

# Validation in Theorie und Praxis

*Gangbare Wege zu einem würdevollen Umgang mit  
verwirrten alten Menschen*

*Ein Anwenderhandbuch*

von

Michael Rath

[michael.rath@das-institut.at](mailto:michael.rath@das-institut.at)



# Inhaltsverzeichnis

<b><u>I</u></b>	<b><u>Einleitung</u></b>	
1.1	Gebrauchsanweisung für dieses Handbuch .....	3
1.2	Umriss des Ausgangsproblems .....	4
1.3	Das Entstehungsmoment der Validation .....	6
<b><u>2</u></b>	<b><u>Ausgangspunkt: Demenz</u></b>	
2.1	Ätiopathogenetische Modelle .....	8
2.1.1	<i>Prolog: Was ist normal am Vergessen?</i> .....	9
2.1.2	<i>Alois Alzheimer – Der Entdecker des Nicht-Klassifizierbaren</i> .....	11
2.1.3	<i>Welche Veränderungen treten im Gehirn von Alzheimer-Patienten auf?</i> .....	14
2.1.4	<i>Welche Verhaltensveränderungen sind zu bemerken?</i> .....	17
2.1.5	<i>Diagnostische Möglichkeiten der Demenz vom Alzheimer Typ</i> .....	21
2.2	Salutogenetische Modelle .....	25
2.2.1	<i>Eriksons Modell der Lebensstadien</i> .....	25
2.2.2	<i>Heilendes Rollenspiel nach Moreno</i> .....	28
2.2.3	<i>Feils Idee der letzten Bühne</i> .....	29
<b><u>3</u></b>	<b><u>Die Drei Säulen der Validation</u></b>	
3.1	Empathie: die Brücke ans andere Ufer .....	31
3.1.1	<i>Die Wirkungen der Wertschätzungsspirale</i> .....	32
3.1.2	<i>Das Aufspüren von Symbolen</i> .....	35
3.2	Grundsätze und Prinzipien .....	37
3.2.1	<i>Theoretische Annahmen</i> .....	37
3.2.2	<i>Die 4 Stadien als Orientierungsrahmen</i> .....	38
3.2.3	<i>Menschliche Emotionen und Grundbedürfnisse</i> .....	45
3.3	Werkzeuge: Beschreibung der 14 Validationstechniken .....	46
3.3.1	<i>Sich selbst zentrieren</i> .....	47
3.3.2	<i>Mit nichtwertenden Worten Tatsachen erfragen</i> .....	48
3.3.3	<i>Umformulieren in wiederholten Schlüsselsätzen</i> .....	48
3.3.4	<i>Erkennen des bevorzugten Sinnesorgans und Kommunikation durch diesen Kanal</i> .....	49
3.3.5	<i>Polaritäten nutzen durch das Erfragen des Extrems</i> .....	51
3.3.6	<i>Das Gegenteil vorstellbar machen</i> .....	52
3.3.7	<i>Erinnern erfolgreicher Problemlösung (coping)-Strategien fördern</i> .....	52
3.3.8	<i>Ehrlichen, direkten und engen Augenkontakt aufnehmen und halten</i> .....	52
3.3.9	<i>Mit unbestimmten Fürwörtern Mehrdeutigkeiten Raum geben</i> .....	53
3.3.10	<i>Mit klarer, sanfter und liebevoller Stimme langsam sprechen</i> .....	54
3.3.11	<i>Spiegeln</i> .....	54
3.3.12	<i>Verbinden des beobachteten Verhaltens mit jenem menschlichen Grundbedürfnis das unerfüllt ist</i> .....	55
3.3.13	<i>Gezieltes, heilendes Berühren</i> .....	57
3.3.14	<i>Einsatz von Gesang, Tanz und Musik</i> .....	60
	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	61
	<b>Verzeichnis der Fallbeispiele</b> .....	62
	<b>Literatur</b> .....	62

# Validation in Theorie & Praxis

Gangbare Wege zu einem würdevollen Umgang mit verwirrten alten Menschen

## I Einleitung

### 1.1 Gebrauchsanweisung für dieses Handbuch

Wie der Name bereits ankündigt will dieses Handbuch Sie, werte Leserin, werter Leser, in die Welt der Validation einführen. Es versucht Ihnen aber nicht nur zu sagen was Validation selbst ist\*, sondern will Ihren Blick auch über die Ränder dieser Methode hinaus auf umliegende Gebiete lenken. Ohne diesen Umblick, so bin ich überzeugt, kann der spezifische Ansatz der Validation nicht entsprechend gewürdigt werden. Was Sie genau in welchem Kapitel erwartet, das gibt Ihnen die folgende Übersicht:

Das 1. Kapitel führt Sie in die Herausforderungen des Alterns aus Sicht der Bevölkerungsentwicklung und der Sozialpsychologie ein und streift so heiße Eisen wie die Kosten und den gesellschaftlichen Status des höheren Alters. Es schließt mit einem Kurzportrait der Begründerin der Validation: Naomi Feil.

Im 2. Kapitel werden Ihnen zwei Zugangswege (Sichtweisen) auf das Altern gegeben die sich in ihrer Herangehensweise an das Thema Verwirrtheit grundlegend voneinander unterscheiden.\*\* In der Praxis ist es unerlässlich, auch über ein grundlegendes medizinisches Wissen zum Thema zu verfügen. Soweit es im Rahmen eines Handbuchs sinnvoll ist bin ich dieser Anforderung im ersten Teil des 2. Kapitels nachgekommen. Im zweiten Teil sind praxisrelevante Denk- und Zugangsweisen zum Alter aufgezeigt, aus denen heraus die spezifische Gesinnung des Ansatzes der Validation besser verstehbar wird.\*\*\*

Das 3. Kapitel ist schließlich dem Kernbereich der Validation gewidmet. Es ist das Hauptkapitel. In ihm finden Sie nicht nur alle relevanten theoretischen Annahmen und Grundüberzeugungen, sondern auch sämtliche Techniken die in der Validation zum Einsatz kommen, dargestellt.

#### Wichtige Hinweise:

Sind Sie ausschließlich am Kernbereich der Validation interessiert? Dann empfehle ich Ihnen mit Kapitel 2.2 (Seite 24) zu beginnen. Wenn Sie gleich an die praktische Anwendung der Validation gehen wollen, dann blättern Sie am besten zum Kapitel 3 (Seite 30). Zusätzlich wartet auf Sie noch eine weitere Möglichkeit durch die Themen dieses Handbuchs zu gehen: Nutzen Sie das dichte Netz an Verweisen zwischen den einzelnen Kapiteln und Kapitelabschnitten das mittels Pfeilen (⇒) eingezogen ist. So bedeutet (⇒ Abb.7: 12): siehe Abbildung 7, zu finden auf Seite 12; und (⇒ 2.1.3: 14): siehe Kapitel 2.1.3 und dort auf Seite 14. Auf die-

\* Die Kurzbeschreibung finden Sie auf Seite 6, ganz oben.

\*\* Diese Zugangsweisen verkörpern so grundlegend verschiedene Weltansichten, dass wir von Paradigmen (nach Kuhn) sprechen können.

\*\*\* Es handelt sich bei der Validation um salutogenetisches Modell (⇒ 2.2.3: 28f).

sen Pfaden können Sie übergeordneten Themen folgen, die sich quasi diagonal zu den Kapiteln entfalten und Sie erschließen sich andere Zugänge zum Thema. Zur Orientierung und zum leichteren Wiederauffinden besonderer Textabschnitte habe ich zwei Symbole eingeführt:



Unter dem Symbol finden LeserInnen die bereits im professionellen Pflegebereich oder gerontopsychotherapeutischen Feld tätig sind tiefergehende Informationen.



Mit diesem Symbol sind Fallbeispiele (und Ausschnitte aus Fallbeispielen) kenntlich gemacht. Sie dienen zur Illustration bestimmter Techniken; auch um methodisch heikle Fragen zu exemplifizieren.

Das Ziel des Handbuchs sähe ich als erreicht, wenn Ihnen als Leser zum einen die Grundsätze, Vorstellungen und Werthaltungen der Validation überschaubar geworden sind und sie eine Vorstellung davon erhalten, unter Einsatz welcher Methoden Validation welche Ziele anstrebt.

## 1.2 Umriss des Ausgangsproblems

Am Beginn des neuen Jahrtausends stellt sich die Frage nach dem Lebensende nicht nur in völlig neuer Form, es steigt auch die Zahl der einflussnehmenden Faktoren. Medizinischer Fortschritt läßt alle zehn Jahre unser aller Lebenserwartung um drei Jahre steigen. Das kommt einer Steigerung der Anzahl der über 95 jährigen um über 250 Prozent gleich (Furtmayer-Schuh 2000: 15)! Denken wir noch die veränderten Familienstrukturen *westlich-zivilisierter Gesellschaften* hinzu, so erkennen wir an den sozialen Verhältnissen alter und sehr alter Menschen radikale Veränderungen.

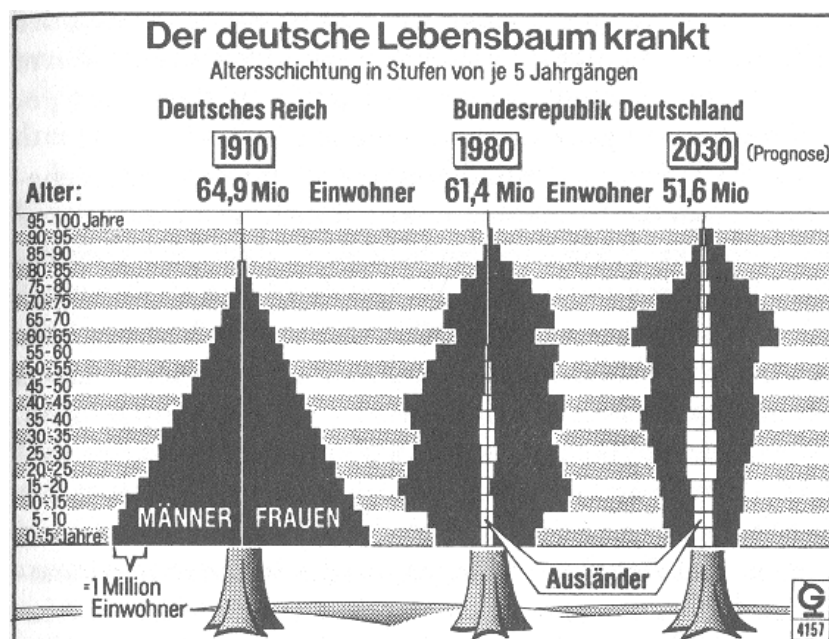


Abbildung 1

Das Gleichgewicht zwischen den Generationen verschiebt sich radikal. Die entsprechenden Werte für Österreich verhalten sich proportional zu den hier wiedergegebenen deutschen.

Die Folge, dass immer mehr Senioren ihren Lebensabend nicht mehr in ihren *sozialen Atomen* (⇒ 2.2.2: 27f), stattdessen in verschieden angelegten Pensionistenwohnheimen und Geriatriestationen, isoliert von diesen „*energiereichen Netzwerken*“ (Moreno 1996: 160) verbringen erscheint uns zwischenzeitlich selbstverständlich. Während allerorten die Lebensqualität steigt, haben wir es gerade im klinischen Bereich oft mit Menschen zu tun, die sich am Ende ihres langen und ereignisreichen Lebens am Rande des *sozialen Todes* bewegen.

Medizinische Behandlung und Pflege, so machen es uns Krankenkassen begreiflich, sind längst an die Grenzen ihrer Finanzierbarkeit gelangt. Mindestens zwei Fünftel der Krankenkassengelder werden für die Gruppe der über 65-jährigen ausgegeben. *Demenzkranke* werden in diese Entwicklungen in besonders hohem Maße involviert. Sie trifft der Verlust gesellschaftlicher und persönlicher Wertschätzung am härtesten. Die Erkrankung *Demenz* ist also „eine Herausforderung für das Gesundheitswesen und die gesamte Gesellschaft“ (Wächtler et al. 1997).

*Ein sehr hohes Alter zu erreichen ist immer noch neu. Wir müssen uns zum ersten Mal in der Geschichte Gedanken machen, wie es ist, sehr alt zu werden, da die Medizin unsere Lebensspanne ausgedehnt hat. Pflegende erleben jetzt eine Generation von sehr Alten, die vor ihrem Tod in die Vergangenheit zurück müssen, um sie aufzuarbeiten.*

Feil (2000: 31)

In einer Zeit, da das Jungsein in allen Lebensphasen zur Erfüllungsnorm des *geglückten Lebens* geworden ist, stoßen uns *Demenzkranke* auf einen entscheidenden „Mangel“ unserer Zeit. Es ist das *abnehmende Bewusstsein über den Wert des Todes*.

*Er wird als bloßes Aufhören gesehen, das noch dazu unter furchterregenden Umständen vor sich geht. Daher wird er aus dem Blickfeld verdrängt; kommt er aber, dann kommt er unvorbereitet. Zwischen ihm und dem vorausgehenden positiven Leben besteht keine Verbindung. Er kommt, dem Sinnerlebnis nach, „von außen“, und die Symptome, mit denen er sich in der Phase des hohen Alters anmeldet, werden nicht in den Zusammenhang des Daseins einbezogen, sondern nur erduldet.*

Guardini (1953: 68 f)

Das Alter, ja mehr noch das Altern in den Zusammenhang des Lebens zu stellen hat Naomi Feil in den 1960er Jahren bewogen eine Methode zu entwickeln, die allgemein als *Validation* bekannt geworden ist (⇒ 1.3: 5f). Das *Unverbunden-Sein* zwischen Leben und Lebensende, von dem Guardini spricht, zu überbrücken, scheint mir *die Herausforderung* zu sein, vor der wir hier als professionelle Helfer und Pfleger stehen, zumal die Betroffenen nicht nur ihr Gedächtnis mehr und mehr verlieren, sondern zunehmend auch noch die emotionale Kontrolle hinter sich lassen. Zusammenfassend seien hier folgende Kernfragen formuliert:

- 1 Wie können wir zu Brückenbauern der verschiedenen Lebensschauplätze des alten Menschen werden?
- 2 Wie können wir eine Auffassung von *dementen* alten Personen entwickeln, so dass wir sie in ihrer spezifischen Würde bewusst wahrnehmen können?
- 3 Wie können wir uns einem Verständnis der *Verwirrtheiten dementer* alter Menschen nähern?
- 4 Lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Äußerungen der *Verwirrtheit* und den Lebensschauplätzen der Betroffenen ausfindig machen?
- 5 Können wir Methoden finden, mit deren Hilfe wir mit *Demenzpatienten* sinngetragen kommunizieren können?
- 6 Lassen sich soziale Rollen der Betroffenen trotz kognitiver Defizite wieder aktivieren, sodass akkumulierte Lebenserfahrung nutzbar (lebendig) wird?

Die Widerstände denen wir auf der Suche nach Antworten begegnen liegen gleichermaßen im Inneren wie im Äußeren. An unseren persönlichen Empfindungen und Wertungen, wie an strukturellen und gesellschaftsspezifischen Gegenströmungen (Rath 2000: 3)\* In genau diesem Spannungsfeld versucht die Methode der Validation verschiedene Beiträge zu leisten. Sie vertieft das Verständnis innerpsychischer Vorgänge bei *dementiellen* Erkrankungen. Darüber hinaus erlaubt sie eine Klassifikation von Krankheitsbildern jenseits des pathologisierenden Ansatzes der Gerontopsychiatrie (⇒ 2.1.2: 12). Schließlich bietet sie für die Praxis vielfach erprobte Techniken im Umgang mit *Demenz*-Patienten (⇒ 3.3.: 45-59). Sie wird damit jener Forderung gerecht die der Begründer der Gruppenpsychotherapie, Jacob Levy Moreno, in den vierziger Jahren in den USA so formulierte:

*Es muß ein neuer Wind in die Geriatrie als Wissenschaft vom Alter kommen durch die Erkenntnis, daß wir nicht nur innen in uns leben, sondern daß es auch ein „außen“ des Selbst gibt, das hochstrukturiert und empfänglich für Wachstum und Verfall ist.*

Moreno (1947: 82)

Diesem Zitat folgend können wir den sechs Punkten unserer Liste an Kernfragen noch einen siebenten hinzufügen:

- 7 Wie können wir das „außen des Selbst“ so gestalten, dass es Wachstum fördert und dieses Wachstum speziell dem Sein der *Demenzkranken* entspricht?

### 1.3 Das Entstehungsmoment der Validation

Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt geht Validation als Methode im Umgang mit desorientierten alten Menschen auf Naomi Feil zurück. Sie wurde 1932 in München geboren und musste in ihrem vierten Lebensjahr mit ihren Eltern in die Vereinigten Staaten emigrieren. 1947, Naomi war gerade 15, initiierte ihr Vater eine praktische und theoretische Arbeit mit desorientierten sehr alten Menschen im Montefiore-Altersheim in Cleveland (Ohio), jenem Altersheim in dem Naomi Feil größtenteils ihre Jugend verbrachte. Beruflich entschied sie sich für ein Studium der Psychologie und Sozialarbeit an der Columbia University und der New York School of Social Work. 1956 diplomierte sie über „Gruppenarbeit mit alten Menschen“. Es folgten sieben Jahre Arbeit mit gesunden, orientierten alten Menschen bevor Naomi Feil 1963 wieder an das Montefiore-Altersheim ihrer Jugend zurück kehrte. Dort setzte ihre Arbeit mit desorientierten und verwirrten alten Menschen ein. Ursprünglich wollte sie „(...) diesen desorientierten Menschen helfen, der Realität ins Auge zu sehen und ihnen im Rahmen einer Gruppe Kontaktmöglichkeiten schaffen.“ (Feil 1999: 9). Drei Jahre lang versuchte Feil ihrem Motto treu zu bleiben und kämpfte verbissen um Realitätsorientierung ihrer *Klienten*. Eines Tages musste ihr wohl ein Satz ihres Vaters eingefallen sein. „Mein Vater hat immer gesagt, diese Leute haben viel Weisheit, sogar wenn sie nicht mehr sprechen und nicht mehr denken können.“ (Janisch 1997: 11). Naomi Feil zog die Konsequenzen aus ihren durchwegs leidvoll verlaufenen ersten Berufsjahren mit desorientierten alten Menschen und positionierte sich neu: „Ich gab das Ziel der Orientierung auf die Realität auf, als ich bemerkte, dass die Gruppenmitglieder sich immer dann zurückzogen oder zunehmend feindselig wurden, wenn ich sie mit der unerträglichen Realität der Gegenwart zu konfrontieren versuchte.“ (Feil 1999: 9). Damit kam jener Jahrzehnte dauernde Prozess in Gang der zur Entwicklung der Validation führte. Feil vertiefte sich konsequent in die Lebenswelten verwirrter alter Menschen und entdeckte eine Vielzahl an möglichen Wegen, mit diesen Menschen in Kommunikation zu treten (⇒ 3.3.2-14: 47-59) und deren symbolisch verschlüsselten Bedürfnisse aufzuspüren (⇒ 3.1.2: 34f). Darüber hi-

\* Einen leicht lesbaren Einblick in diese Gegenströmungen gibt Schmidbauer (2001) in essayistischen Skizzen.

naus entwickelte sie ein entwicklungspsychologisch fundiertes Theorem um den letzten Abschnitt des Lebens begrifflich fassen zu können (⇒ 2.2.1: 24f, 2.2.3: 28f).<sup>\*</sup> Um die vielgestellte Frage „Was ist Validation?“ gleich vorweg zu bedienen, lasse ich zwei Definitionsversuche folgen: **Erst die Kurzform, von Naomi Feil selbst:** „Validieren heißt die Gefühle des Individuums anzuerkennen. Validieren heißt sagen, dass ihre Gefühle wahr sind.“ (Feil 1981: 13). **Und hier eine ausführlichere Variante:**

*Validieren bedeutet vom Wortsinn her ‚etwas für gültig erklären‘ – und zwar die Realität des demen-  
ten alten Menschen. In einer akzeptierenden empathischen Atmosphäre, die immer wieder für eine be-  
stimmte Zeit unter Zuhilfenahme bestimmter verbaler und nonverbaler Techniken hervorgerufen wird,  
soll der demente Alte Momente echter, tiefer Wertschätzung erfahren, die positive Auswirkungen auf  
sein gesamtes psychosoziales Befinden haben.*

Cofone (1997: 27).

