vergangenheit zusammenhängt, bieten einem die Techniken der Validation zusammen mit der personenzentrierten Grundhaltung ein anwendbares Handlungskonzept. Für betroffene dementiell erkrankte Menschen stehen emotionale und soziale Aspekte, die länger erhalten bleiben als kognitive Fähigkeiten, im Vordergrund. Auch wenn nicht vergangene Konflikte die Ursachen für Desorientierung darstellen, leben Betroffene in einer überwiegend emotional geprägten Welt, die ihr Erleben und Handeln bestimmt. Validation kann losgelöst von der Ursache auf die dem Handeln zugrunde liegenden Emotionen eingehen und dem Bedürfnis entsprechen, die Gefühle auszudrücken. Validierende Praxis ist damit unabhängig von FEILs Theorie der unerledigten Aufgaben.

FEIL erkennt die individuelle Wahrheit jedes einzelnen Menschen an und tritt ihr respektvoll und akzeptierend gegenüber. Die praktische Anwendung von Validation ist geprägt von dieser personenzentrierten Grundhaltung, ohne die die einzelnen Techniken völlig nutzlos wären. Von daher wird die Validation häufig mehr als eine Haltung und weniger als eine Methode verstanden. Bei aller Kritik muss hervorgehoben werden, dass FEIL mit ihrer Übertragung von ROGERS Ansatz auf die Arbeit mit verwirrten sehr alten Menschen und dem damit verbundenen Perspektivenwechsel einen bedeutenden Beitrag für die Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Menschen geleistet hat. Umfangreichere empirische Untersuchungen, die die Wirksamkeit der Validation und die Notwendigkeit einer solchen Haltung nachweisen könnten, wären jedoch erforderlich, um die Bedeutung einer personenzentrierten Arbeit zu unterstreichen und zu einer Verbreitung unter Professionellen beizutragen.

FEIL bezieht in ihre Arbeit die Persönlichkeit und die Biographie der einzelnen Personen mit ein und achtet besonders auf nichtkognitive Symptome. Die Validation geht damit in wünschenswerter Weise über die biomedizinische Sichtweise von Demenz hinaus. Die Methode kann daher als ein kritischer Ansatz bewertet werden, und zwar unabhängig von der Tatsache, dass FEIL diese Aspekte vor dem Hintergrund ihrer Theorie der unerledigten Aufgaben betrachtet.

In den Bereichen der Einzelvalidation und besonders in der Gruppenvalidation bietet die Methode, verbunden mit der grundlegenden Haltung, gute praktikable Ansätze, die sowohl den Bedürfnissen der dementiell erkrankten Menschen (Bedürfnis nach Kommunikation und Beziehungen) als auch der Arbeitszufriedenheit der Betreuenden entsprechen. Dennoch hat die Validation eine Begrenztheit, die andere Methoden neben ihr rechtfertigt. So mangelt es ihr beispielsweise an einer gezielten, einfühlsamen Förderung noch vorhandener Fähigkeiten. Darüber hinaus kann die Anwendung der Validation nicht losgelöst von dem räumlichen und sozialen Umfeld einer Person umgesetzt werden. Die Umgebungsbedingungen sind an der Entstehung

und Aufrechterhaltung nichtkognitiver Symptome maßgeblich beteiligt und spielen daher im Leben eines dementiell erkrankten Menschen eine fundamentale Rolle. Die Validationsmethode alleine wird den verschiedensten Anforderungen und Bedürfnissen nicht in vollem Umfang gerecht. Da sie jedoch in erster Linie eine Grundhaltung darstellt und erst in zweiter Linie eine Handlungsmethode, kann sie beispielsweise innerhalb der Milieuthherapie ein praktikables und erfolgreiches Konzept für Kommunikation und Umgang sein.

Betrachtet man die Methode der Validation von FEIL in dieser Weise, kann gesagt werden, dass sie ein geeigneter Ansatz für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen ist, der aber sein volles Potential nur in Kombination mit anderen Konzepten entfalten kann. Da es kein einheitliches Erleben von Demenz gibt, müssen auch die Interventionsformen, die zwar nicht zu einer Heilung, aber zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen, verschiedene sein, und dies kann die Validation alleine nicht leisten.

Die Weiterentwicklungen der Validation von RICHARDS – das integrative validierende Arbeiten (IVA) – (vgl. Kapitel 2.2) hat diese fehlenden Komponenten leider nicht aufgegriffen. RICHARDS reduziert im Gegenteil FEILs Ansatz, indem sie auf verschiedene Techniken verzichtet und die Interpretationen der Symbole und des ursächlichen Zusammenhangs zwischen ungelösten Problemen und Desorientierung ablehnt. Das IVA versteht sich daher selbst mehr als eine Umgangsweise, bei der auf die innere Realität dementiell erkrankter alter Menschen eingegangen wird. Das IVA nach RICHARDS „ist keine Methode und keine Therapie, es ist eine menschliche Haltung“ (WEBER 1999). RICHARDS betont, dass IVA als eine Grundhaltung überall und jederzeit eingesetzt und in jede Tätigkeit integriert werden kann (FLEMMING 1996: 386). Sie korrigiert in ihrer Weiterentwicklung gewissermaßen die von mir oben genannte Kritik, dass die Auffassung, Desorientiertheit resultiere aus unerledigten Aufgaben, zu eng gefasst sei. Dennoch hat auch RICHARDS es versäumt, ihren Ansatz um die entscheidenden milieuthérapeutischen Faktoren zu erweitern.

Eine wirklich brauchbare Weiterentwicklung der Validation sehe ich in KITWOODs personenzentriertem Ansatz. KITWOOD hat FEILs Erkenntnisse und den von der Validation eingeleiteten Perspektivenwechsel genutzt und ein darauf aufbauendes personenzentriertes Konzept entwickelt. Er berücksichtigt dabei, dass es Menschen geben kann, bei denen unerledigte Aufgaben zu einem Rückzug und zu Desorientierung führen können, betrachtet dies aber nur als eine Möglichkeit unter vielen verschiedenen. Er nutzt die Validation als eine spezifische Form der Kommunikation, die den Zugang zu der Welt eines dementiell erkrankten Menschen ermöglicht. Darüber hinaus misst er der Stimulation der Sinne, der Förderung von Alltagskompetenzen und dem Bedürfnis, sich spontan und kreativ auszudrücken, eine gleichbedeutende Wichtigkeit wie der Validation zu. Hier wird die Validation durch

entscheidende Faktoren ergänzt. Die milieuthérapeutischen Ansatzpunkte treten jedoch auch bei KITWOOD in den Hintergrund. Es gibt also Konzepte, die die Validation weiterentwickelt und im Zusammenhang mit anderen Handlungskonzepten zu einer ganzheitlicheren Umgangsform ausgebaut haben.

Lässt man die theoretischen Grundlagen außer Acht, ist die Validation ein im Grunde geeigneter Ansatz für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen. In der Kombination mit anderen Konzepten und durch die Erweiterung durch andere Methoden kann FEILs Ansatz zu einer lebensweltbezogenen Begleitung werden, die die Würde des Einzelnen wahrt und ihn in seinen Bedürfnissen unterstützt und fördert.

Dementiell erkrankte Menschen sind ehrlich, überaus sensibel und sie merken Gefühlsbetrug. Sie hören, sehen und kommunizieren alleine auf der emotionalen Ebene. Sie haben ein Recht darauf, dass Konzepte des Umgangs dies aufgreifen und respektieren und darauf, dass ihre Würde trotz des fortschreitenden dementiellen Prozesses gewahrt wird. Die Validation hat mit ihrer veränderten Perspektive dazu beigetragen, dass sich das Bild von einem defizitären „verrückt“ werdenden Menschen hin zu einem Bild verändert hat, bei dem der dementiell erkrankte Mensch als Ganzheit wahrgenommen und respektiert wird.