**Wie es zu diesem, zunächst eigenartig klingenden Begriff Validation kam berichtete Feil 1996 einer schweizerischen Validationslehrerin im Rahmen eines Interviews:**

*Als wir mit unserer Arbeit mit alten Menschen begannen, fragten viele: „Was macht ihr?“. Wir wählten  
den Namen ‚Fantasy-Therapy‘, da für mich Phantasie Grundlage für Therapie war. Im Film ‚Looking for  
yesterday‘ verwendeten wir also diesen Namen. Als ein Psychologe und Wissenschaftler unseren Film  
sah, meinte er: „Was ihr macht ist ‚validating‘“. Daher der Name ‚Validation‘.*

Fläcklin-Schonis (1996: 33)

Naomi Feil ist eine gern gebuchte Rednerin, da ihre Ausführungen (sie war Off-Broadway-Schauspielerin) faszinierenden Rollenspielen gleichkommen. Sie publizierte mehrere Bücher und Artikel in einschlägigen Fachjournalen zum Thema Validation und verfasste insgesamt neun Drehbücher über das Altern die ihr Mann produzierte. Jedes einzelne gewann einen Preis. Im November 1997 wurde ihr das „Große Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich“ verliehen.

---

<sup>\*</sup> Ich werde die Beiträge, die die Validation im Sinne von Antworten auf die formulierten Kernfragen gibt in diesem Handbuch nicht einzeln erwähnen. Es sei hier vorweg angemerkt, dass Validation zu allen umrissenen 7 Themenbereichen wertvolle Beiträge leistet. Ein Detailnachweis muss einer anderen wissenschaftlichen Arbeit vorbehalten bleiben.

## 2 Ausgangspunkt: Demenz

Aber noch schlimmer als sämtlicher Glieder Gebrechen ist die Demenz, bei der man selbst die Namen der Sklaven, die Miene des Freundes nicht mehr erkennt, der in vergangener Nacht mit einem speisete, nicht mehr die Kinder die man gezeugt und erzogen. \*

Junius Juvenalis (60 – 140 n.Chr.)

Wie aus dem Eingangszitat hervorgeht, war der Begriff der *Demenz* den Ärzten des Altertums als furchterregende Krankheit durchaus bekannt. Diese unterschieden bereits zwischen psychischen Leiden als Folge von körperlichen Erkrankungen und solchen ohne körperliche Ursachen (Österreicher, Wagner 1982: 316). Der Begriff *Demenz* wurde jedoch bis ins späte 18. Jahrhundert hinauf für jegliche Form geistiger Störung gebraucht und jahrhundertlang synonym (gleichbedeutend) mit *Delirium* gesetzt. Erst gegen Mitte des 19. Jahrhunderts gelang dem französischen Nervenarzt *Esquirol* eine klare Differenzierung (Mielke, Kessler 1994: 2). Er definierte die *Demenz* als eine *zerebrale* Erkrankung und teilte die *dementiellen* Erscheinungen in 3 Unterbegriffe:

	Formen der Demenz	Heilungschancen
1	<i>akute</i> Form hervorgerufen durch Fieber und Blutungen	prinzipiell heilbar
2	<i>chronische</i> Form hervorgerufen durch Epilepsie, Trunksucht und Masturbation	als kaum behandelbar eingestuft
3	<i>dementia senile</i> als eine Folge des Alterns	prinzipiell unheilbar

Tabelle 1  
Demenzformen mit Einschätzung der Behandlungsmöglichkeit; nach Esquirol

### 2.1 Ätiopathogenetische Modelle

Seit dem 19. Jahrhundert hat sich in der Medizin ein Modell durchzusetzen begonnen, welches Krankheiten nach ihrem äußeren Erscheinungsbild und deren Ursachen klassifiziert. Darüber hinaus wird eine Prognose hinsichtlich Behandelbarkeit und spontanem Verlauf anzugeben versucht. Der hierfür gebräuchliche Begriff *Ätio-patho-genese* leitet sich aus den griechischen Worten *aitía* (Ursache, Schuld), *páthos* (Leiden, Krankheit) und *génesis* (Werden, Entstehen) ab (Frick 1996: 12ff). Eng verknüpft mit dieser Sicht auf menschliches Leid ist die Auffassung, dass man gegen eine Krankheit mit allen Mitteln ankämpfen müsse, gefolgt von der Fantasie, diesen Kampf gegen die Ursachen der Krankheit auch gewinnen zu können (Antonovsky 1993). Größte Fortschritte verdankt die moderne Medizin diesem Paradigma der

\* „Sed omni membrorum damno major **dementia**, quae nec nomina servorum nec vultum agnoscit amici cum quo praeterita cenavit nocte, nec illos quos genuit, quos eduxit.“ Das Zitat stammt aus dem Werk *Saturae*. Juvenalis selbst, ein römischer Redner und Satiriker, erreichte das damals sehr hohe Alter von 80 Jahren (Maurer et al. 1993: 5).

Heilkunst. In Bezug auf das hier abzuhandelnde Thema *Demenz* schritt die diagnostische Differenzierung mit der Wende zum 20. Jahrhundert, vor allem durch die Zugrundelegung neuropathologischer Befunde stark voran (Fuhrmann et al. 2000: 20). Dennoch bleibt der Blick der Forscher auf Funktionsausfälle, Abbau und Verfall fokussiert (⇒ 2.1.2: 12, Definition von *Morbus Alzheimer* nach Kraepelin).

### 2.1.1 Prolog: Was ist normal am Vergessen?

Bevor wir uns dem Entdecker und den einzelnen Forschern der *Alzheimer-Krankheit* widmen, nutze ich hier die Gelegenheit mit zwei populären Vorurteilen aufzuräumen.

**Vorurteil I:** Ab dem 35. Lebensjahr baut unser Gehirn ab, unsere Nervenzellen beginnen abzusterben.

**vielmehr stimmt:** „dass das Gehirn bis zum 65. Lebensjahr zwar Wasser verliert, aber keine Neuronen. Erst jenseits des 65. Lebensjahres sehen die Forscher, dass auch Nervenzellen verschwinden, wenn sie nicht mehr angefahren werden.“ (Furtmayr-Schuh 2000: 190).\*

Alzheimer Krankheit	Normale Altersvergesslichkeit
Vergesslichkeit tritt dauernd auf und wird im Verlauf von Monaten bis Jahren deutlich stärker	Nur zeitweise auftretend und über Monate bis Jahre allenfalls geringfügig stärker werdend
Häufiges Vergessen oder Verlegen wichtiger Gegenstände wie Ausweise, Geldtasche, Scheckheft, etc.	Gelegentliches Vergessen unwichtiger Dinge oder Verlegen von Kleinigkeiten wie Brille, Schlüssel, etc. (zu Hause)
Große Mühe das Verlegte wieder zu finden (weil zumeist an unüblichen Plätzen)	Das Verlegte wird rasch wieder gefunden (weil an üblichen Plätzen)
Vergessen ganzer Erlebnisse oder Gedächtnisinhalte	Vergessen von Teilen von Erlebnissen oder Gedächtnisinhalten
Vergessen ist auch durch Konzentration und intensives Nachdenken nicht zu beheben, ein späteres Wiedererinnern wird nicht erreicht	Vergessenes kann mit Konzentration und intensivem Nachdenken (zumindest später) wiedererinnert werden
Betroffene sind zunehmend nicht mehr in der Lage, Notizzettel (Merkhilfen) zu nutzen und mündlichen oder schriftlichen Anweisungen Folge zu leisten	Notizzettel und Merkhilfen können sinnvoll eingesetzt (genutzt), mündliche oder schriftliche Anweisungen können befolgt werden
Zusätzlich auftretende Störungen von: Denk- & Urteilsvermögen, Orientierung, Benennen & Erkennen, Geschicklichkeit, Lesen, Schreiben & Rechnen, Antrieb, Aufmerksamkeit, etc.	Keine nennenswerten anderen Störungen

Tabelle 2

Vergleiche zwischen den Symptomen des *Morbus Alzheimer Syndroms* mit normaler Altersvergesslichkeit; nach Krämer (1989: 117)

\* Das hat der Anatom und Gehirnforscher *Herbert Haug* in einer umfassenden und repräsentativen Studie, an Gehirnen von Personen im Alter zwischen 20 und 111 Jahren, herausgefunden.

**Vorurteil 2:**

„Schrecklich, jetzt habe ich auch schon Alzheimer. Stellen Sie sich vor: in letzter Zeit vergesse ich Telefonnummern und Namen fremder Personen.“

**vielmehr trifft zu:**

dass das Nachlassen der Merkfähigkeit im Alter eine normale Erscheinung ist, von der alle Gleichaltrigen betroffen sind. Um diese Art der Vergesslichkeit von besorgniserregenden Formen zu unterscheiden empfiehlt sich folgender Vergleich: „Wer als alter Mensch gelegentlich vergisst, wo er seine Brille hingelegt hat, leidet wahrscheinlich an gutartiger Altersvergesslichkeit. Wer aber vergisst, dass er überhaupt eine Brille trägt, leidet wahrscheinlich an einer Demenz.“ (Krämer 1989: 113).

Bei Beginn der Erkrankung ist die Gedächtnisstörung (Amnesie) eine *anterograde\**, im mittleren und noch deutlicher im Spätstadium wird die *amnestische Störung* zusehends *retrograd*, d.h. die betroffene Person verliert die Erinnerung an Ereignisse ihres Lebens lange vor dem Beginn der Erkrankung. Genauere Abgrenzungskriterien finden Sie oben (⇒ Tab. 2: 8).



Das Gedächtnis wird unterteilt in:

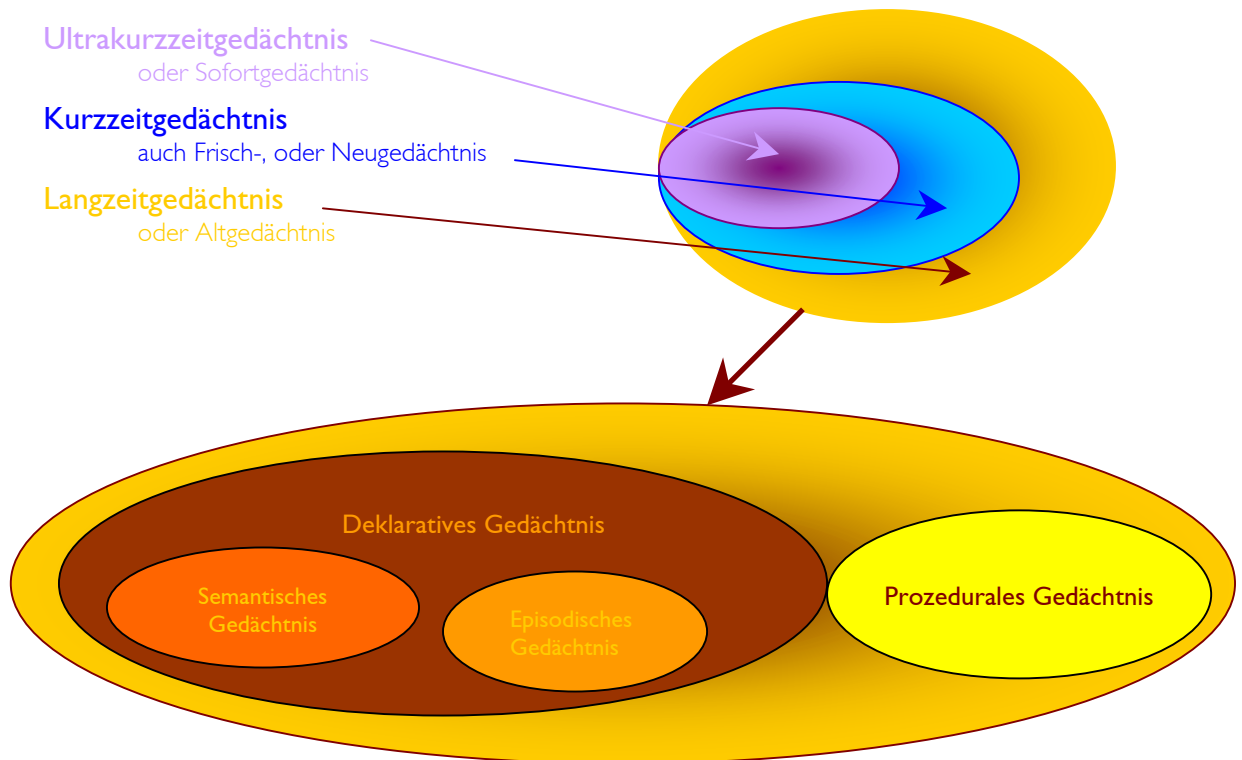


Abbildung 2

Grob- und Feinunterteilung der Gedächtnisbereiche; nach Krämer (1989)

Im Langzeitgedächtnis werden zwei große Bereiche unterschieden:

**Deklaratives Gedächtnis** und **Prozedurales Gedächtnis**  
wird nochmals unterteilt in  
**Episodisches** und **Semantisches** Gedächtnis

\* Das Vergessen betrifft Gedächtnisinhalte die sich auf Erlebnisse und Vorgänge *nach* dem Eintritt der Erkrankung beziehen.

Während sich das episodische Gedächtnis auf Erlebnisinhalte in einer zeitlich erlebten Abfolge bezieht, wie z.B. das Erinnern daran, was ich letzte Woche getan habe, meint semantisches Gedächtnis Inhalte des Allgemeinwissens, wie die Namen von Objekten, Städten, etc.

Das prozedurale Gedächtnis „speichert“ das Wissen um den Umgang mit Personen und Dingen, d.h. wie wir z. B. Schreiben oder Autofahren.

Bei der *Demenz vom Alzheimer Typ* wird zuallererst das prozedurale Gedächtnis beeinträchtigt. In einem Kaffeehaus sitzend wissen Betroffene dann einfach nicht mehr wie sie bezahlen sollen.



Die allerbesten Wirkungen entfaltet Validation bei jener Diagnose die als *Morbus Alzheimer Syndrom* beschrieben und vom Psychiater und Neurologen *Alois Alzheimer* zu Beginn des 20. Jahrhunderts entdeckt wurde. Die erste Fallbeschreibung dieses Forschers soll uns nun direkt zum Kern der Verhaltensproblematik dieser Patienten führen.\*

## 2.1.2 Alois Alzheimer – Der Entdecker des Nicht-Klassifizierbaren

*Alois Alzheimer* (1864 – 1915) wurde als Sohn eines Notars in der Nähe von Würzburg geboren. Nach einem Medizinstudium in Berlin, Tübingen und Würzburg nahm er 1888 die Stelle eines Assistenzarztes an der „*Städtischen Irrenanstalt*“ in Frankfurt am Main an. Seine entscheidenden Forschungsjahre lagen zwischen 1903, der Übersiedlung nach München und 1915. An der „*Münchner Medizinischen Fakultät*“ habilitierte sich *Alzheimer* über „*Histologische Studien zur Differentialdiagnose der Progressiven Paralyse*“\*\*. Ab diesem Zeitpunkt und bis 1912 war *Alzheimer* enger Mitarbeiter und Wegbegleiter des bahnbrechenden Psychiaters *Emil Kraepelin*. Mit 51 Jahren starb *Alois Alzheimer* früh an *Urämie*\*\*\*.



Abbildung 3a, b *Alois Alzheimer*

Entdecker der nach ihm benannten Demenzform

a: Portrait um 1900; b: im Kreise seiner Kollegen an der Königlich Psychiatischen Klinik in München (ganz links)

\* Aus diesem Grund konzentriere ich mich in diesem Handbuch auf die Beschreibung der *senilen Demenz vom Alzheimer-Typ* (S-DAT). Übersichten an *Demenzformen* sowie angrenzenden Krankheiten sind u. a. zu finden bei *Krämer* (1989: 37-58); *Mielke, Kessler* (1994: 5-44); *Stoppe* (1997: 20-24).

\*\* Eine durch *Syphilis* hervorgerufene psychische Krankheit. Beginnt meistens zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr

\*\*\* *Niereninsuffizienz* die zu *letaler* Hamvergiftung führt.

Histologie, die Wissenschaft vom Feingewebe der Organe, hatte *Alzheimer* in seinem Studienjahr in Würzburg erlernt. Sie sollte sein Leben nachhaltig prägen (Jürigs 2001: 78). Ohne die damals recht junge Wissenschaft wäre es dem jungen Psychiater wohl nie gelungen jene *Demenzform* zu entdecken, die heute in aller Munde ist: die *Alzheimer-Demenz*.

Es begann im Jahre 1901, als die 51-jährige Patientin *Auguste Deter* wegen paranoider Denkinhalte in die Abteilung des Oberarztes *Alzheimer* an der „Städtischen Irrenanstalt“ in Frankfurt am Main eingeliefert worden war. Er arbeitete zu dieser Zeit unter *Emil Sioli*, der die Irrenanstalt, wie Psychiatrische Krankenhäuser damals genannt wurden, sehr fortschrittlich, das heißt unter Verzicht auf die damals üblichen Zwangsmaßnahmen, führte. *Auguste Deter* konnte sich frei bewegen und *Alzheimer* sie unter diesen idealen Bedingungen sechs Jahre hindurch, bis zu ihrem Tod, in ihrem Verhalten genau beobachten (Furtmayr-Schuh 2000: 45). Getreu seiner Überzeugung „(...), dass jede pathologische Veränderung des Wesens mit Veränderungen im Hirnrindengewebe parallel verläuft.“ (Jürigs 2001: 78) untersuchte *Alzheimer* nach dem Tode der Patientin deren Gehirn und fand darin reiskorngroße Ablagerungen (neurofibrilläre Bündel, senile Plaques (⇒ Abb. 4b, c). Zwar waren *Demenzformen* schon vor *Alzheimer* bekannt (⇒ 2: 7), doch die Verbindung (*Synthese*) von klinischen Beobachtungen an Patienten mit Ergebnissen aus der mikroskopischen Analyse der Gehirnstrukturen der selben Patienten hatte vor *Alzheimer* kein Forscher zu ziehen vermocht. Er erkannte in anderen Worten, dass die Veränderungen in der Hirnrinde „etwas mit der Psyche zu tun haben“ (Jürigs 2001: 41). Im Herbst 1906 berichtete *Alzheimer* dann seine bahnbrechenden Entdeckungen auf der 37. Tagung der „Südwestdeutschen Irrenärzte“ in Tübingen, einer eher unbedeutenden Veranstaltung deutscher Psychiater (Jürigs 2001: 42). Sein Vortrag hatte den Titel „Über einen eigenartigen Erkrankungsprozeß der Hirnrinde“. Doch die darin geäußerten Gedankengänge waren den Zeitgenossen *Alzheimers* wohl zu gewagt. Sie konnten nicht angemess-

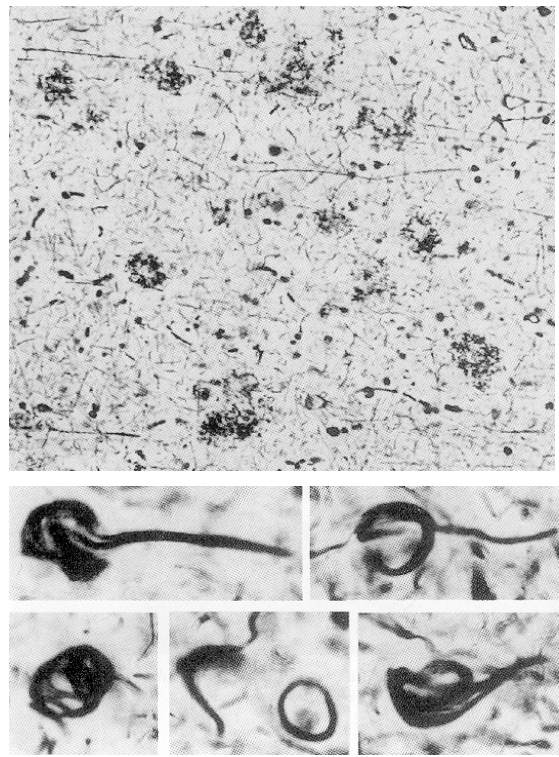
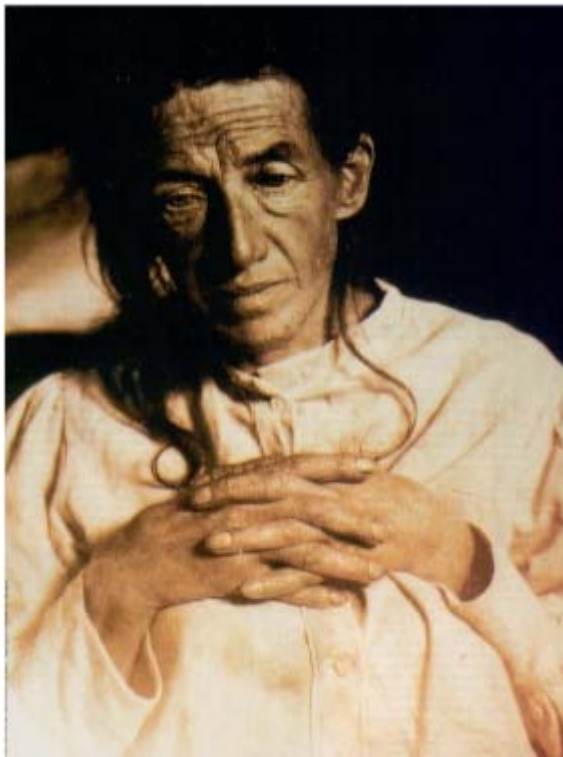


Abbildung 4a, b, c: *Auguste Deter*

An ihr brachte *Alzheimer* zum ersten Mal klinische Symptome und mikroskopische Befunde von veränderten Gehirnstrukturen, wie **b**: senile Plaques (rechts oben) und **c**: neurofibrilläre Bündel (rechts unten) in Zusammenhang; **a**: Portrait um 1905

sen rezipiert werden. „Die Kollegen nahmen seinen Bericht darüber so auf, als hätte Alzheimer damit die Standesehre der Psychiater befleckt. Nicht Kritik, sondern Schweigen schlug dem (...) Nervenarzt entgegen, (...)“ (Furtmayr-Schuh 2000: 46). Die weitreichenden Folgen seiner Entdeckungen waren Alzheimer sehr wohl bewusst. Er sprach sie noch im selben Vortrag aus:

*Mein Fall Auguste D. bot schon klinisch ein so abweichendes Bild, dass er sich unter keine der bekannten Krankheiten einreihen ließ. (...) Solche eigenartigen Krankheitsprozesse haben sich in den letzten Jahren in größerer Zahl feststellen lassen. Diese Beobachtung wird uns nahe legen müssen, daß wir uns nicht damit zufrieden geben sollen, irgend einen klinisch unklaren Krankheitsfall in eine der uns bekannten Krankheitsgruppen unter Aufwendung von allerlei Mühe unterzubringen.*

Alzheimer (1907: 148)

Was also war an der Frau zu beobachten gewesen, dass es alle bisherigen Krankheitsklassifikationen sprengte? Das erste auffällige Zeichen waren Eifersuchtsideen gegen den eigenen Ehemann. Bald zeigte sich eine „rasch zunehmende Gedächtnisschwäche“ (Alzheimer 1907: 147). Die Frau versteckte Dinge in der Wohnung, glaubte immer wieder, dass man sie umbringen wolle und begann öfter laut zu schreien (⇒ 2.2.3: 28, „Die Beschuldigerin“). Da sie sich in der Wohnung nicht mehr zurecht fand, wurde sie in die Irrenanstalt eingeliefert. Dort fand sie dann Alzheimer zeitlich und örtlich gänzlich desorientiert und in „völliger Ratlosigkeit“ (ibid.) (⇒ 3.2.2: 38f, Stadium 2). Geradezu erhellend für die Nachvollziehbarkeit spezifischer Techniken im Methodengebäude der Validation beschreibt Alzheimer die unterschiedlichen Rollen (⇒ 2.2.2: 26ff) die ihm diese Frau in kurzer zeitlicher Abfolge ganz offensichtlich zuschreibt: „Den Arzt begrüßt sie bald wie einen Besuch und entschuldigt sich, daß sie mit ihrer Arbeit nicht fertig sei“, um im nächsten Moment laut aufzuschreien, da sie denkt „er wolle sie schneiden“. Die dritte Rolle die der Psychiater von ihr zugewiesen bekommt deutet sie so an, dass „sie von ihm etwas gegen ihre Frauenehre“ (ibid.) zu befürchten hätte. Der Zustand der Frau verschlechterte sich permanent. Für dieses neuartige Zusammenspiel an beobachtbaren Erscheinungen waren zur damaligen Zeit keine speziellen Behandlungsmethoden bekannt. Die Merkfähigkeit Auguste Deter's erlitt immer schwerere Beeinträchtigungen. Alzheimer vermerkte: „Beim Schreiben wiederholt sie einzelne Silben oftmals“, „manche Frage faßt sie offenbar nicht auf.“ und „den Gebrauch einzelner Gegenstände scheint sie nicht mehr zu wissen.“ Im weiteren Verlauf der Krankheit „macht die allgemeine Verblödung Fortschritte.“ (ibid.). Wenn wir weiter lesen wie die Patientin die letzten Monate ihres Lebens verbrachte, nämlich „völlig stumpf, mit angezogenen Beinen“ (ibid.), dann haben wir vor uns einen gesamten Entwicklungsgang der Alzheimer-Demenz wie in Naomi Feil 70 Jahr später in ihren vier Stadien (⇒ 3.2.2: 37-43) hochdifferenziert beschreibt.

Die hier wiedergegebenen Ausführungen stellen die Erstbeschreibung einer präsenilen Form der Demenz vom Alzheimer-Typ, im Wirkungsbereich der modernen Psychiatrie, dar. Später wurde auf einen Vorschlag Kraepelins, dem Münchner Professor und Vorgesetzten Alzheimers diese Krankheit dann als *Morbus Alzheimer* bezeichnet (Jürgs 2001: 46) und folgendermaßen beschrieben:

*Es handelt sich um die langsame Entwicklung eines ungemein schweren geistigen Siechtums mit den verwaschenen Erscheinungen einer organischen Hirnerkrankung. Die Kranken gehen im Laufe einiger Jahre allmählich geistig zurück, werden gedächtnisschwach, gedankenarm, verwirrt, unklar, finden sich nicht mehr zurecht, verkennen die Personen, verschenken ihre Sachen. Später entwickelt sich eine gewisse Unruhe, die Kranken schwatzen viel, murmeln vor sich hin, singen und lachen, laufen herum, nesteln, reiben, zupfen, werden unreinlich. (...) Sehr tiefgreifend sind vor allem die Störungen der Sprache. Die Kranken (...), verfallen (...) gewöhnlich in ein ganz sinnloses Geplapper (...)\**

Kraepelin (1910: 221f)

\* Hier zeigt sich besonders deutlich der ätiopathogenetische Ansatz. Kraepelin fokussiert ausschließlich auf Rückgang, Abbau und Verfall.

Die entdeckte Erkrankungsform geriet aus schon genannten Gründen (⇒ dieses Kap.: II, „37.Tagung Südwestdeutscher Irrenärzte“) schnell in Vergessenheit und blieb dies bis 1980! Bis zu diesem Zeitpunkt herrschte ein Erklärungsmodell vor, dass die Ursachen zahlreicher *mnestischer, kognitiver* und *verhaltensmäßiger Dysfunktionen* der Aterienverkalkung (*Ateriosklerose*) zuschrieb. Zwar konnte die Hypothese der *ateriosklerosen Ursache der Demenz* in den sechziger Jahren von englischen Pathologen (v.a. *Corsellis* 1962, 1969) falsifiziert werden, doch sollte es noch ein weiteres Jahrzehnt bis zur Renaissance des alzheimerischen Erklärungsmodells dieser Erkrankung dauern. Als nämlich das Team um *Tomlinson* (1968, 1970) das Verhalten *dementer* Personen über deren gesamte Lebenszeit klinisch ausführlich dokumentierte und nach dem Tod der Betroffenen deren Gehirne neuropathologisch untersuchte, also im Grunde so wie Alzheimer selbst vorging, jedoch mit weitaus modernerer medizintechnischer Ausstattung (*Rath* 2000: 5).

### 2.1.3 Welche Veränderungen treten im Gehirn von Alzheimer-Patienten auf?

Untersucht man die Gehirnstrukturen von *Alzheimer*-Patienten mit modernsten bildgebenden Verfahren (CT, MRT, PET, SPECT) so erhalten wir ein hochkomplexes Bild von den neuronalen Prozessen, die im Verlauf dieser Krankheit vor sich gehen. Beim menschlichen Gehirn werden zunächst drei große Bereiche unterschieden:

- 1 *Neocortex* (Großhirnrinde)
- 2 *Limbisches System* (mit dem *Hippocampus*)
- 3 Hirnstamm und *Cerebellum* (Kleinhirn)

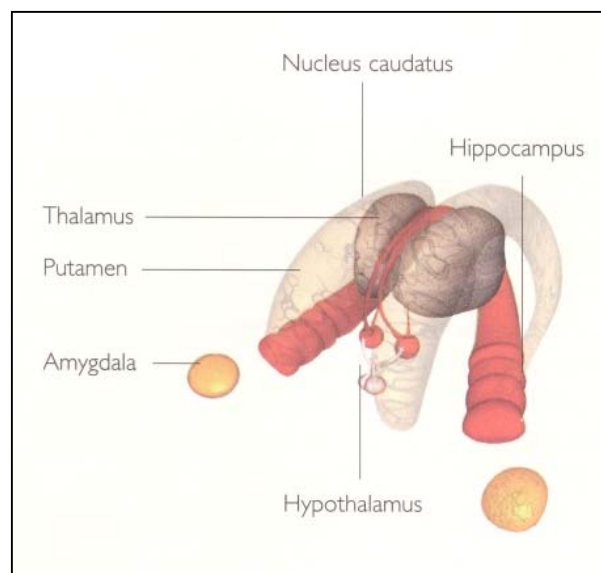


Abbildung 5

Das limbische System mit seinen Hauptmodulen. Die vor dem Hippocampus (⇒ Abb. 8: 16) („Seepferdchen“) liegende *Amygdala* ist der Ort an dem Angst generiert und registriert wird.

Es ist ein Mythos, zu glauben die *Alzheimer*-Krankheit greife das gesamte Gehirn an. Die tatsächlich betroffenen Gehirnregionen finden Sie auf der folgenden Seite (⇒ Tab. 3: 14):

Areal des Neocortex	Aufgabe des jeweiligen Areals
Frontal-(Stirn-) lappen	Denken, Begriffsvorstellungen, planvolles Handeln, Bewusstwerden von Emotionen, höchstes kognitives Zentrum des Gehirns, v.a.i. sozial-kommunikativen Kontext
Parietal-(Scheitel-) lappen	Raumwahrnehmungen im allgemeinsten Sinn, z.B. Wissen um den eigenen Aufenthaltsort und die Konstruktion einer dreidimensionalen Welt, Bewegungen, Rechnen, Lesen (der Uhr), Erkennen, Umgang mit Symbolen, Verarbeitung Körpersensorik
Temporal-(Schläfen-) lappen	Integration und Bewertung von Klängen, Sprache, visueller Aspekte von Objekten und Prozessen, besonders von Gesichtern. Speicherort für das figürliche und szenische Gedächtnis. Koordinationszentrum des <i>deklarativen</i> Gedächtnisses*

Tabelle 3  
Übersicht der Areale des Neocortex die im Verlauf der Alzheimer-Demenz angegriffen werden (gekürzt, nach Carter, Roth; beide 1999)

Weitgehend unberührt und damit lange Zeit erhalten bleiben diejenigen Gehirnareale die für Bewegungen, Berührungen und Schmerz Wahrnehmungen zuständig sind (Krämer 1989: 93). Stärker noch als das Absterben von Gehirnzellen, ist der „geistige Verfall bei Alzheimer-Kranken“ – so sind sich die Forscher mittlerweile einig – auf den Verlust an *Synapsen* (Nervenzellenkontakten) zurückzuführen (⇒ Abb. 7a, b: 15). „Nervenzellen sind im Anfangsstadium der Krankheit zwar stark angeschlagen, aber noch nicht abgestorben.“ (Furtmayr-Schuh 2000: 71). Den eigentlichen Ausgangspunkt nimmt das Zerstörungswerk der Alzheimer-Krankheit an den Synapsen im inneren, vorderen Bereich des *Temporal-Lappens* (*inferotemporaler Bereich*), der zusammen mit der *entorhinalen Rinde* (Riechhirn) „das bedeutendste Koordinationszentrum des deklarativen Gedächtnisses bildet.“ (Roth 1999: 181f; ⇒ Abb. 2: 9). Aus nahezu allen Bereichen des *Neocortex* laufen Nervenbahnen über die *entorhinale Rinde* zum *limbischen System* (⇒ Abb. 5: 13).\*\*

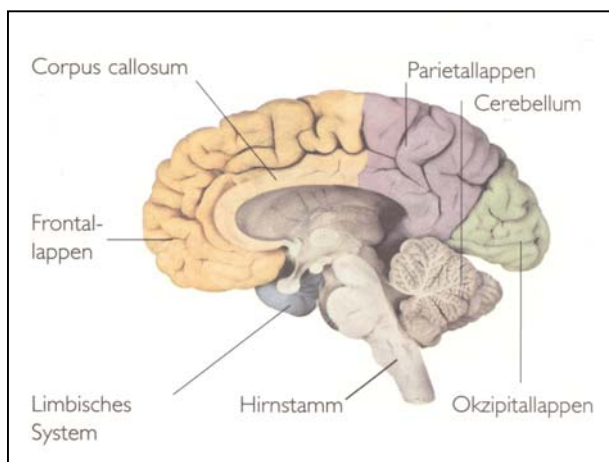


Abbildung 6a  
Gehirnschnitt mit Blick auf das limbische System und dem *Corpus callosum*, das die beiden Hirnhemisphären durch ständigen Informationsfluss miteinander verbindet.

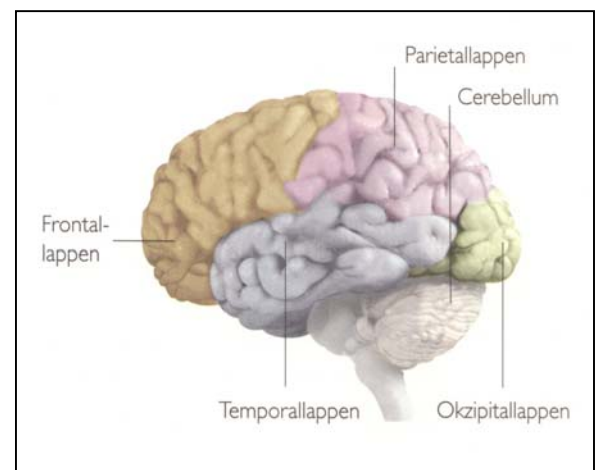


Abbildung 6b  
Großhirnrinde (*Neocortex*) mit den für die *Morbus Alzheimer* relevanten Arealen, inklusive Kleinhirn (*Cerebellum*), das nicht angegriffen wird.

\* Vergleichen Sie hierzu auch die Ausführungen in Abb. 2: 9f.

\*\* In diesem Handbuch wird das Thema nur so weit ausbreitet bis gewisse Verständnisszusammenhänge klar werden. Die Ausführungen eignen sich nicht als Abriss der aktuellen Forschungsergebnisse. Diese sind u. a. zu finden in: Hegerl et al. (2001); Krämer (1989); Maurer et al. (1993); Mielke, Kessler (1994); Wächtler (1997).

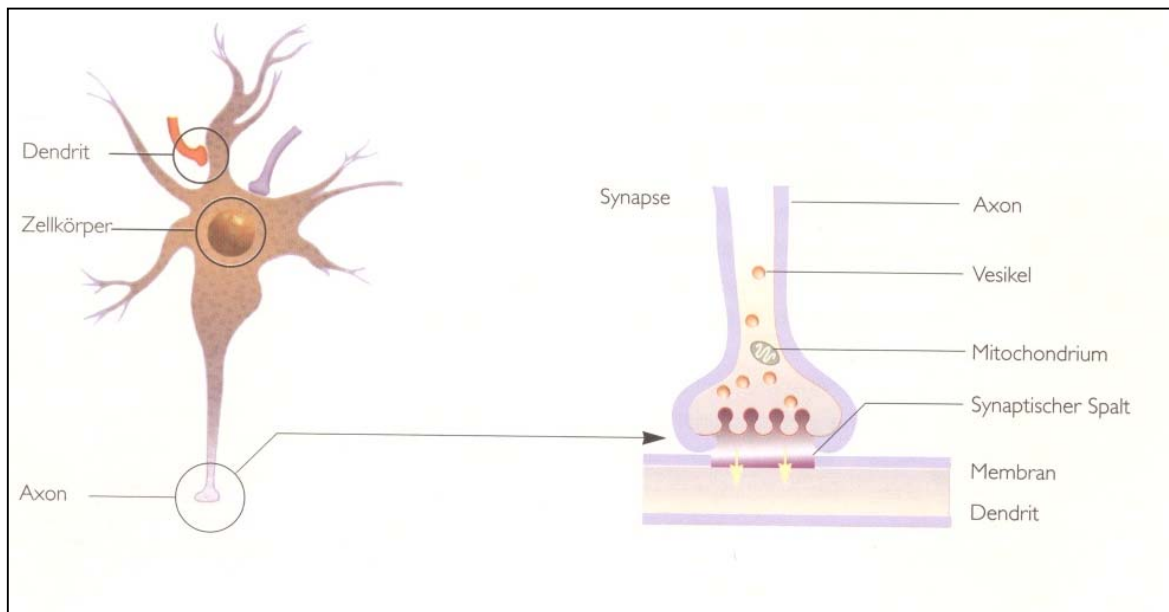


Abbildung 7a, b

a: Aufbau und Funktion einer Nervenzelle; b: schematische Darstellung einer Synapse, wo die Alzheimer-Krankheit zuerst ansetzt.

Der Neurologe **James Papez** sah im **limbische System**\* (von „limbus“ = Saum) den Sitz der Emotionen, die dort, unkontrolliert vom rationalen **Neocortex** (der Großhirnrinde) herumwesten (**Papez 1937**). Der Hirnforscher **Gerhard Roth** spricht vom **limbischen System** als dem „**Verhaltensbewertungssystem**“ des Gehirns (**Roth 1999: 197**). Die **entorhinale Rinde** ist also nicht nur ein Kanal, durch den die Informationen aus dem **Neocortex**, dem Denkhirn (durch den **tractus perforans**) fließen, dort werden Gedanken und unterschiedlichste Sinneswahrnehmungen auch miteinander verknüpft. Genau dieser Kanal wird von der **Alzheimer-Krankheit als erstes zerstört**. „Der Alzheimer-Kranke kann somit zwar noch reden, fühlen und denken, aber er bekommt das alles nicht mehr wie ein Gesunder logisch zusammen. Er weiß nicht mehr, wie die Dinge, die er hört und sieht, zusammenpassen.“. Die **Alzheimer-Krankheit zerstört also „die Verbindung zwischen <Denkhirn> und <Gefühlshirn>.“** (**Furtmayr-Schuh 2000: 41, 39**).



#### Neuropathologisch sind die Veränderungen in mehreren Bereichen zu beobachten:

- 1 Die schon erwähnte Abnahme bzw Verkümmern der Dendritenfortsätze (Nervenfortsätze  $\Rightarrow$  Abb. 7a, b). Nach **Krämer (1989: 97)** beträgt diese in dem für das Gedächtnis besonders wichtigen **Hippocampus** ( $\Rightarrow$  Abb. 8) bis zu 75%.
- 2 Knäueförmige Ablagerungen in den Nervenzellen und ihren Fortsätzen durch dicht gepackte umeinander gewundene, abnorme Faserbündel mit dem Hauptbestandteil **Tau-Protein**, die den Stofftransport in den Nervenzellen beeinträchtigen (sog. **Neurofibrilläre Bündel**  $\Rightarrow$  Abb. 4c)
- 3 Bildung unlöslicher, faserförmiger Verdichtungen zwischen den Nervenzellen (**Amyloidfibrillen**) und fleckförmigen  **$\beta$ -Amyloidablagerungen** (**senile oder amyloide Plaques**  $\Rightarrow$  Abb. 4b). Diese „versteinerten“ und nadelscharfen **Amyloidfibrillen** sind zwar nicht die Krankheitsursache, zerstören aber auf Dauer Zellen und feine Organblutgefäße; infolge auch im **Hippocampus** und der **Großhirnrinde** (**St. George-Hyslop 2001: 44**).