Abschließende Bemerkung

Betrachtet man die demographische Entwicklung der nächsten Jahre, so wird deutlich, dass Hochaltrigkeit in Zukunft keine Seltenheit mehr sein wird, sondern sich zum normalen Bestandteil unserer Gesellschaftsstruktur entwickelt. Der damit verbundene erhöhte Betreuungsbedarf in der Altenhilfe, der auch gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen verändert, zwingt dazu, der Qualität der Pflege und der psychologischen Betreuung mehr Beachtung zu schenken. Die Bundesregierung betont in ihrer Stellungnahme zum Vierten Altenbericht dabei besonders die Situation dementiell erkrankter alter Menschen. Sie weist darauf hin, dass eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen dringend erforderlich ist, um die bestehenden Defizite in quantitativer und qualitativer Hinsicht in Bereichen der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung dementiell erkrankter alter Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen zu verringern (BMFSFJ 2002:22). Der Umgang mit dementiell erkrankten Menschen muss dabei von einem Bild geleitet werden, das auch Menschen im hohen Alter ein „Recht [auf] ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben als geachtete und gleichwertige Mitglieder unserer Gesellschaft“ zugesteht (BMFSFJ 2002:23). Der Erhalt der Würde bis zum Lebensende ist dabei Grundlage aller Bemühungen. An den Potenzialen dieser Lebensphase, und dementielle Erkrankung ist davon nicht ausgeschlossen, müssen sich geeignete Interventionsmaßnahmen orientieren. Dabei ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise gefragt, die sich nicht auf die geistige Leistungsfähigkeit beschränkt, sondern Kompetenzen wie soziales und emotionales Vermögen mit einbezieht. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen hochaltriger Menschen gerecht zu werden, ist eine breite Palette von Hilfsangeboten nötig. Dabei darf, dies gilt im Besonderen für dementiell erkrankte Menschen, nicht die medizinische Diagnose Ausgangspunkt des therapeutischen Handelns sein. Interventionsansätze sollten sich dagegen an der subjektiven Perspektive des Einzelnen orientieren.

Für eine angemessene Versorgung dementiell erkrankter Menschen ist der Einsatz von besonders geschultem Pflegepersonal unverzichtbar. Dem zustimmend sieht auch die Bundesregierung die Qualifizierung von Fachkräften als eine der wichtigsten Aufgaben (BMFSFJ 2002:27). In diese Forderung müssen pflegende Angehörige mit eingeschlossen werden, denn die häusliche Betreuung dementiell erkrankter Menschen stellt immer noch die dominierende Versorgungsform dar. Für den Umzug in ein Pflegeheim sind häufig die erreichten Grenzen der Belastbarkeit ausschlaggebend, auch bei Unterstützung durch eine ambulante Pflege. Durch entsprechende Qualifizierung von Angehörigen und Professionellen kann damit auch Gewalt gegen dementiell erkrankte Menschen entgegengewirkt werden, die vor allem in Überforderungssituationen entsteht, welche wiederum eng an auffälliges Verhalten (vgl. Kapitel 1.6) gekoppelt sind.

Um den wachsenden Anforderungen gerecht werden zu können, sprechen sich Experten vermehrt für den Einsatz ehrenamtlicher Helfer aus, die Professionelle und Angehörige als „dritte Säule“ der Altenhilfe unterstützen sollen (PRAUSS 2003). Ehrenamtliches Engagement ist ein ernstzunehmendes Zukunftspotenzial bei der Betreuung dementiell erkrankter Menschen. So können eine Entlastung der Angehörigen und eine seelische Unterstützung der Betroffenen zu einem längeren Verbleib im gewohnten Lebensumfeld beitragen. Auch hierbei ist eine Vorbereitung, Qualifizierung und Begleitung der Helfer unabdingbar, um die Qualität des Umgangs zu sichern und einer Überforderung auf Seiten der Helfer vorzubeugen.

Die spezielle Versorgungslage dementiell erkrankter Menschen zeigt zurzeit noch deutliche Mängel. Psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen finden zwar zunehmend Beachtung und Anerkennung, sind aber noch weit davon entfernt, zum Standardparadigma der Einrichtungen zu werden. Ein soziales Vakuum und ein Mangel an psychischen Kontakten sind auch heute noch der Normalzustand auf vielen Pflegestationen (MORTON 2002: 92). Um eine Veränderung in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen zu erreichen, ist eine Veränderung der Grundhaltung notwendig. Auch die Bundesregierung betont die Bedeutung „persönlichkeitszentrierter Ansätze“ (BMFSFJ 2002: 28) und weist auf das Qualitätshandbuch „Leben mit Demenz“ hin, das in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe entwickelt wurde (MACIEJEWSKI et al. 2001). Der Entwicklung von inneren Einstellungen und von Fertigkeiten für eine gute Betreuung dementiell erkrankter Menschen muss mehr Beachtung geschenkt werden. Personenzentrierte Ansätze wie die Validation nach FEIL oder RICHARDS oder der Ansatz von KITWOOD sollten in diesem Zusammenhang aufgegriffen werden. Eine Grundhaltung zu verändern ist nicht einfach. Daher müssen sowohl Professionelle als auch Angehörige und ehrenamtliche Helfer in speziell diesem Bereich geschult werden. Inwieweit dies trotz der guten Vorsätze der Bundesregierung ein realistisches Ziel ist, sei dahingestellt

Die geforderten Veränderungen in der Versorgungsstruktur dementiell erkrankter Menschen führen auch zu einer Veränderung der sozialarbeiterischen Tätigkeit in der Altenhilfe. Sozialarbeiter einer stationären Einrichtung können in ihrer Funktion als Berater und Begleiter der Bewohner, besonders in der ersten Zeit nach einem Einzug in eine Einrichtung oder in Krisensituationen, Methoden wie die der Validation nach FEIL einsetzen. Ihre Gruppenangebote, die der Tagesstrukturierung einer Einrichtung dienen, können Validationsgruppen sein. Es wäre allerdings zu kurz gegriffen zu behaupten, die sozialarbeiterische Tätigkeit reduziere sich auf die direkte Anwendung einer Methode. Sozialarbeiter stellen in einer Einrichtung häufig einen Knotenpunkt dar. Sie sind Anlaufstelle für Bewohner, Angehörige, Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten, Ehrenamtliche und auch für die Heimleitung.

In ihrer Funktion wirken sie vernetzend. Diese in vielen Häusern vorhandene Struktur muss genutzt werden, um einen Veränderungsprozess in Gang zu setzen und eine veränderte Grundhaltung zu etablieren. Konzepte wie das der Validation können so über die soziale Arbeit in das Gesamtkonzept eines Hauses integriert werden. Schulungen der Mitarbeiter und ehrenamtlichen Helfer, die entsprechend qualifizierte Sozialarbeiter durchführen können (vgl. Kapitel 5.2), sind für die Umsetzung eines Leitbildes unverzichtbar und stellen darüber hinaus auch eine Methode der Qualitätssicherung dar.

Der aktuelle Trend in der Diskussion lautet „ambulante Pflege vor stationärer Versorgung“. Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, wie eine veränderte Grundhaltung und in diesem Zusammenhang nötige Konzepte wie das der Validation realistisch umsetzbar sind und ob eine qualitativ hochwertige Versorgung, vor allem von allein lebenden dementiell erkrankten Menschen, gewährleistet werden kann. Ein großes Problem liegt derzeit in der mangelnden Kooperation und Vernetzung einzelner Einrichtungen. Die existierenden Hilfen sind nicht aufeinander abgestimmt. Zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen klaffen Lücken (ALTENHILFESTRUKTUREN 2003). Neue Leitbilder wie das Recht auf ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben und der Anspruch der Orientierung an den Bedürfnissen der alten Menschen machen eine Vernetzung der verschiedenen Hilfsangebote nötig. Die Aufgabe der sozialen Arbeit ist es hier, ähnlich wie in stationären Einrichtungen, als Knotenpunkt zwischen den verschiedenen Hilfsangeboten zu fungieren. Schon jetzt ist es die Aufgabe des sozialen Dienstes, seine Einrichtung nach außen hin zu vertreten. Der Kontakt zu Krankenhaussozialdiensten und Beratungs- und Vermittlungsstellen, die beispielsweise über Leistungen der Pflegekassen und Betreuungen beraten, aber auch dabei helfen, einen ambulanten oder stationären Pflegeplatz zu finden, sowie die Erstgespräche und die Angehörigenkontakte stellen eine Öffnung der Einrichtungen nach außen dar.