Als Krankheitsursache sieht der Hirnforscher **Konrad Beyreuther** jenen Prozess der zu den Ablagerungen führt. Diese resultieren aus einer Überproduktion des  **$\beta$ -Amyloid-Vorläuferprotein ( $\beta$ APP)**, die bei allen **Alzheimer-Patienten** im frühen und mittleren Stadium zu beobachten ist. Später verklumpen diese dann in den **neurofibrillären Bündeln** und den **senilen Plaques** (**Furtmayr-Schuh 2000: 67f**).



\* Entdeckt wurde es 1878 vom französischen Neurologen **Paul Broca**, der es **limbischer Lappen** nannte (**Roth 1999: 194**).

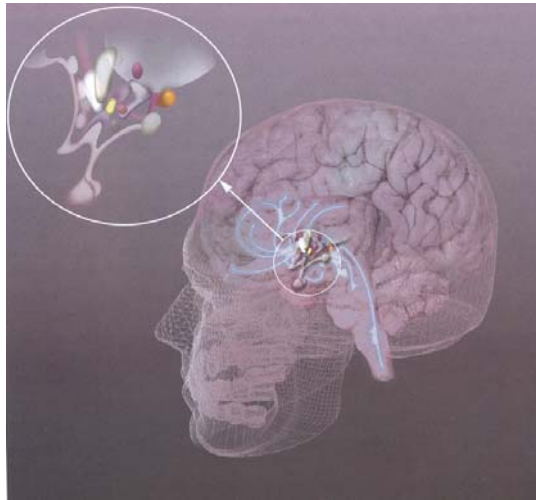


Abbildung 8  
Der *Hippocampus*, als Teil des *limbischen Systems* (⇨ Abb. 5: 13) der eine zentrale Rolle bei der Bildung von Erinnerungen spielt (Rose 1999: 178).

## 2.1.4 Welche Verhaltensveränderungen sind zu bemerken?

Wie der englischsprachige Psychologe und Demenz-Forscher *Tom Kitwood* (2000: 42) hervorhebt, beziehen sich die derzeit gebräuchlichen Definitionen von *Demenz* mittlerweile auf den gesamten Menschen und nicht mehr wie noch zu Zeiten *Pinels* und *Esquirols*, die den *Demenz*-Begriff Mitte des 19. Jahrhunderts prägten (Trapp 1999: 7), ausschließlich auf das Gehirn. Auszugsweise finden wir diesen Gesinnungswandel in der folgenden Definition:

*Demenz ist das Nachlassen des Gedächtnisses und anderer kognitiver Funktionen im Vergleich zu früheren Funktionsniveaus des Patienten, bestimmt durch eine Anamnese nachlassender Leistung und durch Anomalien, die anhand der klinischen Untersuchung und neuropsychologischer Tests festgestellt werden. (...) Demenz ist eine auf Verhalten beruhende Diagnose und kann nicht durch einen Gehirn-Scan, ein EEG oder andere Laborinstrumente bestimmt werden, obwohl sich durch diese Mittel spezielle Ursachen der Demenz identifizieren lassen.*

McKhann et al. (1984)

Im folgenden möchte ich dieser Definition korrespondierend einige der markantesten Veränderungen im Alltagsleben von *Alzheimer*-Patienten gegenüberstellen. Es handelt sich hier ausnahmslos um Berichte von Angehörigen\*. Mit solchen ist ein Anwender der Validation oft konfrontiert.\*\* Die folgenden Schilderungen haben den zusätzlichen Nutzen gleich ins praktische Üben hinüber zu führen, indem sie uns auf die Bedeutung einer verfeinerten Beobachtung hinweisen. Achten Sie also auf noch so feine Details in den berichteten Vorgängen!

\* Ich habe hier bewusst keine Berichte aus dem Umfeld der Validation mit einfließen lassen, um die Erlebnisse frei von methodenspezifischen Blickwinkeln zu halten. Der Zugang und die Sichtweise der Validationsmethode zu den einzelnen Stadien des Krankheitsverlaufs wird ausführlich in den Kapiteln 2.2.3 & 3.2.2 dargestellt.

\*\* Eine an Vollständigkeit orientierte Aufstellung finden Sie im nächsten Kapitel (⇨ Tab. 5a, b: 22f).

„Der unscharfe Beginn“

(Stadium I)\*

Meine Mutter führte einen eigenen Haushalt, den sie mühelos bewältigte. Sie war körperlich gesund, agil und unternehmungslustig. Im Jahre 1985 fiel mir eine zunehmende Vergeßlichkeit auf was Namen, Daten, Zeiten und Termine anging.

**Bis hierher könnten wir mit gutem Grund von normaler Altersvergesslichkeit sprechen (⇒ Tab.2: 8). Doch lesen wir weiter:**

*Ich ärgerte mich, wenn sie dann nicht einfach sagte: „Das habe ich vergessen“, sondern behauptete: „Das habe ich nicht gewußt“ oder mit einem charmanten Lächeln sagte: „Wirklich, das habe ich vergessen? Na, dann werde ich wohl alt?“ Dabei zeigte sie kein Bedauern, wenn andere Menschen durch ihre Vergeßlichkeit mitbetroffen wurden, da sie umsonst auf sie gewartet hatten und in der eigenen Terminplanung umdisponieren mußten.*

Fuhrmann (2000: 111)

Hier sehen wir die ersten spezifischen Spuren der *senilen Demenz vom Alzheimer Typ (S-DAT)*. Das Vergessen wird gelegnet und charmant umspielt. Die betroffene Person büßt an menschlicher Anteilnahme ein. Die exakte Abgrenzung zwischen den Symptomen der *Alzheimer-Demenz* und jenen anderer Erkrankungen des Seniums ist, wie wir noch sehen werden (⇒ 2.1.5.: 19f), nicht immer leicht. Zusätzlich müssen wir vor einem, für eine klare Zuordnung, erschwerenden Faktor in solchen Erzählungen immer auf der Hut sein: Erfahrungsberichte Angehöriger sind in der Regel von einem beschönigenden Blick geprägt. Angehörige tendieren dazu, auftretende Symptome als altersbedingte Schwächen zu bagatellisieren. Ein schönes Beispiel gibt Edith Lackmann die über ihre anfängliche Sicht auf die Symptome bei ihrer Mutter berichtet:

*„Oma hat heute ihren schlechten Tag!“, sagten die Enkel, als sie beim Kartenspiel ständig gegen die Regeln verstieß. „Mutter braucht eine neue Brille!“, sagte die Tochter, als sie zunehmend falsche Telefonnummern wählte. „Mutters Schusseligkeit wird langsam gefährlich!“, sagte der Sohn, nachdem sie am Gasboiler eine riesige Stichflamme erzeugt hatte. (...) Geschichten über Mutter wurden erzählt, die auf uns wenig glaubwürdig wirkten: „Sowas würde sie nie tun! Da kennen wir sie aber besser!“*

Götte, Lackmann (1999: 18)

Wir müssen diese Sehnsucht der Angehörigen nach ihren intakten Eltern verstehen lernen. Jede Veränderung im Rollenverhalten (⇒ folgendes Zitat und 2.2.3: 28) irritiert, nicht zuletzt weil sie ein in der Regel jahrzehntelanges Interaktionsmuster zwischen den Generationen nachhaltig durcheinanderwirbelt, was Verunsicherungen auf beiden Seiten, Betroffenen wie Angehörigen, hervorruft. Lesen wir weiter, wodurch die Sicht der Tochter wirklichkeitsnaher zu werden beginnt:

*Erst als sie aufgeregt immer wieder von einem unheimlichen Mann erzählte, der stundenlang in der Dämmerung in ihrem Garten stünde, den aber außer ihr niemand gesehen hatte, und der nachts an ihrer Haustür läuten würde, was außer ihr niemand gehört hatte, tauschten wir besorgte Blicke: Hat Mutter nur geträumt?*

*Zunehmend behauptete sie Dinge, die unmöglich stimmen konnten, und reagierte rechthaberisch oder gekränkt, wenn man sie darauf aufmerksam machte. Sie konnte einen fast kindlichen Eigensinn an den Tag legen und gewöhnte sich einen weinerlich-jammernden Ton an, den wir bisher nicht an ihr gekannt hatten. Aber gleichzeitig führte sie immer noch ihren Haushalt, war noch immer die verständnisvolle Mutter, die sich in andere hineinendenken konnte, die die originellsten Geschenke auswählte und die schönsten Rollenspiele für die Enkel erfand.*

Götte, Lackmann (1999: 18f; Hervorhebung vom Verfasser)

\* Rechts außen finden Sie, in Klammern gesetzt, das den Schilderungen entsprechende Stadium der Validation. Sie können Vergleiche ziehen, indem Sie fürs Stadium I bei Seite 37 beginnend gleich mitlesen. So entdecken Sie bereichernde Parallelen.

Niemals, auch nicht in späteren Stadien, brechen alle Persönlichkeitsmerkmale eines von *Morbus Alzheimer* betroffenen Menschen zusammen (⇒ 2.1.3: 13f). Gerade Angehörige werden von diesem Wechselbad an verändertem und gleichbleibendem Verhalten heillos überfordert. Betroffenmachende Auffälligkeiten finden wir in der Schilderung weiterer sozialer Szenen wie etwa der folgenden von *Dorothea Marufke* über ihren Mann:

*Wenn wir mit anderen zusammen waren, konnte es geschehen, daß er aufrecht im Sessel saß, die Augen fielen ihm zu, und er schlief ein, während um ihn herum eine lebhaft Unterhaltung war. Beteiligte er sich, so wurden im Laufe der Zeit seine Themen immer einseitiger. Mein Mann war früher ein stets geschätzter, weil vielseitig interessierter Gesprächsteilnehmer, der sich aber zunehmend nur noch über Autos unterhielt.*

Marufke (2000: 124f)

Die hier beschriebene Verhaltensveränderung ist mit einer der häufigsten Auslöser für die eintretende soziale Isolierung denen sich *Alzheimer*-Patienten ausgesetzt finden. Dieser versucht die Validation im Rahmen der Gruppenarbeit entgegen zu wirken. *Ursula Ritter* berichtet diesen Vorgang bei ihrer Mutter sehr anschaulich:

*(...); Telefongespräche mit Freunden z.B. bewältigte sie dadurch, daß sie das Gespräch knapp hielt, auch hier stereotyp antwortete und dann bald auflegte. Bekannte reagierten befremdet, fragten bei uns nach, warum unsere Mutter so abweisend wäre, sich selbst nicht mal meldete, sie „beschwerten“ sich bei uns. Bald waren Gespräche und Besuche für Freunde nicht mehr attraktiv, und sie fielen weg. Wenn sie stattfanden hatten sie therapeutischen Charakter und mir schien, als bemerkte meine Mutter dies und lehnte es ab. Sie zog sich zurück und wurde verschlossen.*

Ritter (2000: 138)

Auch das Autofahren strengt zu sehr an und wird von den Betroffenen dann sehr bald unter Angabe fadenscheiniger Ausreden vermieden. Längeres Reisen löst große Unruhe und Verunsicherung aus. Kein Wunder, wenn wir die vielen simultan ablaufenden Vorgänge bedenken, die – durch den Verlust des planvollen Handelns aufgrund der Beeinträchtigung des *Frontal-Lappens* (⇒ Tab.3: 14) – nicht mehr bewerkstelligt werden können.

### „Mitten drin – nicht mehr zu verbergen“

(Stadium II)

*Eines Tages erwischte er meinen Lippenstift und verursachte mit seiner Schmiererei ein Chaos in seinem Bett, an den Tapeten und an seiner Kleidung. Ein anderes Mal konnte ich ihn, der ins „Hundeglück“ getreten war, nicht daran hindern, ins Haus zu gehen. Er trabte die zwei Stockwerke hoch, (...) Nachdem ich Schuhe und Auto unten gesäubert hatte, machte ich mich daran, das verschmutzte Treppenhaus zu wischen. Als ich dabei vor Erschöpfung und Traurigkeit anfang zu weinen, stand er auf dem Treppenpodest und fragte ganz lieb: „Warum weinst du denn?“*

Feddern-Bollensdorf (2000: 201)

An dieser Schilderung springt bei aller „Verwirrtheit“ die emotionale Anteilnahme ins Auge. Sie existiert, wie es den Anschein hat, ganz losgelöst vom rationalen Verständnis der Situation oder dem kausalen Zusammenhang der Szenenabfolge. Wir sehen hier deutlich die Folgen der *Synapsenzerstörung* an der *entorhinalen Rinde*, die die Verbindung zwischen Denken und Fühlen gewährleisten und die Unversehrtheit des *limbischen Systems* (⇒ 2.1.3: 14f). In Tagebuchform hat *Doris Krause* die krassen und nicht mehr überspielbaren Symptome ihres Ehemannes „aufgelistet“. Die immer konkreter werdende Selbstgefährdung wird bereits offensichtlich:

1992

- 21.01. : Geschirrtuch zusammengefaltet auf meinem Bett, Tischtuch im Kleiderschrank. Zu hilflos um eine Bierflasche zu öffnen.
- 24.01. : Handbürste war im Nachttisch. Denkt, ein Fernsehfilm war Wirklichkeit.
- 25.01. : Zu hilflos, um sich saubere Wäsche aus der Schublade zu holen. Denkt, die Hauslampe an der Tür beim Nachbarn ist der heruntergefallene Mond.

1993

- 28.01. : Schlüssel vom Hauseingang ist weg, dafür hing eine halbe Schere am Schlüsselring.
- 03.02. : Tochter hat ihm heute erklärt, daß er selbst sein Spiegelbild ist. War ganz erstaunt, daß er so alt aussieht. (Wenig später habe ich sämtliche Spiegel verklebt, nachdem er Mieter alarmiert hatte, es seien fremde Leute in der Wohnung.)
- 08.02. : 21 Uhr, schneidet vom Handtuch den Aufhänger ab und legt es als Set auf den Wohnzimmertisch.

Krause (2000: 237ff)

Solche Beobachtungen werden von Psychiatern in der Regel als halluzinatorische Trugwahrnehmungen diagnostiziert. Für Angehörige stellt es sich eher wie ein Verlust auf Raten dar. Dazu lässt sich auch die folgende Szene einreihen:

*Als die Tochter einmal neben der Mutter (...) saß, sagte M. plötzlich: „Wie schön das aussieht, wie die kamelgelben Handtücher an der Wand entlangziehen...“ Dabei sah sie auf eine Wand, an der es für die Tochter nichts zu sehen gab, nicht einmal ein Bild.*

Klessmann (2001: 134)

„Das schwindende Gegenüber“

(Stadium III)

Im Spätstadium scheint die psychosoziale Situation vollends zu entgleiten. Dennoch ist die blitzartige Geistesgegenwart von Demenzkranken immer wieder erstaunlich. Patienten die Wochen bis Monate hindurch kein einziges „lexikalisches Wort“\* von sich gegeben haben, scheinen in bestimmten Situationen von großer Anteilnahme ergriffen.

*Mutter reagierte selbst dann noch geradezu feinfühlig auf Stimmungen und auf die Haltung, die man ihr gegenüber einnahm, als sie schon die einfachsten Anweisungen nicht mehr verstand. Sie versuchte, mich zu streicheln, als ich wieder einmal in Tränen ausbrach angesichts der Kötter [Kotklumpen], die ich im Nachttisch, im Hausschuh, unter dem Bett fand. (...) Und sie war immer noch fürsorglich: Als ihr Sohn sich während eines Spazierganges auf den Rand eines kleinen Sees zu bewegte, wurde sie sichtlich unruhig und durchbrach ihr übliches Schweigen plötzlich mit dem Aufschrei: „Rutsch net!“*

Götte, Lackmann (1999: 25)

Dieses intakte, ja intensivierete Gefühlsleben zählt zu einem der erstaunlichsten Erlebnisse in die ich mit Alzheimer-Patienten immer wieder eintauche. Dabei handelt es sich sehr oft um Menschen, die in ihren jüngeren Jahren von ihren Angehörigen nicht gerade als gefühlsbetonte Charaktere geschildert werden. Naomi Feil hat im Zuge der Entwicklung der Validation große theoretische und praktische Anstrengungen auf sich genommen, diese kostbaren Augenblicke in das Lebensganze der betroffenen Personen einzuordnen und damit psychosozialen Interventionen zugänglich zu machen (⇒ 2.2: 24-26).

*Manchmal gefährdete sie sich selbst: Sie verbrühte sich die Hand mit heißem Dampf und stürzte zu Boden, nachdem sie versucht hatte, mit den Beinen in die Ärmel ihres Morgenrockes zu steigen. Sie verließ in einem unbeachteten Augenblick das Haus und überquerte eine Straße, ohne nach rechts*

\* Das sind Wörter die in Rechtschreibwerken, einem Lexikon oder einer Enzyklopädie zu finden sind. Dieses Phänomen hat seine Entsprechung bei Einbrüchen im semantischen Gedächtnis (⇒ 2.1.1: 9f).

oder links zu sehen. Dazu kam, daß sie neuerdings nachts durch die Wohnung irte, Schränke ausräumte und jeden Stuhl als Toilette benutzte.

Götte, Lackmann (1999: 29)

Keine Frage, diese Menschen benötigen intensivste pflegerische Begleitung. Eine gewaltige Herausforderung, wenn wir hier die Situation der Angehörigen mitdenken: Jahrzehnte hindurch kommunizierten sie mit ihren Eltern oder Partnern auf der Kinder- bzw. Erwachsenenenebene. Nun sollen Kinder auf einmal eine schützend-stützende Elternrolle gegenüber ihren *dementen* Eltern einnehmen! Die Anforderung der Krankheit verlangt das Einnehmen so mancher neuen Rolle, wie noch ausführlich gezeigt werden wird (⇒ 2.2.3: 28f).

*Sie besaß bis zuletzt ein ausgeprägtes Gefühl für Würde. Sobald sie sich gezogen, geschoben oder zu irgend etwas gezwungen fühlte, reagierte sie mit Widerstand oder gar mit Wut. Sie wollte nicht in Gegenwart anderer gefüttert werden und ließ sich nur von Leuten zur Toilette führen, die liebevoll mit ihr umgingen. Mit Druck oder Gewalt konnte man sie weder aus dem Bett holen noch zu Tisch führen. Spielte man aber ein kleines Rollenspiel, wobei man sich höflich vor der „Frau Gräfin“ verneigte und ihr den Arm bot, ging sie meistens lächelnd darauf ein.*

Götte, Lackmann (1999: 25f)

Nachdem wir in diesem Kapitel unseren Blick, von den neuropathologischen Veränderungen kommend, hin auf die Veränderungen des Verhaltens gerichtet haben, sollten Ihnen als Leser zahlreiche Entsprechungen anschaulich geworden sein. Im folgenden können wir uns nun der Systematik der *Demenz-Symptome* widmen.

### 2.1.5 Diagnostische Möglichkeiten der Demenz vom Alzheimer Typ

Eine gewissenhafte Diagnose durch einen Psychologen oder Psychiater ist eine wichtige Basis für den Anwender der Validation (Rath 2000: 5), was sich nicht immer als einfach erweist. Zahlreiche Abgrenzungen sind vorzunehmen, da die Häufigkeit psychischer Störungen mit dem Alter anwächst. Allen voran die Abgrenzung zur *Depression* hin, die neben der *Demenz* zu den häufigsten psychiatrischen Krankheiten des Alters zählt, meist hervorgerufen durch eine Reihe körperlicher Erkrankungen (*Multimorbidität*), einhergehend mit fehlender sozialer Unterstützung, bis zur völligen Isolation (Nolde-Steffen, Osten 2001: 151). Auch bei der *Depression* haben wir es mit neurochemischen Veränderungen zu tun, in manchen Fällen sogar mit einer regelrechten Schädigung auf *subkortikaler* Ebene. Auch bei Vorliegen einer *Depression* klagt der betroffene alte Mensch über Vergesslichkeit. Jedoch sind die Gedächtnisstörungen, die im Laufe einer *Depression* auftreten, nicht annähernd so gravierend wie jene der *Alzheimer-Demenz*. *Depressive* Patienten können sich gut an Episoden der letzten Tage und Wochen erinnern, leiden an keinen Sprachverständnisschwierigkeiten oder Wortfindungsstörungen. Sie vergessen auch niemals die Namen ihrer nächsten Angehörigen oder ihren Wohnort, auch bleibt ihnen die Einsicht in ihre Situation – im Gegensatz zu den von *Morbus Alzheimer* Betroffenen – immer erhalten (Wernicke et al. 2001: 12ff, Krämer 1989: 53ff, Maurer et al. 1993: 13f).\* Obwohl Wernicke et al. (2001: 14) zu dem Schluss kommen, dass „Eine Differenzierung eines typischen Demenzsyndroms von den typischen Störungen kognitiver Leistungen bei einer Depression (...) in den meisten Fällen möglich“ ist, werden Menschen die aufgrund einer *Altersdepression* über Vergesslichkeit klagen immer wieder mit *dementen* Patienten verwechselt und Validationsanwendern zur Behandlung übergeben. Versuche, solche Personen (mit einer sog. *Pseudodemenz*) zu validieren müssen aber kläglich scheitern.\*\*

\* Eine gute Überblicksgrafik zu den Unterschieden zwischen Symptomen der *Alzheimer-Krankheit* und jenen der *depressiven Pseudodemenz* gibt Krämer (1989: 53f).

\*\* Die in der Validation angewandten Techniken erzielen die intendierte Wirkung nämlich nur bei Personen die an einer *senilen Demenz* und da besonders an derjenigen vom *Alzheimer Typ* (S-DAT) leiden.

Eine weitere Schwierigkeit liegt in der Festlegung des Ausbruchs der Erkrankung. Das spiegelt sich auch in den Fallgeschichte des vorangegangenen Kapitels wieder, die ausnahmslos mit Bemerkungen beginnen, dass sich nachträglich nicht mehr festlegen lässt, wann eigentlich alles begonnen hatte (Fuhrmann 2000; Götte, Lackmann 1999; Klessmann 2001, Krause 2000). Marufke (2000: 124) gibt unumwunden zu, den Ausbruch der Alzheimer-Demenz ihres Mannes viel zu spät erkannt zu haben. So sind die im folgenden aufgeführten Klassifikationsschemata nicht Selbstzweck. Sie dienen einer begrifflichen Abgrenzung die praxisrelevant ist. Wiewohl es stimmt, dass Validationsanwender nicht diagnostizieren (Trappl 1999: 8) sind wir in der Validation auf Diagnosen angewiesen.

## Diagnostik nach dem ICD-10

Da sich die diagnostischen Kriterien für *Demenzsyndrome* zwischen den beiden gängigsten Klassifikationssystemen (DSM-III-R und ICD-10) nur geringfügig voneinander unterscheiden (Wächtler 1997: 18) habe ich mich im folgenden auf den ICD-10 (*International Classification of Disease*) beschränkt. Der europäische Diagnoseschlüssel unterteilt die *Alzheimer Demenz (AD)* in eine *präsenile* und *senile* Form. Wobei hier zwingend eine mindestens 6 Monate andauernde Beeinträchtigung von Gedächtnisfunktionen, des Allgemeinwissens und der Fähigkeit neue Informationen zu verarbeiten gegeben sein muss. Die *senile* Form (⇒ Tab. 4, letzte, fett gedruckte Zeile) der *Demenz vom Alzheimer Typ* ist jene, an der die Methode der Validation ihre optimale Wirkung entfaltet. Obwohl die Symptome der *präsenilen* Form gleich verlaufen zeigen sich hier keine anhaltenden Wirkungen. Naomi Feil berichtet ihre diesbezüglichen Bemühungen folgendermaßen:

*Es ist mir nicht gelungen, soziale oder psychische Gründe zu finden, die dem (...) Verhalten von Personen, die an früh einsetzender Alzheimer-Krankheit leiden, zugrunde liegen. Ganz anders als bei älteren Personen gelingt es den 40-, 50- oder 60jährigen Alzheimerkranken oft nicht, auf eine Berührung oder auf einen Augenkontakt durch die Pflegeperson zu reagieren. Sie schauen ins Leere. Obwohl Validation sehr oft die Lebensqualität solcher Leute für kurze Momente verbessert (...) hatte ich keinen Erfolg bei dem Versuch, mit Validation das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen.*

Feil (2000: 39)

Vorliegen einer Demenz
Schleichender Beginn mit progredientem Verlauf
Fehlen eines plötzlichen apoplektischen* Beginns oder neurologischer Auffälligkeiten in der Vorphase der Erkrankung wie neurologische Herdzeichen (Hemiparese**, Sensibilitätsverlust, Gesichtsfeldausfälle und Koordinationsstörungen)
Ausschluss aller anderen spezifischen Ursachen einer Demenz durch Anamnese, körperlichen Befund und technische Zusatzuntersuchungen
Bei Erkrankungsbeginn vor dem 65. Lebensjahr: präsenile Form
<b>Bei Erkrankungsbeginn nach dem 65. Lebensjahr: senile Form</b>

Tabelle 4

Kriterien für eine *Demenz vom Alzheimer Typ* (DAT) nach ICD-10 (gekürzt mit Berücksichtigung der DSM-III-R)

\* schlagartig eintretend (ohne Vorzeichen).

\*\* inkomplette Lähmung einer Körperhälfte, infolge einer zentrale Läsion.



Die bekannteste Stadieneinteilung zur Einstufung des Schweregrades einer *Demenz* hat eine Forschergruppe um *Barry Reisberg* in den 80er Jahren vorgeschlagen. Im Vordergrund stehen hier die Funktionsausfälle die den *dementiellen* Prozess begleiten. Zugrunde gelegt ist dieser Systematik ein empirisches entwicklungspsychologisches Modell von *Jean Piaget*. *Reisberg et al.* (1982) haben den funktionellen Abbau beim *dementen* Patienten in ein spiegelbildliches Verhältnis zum Funktionserwerb bei der kindlichen Entwicklung gesetzt. Daraus entstand die „*Global Deterioration Scale*“ (GDS), die „*Globale Verschlechterungsskala*“. Sie folgt in 7 Stadien den *kognitiven* Leistungseinbußen, beginnend bei einem unbeeinträchtigten Zustand bis hin zur schweren *Demenz*. Da es sich hier um eine Fremdbeurteilungsskala handelt, setzt die Einschätzung eines älteren Menschen ein klinisches Interview von 10-15 minütiger Länge voraus (*Mielke, Kessler 1994: 47*). Die Forscher gingen bei der GDS von drei Grundannahmen aus:

- 1 Die *Alzheimer-Krankheit* ist ein *dementieller* Prozeß, der in seiner Entwicklung gesetzmäßig verschiedene Stadien durchläuft.
- 2 *Dementielle* Prozesse mit anderen Ursachen folgen einem anderen Verlauf.
- 3 In allen modernen Gesellschaften finden sich viele gemeinsame Funktionen, die das Individuum im Laufe seiner Entwicklung lernen und später beherrschen muss.\*

Daraus lässt sich folgern, dass sich Funktionsausfälle in verallgemeinerbare Begriffe fassen lassen. Dies tat das Team um *Reisberg* im sogenannten „*Functional Assessment Staging*“ (FAST). Mit diesen beiden Modellen verfügen wir über ein sehr genaues Instrumentarium um die verschiedenen *Demenzgrade* zu differenzieren. Nach diesen Stadien lassen sich nicht nur Pflegemaßnahmen besser planen, auch die Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und privat Betreuenden wird wesentlich vereinfacht (*Fuhrmann et al. 2000: 54*). Im folgenden sind beide Skalen zu einer übersichtlichen Tabelle zusammengefasst:

Stadium	Beschreibung
1. Unauffällig	Keine Gedächtnisstörungen, Befunde unauffällig.
2. Fragliche Störungen <small>(werden nur von den Betroffenen selbst bemerkt)</small>	Vergessen, wo sie vertraute Gebrauchsgegenstände hinlegten und wie gut bekannte Menschen heißen. Berufliches und gesellschaftliches Leben kann ohne nennenswerte Beeinträchtigungen gelebt werden. Bei Gesprächen (Untersuchungen) sind keine sicheren Gedächtnisstörungen nachweisbar.
3. Geringe Störung	<p>Stärkeres Nachlassen der Merkfähigkeit mit eindeutigen Störungen in mehr als einem der folgenden Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zurechtfinden an einem fremden Ort</li> <li>• Verminderte Leistung bis Versagen bei beruflichen Anforderungen (auch von Mitarbeitern bemerkt)</li> <li>• Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, sich an Namen von Bekannten zu erinnern (von Freunden &amp; Bekannten bemerkt)</li> <li>• Können nur einen kleinen Teil eines gelesenen Textes behalten</li> <li>• Schlechtes Behalten von Namen neu vorgestellter Personen</li> <li>• Verlegen oder Verlieren von Wertgegenständen</li> </ul> <p>Verringerte Leistungsfähigkeit im Beruf oder sozialen Umfeld (von Betroffenen häufig verleugnet). Testpsychologisch ist bei Untersuchungen eine Gedächtnis- und Konzentrationsstörung nachweisbar.</p>

Tabelle 5a

Stadieneinteilung der SDAT I-3 nach *Reisberg et al.* (1982)  
links die GDS-; rechts die FAST-Kriterien

\* Damit nimmt die GDS eine Sonderstellung zwischen den beiden hier behandelten Modellen ein. In ihrer Begrifflichkeit noch ganz dem *ätiopathogenetischen* Paradigma verpflichtet, weist diese dritte Grundannahme bereits deutlich ins Gebiet der *Salutogenese*.

Stadium	Beschreibung
<b>4. Mäßige Störung</b>	<p>Eindeutige Störungen unter anderem mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlender oder schlechter Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse</li> <li>• Problemen beim Erinnern des eigenen Lebenslaufs</li> <li>• Störungen bei schwierigen Denk- oder Rechenaufgaben</li> <li>• Problemen, sich an unbekanntem Orten zurecht zu finden oder beim Umgang mit Geld (Anforderungen beim Einkaufen, Verreisen, etc.)</li> </ul> <p>Leichtes Feststellen dieser Störungen sowohl in Untersuchungen als auch im Gespräch. Nachlassende Aktivität und Neigung, Konkurrenzsituationen oder erhöhte Anforderungen zu vermeiden. Weiterhin häufiges Verleugnen der Störungen.</p>
<b>5. Mittelschwere Störung</b>	<p>Unfähigkeit, ohne Hilfe Dritter zurecht zu kommen. Im Gespräch (Untersuchung) treten folgende Störungen zutage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erinnerung an wichtige Dinge des täglichen Lebens (eigene Telefonnummer, Adressen, Namen naher Angehöriger) geht zunehmend verloren</li> <li>• Häufig Desorientierung zur Zeit oder zum Ort</li> <li>• Probleme bei der Auswahl passender Kleidungsstücke</li> <li>• Vernachlässigung der Körperpflege (allmählich)</li> </ul>
<b>6. Schwere Störung</b>	<p>Es treten auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelegentliches Vergessen des Namens von Partnern</li> <li>• Fehlende Erinnerung an kurz zurückliegende Ereignisse oder eigener früherer Erfahrungen</li> <li>• Schwierigkeiten beim Rechnen mit Zahlen zwischen 1 und 10</li> <li>• Gestörte Wahrnehmung von zeitlichen Veränderungen, auch in Bezug auf die Umwelt bis hin zu den Jahreszeiten</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• Zusätzliche Störungen (eventuell): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahnvorstellungen, Verfolgungsgedanken, Halluzinationen</li> <li>- Unruhe, Angstsymptome, aggressives Verhalten</li> <li>- Fehlender Willensantrieb</li> </ul> </li> </ul> <p>Vollständige Abhängigkeit von der Hilfe Dritter, auch beim An- &amp; Auskleiden und bei der Körperpflege. Gestörter Tag- &amp; Nachtrhythmus. Beginnende Inkontinenz.</p>
<b>7. Sehr schwere Störung</b>	<p>Extreme Verminderung des Wortschatzes mit weitgehendem oder völligem Verlust der Sprachfähigkeit. Erinnerung des eigenen Namens geht verloren, bekannte und unbekannte Personen können nicht mehr voneinander unterschieden werden. Verlust der Gehfähigkeit und Probleme beim Sitzen. Verlust der Fähigkeit zu lächeln. Häufig Inkontinenz.</p>

Tabelle 5b

Stadieneinteilung der SDAT 4-7 nach Reisberg et al. (1982)  
links die GDS-; rechts die FAST-Kriterien



## 2.2 Salutogenetische Modelle

Der Soziologe *Aaron Antonovsky* (1993) hat am schärfsten die Schwächen des ätiopathogenetischen Modells (Paradigmas) dargelegt. Er plädiert für den Übergang zu einem salutogenetischen Modell in der Heilkunde. Folgen wir diesem Ansatz stehen wir vor der Herausforderung, die Lebensphasen des ‚Alters‘ und ‚hohen Alters‘ nicht als Verfallserscheinungen der Jugend aufzufassen, sondern spezifischen Sinn, spezifische Bedeutungen zu suchen, die diesen Lebensabschnitten entsprechen. In einem 1930 gehaltenen Vortrag\* spitzte *C. G. Jung* seine diesbezüglichen Überlegungen zu jener berühmt gewordenen Frage zu:

*Der Mensch würde gewiß keine siebzig und achtzig Jahre alt, wenn diese Langlebigkeit dem Sinn seiner Spezies nicht entspräche. Deshalb muß auch sein Lebensnachmittag eigenen Sinn und Zweck besitzen und kann nicht bloß ein klägliches Anhängsel des Vormittags sein. (...) Gelderwerb, soziale Existenz, Familie, Nachkommenschaft sind noch bloße Natur, (...) Kultur liegt jenseits des Naturzweckes. Könnte also Kultur der Sinn und Zweck der zweiten Lebenshälfte sein?*

C. G. Jung (1995: 438 f)

In letzter Zeit hat sich besonders *James Hillman* dieser Frage angenommen. In seinem Werk „*Vom Sinn des langen Lebens*“ gibt er allen Forscher zu bedenken: „*Da die Seele der Welt eine alte Seele ist, können wir Seele ohne ein Gefühl für das Alte oder das Alte ohne ein Gefühl für die Seele nicht verstehen.*“ (Hillman 2000: 93). Seine Überlegungen kulminieren in der Auffassung, dass die wesentlichste Aufgabe des Alterns die der Charakterbildung ist.

Gerade für die Validation ist es unverzichtbar ein positives Bild vom Altern zu entwickeln. *Antonovsky* schlägt hier einen Blick auf den Gesamtzustand eines Leidens, auf die „gesunden Anteile“ (ibid.) im Kranken vor. Damit macht er sich für eine Sichtweise stark, die die Geschichte einer Person im Kontinuum zwischen den Polen „krank“ und „gesund“ berücksichtigt und nach heilsamen Ressourcen einer Person, nach persönlichen Stärken fragt.\*\* Er richtet den Fokus auf die gesundheitserhaltenden Faktoren einer Krankheit. Die von *Naomi Feil* entwickelte Methode der Validation ist eindeutig ein salutogenetisches Modell, wie unter vielen anderen auch das folgende Zitat belegt:

*Ich habe (...) herausgefunden, daß die Diagnose „Alzheimer“ nur einen Teil der Geschichte erzählt, daß es unmöglich ist, das Verhalten einer Person zu verstehen, wenn man nicht das Alter und die sozialen und psychischen Bedürfnisse dieser Person in seine Überlegungen miteinbezieht.*

Feil (2000: 40)

Bevor wir uns den Grundsätzen der Validation widmen, möchte ich hier zwei wesentliche andere salutogenetische Modelle erwähnen, weil sie entweder direkt (⇒ 2.2.1) oder indirekt (⇒ 2.2.2: 27) in der Validation wirksam sind oder diese nachweislich beeinflussen bzw. beeinflusst haben.

### 2.2.1 Eriksons Modell der Lebensstadien

*In Wahrheit sind jede Stunde, jeder Tag, jedes Jahr lebendige Phasen unseres konkreten Daseins, deren jede nur einmal kommt, da sie eine unvertauschbare Stelle in dessen Ganzem bildet.*

Guardini (1953: 54)

\* Der Vortrag trug den Titel „Die seelischen Probleme der menschlichen Altersstufen“.

\*\* Dieser Aspekt der Heilung lässt sich in der Validation bis auf die Mikroebene einzelner Techniken (⇒ 3.3.7: 51) hin nachweisen.

Der bekannte Entwicklungspsychologe und Psychoanalytiker, *Erik H. Erikson*, veröffentlichte 1956 einen bahnbrechenden Aufsatz in dem er die Ergebnisse seiner Forschungen zur Ich-Identität zusammenfasste. Das Ergebnis ist eine Theorie der Entwicklungsstadien des menschlichen Lebens. Aus diesen leitet er spezifische Lebensaufgaben ab. Ein Grundgedanke der bereits bei *Freud* zu finden ist. Dieser nahm an, dass „bestimmte *Lebensthemen in einzelnen Entwicklungsphasen in den Vordergrund treten*“ (*Koemeda-Lutz, Peter 2001: 52f*). Allerdings: zur Erfüllung jeder Aufgabe (⇒ Tab. 6: 26) bleibt nur eine gewisse Zeitspanne zur Verfügung. Versäumte Aufgaben können zwar unter großen Anstrengungen nachgeholt werden. Doch ist die Lösung der gestellten Herausforderungen nie so vollkommen, dass nicht spätere Defizite zum Vorschein kommen: „Eben daraus erwächst aber auch die Schwere der Tatsache, daß nichts Vergangenes einzuholen ist, und damit die Not des Verloren-Habens.“ *Guardini (1953: 54)*. Versäumte Lebensaufgaben begleiten uns auf unserem Lebensweg, so, wie uns gelöste vorwärts bringen. *Erikson* nahm damit die späteren Erkenntnisse von *Reisberg et al. (1982)* vorweg (⇒ 2.1.5: 22, „3 Grundannahmen“).

*Naomi Feil*, die als Tochter eines Psychologen und einer Sozialarbeiterin in einem Altenheim aufwuchs (⇒ 1.3: 5f), hatte zur Entstehungszeit diese Theorie gerade ihr Studium der Psychologie und Sozialarbeit an der Columbia University beendet. Sie war fasziniert von *Eriksons* Arbeiten und führte dessen Ansatz in die letzte Lebensphase hinauf fort, indem sie sich fragte, was im hohen Alter mit jenen versäumten Lebensaufgaben denn wohl geschehe. Sollten sich diese womöglich in Luft auflösen? Ganz im Gegenteil, erkannte *Feil*: diese werden zum alles bestimmenden Agens sehr alter Menschen.

*Sehr alte Menschen, die mit ihren tiefen, ungelösten Gefühlen aus früheren Stadien festsitzen, kehren oft in die Vergangenheit zurück, um diese Gefühle zu lösen. (...) Dies ist kein bewußter Rückzug in die Vergangenheit, wie in Eriksons achtem (...) Stadium. Es ist ein zutiefst menschliches Bedürfnis: in Frieden zu sterben.*

*Feil (1999: 21)*

Es entstand darauf das Stadium 9, welches *Naomi Feil* dem Verhalten von Demenzkranken\* gleichsetzt:

## 9 Hohes Alter Die Vergangenheit aufarbeiten Vegetieren

Die Validation ist ganz speziell für Menschen in diesem letzten Lebensstadium entwickelt worden. Menschen die über Integrität verfügen (Stadium 8 nach *Erikson*) gelangen gar nicht in das Stadium 9. Was mit Integrität in diesem Kontext gemeint ist beschreibt sie folgendermaßen: „*Ich kann akzeptieren, was ich bin, was ich war und was ich nie geworden bin. (...) Das Leben ist es wert gelebt zu werden. (...) Trotz meiner unerfüllten Träume, meiner Fehler, meiner Verluste bin ich froh, daß ich geboren bin.*“ *Feil (2000: 30f)*.