Für die Zukunft ist zu überlegen, wie über eine Öffnung der einzelnen Einrichtungen hinaus eine Vernetzung von Leistungen, Akteuren und Kostenträgern erreicht werden kann, die zu den Hauptmerkmalen einer qualitativ hochwertigen Versorgung gehört (BMFSFJ 2002:23). Diese Vernetzung muss in jedem Fall die ehrenamtlichen Helfer und besonders die pflegenden Angehörigen mit einbeziehen, die den Hauptteil der Versorgungsstruktur im Bereich der Pflege dementiell erkrankter Menschen darstellen. Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass eine Qualifizierung von Angehörigen, beispielsweise in der Anwendung der Validation nach FEIL, maßgeblich dazu beitragen kann, dass ein dementiell erkrankter Mensch länger zu Hause gepflegt werden kann. Besonders in der Versorgung dieser Menschen kann durch eine Koordinierung und Vernetzung von Angeboten die Lebenszufriedenheit der Betroffenen und die Zufriedenheit der Pflegenden gesteigert werden.

Vor dem Hintergrund der sich verändernden Altersstruktur muss Alter neu bewertet werden. Unsicherheiten und Vorbehalte der Gesellschaft müssen abgebaut werden und Schwierigkeiten, die das Alter mit sich bringt, dürfen nicht ignoriert werden. „In dem Maße, in dem man sich vormache, dass das Altern leicht sei, entbinde man sich als junger Mensch auch von der ethischen Verpflichtung, sich um ältere Menschen zu kümmern“, so GRÖNING. (KOLLENDÄ 2002). Das Aufgabenfeld der sozialen Arbeit umfasst auch die Vertretung der Rechte alter Menschen. Darüber hinaus ist zu überlegen, inwiefern soziale Arbeit ihre bestehenden Strukturen nutzen kann, um dazu beizutragen, ein bestehendes Bild des Alters in der Öffentlichkeit endlich zu verändern. Regionale und überregionale Berufsverbände sowie die großen Verbände wie Caritas, Arbeiterwohlfahrt und Diakonie, in denen Vertreter der sozialen Praxis sitzen, könnten als politische Foren genutzt werden, um eine veränderte Haltung, wie sie die Validation nach FEIL oder der personenzentrierte Ansatz von KITWOOD darstellen, voranzutreiben.

Alte Menschen, und dies gilt in besonderem Maße für Menschen, die aufgrund physischen und psychischen Einschränkungen ihre eigenen Interessen nicht mehr vertreten können, haben ein Recht darauf, vor indirekter und direkter Benachteiligung geschützt zu werden. Altenhilfe „soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (§75 Abs.1 BSHG). Die Aufgabe der Zukunft wird es sein, ein engmaschiges Netz aus verschiedenen Hilfen zu knüpfen. Es gibt nicht das Heim der Zukunft und die einzige richtige Methode. Es muss verschiedene, den individuellen Bedürfnissen angepasste Unterstützungsformen geben. Die soziale Arbeit kann dabei in politischer wie auch praktischer Hinsicht als treibende Kraft der Entwicklung dienen.

Anhang

Anhang A

Einteilung des Verlaufs der Demenz vom Alzheimertyp nach der Skala GDS (Global Deterioration Scale) nach REISBERG (gekürzte Darstellung)

Kognitive Leistungseinbußen	
1. keine	Keine Hinweise auf Gedächtnisdefizit
2. zweifelhafte	Klagt subjektiv: a) vergisst, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden b) vergisst früher gut bekannte Namen Keine objektivierbaren Defizite im Gedächtnis, Beruf, sozialen Umfeld
3. geringe	Eindeutige Defizite in mehr als einem der folgenden Bereiche: a) Patient kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden b) Mitarbeiter merken reduzierte Arbeitsleistung c) Freunde bemerken Wort- und Namensfindungsstörungen d) Patient behält nur einen geringen Teil gelesener Texte e) Patient kann sich Namen bei Vorstellung neuer schlechter merken f) Patient verlegt oder verliert Wertgegenstände g) während der Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident. Patient beginnt Leistungseinbußen in Beruf oder sozialem Umfeld zu verleugnen.
4. mäßige	Eindeutige Defizite in folgenden Bereichen: a) Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse b) Erinnern des eigenen Lebenslaufes c) Konzentration bei Aufgaben mit serieller Subtraktion d) Fähigkeit, sich an unbekanntem Orten zurechtzufinden, mit Geld umzugehen Keine Defizite in folgenden Bereichen: a) Orientierung zu Zeit und Person b) Wiedererkennen vertrauter Personen und Gesichter c) Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden Unfähigkeit, komplexe Aufgaben durchzuführen, Hauptabwehr ist Verleugnen. Affekt verflacht, Patient beginnt Situationen mit höheren Anforderungen zu meiden
5. mittelschwere	Patient kommt ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht, kann sich kaum an relevante Lebensaspekte erinnern, z.B. Adressen, Telefonnummern, Namen der Angehörigen. Häufig ist Desorientierung zu Zeit oder Ort. Hat Schwierigkeiten, beginnend bei 40 in Vierschritten oder beginnend bei zwanzig in Zweierschritten rückwärts zu zählen. Patient erinnert sich noch an Fakten, an Namen, auch des Partners oder der Kinder. Braucht keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, kann aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z.B. Hausschuhe für Wanderspaziergang).

6. schwere	<p>Kann gelegentlich Namen des Partners vergessen, von dem Überleben abhängt.</p> <p>Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an eigene Vergangenheit. Jahreszeiten werden nicht wahrgenommen.</p> <p>Kann Schwierigkeiten haben von 10 bis 1 rückwärts zu zählen. Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, um sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Kann inkontinent werden. Der Tag-Nacht-Rhythmus ist häufig gestört. Häufig können noch bekannte von unbekanntem Personen unterschieden werden.</p> <p>Verschiedene Persönlichkeits- und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verfolgungsgedanken: Betreuungspersonen wird Diebstahl unterstellt, mit dem eigenen Spiegelbild gesprochen. b) Zwangssymptome, z.B. wird derselbe Gegenstand mehrmals gereinigt. c) Angst, Unruhe und früher nicht bekannte Aggressivität können auftreten. d) Fehlender Willensantrieb, z.B. kann erwünschtes Verhalten nicht in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht behalten wird.
7. sehr schwer	<p>Häufig totaler Sprachverlust, gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten; Harninkontinenz. Ist auf Hilfe beim Toilettengang und Essen angewiesen</p> <p>Verlust motorischer Fähigkeiten, kann z.B. nicht mehr laufen. Das Gehirn kann den Körper nicht mehr steuern. Häufig sind neurologische Symptome.</p>

(GROND 1998: 32f)

Anhang B

Autorisierte Validations-Organisationen in deutschsprachigen Ländern

Deutschland

Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen, Thüringen

Landesverein für Innere Mission in der
Pfalz e.V.

Dr. Kaufmann-Straße 2

67098 Bad Dürkheim

Tel.: 06322-607230

E-Mail: Bildung@LVIM-Pfalz.de

Internet: www.lvim-pfalz.de

Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen

Deutsches Rotes Kreuz

Kreisverband Mannheim

Postfach 120465

Tel.: 0621-8337040

Internet: www.drk-altenpflageschule.de

Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Mecklenburg- Vorpommern, Schleswig-Holstein

Institut für angewandte Gerontologie

Haubachstraße 8

10585 Berlin

Tel.: 030-3415034

Österreich

Österreichisches Institut für Validation
Linsengasse 4

A-9020 Klagenfurt

Tel.: 0043-(0)463-248083

E-Mail: Validation@lycosmail.com

Internet: <http://start.at/validation>

Schweiz

Zentrum für Personalförderung
Kronhof

CH-8267 Berlingen TG

Tel.: 0041-(0)52-7625770

E-Mail: zfp@tertianum.ch

Internet: <http://zfp.tertianum.ch>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenz mittelschwerer und schwerer Demenz in Deutschland	5
Abbildung 2: Demographische Entwicklung der nächsten 47 Jahre	6
Abbildung 3: Zukünftige Entwicklung der Häufigkeit von Demenz.....	6
Abbildung 4: Verlauf vaskulärer Demenz und Demenz vom Alzheimertyp.....	12
Abbildung 5: Häufigkeit der Demenzformen	13
Abbildung 6: Das Erleben dementiell erkrankter Menschen	27
Abbildung 7: Verschiedene Behandlungsansätze versuchen das Verhalten der Betroffenen unterschiedlich stark zu verändern.....	30
Abbildung 8: Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse dementiell erkrankter Menschen	40
Abbildung 9: Einflussfaktoren auf Desorientierung nach FEIL	64
Abbildung 10: Die vier Stadien der Desorientierung nach FEIL.....	73
Abbildung 11: Verschiedene Faktoren die eine Demenz beeinflussen.....	124

Literaturverzeichnis

ÅSTRÖM, Sture/ NILSSON, M./ NORBERG, Astrid et al. (1991): Staff burning out in dementia care - relations to empathy and attitudes. In: International Scandinavian Journal of Caring Science. Heft 1. S. 117-123

ALTENHILFESTRUKTUREN (2003): Die sechs Handlungsebenen des Modellprogramms. Internet:
<http://www.altenhilfestrukturen.de/content/programm/index04.htm> 02.07.2003

ALZHEIMERFORUM (2003): Was ist Biographiearbeit? Internet:
<http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/4/biograph.html> 12.06.2003

BAIER, Bernhard/ ROMERO, Barbara (2001): Rehabilitationsprogramme und psychoedukative Ansätze für Demenzkranke und betreuende Angehörige. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenz in Theorie und Praxis. Berlin/Heidelberg/New York

BALTES, Paul B./ BALTES, Margret M. (1989): Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. Internet:
<http://www.mpib-berlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Baltes/optimier/> 28.01.2003

BARTOL, M. (1979): Nonverbal communication in patients with Alzheimer's disease. Journal of Gerontological Nursing. Heft 5, S. 21-31

BECK, Harald (1991): Buber und Rogers. Das Dialogische und das Gespräch. Heidelberg

BEYER, Gerrit (2002): Zu Hause in einer fremden Welt? Studie zum Wirklichkeitserleben eines dementen alten Menschen im Heim: eine Interpretation verschiedener Sichtweisen. In: Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 15. S.122-130

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2001a): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise). Schriftenreihe Bd. 207.1. Stuttgart

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2001b): Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker (Dokumentation eines Workshops). Schriftenreihe Bd. 207.2. Stuttgart/Berlin/Köln

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002):
Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:
Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer
Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn. Internet:
http://www.bmfsfj.de/Anlage21935/14_8822_Teil_4.pdf 04.07.2003

BUBER, Martin (1999): Ich und Du. Gütersloh

BUHL, Anke/ ENTZIAN, Hildegard (2002): Wandel gestalten – Wege zu
lebensweltbezogenen Unterstützungsformen für gerontologisch erkrankte Menschen
und ihre Angehörigen, DGGG-Tagung, September 2001. Kiel. In: Zeitschrift für
Gerontologie und Geriatrie. Jg. 35. S. 181-185

BUTTNER, Robert N. (2002): Age, Death, and Life Review. Internet:
<http://www.hospicefoundation.org/latelife/butler.htm> 28.01.2003

BUTTNER, Robert N. (1963): The Life Review: An Interpretation of Reminiscence
in the Aged. In: Psychiatry 26. S. 65-76

BUTLER, Robert N./ LEWIS, Myrna I. (Hrsg.) (1977): Aging and mental health.
New York

CLEES, Jörg/ EIERDANZ, Jürgen (1996): Bühne frei im Altenheim.
In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 11. S.
709-715

COFONE, Marcello/ STRÄSSER, Hans (Hrsg.) (2000): Innovativer Umgang mit
Dementen. Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa. Demenz-Verein
Saarlouis e.V. Saarlouis

COPSTEAD, Lee-Ellen (1980): Effects of touch on self-appraisal and interaction
appraisal for permanently institutionalized older adults. In: Journal of Gerontology.
Heft 5. S. 573-577

DE KLERK-RUBIN, Vicki (1997): Arbeiten mit Herz und Bauch. In: Altenpflege:
Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 4. S. 35-37

DICKE, Jan N. (2003): Entwicklung als psychodynamischer Prozess: Erik H.
Erikson. Internet: <http://uni.jandicke.net/erikson.html> 20.02.2003

DIENEL, Max (2000): Zahnlosigkeit: Ein neu identifizierter Risikofaktor für die Alzheimerkrankheit. Die Neuburger Demenzstudie. Abstractfassung vom 24.9.2000. Internet: <http://www.geriatriezentrum.de/demenzdeutsch.htm> 13.03.2003

DIRKSEN, Wilma/ MATIP, Eva-Maria/ SCHULZ, Christel (1999): Wege aus dem Labyrinth der Demenz. Projekte zur Beratung und Unterstützung von Familien mit Demenzkranken. Ein Praxishandbuch für Profis. Münster

DÖRBAUM, Verena (2000): Entwicklungsaufgabe Elternschaft. Der Übergang zur Elternschaft als Bestandteil lebenslanger Entwicklung und als kritischer Wendepunkt im Leben von Frauen. Diplomarbeit. Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Sozialpädagogik.

DPMA (Deutsches Patent- und Markenamt) (2003): Service DPINFO des Deutschen Patent- und Markenamtes. Internet: <http://dpinfo.dpma.de> 30.06.2003

BUTLER, Robert N. (1963): The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. In: Psychiatry 26, S. 65-76

EGIDIUS, Ulrike (1997): Ausgewählte Behandlungsansätze in der Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen aus sozialpädagogischer Perspektive. Diplomarbeit. Westfälische Wilhelms-Universität zu Münster. Fachbereich Erziehungswissenschaften. Internet: <http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/UlrikeEgidius.html> 12.12.2002

EKMAN, Sirkka-Liisa/ NORBERG, Astrid/ VIITANEN, Matti et al. (1991): Care of demented patients with severe communication problems. In: Scandinavian Journal of Caring Science. Heft 3. S. 164-170

EKMAN, Sirkka-Liisa/ NORBERG, Astrid/ VIITANEN, Matti et al. (1994): Pflege dementer Menschen mit schweren Verständigungsproblemen. In: Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 3. S.163-170

ERIKSON, Erik H. (1968): Identity: youth and crisis. New York

ERIKSON, Erik H. (1971): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart

ERIKSON, Erik H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main

FEIL, Naomi (1967): Group Therapy in a Home for the Aged. In: The Gerontologist. Heft 7 (3). S. 192-195.

FEIL, Naomi (1982): V/F Validation. The Feil Method. Cleveland

FEIL, Naomi (1992): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München/Basel

FEIL, Naomi (1996): Ich glaube an deine Gefühle. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 11. S. 710-711

FEIL, Naomi (2000): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München/Basel. 6. Auflage

FEIL, Naomi (2001): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. München/Basel. 3. Auflage

FERNAU, Urs/ GERHARD, Michael/ HAHN, Wolfgang/ KOCH, Rolf/ MANGELS, Rainer/ POGANTKE, Doris/ RITZ, Annette/ SCHETZKENS, Ralf/ SCHOLZ-WEINRICH, Gabriele/ SCHÖNBURG, Markus/ UHL, Leonhard (1999): Sozialarbeit im Altenpflegeheim. Standards und Perspektiven für die praktische Arbeit. Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises. Kulmbach

FISCHER, Bernd/ LEHRL, Siegfried/ KOCH, Gerhard (1992): Gehirnjogging. Geist und Gedächtnis erfolgreich trainieren. Wehrheim

FLEMMING, Daniela (1996): Der Weg ist das Ziel. In Kassel diskutierten Experten das Validierende Arbeiten. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 6. S. 386-387

FÖRSTL, Hans/ CALABRESE, Pasquale/ HARTMANN, Tobias (2001): Alzheimer-Demenz. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenz in Theorie und Praxis. Berlin/Heidelberg/New York

FREUD, Sigmund (1983): Zur Psychopathologie des Alltags. Gesammelte Werke in Einzelbänden. Band 4. Frankfurt

FRÜHSAMMER, Rainer (2003): Aktivierende Pflege. Internet:
http://www.altenpflegeschueler.de/referate/pflege/aktivierende_pfleger.php?PHPSESSID=5a8431814e4e2ce0c74875832769406c 12.06.2003

FUHRMANN, Ingrid/ GUTZMANN, Hans/ NEUMANN, Eva-Maria/ NIEMANN-MIRMEHDI (1995): Abschied vom Ich - Stationen einer Alzheimer-Krankheit. Orientierungshilfen für Angehörige und professionelle Helfer. Freiburg im Breisgau

GERSTER, Eyke (1991): Validation mit Naomi Feil. Eine Amerikanerin präsentiert einen neuen Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 11. S. 638-647