Das, nicht nur für Angehörige oft bestürzend andersartige Verhalten von Personen mit einer *Alzheimer-Demenz* (⇒ 2.1.4: 17-20) lässt sich unter Zuhilfenahme der Theorie der Lebensaufgaben wesentlich besser verstehen als ohne. Bevor wir *Naomi Feil's* besonderen Weg der Validation würdigen, möchte ich hier noch einen Begriff vorstellen, der in Beschreibungen von *Alzheimer-Patienten* in der Validation oft verwendet wird, der sich aber, meines Wissens nach nirgendwo in der Literatur zur Validation beschrieben findet. Es ist der Begriff der Rolle.

\* Auch hier wird der *salutogenetische* Ansatz erkennbar. *Feil* ist interessiert an den spezifischen Bedürfnissen dieser Menschen nicht so sehr an deren Defiziten, wiewohl sie auf diese Bedacht nimmt! Man gewinnt den Eindruck, dass Validation nach *Feil* Versuche unternimmt, die Erkrankung der *Demenz* in den psychosomatischen Formenkreis einzureihen, oder zumindest ein psychosomatisches Verständnis dieses Phänomens anzustreben (*Cofone 1997: 28*).

STADIUM	AUFGABE	MISSLINGEN
1 Säuglingsalter	Urvertrauen entwickeln	Urmißtrauen, Skepsis
2 Frühkindliches Alter	Autonomie und Regeln befolgen lernen, Risiko eingehen	Scham und Zweifel Selbstvorwürfe
3 Spielalter	Sich in Initiative üben	Angst etwas zu riskieren Depressionen, Schuldgefühle
4 Schulalter	Werksinn, Eifer, Leistung	Minderwertigkeitsgefühl
5 Adoleszenz	Identität und Ablehnung	Unsicherheit, Identitätsdiffusion Rollenkonfusion
6 Junger Erwachsener	Intimität und Solidarität	Isolierung, Abhängigkeit, Rückzug ins Ich
7 Erwachsener	Generativität, Schöpferisch-Sein Zeugende Fähigkeit	Stagnation, Festhalten an alten Rollen
8 Alter Mensch	Ich-Integrität, Lebensresümee	Verzweiflung, Niedergeschlagenheit

Tabelle 6

Phasen der menschlichen Entwicklung als Lebensstadien mit Aufgaben und skizzierter Psychopathologie bei Mißlingen der jeweiligen Lebensaufgabe; nach Erikson (1995)

## 2.2.2 Heilendes Rollenspiel nach Moreno

*Im allgemeinen werden alte Menschen als „altersschwach“ bezeichnet, wenn sie ihre soziale Rolle nicht mehr erfüllen. (...) Blindheit, Verkrüppelung oder körperlicher Verschleiß können zu Altersschwäche beitragen, aber diese wird nicht nur durch die Physiologie definiert, da dieselbe Frau blind, verkrüppelt und schwach immer noch ihre Rolle als, (...), Kräuterheilerin oder Geschichtenerzählerin erfüllen kann. Vielleicht verkörpert sie auch das Totem eines Ahnen und besitzt eine bestimmte „Macht“, so dass sie durch ihre bloße Präsenz eine Aufgabe erfüllt.*

Hillman (2000: 52)

Nach Moreno gewinnt der Mensch seine Identität aus der Interaktion mit anderen Menschen. Er wird als Rollenspieler angesehen. Das Selbst entwickelt sich, seiner Auffassung nach, aus den Rollen die ein Mensch in seinem Leben bisher gespielt hat. Der Begründer der Gruppenpsychotherapie\* sieht in Rollen immer private und kollektive Elemente zusammenfließen (fusionieren). Ihr Doppelcharakter besteht darin, dass sie einerseits gesellschaftlich vermittelt, damit immer auch vorgegeben, ja vorgefunden sind und zum anderen Freiraum zur individuellen Interpretation lassen. Daraus entfacht sich eine kreative Ausgestaltung durch das Individuum (Rath 2000: 12). Jedes der im Laufe des Lebens angesammelten Handlungsmuster verfügt über eine eigene, individuelle Geschichte, die sich in der Rolle verdichtet: „Rolle ist eine Kristallisation aller Situationen in einem bestimmten Tätigkeitsbereich, die das Individuum durchgemacht hat“ (Moreno 1977: 62). So entsteht das *Rollenrepertoire*, das sind alle zu einem gegebenen Zeitpunkt tatsächlich spielbaren Rollen. Im Alter und besonders im hohen Alter nehmen diese spielbaren Rollen aus vielerlei Gründen ab. Sie gehen ins *Rolleninventar* über. Das *Rolleninventar* stellt „Die Gesamtheit aller jemals aufgeführten Rollen eines Individuums, die bis zu einem gewissen Maße wieder aktivierbar sind (...)“ (Zeintlinger-Hochreiter 1996: 130) dar. Wenn wir mit einem Alzheimer-Patienten arbeiten so stehen wir (in der Regel) einem Menschen mit einem breiten *Rolleninventar* gegenüber. Dessen *Rollenrepertoire* allerdings stark reduziert ist. Das Stadium 9, von Naomi Feil für die Validation eingeführt, folgt dem Gedanken des Wiederaktivierens von Rollen. Nur so ist Vergangenheitsaufarbeitung praktizierbar, wenn einstmals eingenommene Rollen aus dem Inventar wieder aktiviert werden können. Dieser Vorgang erklärt auch das eigenartige Verhalten Auguste Deters\*\* (⇨ 2.1.2: 12) mit ihren Rollenzuschreibungen an den Psychiater Alzheimer. Die Möglichkeit des Wiederaktivierens wird bereits von Moreno in einer der vier Bedeutungen des Begriffs Rolle beschrieben (Zeintlinger-Hochreiter 1996: 126ff). Es handelt sich um

- Rolle als individuell gestaltetes abrufbares Handlungsmuster

Als Ziel aller Interaktionen zwischen Menschen sieht Moreno die *Begegnung* an. Erzielt wird sie mittels *Tele*. Als solches bezeichnet er einen direkten Zugang in die Welt eines anderen Menschen.

*Tele wurde als ein elementares Verhältnis definiert, das sowohl zwischen Individuen, als auch zwischen Individuen und Gegenständen bestehen kann und im Menschen von der Geburt an allmählich einen Sinn für zwischenmenschliche Beziehungen entwickelt. Tele kann daher als die Grundlage aller gesunden zwischenmenschlichen Beziehungen und in allen wirksamen Methoden der Psychotherapie als das Hauptelement angesehen werden. Es beruht auf dem Gefühl und der Erkenntnis für die **wirkliche** Situation der anderen Person.*

Moreno (1997: 29; Hervorhebung von Moreno)

Solche Beziehungen bestehen zwischen Menschen eines *sozialen Atoms*. Es ist ein Personenkreis, der mit uns in einer bestimmten Lebensphase in emotionalen Austausch steht. Moreno

\* Moreno begründete auch das Rollenspiel und die Soziometrie, die er mit der Gruppenpsychotherapie immer als Einheit betrachtete.

\*\* Es handelt sich um die erste Patientin an der Alzheimer die später nach ihm benannte Krankheit beschrieb.

(1996: 160) beschreibt sie als „energiereiche Netzwerke, die jeden Menschen umgeben“ und die im Alter dünner werden. Das „letzte soziale Atom“ sind dann jene Menschen, die vom Tod eines Menschen betroffen werden und dessen Tod sie betreffen (Petzold 1985: 324). Die unterschiedlichsten Techniken (⇒ 3.3.: 46-59) stehen dem Validierenden zur Seite, wenn er dieser gleichermaßen anspruchsvollen und verantwortungsvollen Aufgabe, Eingang in die Welt sehr alter, (sehr) verwirrter Menschen zu finden, gerecht werden will. Im Psychodrama Morenos werden hierfür häufig *Hilfs-Iche* eingesetzt. Grete Leutz, beschreibt deren Funktion so:

*Sie stellen (...) die abwesenden realen oder imaginären Bezugspersonen des Protagonisten dar und werden zu Trägern seiner Übertragungen und Projektionen (...). Zeitweise spielen sie sogar den Protagonisten selbst und sind dann (...) Vertreter seines Ichs.*

Leutz (1986: 89)

In der Lebenssituation sehr alter Menschen ist die hier beschriebene Abwesenheit allgegenwärtig.\* So wird in der Validation der Anwender zum *Hilf-Ich*. Er setzt die Abwesenheit der Bezugspersonen für die Zeit der Begegnung außer Kraft.

### 2.2.3 Feil's Idee der letzten Bühne

*Wenn man sie übergeht, tauchen unerfüllte Lebensaufgaben später im Leben noch einmal auf. Die Aufgabe fordert unsere Beachtung. Sie gibt uns zu einem späteren Zeitpunkt eine zweite Chance. (...) Wenn wir immer noch so tun, als würden wir sie 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.*

Feil (2000: 32; Hervorhebung durch den Verfasser)

Naomi Feil verbindet in der von ihr entwickelten „Therapie“ (Feil 2000: 42) die Theorie der Lebensstadien Eriksons mit einer auf demente alte Menschen abgestimmten Form des Rollenspiels. Das in der Validation zum Einsatz gebrachte Rollenspiel folgt der Annahme, dass Rollen durch ein solches Spiel entwickelt und verändert werden können. Wie wir im vorangegangenen Kapitel gesehen haben (⇒ 2.2.2: 27), können wir auf ein reiches Innenleben bei unseren Gegenübern setzen. Dieses verlangt geradezu nach seinem Ausdruck. So verstanden eröffnet der Validationsanwender dem Demenz-Patienten Bühnen zur Aufarbeitung seiner übergangenen, oder unvollständig gebliebenen Lebensaufgabe(n), denn „*Sie [die Lebensaufgabe] wartet, bis wir unsere feste Rolle auf dieser Bühne vergessen haben, dann tritt sie wieder in Erscheinung.*“ (Feil 2000: 32; Hervorhebung vom Verfasser). Naomi Feil beschreibt eine Menge an Rollen in der ihr Patienten in ihrer Arbeit begegnen:

Die Ängstliche <sup>1</sup>	Die Gebärende <sup>7</sup>	Die Mutter <sup>12</sup>
Die Beschuldigerin <sup>2</sup>	Der Grapscher <sup>8</sup>	Die Poetin <sup>13</sup>
Der Beschwerdeführer <sup>3</sup>	Der Klopper <sup>9</sup>	Die Raffgierige <sup>14</sup>
Die Bewegungslose <sup>4</sup>	Der Laller <sup>10</sup>	Der Schläger <sup>15</sup>
Die die auf und ab geht <sup>5</sup>	Die Märtyrerin <sup>11</sup>	Die Spuckerin <sup>16</sup>
Der Einzelgänger <sup>6</sup>		

\* Ob diese Abwesenheit nun auf den Tod der Bezugspersonen oder deren Vermeidungsverhalten (Verweigerung von Besuchen) zurückzuführen ist, ist für diesen Zusammenhang unerheblich.

1	Peg Harvey (F 2000: 151f)	2	Frances Blake (F 2000: 60f), Jenny Fish (F 2000: 66f) & June Simpson (F 2000: 69f)
3	Stewart Charkoff (F 2000: 160f; substantivierte Bezeichnung vom Verfasser, im Original: „ <i>der sich dauernd über alles beschwert</i> “)	6	George Smith (F 2000: 63f)
4	Nora (F 2000: 100)	5	Mary Thomas (F 2000: 190f)
7	Martha Johnson (F 2000: 79f)	8	David Willart (F 2000: 167f)
10	Richard Kraft (F 2000: 106f)	9	Marvin Tubins (F 2000: 91f)
13	Isobel Blue (F 2000: 187f)	11	Sadie (F 2000: 144f)
16	Lucy Kelly (F 2000: 138f)	12	Margret Dowling (F 2000: 175f)
		15	Harry Tross (F 2000: 182f)

Im Rollenspiel können wir diese Bühnen unseren Patienten adäquat anbieten. Welche spezifischen Anforderungen sich damit für den Validationsanwender stellen werden wir an anderen Stellen (⇒ 3.1.2: 34, 3.3.1: 46f, 3.3.12: 54f) erörtern. Es zeigt sich: *Naomi Feil* sieht die Rolle als symbolische Repräsentanz. Auch sie betont die soziale Anforderung des Rollenausübens: den Mitspieler. Der Validationsanwender wird somit zu einem Mitspieler erster Güte. Gerade Patienten die von *Morbus Alzheimer* betroffen sind tragen ihre Rollen sehr deutlich „vor sich her“. Sie aktualisieren tatsächlich längst vergangene, aber unvollständig (unerfüllt) gebliebene Rollen aus dem *Inventar* ins *Rollenrepertoire*, genau so, wie wir am Ende des letzten Kapitels vermutet hatten (⇒ Fallbeispiel I). Hier liegt es am Validationsanwender eine entsprechende, passende Rolle aus seinem *Repertoire* auszuwählen, um virtuelle Rollen aus dem *Rolleninventar* des Patienten erneut zu aktivieren und hervorzuholen (*Rath* 2000: 12), bzw. sich in nie gelebte Rollen des Patienten einzüben.



### Fallbeispiel I

### „Bilderumhängerin wider Willen“

Frau W. lebt allein in einem Appartement eines Pensionistenwohnhauses in Wien. Sie ist eine sozial sicher auftretende resolute Dame, die zunehmend mehr Zeit in ihrem Zimmer verbringt, da ihrer Meinung nach das Haus mit „*oidn weiban und glodsaddn mennan*“\* bevölkert ist. Nachts um halb vier streift sie dann durch die kilometerlangen Gänge des Hauses und hängt die zahlreichen Fotografien und Bilder von den Wänden ab. Manche hängt sie an einer anderen, oft weit entfernten Stelle des Ganges wieder auf, andere trägt sie in den Keller. Es sind keine Hinweise zu finden, dass sich diese Aktionen gegen bestimmte HeimbewohnerInnen richten. Am Morgen danach regnet es massive Beschwerden der MitbewohnerInnen. Nachdem Frau W., trotz mehrfacher persönlicher Verweise vom Direktor des Hauses, Monate hindurch mit ihren nächtlichen Ab- und Umhängemanövern unbeeindruckt fortfuhr, sah sich die Verwaltung veranlasst, Frau W. in eine geschlossene Alzheimerstation zu überweisen.

Gibt es eine Erklärung für diese seltsame Rolle der „Ab- und Umhängerin“?

In der Erinnerungsarbeit, im Rahmen des Validierens, erschien folgende Szene aus dem Leben Frau W.'s, 60 Jahre zurückliegend. Frau W. wurde in der Gewerkschaftsbewegung sozialisiert und zählt sich auch heute noch dem linken politischen Lager zu. In den Jahren zwischen 1938 und 1945 stand sie in der Gefahr von Nachbarinnen ihres Wohnhauses als Sozialistin oder Kommunistin verleumdet zu werden. Aus dieser Bedrohung heraus\*\* beschloss Frau W., sich ein Führerbild (Fotografie Adolf Hitlers) anzuschaffen. Es kam natürlich nicht in Frage, das Foto dieser ihr verhasste „Unperson“ sichtbar in ihrer Wohnung aufzustellen. Um dieses Bild bei Besuchen argwöhnischer Nachbarn dennoch stets bei der Hand zu haben versteckte es Frau W. unter der Tischdecke des Küchentisches. In den kommenden Jahren wiederholte sich dann folgende Szene ihres Lebens hundertfach: Es klopft an der Wohnungstür. Flugs holt Frau W. das Führerbild unter der Tischdecke hervor und wechselt es mit dem Kaiserbild Franz Josephs an der Wand aus. Frau W. hat sich also oft in der Rolle der „Bilderumhängerin wider Willen“ erleben müssen. Auf ihrer letzten Bühne schafft sie sich nun, 60 Jahre später, den Ausgleich für ihren damals so offensichtlich unterdrückten freien Willen, indem sie willkürlich die Bilder ihrer Nachbarinnen ab- und umhängte.

Wir sehen: das auf den ersten Blick paranoid-zwanghafte Verhalten hat einen auffindbaren lebensgeschichtlichen Hintergrund. Frau W., die nach dem Krieg – so erzählen es Angehörige und Zeitzeugen – ein unauffälliges, ja angepasstes Leben geführt hat nutzt im hohen Alter nun jede sich bietende Gelegenheit, um die damals erlittene Schmach auszugleichen.



\* „Alten Frauen und haarlosen Männern.“

\*\* Es bestand schließlich die reale Gefahr als politisch Andersdenkende in ein KZ deportiert zu werden.

## 3 Die Drei Säulen der Validation

In diesem dritten Kapitel widmen wir uns dem Herzstück der Methode Validation. Es sind die drei Säulen, oder Standbeine, auf denen sie aufbaut. Sie sind in der folgenden Grafik dargestellt:

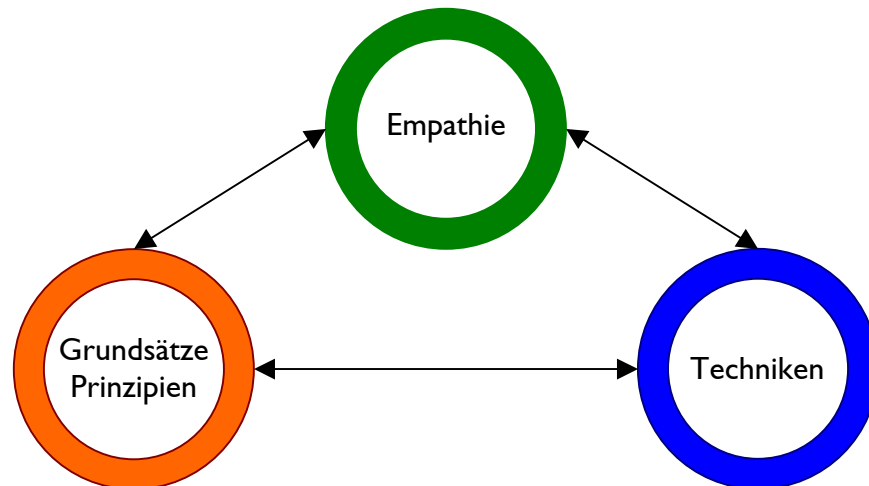


Abbildung 9  
Die drei Säulen der Validation (Grafik vom Verfasser)

### 3.1 Empathie: die Brücke ans andere Ufer

Unter *Empathie*\* wird die Fähigkeit verstanden sich in die Gefühle, in die Lage und in die Handlungen anderer Menschen hineinzusetzen. Sie wird oft mit Einfühlungsvermögen umschrieben und stellt einen Weg zum unmittelbaren Verständnis der Vorgänge anderer Seelen dar. Am klarsten sehen wir die *Empathie* in der Beziehung zwischen Mutter und Kind walten. *Moreno* sieht in der gegenseitigen *Empathie*, die er *Tele* (⇒ 2.2.2: 27) nennt, einen Weg zur Heilung. *Feil* beschreibt den Vorgang der *Empathie* oft als „in den Schuhen des anderen gehen“ (*Feil* 1999: 11). Wie wir bereits gesehen haben wird der Validationsanwender zum *Hilfs-Ich* des Patienten (⇒ 2.2.2: 28), zum Doppelgänger dieses verwirrten alten Menschen.

*Von seinen eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und psychologischen Vorstellungen Abstand nehmend, überläßt sich der Doppelgänger wie die instiktsichere Mutter seiner Einfühlung in den Protagonisten\*\* und dessen jeweilige Lage.*

Leutz (1986: 46)

Hilfen, mit deren Einsatz es Ihnen leichter fallen sollte von Ihren eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und psychologischen Vorstellungen tatsächlich Abstand zu nehmen, gibt Ihnen das Kapitel über die Validationstechniken (⇒ 3.3.1: 46f, „Sich selbst zentrieren“).

\* Natürlich ist *Empathie* als Grundlage aller heilenden zwischenmenschlichen Interaktionen anzusehen und somit auch die Basis jeder Betreuung und Pflege. Im Falle *dementer* Patienten ist die Bereitschaft und Fähigkeit zur *Empathie* aber noch viel radikaler gefordert und verdient es, hier besonders hervorgehoben zu werden, denn: „(...) wir müssen uns auf eine Welt einlassen, die häufig unvermittelt, verschlüsselt und in weiten Teilen unbekannt erscheint.“ (*Cofone* 1997: 28).

\*\* Für den Gebrauch in unserem Zusammenhang können wir statt „Protagonisten“ ohne weiteres „dementen Menschen“ setzen.

### 3.1.1 Die Wirkungen der Wertschätzungsspirale

Die besonderen Defizite wie sie *Alzheimer*-Patienten betreffen wurden bereits ausführlich dargestellt (⇒ 2.1.4: 16-20, 2.1.5: 22f). *Petzold* (1993) gibt besondere psychosoziale Wirkzusammenhänge an, die sich gegenseitig zyklisch verstärken. In der praktischen Arbeit ist diese, ich nenne sie *Wertschätzungsspirale* von besonderem Nutzen. Sie verläuft wie folgt:

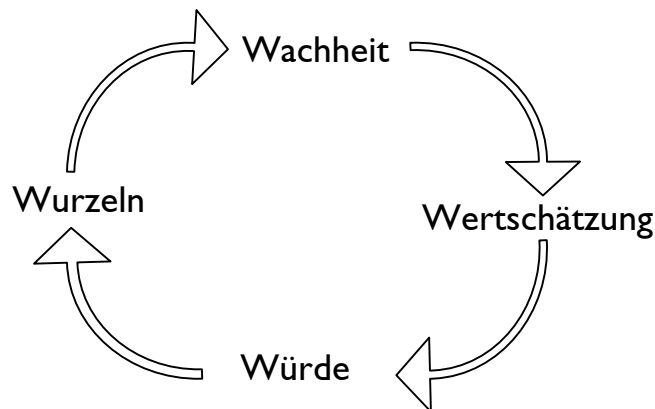


Abbildung 10  
Wertschätzungsspirale nach *Petzold* (1993; Grafik und Titel vom Verfasser)

*Demente* Menschen, deren verbales Ausdrucksvermögen reduziert ist und deren Planungshorizont massiv schrumpft geraten Anforderungen des täglichen Lebens gegenüber schnell in einen Zustand der Überforderung. Die Frustrationstoleranz sinkt deutlich ab, zudem werden die Betroffenen immer wieder von den übergangenen (unerfüllten) Lebensaufgaben heimgesucht, die ebenso heftig wie unangekündigt ihren Tribut auf der „letzten Bühne“ fordern (⇒ 2.2.3: 28f). Darunter leidet zusehends auch das persönliche Wertgefühl der Betroffenen. Die Kämpfe die die *demente Person* vor allem im Anfangsstadium der Krankheit, austrägt (⇒ 3.2.2: 37f, „*Stadium I*“) zielen allesamt auf die Aufrechterhaltung der persönlichen Würde. *McGowin* hat uns einen einmaligen Bericht einer Betroffenen übermittelt. Es handelt sich um eine Patientin, im Anfangsstadium der Erkrankung, die ihr Leben lang sprachlich sehr versiert war und ihre erlebten Verwirrungszustände in jenen symptomfreien Zeiten niederschrieb:

*Wenn ich nicht länger eine Frau bin, warum fühle ich mich dann immer noch so? Wenn ich nicht mehr Wert bin, gehalten zu werden, warum sehne ich mich danach? Wenn ich nicht länger empfindsam bin, warum freue ich mich an der Weichheit von Seide auf meiner Haut? Wenn ich nicht länger sensibel bin, warum lassen bewegende lyrische Lieder eine Seite in mir erklingen? Jedes Molekül in mir scheint zu schreien, daß es mich wirklich gibt, und daß diese Existenz von irgendjemandem gewürdigt werden muß! Wie kann ich den Rest dieser Reise ins Ungebahnte ertragen ohne jemanden, der dieses Labyrinth an meiner Seite durchwandert, ohne die Berührung eines Mitreisenden, der mein Bedürfnis nach Selbstwert versteht?*

*McGowin* (1993: 123f)

Wie wir aus diesem erschütternden Bericht ersehen ist die *Wertschätzungsspirale* kein theoretisches Konstrukt, sondern ein Abbild der tatsächlichen Bedürfnislage der Betroffenen. Neben diesen allgemein dargestellten Wirkungen gibt es eine Reihe spezifischer Tech-

niken die Naomi Feil angesichts dieser Bedürfnisse entwickelt hat (⇒ 3.3: 45-59).

„Wachheit“ meint in diesem Zusammenhang, jene angespannte Situation des Demenz-Patienten im „Hier und Jetzt“ wahrzunehmen und ihr besonders *empathisch* zu begegnen. Die oben dargestellte Spirale liest sich oben (mit „Wachheit“) beginnend. Ihre Wirkungen entfaltet sie im Uhrzeigersinn. Wie diese Vorgänge in der Praxis ablaufen soll das folgende Beispiel veranschaulichen:



### Fallbeispiel 2

### „Aufhörn, aufhörn!“

Herr G. steht am Gang der Bettenstation eines Sanatoriums, vor ihm die Türe des Salons, hinter der sich gerade die Musiktherapie ereignet. Eine weibliche Gesangsstimme begleitet von Gitarrenklängen, bereichert um diverse Rassel- und Trommelgeräusche dringen hinter der Türe hervor. Hr. G. ist etwas erregt, öffnet die Türe und bittet die Therapeuten doch mit der Musik „Schluss für Heute!“ zu machen. Ein Pfleger wird geholt. Er soll Hr. G. wieder hinaus auf den Gang bringen. Wie viele engagierte Pflegepersonen verfällt er hier in die „Beruhigungsfalle“, indem er auf Hr. G. mit tiefer beruhigender Stimme einredet, was dessen Erregung weiter steigert. Schließlich weiß sich der Pfleger kein anderes Mittel mehr als die Türe von außen zu verschließen. Nun ist Hr. G. nicht mehr zu bremsen. Mit geweiteten Augen trommelt er mit der Faust der rechten Hand (die linke stützt sich am Rollator) auf die verschlossene Türe, als hinge sein Leben davon ab. Dazwischen schreit er immer wieder: „Aufhören, aufhören!“

Wie läuft nun das Vorgehen nach der Wertschätzungsspirale?

#### Wachheit

- VA\*: [in der selben Lautstärke, den Ton spiegelnd]  
*Was ist denn hier los?*
- Hr.G.: [mit hoher Impulsivität in der Stimme]  
*Die solln aufhörn!*
- VA: [mit gleich starker Impulsivität]  
*Wer soll aufhörn?*
- Hr.G.: [laut]  
*Diese Musik. Die sollen sofort aufhörn damit!*
- VA: [ebenso laut]  
*Diese Musik, sie wollen, dass die aufhört.*
- Hr.G.: [etwas weniger laut und etwas weniger impulsiv]  
*Ja, die solln aufhören.*

#### Wertschätzung

- VA: *Das stört sie, wenn die da so weiterspielen.*
- Hr.G.: *Ja!* [kurze Pause; Lautstärke und Impulsivität nehmen weiter langsam ab]  
*Bitte sie haben da was zu sagen in diesem Haus, sagen sie denen, dass sie aufhörn solln!*
- VA: *Was stört sie denn besonders an dieser Musik?*
- Hr.G.: [Besinnt sich kurz; dann mit ruhigerer Stimme]  
*Bitte ich bekomm' jetzt dann Besuch, ich kann da nicht so lange,...*  
[bestimmt]  
*Ich möchte', dass die einfach aufhörn damit. Schluss für Heute!*

#### Würde

- VA: [sich ein paar Schritte von der Türe wegbewegend]  
*Wer kommt denn sie zu besuchen?*
- Hr.G.: [folgt dem VA; verglichen mit den Ausgangswerten weiterhin mit ruhigerer Stimme]  
*Meine Familie kommt extra her!*
- VA: *Da kommt ihre Familie extra her und dann spielt da diese Musik.*
- Hr.G.: [mit leichtem Strahlen in den Augen und sehr bestimmt]  
*Ja!*  
*Bitte stellen sie das jetzt ab.*

\* Gebräuchliche Abkürzung für Validationsanwender.

Wurzeln

- VA: [sehr ernst]  
*Na, das kann einem wirklich ärgern. Da wohnt man hier, erwartet jeden Moment Besuch und dann machen wildfremde Leute da einfach Musik!*
- Hr.G.: [wirkt deutlich erleichtert]  
**Ja, sehen sie!**
- VA: [weiterhin ernst, etwas lauter]  
*Das ist ja wirklich unerhört.*
- Hr.G.: **Also, wenn sie das verstehen, dann darf ich sie bitten: stellen sie die Musik ab. Sie haben da offenbar was zu sagen in diesem Haus.**
- VA: [geht um die Ecke in die Nähe zweier Sessel]  
*Sie meinen ich wäre der richtige um diese Musik zu beenden!?*
- Hr.G.: [folgt dem VA; leichte Ungeduld wird in der Stimme hörbar]  
**Ja, und jetzt, darf ich sie bitten, machen sie doch dass das aufhört.**
- VA: [setzt sich mit Hrn. G. zusammen nieder]  
*Hr. G., da das so wichtig ist, dass das aufhört mit der Musik, bevor ihr Besuch kommt: Wie wärs wenn wir das gemeinsam versuchen?*
- Hr.G. [sieht den VA etwas überrascht an; ist kurz sprachlos]
- VA: **Würden sie mir helfen dabei?**
- Hr.G.: [mit ruhiger Stimme]  
**Ah, das schaffen sie schon.**
- VA: [vor Hrn. G. hockend, um nicht auf ihn herabzusehen; mit etwas gedrückter Stimme]  
*Ich brauche ihre Hilfe.*

Wachheit 2

- Hr. T.: [beugt sich leicht zum VA hinunter]  
**Was soll ich denn machen, hier hört ja keiner auf mich.**

...  
 ...  
 ...



Um die Interaktion in ihrem Kontext begreifen zu können hier noch einige Hintergrunddetails: Aus früheren Kontakten war mir bekannt, dass Hr. G. grundsätzlich positiv zu Musik eingestellt ist. Die Bitte mir zu helfen entsprach einem echten Bedürfnis wie es in der Situation entstand. Ohne seine Hilfe hätte ich nicht mit den Musiktherapeuten in Kontakt treten wollen.\* Offensichtlich richtete sich das Ärgernis Hrn. G.'s nicht so sehr gegen die Musik als vielmehr auf die Tatsache hier an seinem Lebensort nicht (mehr) gehört zu werden. „Wachheit 2“ steht hier stellvertretend für die nächste Windung in der Wertschätzungsspirale, da beim Ausspruch Hrn. G.'s: „Was soll ich denn machen, hier hört ja keiner auf mich.“ ein voller Durchgang abgeschlossen und zugleich ein neues Thema eröffnet wurde. Zu diesem Zeitpunkt saß der Heimbewohner bereits in einem Sessel und wollte nicht mehr die Musik „abstellen“, sondern seine schmerzlich reduzierten Einflussmöglichkeiten auf das Geschehen seiner unmittelbaren *Lebenswelt* beklagen. Sein Verhalten entsprach nicht mehr der Rolle eines „*randalierenden Demonstranten*“. Sitzend und mit ruhiger Stimme äußerte er ganz persönlich erlebtes Leid, was nur möglich wurde, weil er die Sphäre der „*Wurzeln*“ erreicht hatte.

\* Immer wieder stoße ich auf das merkwürdige Vorurteil Validationsanwender würden Patienten mit allerlei erfundenen Geschichten auf alle möglichen, oft auch unseriösen Weisen, zu beruhigen versuchen. Es kann nicht oft genug betont werden: in Validation nach Feil, die diesen Namen verdient, wird niemals ein Patient oder Klient belogen, noch werden ihm Hoffnungen gemacht, die seiner sozialen Realität nicht entsprechen!

### 3.1.2 Das Aufspüren von Symbolen

Für die Kommunikation mit *dementen* alten Menschen müssen wir ein besonderes Feingefühl für den symbolischen Ausdruck entwickeln. Wenn wir an die unerfüllten Lebensaufgaben denken, die für das Stadium der Aufarbeitung, N°9, so charakteristisch sind (⇔ 2.2.1: 25), können wir erahnen, welch enormer seelischer Druck auf den verwirrten alten Menschen lastet. Validieren heißt auch: sich auf die Suche nach den lebensbiografischen Hintergründen des zweck- und nutzlos scheinenden Verhaltens *dementer* Personen zu begeben, denn:

*Aus der scheinbaren Zwecklosigkeit oder Zweckwidrigkeit der Handlungen kann nicht ohne weiteres auf die Sinnlosigkeit ihres Ausdrucks (des Symbols) geschlossen werden. (...) Die Verwirrten geben in ihrer Symbolsprache und Symbolhandlung den Wert an, den diese Ausdruckshandlungen für sie haben. Den jetzigen Lebenssinn aufzuarbeiten und diese Art von Leben anzunehmen, heißt für die Verwirrten, in Symbolen den Wert des vergangenen Lebens auszudrücken und darin Überlebenschancen zu haben.*

Klose (1998: 74f)

So erweist sich das Symbol-Lesen als Königsweg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Dem trägt die europäische Validationsbewegung derzeit Rechnung, indem sie eine Broschüre zum Thema Symbole erarbeitet. Darin werden 7 Repräsentationsformen von Symbolen desorientierter oder unglücklich orientierter alter Menschen angegeben:

1	Um die eigene Person darzustellen, sich selbst zu repräsentieren
2	Symbole können wichtige Menschen oder Menschengruppen im Leben der Betroffenen repräsentieren
3	Symbole können das Bedürfnis nach Status (Anerkennung) repräsentieren
4	Symbole können das Bedürfnis geliebt zu werden ausdrücken
5	Sie können dazu verwendet werden Gefühle auszudrücken
6	Symbole können das Verlangen ausdrücken nützlich zu sein einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen
7	Häufig auftretend: Ausdruck des Unmuts über die jetzige Lebenssituation, die sich in einer Menge von Beschuldigungen äußert

Tabelle 7

7 Repräsentationsformen von Symbolen bei dementen alten Menschen; nach Sramek, deKlerk-Rubin (2001: 7f; gekürzt)



#### Fallbeispiel 3

#### „Der Nachbar“

Herr D. lebt allein in seiner Wohnung im 11. Wiener Gemeindebezirk. In diesem Haus hat er schon seine Kindheit verbracht. Bis vor wenigen Jahren lebte er hier mit seiner Frau zusammen. Sie war es, die sich während der gesamten Ehe gleichviel um den Haushalt wie um die Finanzen des Paares gekümmert hatte. Beziehungen zu noch lebenden Familienmitgliedern gingen schon vor längerer Zeit in die Brüche. So fand ich das aktuelle *soziale Atom* Herrn D.'s, als ich ihn das erste Mal begegnete, drastisch reduziert. Es beschränkt sich auf eine Kaffehausbesitzerin, bei der er regelmäßig sein Frühstück einnimmt. Sie kannte das Ehepaar Daschil über 40 Jahre lang und fühlt sich gegenwärtig insofern Herrn D. verbunden als auch sie vor einigen Jahren ihren Lebenspartner verloren hat.

An warmen Tagen verbringt Hr. D. seine Zeit im Tiergarten Schönbrunn, wo er, wie er sagt, leicht und oft mit „wildfremden“ Frauen ins Gespräch kommt. Das verwundert nicht: Hr. D. ist sehr charmant, ein Gentleman der alten Schule, doch entwickeln sich keine Bekanntschaften aus diesen Kontakten. Seine Wohnung gleicht einem *memento mori*; er hat seit dem Tod seiner Frau, vor eineinhalb Jahren, nichts mehr darin verändert. Die Schränke sind noch voll von ihren Kleidern, die Räume allesamt mit einer zentimeterdicken Staubschichte bedeckt. Die im Original weißen Vorhänge sind dunkelgrau. Farbe blättert von den Wänden.

Die ersten Besuchswochen hindurch beklagte sich Hr. D. allmorgendlich auf folgende, symbolische Art und Weise: *Kaum verlasse ich meine Wohnung, bricht auch schon mein Nachbar, der hier vis á vis, bei mir ein und stiehlt verschiedene Sachen. Jedes Mal etwas anderes. Er tut das, damit ich aus meiner Wohnung ausziehe, denn er ist bequem. Er will seine Freunde, die 2 Stockwerke höher wohnen gleich hier vis á vis seiner Eingangstüre haben, damit er über den Gang hinweg mit denen plaudern kann. Und ich sollte ausziehen, wens nach dem ginge. Können sie sich das vorstellen? Ausziehen, auf meine alten Tage hin? Ausziehen, kommt nicht in Frage!* [Diese Passage ist sinngemäß, nicht im exakten Wortlaut wiedergegeben.]

Statt Hrn. D. auf die Realität hinzuweisen, dass nämlich er selbst es ist, der Dinge aus seiner Wohnung an ganz bestimmten Orten versteckt, validierte ich den symbolischen Ausdruck seines Unmuts (Repräsentationsform N°7, s.o.) der unmittelbar mit der Tatsache verknüpft ist, dass er nie gelernt hatte einen Haushalt zu führen und nun ziemlich hilflos und alleine dieser Aufgabe gegenüberstand. Nach wenigen Wochen tauchte hinter dieser Bedeutung des symbolischen Vorwurfs eine weitere auf, als wir nämlich beim Thema der Einsamkeit ankamen. Hr. D.: *„Das ist kein Leben mit so einem Nachbarn. Das ist schlimmer als in der Kriegsgefangenschaft. Man kann sich hier überhaupt nicht mehr geschützt fühlen!“* Diese Aussagen entsprechen der Repräsentationsform N°4 (⇒ Tab. 7: 34). Die Kriegsgefangenschaft, fünfeinhalb Jahre in einem russischen Arbeitslager, ist die innere Repräsentation von maximaler Kälte und Einsamkeit.



#### Fallbeispiel 4

#### „Körperbewegungen“

4 Jahre hindurch besuchte ich Hrn. N. Bei unserem ersten Kontakt stand er im 89. Lebensjahr. So gut wie immer treffe ich ihn in seinem Rollstuhl sitzend im zweiten Stock einer Bettenstation eines Sanatoriums. Seine Beine sind sehr schwach. Er ist stark untergewichtig, dabei aber ständig in Bewegung. Die meiste Zeit verbringen wir sehr sehr nahe beieinander sitzend: Ich, seinen Rücken basal stimulierend und er in seinem Rollstuhl vor- und zurückzitternd. Nach einer langen Reihe gleichartiger Besuche wurde ich mir immer sicherer, zu verstehen, was Hrn. N.'s unruhige, stets gleichförmig ablaufende Bewegungen hervorbrachte. Hr. N. versetzte sich mit Hilfe seines Körpers in Szenen seines Lebens die zirka 60 Jahre zurückreichen.

Seine Körperbewegungen holen unaufhörlich Erinnerungen an Zugfahrten in die Gegenwart herauf. Wenn ich ihn, in (wienerischem) Dialekt fragte, ob denn der Schaffner schon dagewesen sei, antwortete er „naa, noo need“. Ob er denn eine Fahrkarte hätte? „Naa, doo brauchsd d kaa foakoaddn!“ ist er sich sicher. „Gibt's vielleicht goa kaan Schaffner?“ fragte ich ihn. „Naa, dea dsuug hodd kaan schaffna“, gibt er sicher zurück. Nach einigen gemeinsamen „Fahrten“ in diesem Zug wurde es deutlich: der Zug ist schaffnerlos und hat auch keinen Speisewagen, man braucht keine Fahrkarten und kann auch nichts bestellen. Fixe Plätze gibt es keine, denn es handelt sich um einen Transport. Er führt in ein Vernichtungslager der Nazis. Hrn. N. hat dieses Grauen zwar überlebt, doch seine Psyche ist nicht zur Ruhe gekommen. Zu unfassbar waren die Erlebnisse dort. 60 Jahre danach muss er sich immer wieder in diese Szene hineinversetzen mit der alles begann: mit dem Transport zum Konzentrationslager, der Deportation. Da Hr. N. diesen Schrecken nicht in Worte fassen kann, benutzt er die Bewegungen seines Körpers um sich selbst in dieser Zeit zu repräsentieren. Rath (2001a: 9f)\*

Seine Körperbewegungen werden zum Symbol, sie entsprechen der Repräsentationsform N°1 (⇒ Tab.7: 34)



\* Dieses Beispiel ist dem Sammelband „Symbole: Der Schlüssel zur inneren Welt desorientierter alter Menschen“ (Sramek, de Klerk-Rubin 2001) entnommen. Die hier wiedergegebene Version ist textlich leicht verändert, damit sie sich in den konkreten Zusammenhang besser einfügt.