GERTZ, Herrmann-Josef (1992): Neuropathologie der Demenz vom Alzheimer-Typ. In: Gutzmann, Hans: Der dementielle Patient. Das Alzheimer-Problem. Diagnostik. Ursachenforschung. Therapie. Betreuung. Bern/Göttingen/Toronto. 1. Auflage

GEULEN, Dieter/ HURRELMANN, Klaus (1980): Zur Programmatik einer umfassenden Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, Klaus/ Ulich, Dieter (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim

GÜNTHER, Verena/ HALLER, Christina/ HOLZNER, Bernhard/ KRYSPIN-EXNER, Ilse (1997): Kognitive Therapieansätze. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

GUNZELMANN, Thomas/ SCHUMACHER, Jörg (1997): Psychologische Betreuungs- und Behandlungskonzepte für Demenzkranke. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

GUNZELMANN, Thomas (2003): Realitätsorientierung oder „Recht auf Verwirrtheit“? Internet: <http://www.alzheimerforum.de/2/4/1/roorav.html> 25.05.2003

GUTZMANN, Hans (1992): Klinik der Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT). In: Gutzmann, Hans: Der dementielle Patient. Das Alzheimer-Problem. Diagnostik. Ursachenforschung. Therapie. Betreuung. Bern/Göttingen/Toronto. 1. Auflage

GUTZMANN, Hans (2001): Rationelle Therapie. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenz in Theorie und Praxis. Berlin/Heidelberg/New York

HAUPT, Martin (1997): Nicht-kognitive Veränderungen. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

HAUPT, Martin (1999): Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Heft 3. S. 159-166.

HOLDEN, Una P./ WOODS, Robert T. (1982): Reality Orientation: Psychological Approaches to the „Confused“ Elderly. Edinburgh

JAKOBI, Jolande (1987): Die Psychologie von C.G. Jung. Frankfurt

JUNKERS, Gabriele (1995): Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns. Stuttgart/New York

KARL, Fred (1993): Sozialarbeit in der Altenhilfe. Freiburg im Breisgau

KASTEN, Erich (2003): Kleines Psychologie-Lexikon. Internet:

<http://hometown.aol.com/EriKasten/053.html> 28.06.2003

KDA-Aktiv (2000): Türen in eine verschlossene Welt öffnen. KDA-Tagung zum Umgang mit Demenzkranken. In: Pro-Alter. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Heft 2. S. 24-34

KELLEY, Mary F. (1997): Social interaction among people with dementia.

In: Journal of Gerontological Nursing. Heft 4. S. 16-20

KITWOOD, Tom (2002): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern. 2. Auflage

KLIE, Thomas/ SCHMIDT, Roland (2002): Demenz und Lebenswelten. In:

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 35. S. 177-180

KÖTHER, Ilka/ GNAMM/ Else (2000): Altenpflege in Ausbildung und Praxis.

Stuttgart/New York. 4. Auflage

KOLLENDÄ, A.M.E. (2002): Das Menschliche erledigt die Putzfrau. In: Lippische Landeszeitung. 13.10.2002

KRAFT, Peter B. (1998): NLP. Handbuch für Anwender. NLP aus der Praxis für die Praxis. Paderborn

KRIZ, Jürgen (2001): Grundkonzepte der Psychotherapie. München. 5. Auflage

KRUSE, Andreas (2000): Aus einer Rede zur KDA-Fachtagung „Ethische Fragen der Altenhilfe“ am 10. November 2000. In: MACIEJEWSKI, Britta/ SOWINSKI, Christine/ BESSELMANN, Klaus/ RÜCKERT, Willi (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln

KURZ, Alexander (1995): Alzheimer-Patienten erkennen und behandeln. München

KURZ, Alexander (1997): Klinische Diagnose der Alzheimer-Krankheit. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

KURZ, Alexander (2002): Das Wichtigste über die Alzheimerkrankheit. Ein kompakter Ratgeber. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Berlin. 4. Auflage

LEHR, Ursula (2000): Psychologie des Alterns. Wiebelsheim. 9. Auflage

LIND, Sven (2000a): Umgang mit Demenz. Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zum Gegenstandsbereich psychogeriatrische Pflege und Betreuung Demenzkranker in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Stuttgart

LIND, Sven (2000b): Buchbesprechung: Naomi Feil. (1999). Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie. Heft 3/4. S.179. Bern

LÜCK, Helmut E. (2003): Geschichte der Psychologie. Natur- und Grenzwissenschaftliche Forschungsgemeinschaft, NGFG. e.V. Internet: http://www.ngfg.com/texte/br006.htm#P_380_Behaviorismus 28.05.2003

MACIEJEWSKI, Britta/ SOWINSKI, Christine/ BESSELMANN, Klaus/ RÜCKERT, Willi (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln

MAIER, Henry W. (1983): Drei Theorien der Kindheitsentwicklung. New York

MASLOW, Abraham H. (1996): Motivation und Persönlichkeit. Reinbek bei Hamburg

MENGE, Hermann/ PERTSCH, Erich (1984): Langenscheidt Taschenbuch der lateinischen und deutschen Sprache. Berlin/München

MÖLLER, Hans-Jürgen (1997): Medikamentöse Therapie. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

MONTADA, Leo (1998): Weitere Modellvorstellungen für die Erklärung von Entwicklung. In: Oerter, Rolf/ Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim. 4. Auflage

MOORE, J.R./ GILBERT, D.A. (1995): Elderly residents: Perceptions of nurses' comforting touch. In: Journal of Gerontological Nursing. Heft 1. S. 6-13

MORTON, Ian (2002): Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Stuttgart

MÜLLER, Dagmar (1994): Interventionen für verwirrte, ältere Menschen in Institutionen. Medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Entwicklungen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.

MÜLLER, Wolfgang/ KÖSTER, Rudolf/ TRUNK, Marion (1982): Duden. Fremdwörterbuch. Band 5. Mannheim/Wien/Zürich. 4. Auflage

MÜLLER-HERGL, Christian (1998): Positive Personenarbeit. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 6. S. 35-37

MÜLLER-HERGL, Christian (2003): Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. Internet: http://www.unilu.ch/dokumente/dokus_unilu/Muellerhergl2001_6078.pdf
02.04.2003

NIETZSCHE, Friedrich (1873): Über Wahrheit und Lüge im außermoralischen Sinne. Aus dem Nachlass 1873. Projekt Gutenberg. Internet: <http://www.gutenberg2000.de/nietzsch/essays/wahrheit.htm> 04.07.2003

NILSSON, K./ PALMSTIERNA T./ WISTEDT, B. (1988): Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. In: Acta Psychiatrica Scandinavia. Volume 78. S. 172-175

OSTENDORF, Meike (2002): Die Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen - eine Aufgabe der Psychomotorik. Diplomarbeit. Philipps-Universität Marburg. Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Sport und Motologie.

PFIZER GmbH (2003a): Lexikon Alzheimer-Krankheit.

Internet: <http://www.alois.de/rat/lexikon.htm#Kernspintomographie> 09.03.2003

PFIZER GmbH (2003b): Durchblutungsstörungen des Gehirns.

Internet: http://www.alois.de/alzheimer_krankheit/durchblutungsstoerungen.htm
12.03.2003

PIAGET, Jean (1973): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart

POULAKI, Sophia/ WIEGELE, Britta (1997): Validation: Grundhaltung, Leitbild, Techniken. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

PRAUSS, Angelika (2003): Die Profis unterstützen, nicht ersetzen – Experten setzen bei Betreuung Demenzkranker auf Ehrenamtliche. Internet:

<http://www.altenhilfestrukturen.de/content/presse/> 04.07.2003

PRELL, Markus (2003): Psychobiographisches Pflegemodell nach Prof. Böhm. Eine kurze Vorstellung des Modells.

Internet: http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf

REINHARD-KARLMANN, Susanne (2000): Willkommen in der Waschstraße.

(Thomas Schelzky, Experte für Validation, im Gespräch mit Altenpflege). In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 2. S. 40-41

REISBERG, Barry (1986): Hirnleistungsstörungen: Alzheimersche Krankheit und Demenz. Weinheim

REISCHIES, Friedel M./ LINDENBERGER, Ulman (1996): Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In: Mayer, Karl U./ Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin

RETZ-JUNGINGER, Petra/ RETZ, Wolfgang/ RÖSLER, Michael (2000): Über die Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen bei Alzheimer-Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Heft 1. S. 52-58

RICHARD, Nicole (1994a): Validation. Lichtung im Nebel der Verwirrtheit finden. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege Heft 3. S. 196-199

RICHARD, Nicole (1994b): Validierende Gespräche. Wege aus dem Nebel der Verwirrtheit. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 5. S. 310-313

RICHARD, Nicole (1994c): Mit Validation finden wir die Lichtung im Nebel der Verwirrtheit. In: Pflegezeitschrift. Heft 4. S. 232-235

RICHARD, Nicole (1996): Ein wichtiges Instrument im Handwerkskoffer. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 11. S. 712-713

RIEDERER, Erwin (1999): Explorative Entwicklung informationstechnischer Innovationen. Systementwürfe von Therapie- und Alltagshilfen für Menschen mit Demenz. Dissertation. Universität der Bundeswehr München. Fakultät für Elektronik. Internet: <http://speedy.et.unibw-muenchen.de/persons/riederer/dis/> 26.03.03

ROBB, S.S./ STEGMAN, C.E./ WOLANIN, M.O. (1986): No Research versus Research with Compromised Results: a Study of Validation Therapy. In: Nursing Research. Heft 2, S.113-118

RÖSLER, Michael/ RETZ-JUNGINGER; Petra/ RETZ, Wolfgang (1998): Alzheimer Demenz und Exelon. Stuttgart/New York

ROGERS, Carl R. (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart

ROGERS, Carl R. (1983): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München

ROGERS, Carl R. (1988): Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. Frankfurt am Main

ROGERS, Carl R. (1989): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Köln

ROMERO, Barbara (1997): Betreuungsprinzipien, psychotherapeutische Interventionen und Bewahren des Selbstwissens bei Alzheimer-Kranken. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

ROMERO, Barbara/ WENZ, M. (2002): Konzept und Wirksamkeit eines Behandlungsprogrammes für Demenzkranke und deren Angehörige. Ergebnisse aus dem Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Heft 2. S. 118-128

ROMERO, Barbara (2003): Selbst-Erhaltungs-Therapie: ein psychologisches Konzept zur Behandlung und Betreuung der Alzheimer-Kranken. Internet: http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/5/set_heim.html 23.03.2003

SANDMAN; Per-Olof/ NORBERG, Astrid/ ADOLFSSON, Rolf (1994): Gespräche und Verhaltensweisen von fünf hospitalisierten Alzheimer-Patienten während der Mahlzeiten. In: Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 4. S.291-299

SCHMID, Peter F. (1989): Personale Begegnung. Der personenzentrierte Ansatz in der Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. Würzburg

SCHMID, Peter F. (2002): Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personenzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. Internet: <http://www.pfs-online.at/papers/paper-wcp3-person.pdf> 12.03.2003

STATISTISCHES BUNDESAMT (2003): Bevölkerung. Bevölkerungsentwicklung Deutschland von 2002 bis 2050. Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Produktnummer: 124210110-1. Wiesbaden

STAUINGER, G./ BICKEL, Horst (2001): Verwirrtheitszustände. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenz in Theorie und Praxis. Berlin/Heidelberg/New York

STEIN, Gloria S. (2003): Dealing with Dementia: using validation therapy. Internet: http://www.countrymeadows.com/news/article_validation.asp 30.4.2003

TILLMANN, Klaus-Jürgen: Sozialisierungstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. Reinbek bei Hamburg. 10. Auflage

VAN DER KOOIJ, Cora (1992): Ein Damm gegen die Proletarisierung der Pflege. Validation in den Niederlanden: Begeisterung und Inspiration geben den Ton an. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 5. S. 315-321

VAN DER KOOIJ, Cora (1993): Validation in den Niederlanden: Theorieentwicklung auf der Basis von Praxiserfahrung. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 2. S. 79-83

VAN DER KOOIJ, Cora (1994): Verbesserung der Lebensqualität psychisch beeinträchtigter älterer Menschen: Validation in der Balance zwischen Appell und Akzeptanz. In: Kuratorium deutsche Altershilfe (Hrsg.): Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe. 19 Workshops und Seminare zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Dokumentation der KDA-Fachtagung. Köln

VOITH, Sylvia (1997): Sozialpädagogische Therapieansätze. In: Weis, Serge/ Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim

WAHL, Hans-Werner/ KRUSE, Andreas (1999): Psychologische Gerontologie im deutschsprachigen Raum 1988-1998: Einführung, kognitive Entwicklung im Alter (Teil I). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Heft 3. S.179-192. Darmstadt

WEBER, Doris (1999): Lichtung im Nebel. Von einem ungewöhnlichen Umgang mit altersverwirrten Menschen. In: Frankfurter Rundschau. 17.04.1999

WEGNER, Barbara (1998): Ein Hort der Geborgenheit. Milieuthérapie. In: Altenpflege: Fachmagazin für ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 6. S. 32-34

WEHNER, Jürgen (2003): Alzheimer und Demenz. Ursachen der Alzheimerschen Krankheit. Internet: <http://www.medizinfo.com/kopfundseele/alzheimer/alzurs.htm> 13.03.2003

WHO (Weltgesundheitsorganisation)/ DILLING H./ FREYBERGER, J. (Hrsg.)
(1999): Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10.
Göttingen/Toronto/Seattle

WIENKEN, Cornelia (1998): Wundertüte oder Mogelpackung? NLP - Neuro-
Linguistisches Programmieren. Internet: [http://www.uni-
vechta.de/einrichtungen/frauen/rez-nlp.htm](http://www.uni-vechta.de/einrichtungen/frauen/rez-nlp.htm) 04.07.2003

WILHELM, Hans-Jürgen (1998): Gefangene ihrer Wahrheit. Wenn alles Wahrheit
wird, wird die Wüste zum Weg. In: Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für
Pflegeberufe. Heft 11. S. 275-280

WOJNAR, Jan (1997): Oft helfen keine Pillen. In: Altenpflege: Fachmagazin für
ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 2. S. 44-47

WOJNAR, Jan (2000): Zwischen zwei Welten. In: Altenpflege: Fachmagazin für
ambulante und stationäre Altenpflege. Heft 2. S. 36-39

ZIMMER, R./ FÖRSTL, Hans (2001): Depression und Dissoziation: Ganser und
andere. In: Förstl, Hans: Demenz in Theorie und Praxis.
Berlin/Heidelberg/New York

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Diplomarbeit in der Bibliothek der Fachhochschule Frankfurt am Main aufbewahrt wird und dort von jedermann eingesehen werden kann. Siehe hierzu auch „Lizenz für freie Inhalte“.

Lizenz für Freie Inhalte

Version 1.0, Mai 2003

Copyright © 2003 Kompetenznetzwerk Universitätsverbund MultiMedia NRW, Universitätsstraße 11, D-58097 Hagen

Es ist jedermann gestattet, diese Lizenz in unveränderter Form zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich wiederzugeben.

Präambel

Ziel der Lizenzierung eines Werkes unter der Lizenz für Freie Inhalte ist es, die freie Verwendung von Inhalten durch jedermann zu ermöglichen. Die Lizenz richtet sich vornehmlich an diejenigen, die ihre urheberrechtlich geschützten Leistungen der Allgemeinheit zur Verfügung stellen wollen, ohne dass für einzelne Nutzungen oder Änderungen gesondert Rechte eingeholt werden müssen. Sie richtet sich aber auch an diejenigen, die ein Werk vervielfältigen, verbreiten oder verändern möchten, welches nach den Bedingungen dieser Lizenz genutzt werden darf.

Durch die Lizenz für Freie Inhalte werden dem Lizenznehmer die Nutzungsrechte für alle bekannten Nutzungsarten eingeräumt und auch die Bearbeitung des Werkes in jeder beliebigen Form gestattet. Die ideellen Interessen der Urheber am Werk werden von der Lizenz dabei beachtet, denn es ist eines der Ziele der Lizenz, die kreativen Leistungen der Urheber und anderen Leistungsschutzberechtigten in angemessener Weise anzuerkennen und ihre geistigen Belange zu schützen. Der Urheber soll mit seinem Werk in Verbindung gebracht werden, indem sein Name genannt wird oder - für den Fall, dass das Werk bearbeitet wurde - in der History des Werkes ein Hinweis auf ihn erfolgt.

Ein wesentlicher Zweck dieser Lizenz besteht darin, die weitere Bearbeitung von Werken zu ermöglichen. Texte, Datenbanken, Multimediawerke und sonstige Inhalte entstehen oft durch die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Personen, etwa weil das entstehende Werk zu komplex ist, um von einer Person hergestellt zu werden oder weil Aktualisierungsbedarf besteht, den der Ursprungsautor nicht leisten kann oder möchte. Die Lizenz für Freie Inhalte bietet ein Modell zur Entwicklung und Verbreitung von Werken durch eine beliebige Zahl von Personen, die nicht organisatorisch verbunden sein müssen. Sie kann aber auch bei jeder anders motivierten Freigabe von Werken verwendet werden.

Um eine freie Bearbeitung durch andere zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass der Allgemeinheit neben der rechtlichen Erlaubnis auch die technischen Voraussetzungen für eine Veränderung des Werkes zur Verfügung gestellt werden. Werke, die in digitaler Form vorliegen oder in eine digitale Form überführt werden, müssen daher in einem Dateiformat zugänglich gemacht werden, das technisch ermöglicht, was rechtlich durch diese Lizenz erlaubt wird.

Die Lizenz für Freie Inhalte schützt die Lizenzgeber und die Allgemeinheit davor, dass Dritte die Nutzung des Werkes - auch in bearbeiteter Form - nachträglich beschränken können. Dazu dient der „Copyleft“-Effekt, der gewährleistet, dass ein Werk, welches dieser Lizenz unterstellt wurde, sowie alle darauf beruhenden Bearbeitungen nur gemäß den Bestimmungen dieser Lizenz genutzt werden dürfen.

1. Abschluss der Lizenz

(a) Dieser Lizenztext stellt ein Angebot auf Abschluss eines Lizenzvertrages unter den nachfolgenden Bedingungen dar. Das Angebot richtet sich an jedermann. Der Lizenzvertrag kommt durch die Ausübung der in Ziffer 2 und 3 genannten Rechte zustande, insbesondere durch die Vervielfältigung oder Verbreitung des Werkes. Der Erwerber dieser Rechte wird im Folgenden als Lizenznehmer bezeichnet.

(b) Für eine bloße Benutzung des Werkes, etwa das private Anhören eines Tonträgers, Lesen eines Buchs oder Betrachten eines Photos, muss dieser Lizenzvertrag nicht abgeschlossen werden. Dies gilt auch für Befugnisse zur Nutzung des Werkes, die sich aus einer gesetzlichen Beschränkung des Urheberrechts ergeben, etwa für das Anfertigen einer Sicherungskopie oder für die Weitergabe eines rechtmäßig erworbenen Vervielfältigungsstückes.

2. Nutzungsrechte

(a) Der Lizenznehmer erwirbt mit Abschluss der Lizenz das zeitlich und räumlich unbeschränkte Recht, das unveränderte Werk umfassend zu nutzen. Dies beinhaltet das Recht, das Werk in digitaler und analoger Form, online und offline, körperlich und unkörperlich zu verwenden. Die Nutzungserlaubnis erfolgt lizenzgebührenfrei.

(b) Zur umfassenden Nutzung wird insbesondere das Recht eingeräumt, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und zu vermieten, zum Download bereitzuhalten oder in anderer Weise öffentlich zugänglich zu machen, vorzutragen, aufzuführen oder in anderer Form öffentlich wiederzugeben.

(c) Wer das Werk nutzt, darf von Dritten keine Lizenzgebühren für das Werk verlangen. Es ist dem Lizenznehmer jedoch gestattet, für andere Leistungen als das Einräumen eines Nutzungsrechts ein Entgelt zu verlangen. Dazu gehören auch Dienstleistungen, die zur Bearbeitung des Werkes führen, die Erstellung von Datenträgern mit dem Werk sowie die Aufführung des Werkes.

(d) Die durch diese Lizenz erworbenen Nutzungsrechte dürfen nicht an Dritte weiterübertragen werden. Dritte können die Nutzungsrechte durch den Abschluss dieser Lizenz nur direkt von den Urhebern oder sonstigen Inhabern der ausschließlichen Nutzungsrechte erwerben. Dafür genügt es, dass Dritte das Werk mit dieser Lizenz von einer beliebigen Person erhalten und gemäß Ziffer 1 den Lizenzvertrag abschließen.

3. Bearbeitungsrecht

(a) Der Lizenznehmer hat das Recht, das Werk zu bearbeiten und das bearbeitete Werk nach Maßgabe der Ziffer 2 zu nutzen. Dies umfasst die Befugnis das Werk zu kürzen, neue Bestandteile hinzuzufügen, Teile des Werkes auszutauschen oder es auf andere Weise zu verändern. Das Werk darf in einen anderen Kontext gestellt und seine Aussagen inhaltlich verändert werden.

(b) Veränderungen dürfen die geistigen oder persönlichen Interessen der Urheber nicht beeinträchtigen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass durch die Lizenzierung unter dieser Lizenz auch substantielle Veränderungen des Werkes bewusst in Kauf genommen werden, da die Freiheit zur Veränderung des Werkes eines der Hauptziele dieser Lizenz ist.

(c) Bei einer Bearbeitung des Werkes muss sein Titel verändert werden. Hierfür genügt das Hinzufügen eines Zusatzes, der die Veränderung des Werkes kenntlich macht, etwa der Zusatz einer neuen Versionsnummer. Der Titel des Werkes darf nicht verändert werden, wenn das Werk ansonsten inhaltlich unverändert genutzt wird.

(d) Es wird empfohlen, für jede Bearbeitung des Werkes einen Urhebervermerk zu den bereits bestehenden Vermerken hinzuzufügen.

4. Freigabe von Bearbeitungen und verwandten Schutzrechten ("Copyleft")

(a) Wer bei der Bearbeitung des Werkes ein Urheberrecht erwirbt, muss dieses Recht den Bestimmungen dieser Lizenz unterstellen, wenn er das bearbeitete Werk verbreitet, vermietet, zum Download bereithält oder in anderer Weise öffentlich zugänglich macht, vorträgt, aufführt oder in anderer Form öffentlich wiedergibt.

(b) Eine Bearbeitung in diesem Sinne liegt nicht vor, wenn das unveränderte Werk mit einem anderen selbständigen Werk verbunden wird. Dies gilt auch dann, wenn die verbundenen Werke als ein Gesamtwerk genutzt werden; in eine Datenbank oder ein sonstiges Sammelwerk eingefügt wird; eine Datenbank oder ein sonstiges Sammelwerk ist und weitere Elemente eingefügt werden. In diesen Fällen muss ein deutlicher Hinweis darauf erfolgen, welche Teile des Gesamtwerkes oder Sammelwerkes dieser Lizenz unterstehen.

(c) Ein selbständiges Werk ist ein Werk, das alleine in sinnvoller Weise genutzt werden kann oder das von der Verkehrsanschauung als selbständiges Werk angesehen wird.

(d) Wer bei der Nutzung oder Bearbeitung des Werkes ein verwandtes Schutzrecht erwirbt, zum Beispiel ein Datenbankherstellerrecht oder ein Recht an einer Interpretation des Werkes, muss dieses Recht den Bestimmungen dieser Lizenz unterstellen, wenn er das Werk verbreitet, vermietet, zum Download bereithält oder in anderer Weise öffentlich zugänglich macht, vorträgt, aufführt oder in anderer Form öffentlich wiedergibt und das verwandte Schutzrecht für diese Nutzungen erforderlich ist.

5. Namensnennung

(a) Wird das Werk in unveränderter Form verbreitet, vermietet, zum Download bereitgehalten oder in anderer Weise öffentlich zugänglich gemacht, vorgetragen, aufgeführt oder in anderer Form öffentlich wiedergegeben, müssen Namensnennungen von Urhebern und Interpreten in der vorgefundenen Art und Weise übernommen werden. Die Namensnennung hat dann in einer angemessenen und für die jeweilige Nutzungsart üblichen Form zu erfolgen.

(b) Wird das Werk in inhaltlich veränderter Form verbreitet, vermietet, zum Download bereitgehalten oder in anderer Weise öffentlich zugänglich gemacht, vorgetragen, aufgeführt oder in anderer Form öffentlich wiedergegeben, darf keine Namensnennung von Urhebern oder Interpreten ohne deren ausdrückliche Zustimmung außerhalb der History erfolgen. Übersetzungen gelten als inhaltliche Veränderung in diesem Sinne. Bei bloß formalen Änderungen muss die Namensnennung entsprechend der Nutzung in unveränderter Form erfolgen. Rechtschreibkorrekturen, Formatierungen oder Digitalisierungen sind im Regelfall als bloß formale Änderungen anzusehen.

(c) Dürfen Urheber oder Interpreten wegen einer inhaltlichen Veränderung des Werkes nicht genannt werden, muss bei jeder Nutzung des Werkes ein Hinweis auf die Urheber oder Interpreten des ursprünglichen Werkes in angemessener Form erfolgen. Ein Hinweis in angemessener Form ist jedenfalls dann gegeben, wenn die History den Anforderungen der Ziffer 8 genügt oder in einer Fußnote die Namensnennung mit dem Zusatz „basierend auf einem Werk von“ erfolgt.

(d) Die vorstehenden Ausführungen zur Namensnennung gelten entsprechend für die Inhaber der ausschließlichen Nutzungsrechte, sofern diese im Zusammenhang mit dem Werk genannt werden.

6. Zugänglichmachung von digitalen Daten

(a) Wer das Werk in unveränderter Form verbreitet, vermietet, zum Download bereithält oder in anderer Weise öffentlich zugänglich macht, vorträgt, aufführt oder in anderer Form öffentlich wiedergibt, muss die zur weiteren Bearbeitung des Werkes erforderlichen digitalen Daten zugänglich machen, soweit er sie mit dem Werk erhalten hat.

(b) Wer das Werk in veränderter Form verbreitet, vermietet, zum Download bereithält oder in anderer Weise öffentlich zugänglich macht, vorträgt, aufführt oder in anderer Form öffentlich wiedergibt, muss die zur weiteren Bearbeitung des Werkes erforderlichen digitalen Daten in dem Dateiformat zugänglich machen, das er bei der Bearbeitung verwendet hat. Werden keine digitalen Daten bei der Bearbeitung oder Nutzung verwendet, besteht keine Verpflichtung zur Zugänglichmachung solcher Daten.

(c) Zur Bearbeitung sind solche digitale Daten erforderlich, die zur Erstellung oder Bearbeitung des Werkes verwendet wurden. Wird das Werk in ein anderes Dateiformat konvertiert, ist das ursprüngliche Dateiformat zugänglich zu machen, wenn das Dateiformat, in das konvertiert wurde, eine Bearbeitung nicht zulässt.

(d) Die Zugänglichmachung der digitalen Daten kann in folgender Weise erfolgen: durch körperliche Übergabe auf einem Datenträger; durch Veröffentlichung auf einem im Werk oder in der History exakt angegebenen, der Öffentlichkeit unbeschränkt zugänglichen Teil eines Datennetzes oder in einer anderen Form, die einen entsprechend einfachen Zugang ermöglicht.

(e) Die Zugänglichmachung der digitalen Daten darf unter den Voraussetzungen der Ziffer 7 (b) unterbleiben.

7. Sonstige Verpflichtungen

(a) Bei einer Nutzung in körperlicher Form muss eine Kopie dieser Lizenz beigefügt oder eine Internetadresse angegeben werden, bei der der Lizenztext dauerhaft abrufbar ist. Bei unkörperlicher Wiedergabe des Werkes darf eine Wiedergabe der Lizenz unterbleiben, wenn dies untunlich ist. Dies kann der Fall sein bei Vorträgen und Aufführungen, sowie Fernseh- und Rundfunksendungen.

(b) Hinweise auf die Geltung dieser Lizenz und Urheberrechtsvermerke dürfen nicht verändert oder gelöscht werden. Wo ein solcher Hinweis nach der konkreten Art der Nutzung unzumutbar ist, kann er unterbleiben, so etwa in Rundfunksendungen, die nur terrestrisch, via Kabel oder Satellit übertragen werden oder bei der Nutzung des Werkes in der Fernsehwerbung.

(c) Die Nutzung des Werkes darf nicht von der Erfüllung von Verpflichtungen abhängig gemacht werden, die nicht in dieser Lizenz genannt sind.

(d) Wer im Zusammenhang mit der Nutzung des Werkes sonstige Schutzrechte erwirbt, insbesondere Patente, Marken, Geschmacksmuster und Gebrauchsmuster, darf mittels dieser Schutzrechte keine zusätzlichen Verpflichtungen für die Nutzung des Werkes aufstellen. So ist es etwa nicht zulässig, für eine fortentwickelte Version des Werkes ein Patent anzumelden und für die Nutzung des fortentwickelten Werkes mittels der Patenlizenz Bedingungen aufzustellen, die über die Bedingungen dieser Lizenz hinausgehen.

(e) Die Nutzung des Werkes darf nicht durch technische Schutzmaßnahmen, insbesondere Kopierschutzvorrichtungen und ähnliche Vorrichtungen, verhindert oder erschwert werden, es sei denn, die Nutzung des Werkes wird zugleich ohne solche Vorrichtungen ermöglicht.

8. History

(a) Die History soll Informationen über das Werk, zum Beispiel über seinen Titel, die Urheber und andere Rechtsinhaber, das Veröffentlichungsdatum und vorgenommene Veränderungen enthalten.

(b) Ist dem Werk eine History beigefügt, so muss die History bei der Nutzung des Werkes mit den enthaltenen Informationen weitergegeben werden. Insoweit findet Ziffer 7 (a) entsprechende Anwendung.

(c) Ist dem Werk keine History beigefügt, muss bei der Nutzung einer Bearbeitung des Werkes eine History erstellt und weitergegeben werden. Die zu erstellende History muss zumindest die Informationen über das Werk enthalten, die das Werk selbst enthält oder beim Erwerb des Werkes einfach erkennbar waren. Ziffer 7 (a) findet entsprechende Anwendung.

(d) Bei einer Bearbeitung des Werkes muss in der History so genau wie möglich angegeben werden, wo der Ersteller der Bearbeitung das unveränderte Werk erhalten hat. Hierfür genügt die Angabe einer Internetadresse. Das Datum der Veränderung muss in der History vermerkt werden. Veränderungen des Werkes können in der History durch eine kurze Beschreibung dokumentiert werden.

(e) Sofern ein Rechtsinhaber wünscht, dass er vor der Nutzung des Werkes benachrichtigt wird, etwa um eine aktualisierte Version zur Verfügung zu stellen, kann er einen entsprechenden Hinweis in der History aufnehmen. Es wird empfohlen, diesem Wunsch nachzukommen.

(f) Die History darf nur nach den Bestimmungen dieser Ziffer geändert werden.

9. Beendigung der Rechte bei Zuwiderhandlung

(a) Jede Verletzung der Verpflichtungen aus dieser Lizenz beendet automatisch die Nutzungsrechte des Zuwiderhandelnden.

(b) Die Nutzungsrechte Dritter, die das Werk oder Rechte an dem Werk von dem Zuwiderhandelnden erworben haben, bestehen weiter.

10. Haftung und Gewährleistung

(a) Die Haftung der Lizenzgeber ist auf das arglistige Verschweigen von Rechtsmängeln beschränkt.

(b) Dieser Haftungshinweis bezieht sich ausschließlich auf die Einräumung von Rechten durch diese Lizenz. Die Haftung und Gewährleistung für andere Leistungen, etwa die Verbreitung von Werkstücken, richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen oder individuellen Vereinbarungen.

11. Neue Versionen dieser Lizenz

Das Kompetenznetzwerk Universitätsverbund MultiMedia NRW kann diese Lizenz aktualisieren, soweit eine Veränderung der rechtlichen oder tatsächlichen Umstände dies erfordert. Der Lizenzgeber überlässt dem Kompetenznetzwerk Universitätsverbund MultiMedia NRW die Bestimmung des Inhalts künftiger Versionen dieser Lizenz. Die Bestimmung erfolgt durch öffentliche Bekanntgabe des Lizenztextes. Künftige Versionen müssen den Grundprinzipien dieser Lizenz entsprechen. Soweit ein Werk nicht ausdrücklich einer bestimmten Version dieser Lizenz unterstellt ist, gilt die jeweils aktuellste Version.