## 3.2 Grundsätze und Prinzipien

Naomi Feil gibt 10 Grundsätze (und Werte) der Validation an (Feil 2000: 45). Sie sind implizit bereits in vielen bisherigen Äußerungen enthalten gewesen bzw. wirksam, sollen aber aus Gründen der Übersicht zu Beginn dieses Kapitels in Tabellenform wiedergegeben werden. Sie beschreiben die Kernüberzeugungen\* aus denen die Methode Validation auch ihre Techniken ableitet.

### 3.2.1 Theoretische Annahmen

1	Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.
2	Alle Menschen sind wertvoll, ganz gleichgültig, in welchem Ausmaß sie verwirrt sind.
3	Es gibt einen Grund für das Verhalten von verwirrten sehr alten Menschen.
4	Verhalten im sehr hohen Alter ist nicht nur eine Folge anatomischer Veränderungen des Gehirns, sondern das Ergebnis einer Kombination von körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen, die im Laufe eines Lebens stattgefunden haben.
5	Sehr alte Leute kann man nicht dazu zwingen, ihr Verhalten zu ändern. Verhalten kann nur dann verändert werden, wenn die betreffende Person es will.
6	Sehr alte Leute muss man akzeptieren ohne sie zu beurteilen.
7	Zu jedem Lebensabschnitt gehören bestimmte Aufgaben. Wenn man diese Aufgaben nicht im jeweiligen Lebensabschnitt schafft, kann das zu psychischen Problemen führen.
8	Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Erwachsene, ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurück greifen. Wenn ihr Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.
9	Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einer vertrauten Pflegeperson validiert werden, werden weniger. Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden immer stärker.
10	Einfühlung und Mitgefühl führt zu Vertrauen, verringert Angstzustände und stellt die Würde wieder her.

Tabelle 8

Die 10 Grundsätze und Werte der Validation nach Feil (2000: 45)

\* En passant weisen sie damit die Validation als *salutogenetisches* Modell (⇔ 2.2: 24) aus.

### 3.2.2 Die 4 Stadien als Orientierungsrahmen

Innerhalb des neunten Lebensstadiums (⇒ 2.2.1: 25) differenziert *Feil* nun vier verschiedene Stadien der Aufarbeitung der Vergangenheit. Es ist dies der Schlüssel zur Klassifikation in der Validation. Die Stadien geben dem Validationsanwender auch Aufschlüsse über die einsetzbaren Techniken, die von Stadium zu Stadium teils beträchtlich variieren können. Die Aufarbeitungsstadien werden folgendermaßen bezeichnet:

<u>Stadium 1</u>	<u>Unglücklich orientiert an der Realität - mangelhafte Orientierung</u>
<u>Stadium 2</u>	<u>Zeitverwirrtheit</u>
<u>Stadium 3</u>	<u>Sich wiederholende Bewegungen</u>
<u>Stadium 4</u>	<u>Vegetieren</u>

Wollen Sie von den folgenden Kutzcharakteristika besonders profitieren? Dann empfehle ich Ihnen, diese mit den Angehörigenberichten (⇒ 2.1.4: 17-20) zu vergleichen. Die betreffenden Stadien sind dort, am rechten Rand, eingefügt.

#### Stadium 1 Unglücklich orientiert an der Realität - mangelhafte Orientierung

Das Verhalten dieser Personen ist ihren eigenen starren Lebensgewohnheiten unterworfen. Sie halten krampfhaft Ordnung und zwingen Menschen ihrer Umgebung ihre Regeln auf. Immer größere Anstrengungen erfordern genau jene Tätigkeiten die dem Betroffenen bisher so selbstverständlich waren: Autofahren, Kochen, ein längeres Gespräch oder eine Theateraufführung verfolgen, einen Roman lesen, oder auch in der Wohnung (Werkstatt) Ordnung zu halten (⇒ 2.1.3: 14). Auf der Körperebene entsprechen dieser Haltung steife, angespannte Muskeln. Die gesamte Gestik der Betroffenen erinnert an eine Abwehrhaltung. Sie sind sich ihrer Verwirrungen, die nur gelegentlich auftauchen durchaus bewusst. Scham entsteht, quälende Fragen: „Was werden meine Bekannten dazu sagen?“, „Hat schon einer meiner Freunde etwas bemerkt?“. So ziehen sich die Betroffenen häufig zurück, sie meiden soziale Anlässe. Da ihre Sprache von Klarheit gekennzeichnet ist scheint nach außen hin ihr Bewusstsein dem jüngerer Menschen vergleichbar. Und doch vollzieht sich in dieser Phase des Lebens ein folgenreicher Umbruch aller Werte. Unter der Persönlichkeitsebene spürt man ihr Unbehagen und die Angst, alles werde nur noch schlechter. So leugnen diese Menschen gelegentliche Verwirrungen durch *Konfabulieren*\*. Ihr besonders rücksichtsloser Umgang mit MitbewohnerInnen deren Konstitution (auf der physischen, psychischen und mentalen Ebene) schlechter ist als die ihre wird immer augenfälliger. Da hört man sie sagen: „Ich hab' Gott sei Dank noch meinen Kopf beisammen!“ (Sramek 1998), „Schaun sie nur, die dort drüben, die ist ja mischugge“ (Rath 2000: 9), oder „In diesem Haus gibbds überhaubbd nua oide weiba und glodsadde menna!“ (⇒ Fallbeispiel I: 29) Eine treffende Beschreibung der inneren Vorgänge in dieser Phase finden wir bei *Guardini*:

*Immer stärker wird die Empfindung, daß beständig etwas zu Ende ist: ein Tag, eine Woche, eine Jahreszeit, ein Jahr. (...) Das alles macht, daß die dazwischen verlaufende Zeit einschrumpft. Das Leben gleitet immer schneller.*

*Guardini (1953: 54)*

\* Eine natürlich angewandte Technik. Sie überbrückt Gedächtnislücken mit erfundenen Geschichten und hält sie damit der sozialen Mitwelt verborgen.

Aus diesem Lebensgefühl heraus erwächst der Impuls das noch Gebliebene festzuhalten, alles unter Kontrolle halten zu wollen. Hinter dieser verständlichen Haltung verbirgt sich jedoch die Nichtannahme der Herausforderung die diese Lebensphase mit sich bringt. Stattdessen tun die Betroffenen so, als würden sie nicht älter werden. Doch die Rechnung geht nicht auf:

*Ignorierte Hoffnungslosigkeit arbeitet weiter in den Menschen. (...) Wut, Auflehnung, Scham, Schuld, Liebe (...). Mittlerweile ist unser Gefühlsrucksack so schwer, daß wir ihn nicht mehr tragen können, (...) Auch wenn man sie ein Leben lang begräbt, explodieren diese Gefühle im Alter.*

Feil (2000: 32)

Die Lage spitzt sich zu. Einerseits wollen sich die Betroffenen nicht mit ihren Gefühlen auseinandersetzen, zum anderen erstreben sie nichts sehnlicher als dass man ihnen zuhört. Tut man das, präsentieren sie sich in den unterschiedlichsten Rollen (⇒ 2.2.3: 28f), in diesem Stadium häufig als „Jammerer“, „Märtyrer“ oder „Beschuldiger“. Die gegenwärtig erlebten Verluste erwecken Erinnerungen an einstige Verluste, mit denen der Umgang zeitlebens nie erlernt worden ist. So bleibt der „Beschuldigerin“ nur mehr der Ausweg, ihren Zorn und ihre Verärgerung über eine beginnenden Inkontinenz (i.e. Kontrollverlust) der Zimmer Nachbarin in die Schuhe zu schieben. Die, so lautet der Vorwurf, käme in der Nacht, wenn alle schliefen und gieße Apfelsaft aus ihrer Trinkflasche in das Bett der Beschuldigerin (Rath 2000: 9). In der Regel schlagen Betreuende und auch Pflegepersonal zwei Wege im Umgang mit diesen Phänomenen ein. Der erste versucht die Konfrontation mit der äußeren Wirklichkeit. Die Patienten beantworten dieses Realitätsorientierungstraining (RTO) mit Vertrauensentzug und Rückzug in die innere Emigration. Der zweite Weg besteht im schlichten Übergehen, Ignorieren der geäußerten Vorwürfe. Das treibt die Betroffenen über anfänglichen Ärger hinaus zur Raserei (⇒ Fallbeispiel 2: 32f). Man will ein von ihnen geäußertes Bedürfnis einfach nicht wahrnehmen. Validation beschreitet hier den Weg über die Symbole (⇒ 3.1.2: 34). Der vermittelt den alten Menschen in dieser schwierigen Phase ihres Lebens wieder die vermisste Wertschätzung (⇒ 3.1.1: 31).

## Stadium 2     Zeitverwirrtheit

*Ein zu hohes Maß an körperlichen und sozialen Verlusten bringt das Faß zum Überlaufen. (...) Zeitverwirrte Menschen können die Verluste nicht mehr leugnen, (...); sie versuchen nicht mehr, sich an eine chronologische Ordnung zu halten und ziehen sich zurück. Statt sich um Minuten zu kümmern, gehen sie ihren Erinnerungen nach.*

Feil (1999: 54)

Der Übergang vom ersten in das zweite Stadium – grundsätzlich durchläuft ein alter Mensch immer zuerst das Stadium I bevor er in das zweite eintritt – ist ein denkbar großer. Wo vor kurzem noch Rigidität und Beharrlichkeit auf der Tagesordnung standen, sehen wir nun eine Person mit graziösen, ans Tänzerische gemahnenden Bewegungen vor uns. Die Betroffenen sprechen deutlich langsamer als Personen des Stadiums I und ihre Gesten entsprechen nachvollziehbar ihren Gefühlen. Sie benützen ab nun in ihrer Sprache persönliche Fürwörter ohne spezifische Angaben und kreieren, anstelle nicht mehr wiedererinnerbarer Worte, neue poetische Schöpfungen\*. Sie haben aufgehört zu schreiben und orientieren sich nicht mehr an der Uhrzeit. Ihr rationales Denken ist nicht mehr nachvollziehbar vorhanden. Stattdessen ist allen Menschen dieses Stadiums ein genaues Gespür, wer ehrlich ist und wer sich verstellt, zu eigen\*\*. Die Selbstkontrolle und das Kommunikationsvermögen hingegen erfahren drastische Einschränkungen. Konkret werden Personen die unmittelbar vor dem Patienten stehen einfach den inneren Rollenbedürfnissen angepasst, d.h. umfunktioniert. Sie

\* Sie verlassen das Reich der „lexikalischen Wörter“ (⇒ Fußnote auf Seite 19).

\*\* Zurückzuführen auf die Unversehrtheit des limbischen Systems (⇒ Abb. 5: 13 und 2.1.3: 15).

werden entweder durch Personen aus der Vergangenheit ersetzt, oder erhalten Rollenschilderungen wie wir es beim Beispiel von Auguste Deter gesehen haben (⇒ 2.1.2: 12). In diesem schöpferischen Akt legen sich sehr alte Menschen die Basis, schmerzliche Emotionen mit diesen einstigen Bezugspersonen aufzuarbeiten (⇒ 2.2.2: 27).

### Stadium 3    Sich wiederholende Bewegungen

Schreiten die Verluste unaufhaltsam voran und erfährt der betroffene alte Mensch keinerlei Anregungen von seiner Umwelt zieht er sich so weit in seine Erinnerung zurück, bis er dort bei inneren Klängen und Bewegungen ankommt, die auf ihn vor der Erlernung der ersten Worte seiner Kindheit wirkten. Diese haben sich sehr früh in ihm festgesetzt. Da das rationale Denken völlig eingebrochen ist, läßt er nun prä- und nonverbalen Ausdrucksformen freien Lauf. Es sind vorwiegend besagte Bewegungen und Klänge. Das Augenscheinlichste ist der zwangsartige Charakter dieser Bewegungen (⇒ Fallbeispiel 4: 35). Versucht man sie zu unterbinden, reagiert die betroffene Person mit massiven Symptomverschlechterungen. Dabei sind die manchmal belanglos wirkenden Bewegungen, wie zum Beispiel das Abwischen einer Rollstuhllehne, hochspezifisch. Sie lassen sich durch geringfügig andere Bewegungsabläufe *nicht* ersetzen. Diese Beobachtungen brachten Feil zu der Annahme, daß es sich hier nicht um sinnlose Bewegungen handelt, vielmehr um symbolische Verrichtungen (⇒ 3.1.2: 34), die im Zusammenhang mit den unbewältigten Lebensaufgaben stehen (⇒ 2.2.1: 25).

Obwohl sich Menschen dieses Stadiums sehr von der Außenwelt zurückziehen, kann man bei der Arbeit mit ihnen immer wieder ein reiches Innenleben durchleuchten sehen. Sie wissen gar nicht mehr *wo* sie sind, sehen aber scheinbar in Menschen, die ihnen näher kommen, Gesichter jener einstigen Bezugspersonen, die von großer Wichtigkeit für ihr Leben waren. Die Symbole die sie verwenden werden aus einem Umkreis genommen der immer enger um den eigenen Leib des Patienten gezogen ist. Zuletzt, wenn nichts anderes mehr bleibt, sind es die eigenen Gliedmaßen. Auf sie kann ein Mensch am längsten zugreifen. Parallel zum völlig eingebrochenen Selbstbewusstsein bahnen sich die universellen Gefühle von Liebe, Ärger, Angst und Trauer (⇒ 3.2.3: 44) unbeirrbar ihre Bahn. \* Bedürfnisse werden nicht nur offen geäußert, sondern deren Befriedigung schonungslos und augenblicklich eingefordert (auch – und teilweise vorwiegend – im sexuellen Bereich).

### Stadium 4    Vegetieren

Wird ein Mensch im Stadium 3 ob seines bizarren Verhaltens gemäßregelt, seine sich „zwanghaft“ wiederholenden Bewegungen medikamentös ruhiggestellt oder wird er einfach als Person in seinen Bedürfnissen und seiner Würde ignoriert und weggesperrt, zieht er sich ganz zurück. Er ist in ein anderes Stadium eingetreten, in einen zur Außenwelt hin völlig verschlossenen Zustand. Seine eigenen Lebensäußerungen sind minimal, nur noch am physiologischen Überleben orientiert. Das Streben nach der Verarbeitung des eigenen Lebens ist von einem externen Beobachter nicht mehr wahrnehmbar (Rath 2000: 11). Diese Extremform des Rückzugs ist in der Regel eine Folge von *maligner* Sozialpsychologie, wie Zwangsmaßnahmen in der Pflege oder beharrliche Versuche einer Realitätskonfrontation (i. S. d. RTO) die die Lebensrealität des alten Menschen radikal verschätzen. Das erklärte Ziel der Validation ist es, das Abgleiten eines Menschen in das Stadium des „Vegetierens“ zu verhindern. Obwohl sie auch hier über Techniken verfügt, die einen respektablen Umgang mit diesen Personen ermöglichen.

---

\* Ein Prozess der schon im zweiten Stadium einzusetzen beginnt.

<h2 style="text-align: center;">Körperliche / Mentale</h2>	<h2 style="text-align: center;">Psychologische</h2>
<p><u>Muskelzustand &amp; Körpermuster</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufrechte, steife und angespannte Haltung</li> <li>• Bewegungen präzise (meist schnell) und direkt</li> <li>• Abwehrhaltung</li> <li>• Hände sind oft verschränkt oder halten aneinander</li> <li>• Ströcke oder (Hand-)Taschen werden fest umklammert und überhaupt nicht mehr ausgelassen (Aggressionen bei Versuch)</li> <li>• Weisen Berührungen und Intimitäten ab (Halten kinästhetische Sphäre Ø 50cm ein)</li> </ul> <p><u>Ton &amp; Stimme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klar, scharf und gepresst (v.a. ggb. Autoritätspersonen)</li> <li>• Anklagend und/oder weinerlich</li> <li>• Kann singen</li> </ul> <p><u>Augen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare und helle Augen</li> <li>• Zielgerichteter Blick</li> <li>• Augenkontakt möglich</li> </ul> <p><u>Alltagsfähigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechnen</li> <li>• Schreiben (frei formuliert)</li> <li>• Lesen (neuer Texte)</li> <li>• Halten sich an Regeln aller Art (Spiel)</li> <li>• Eigenständige Grundpflege (wenn daran erinnert)</li> <li>• Sind sich gelegentlicher Verwirrung bewusst (Leidensdruck!)</li> </ul>	<p><u>Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare, korrekte Wortwahl</li> <li>• Können gut zuhören</li> <li>• Negative Reaktionen auf diejenigen die weniger orientiert sind</li> <li>• Gelegentliche Verwirrung wird gelehnet</li> <li>• Erinnerungslücken werden mit erfundenen, großteils plausiblen Erklärungen und Geschichten („Konfabulationen“) überdeckt</li> <li>• Positive Reaktion auf erkannte Rollen und Personen</li> </ul> <p><u>Emotionen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leugnen Gefühle, wenn wir sie direkt darauf ansprechen (Einsamkeit, Angst, Verzweiflung, Wut, sexuelle Wünsche)</li> <li>• Andere werden für das eigene Verhalten beschuldigt</li> <li>• Weniger Orientierten wird sehr emotionell gegenüber getreten</li> </ul> <p><u>Bedürfnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sich an die Realität klammern</li> <li>• Unterdrückte Emotionen müssen zum Ausdruck gebracht werden (Verwendung von Symbolen)</li> <li>• Ununterbrochen alles unter Kontrolle zu halten</li> <li>• Guten, orientierten Eindruck bei Autoritätspersonen hinterlassen</li> <li>• Von einer Autoritätsperson (Angehörige, Arzt, Geistlicher, Direktor, etc.) validiert zu werden</li> <li>• Sich Veränderungen widersetzen</li> <li>• Verstanden und angenommen werden</li> </ul>
<p><b><u>Stadium 1</u></b></p> <p>Einsetzbare Techniken: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, (8), 9, 10, (11), 12, (14)</p>	

<b>Körperliche / Mentale</b>	<b>Psychologische</b>
<p><u>Muskelzustand &amp; Körpermuster</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufrechte, aber entspannte Haltung</li> <li>• Indirekte, langsame, sanfte Bewegungen mit „offenem“ Charakter</li> <li>• Gesten entsprechen den Gefühlen, häufig „schwebendes Suchen“</li> <li>• Tänzerischer, graziöser Gang</li> <li>• Schultern oft nach vorne gebeugt schlurfen mit eingezogenem Hals</li> <li>• Gesicht oft mit verklärtem Ausdruck nach oben gerichtet</li> </ul> <p><u>Ton &amp; Stimme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tief und leise, oft auch flach (sehr selten weinerlich / schrill)</li> <li>• Singen und lachen</li> <li>• Langsames hechelndes Atmen</li> </ul> <p><u>Augen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klar und ungerichtet</li> <li>• Zielloses Starren in die Ferne</li> <li>• Augenkontakt löst Erkennen (der Betreuungsperson) aus</li> </ul> <p><u>Alltagfähigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein Rechnen mehr</li> <li>• Lesen oft noch möglich (aber nicht mehr zusammenhängend)</li> <li>• Leserliches Schreiben und freies Formulieren nicht mehr</li> <li>• Schafft sich (Verlust an logischem Denken) eigene Regeln</li> <li>• Brauchen Hilfe bei der Grundpflege (meist inkontinent)</li> <li>• Vergessen Fakten, Namen, Orte, Uhrzeit, Begriffsbedeutungen</li> <li>• Kein metaphorisches, vergleichendes Denken mehr</li> </ul>	<p><u>Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei bis drei sinnvoll zusammenhängende Sätze sind sprechbar</li> <li>• Verwenden eigene Wortschöpfungen, sind poetisch-kreativ</li> <li>• Die Fähigkeit von sich aus Kontakte zu knüpfen geht mehr und mehr verloren</li> <li>• Erinnern sich ausgezeichnet an weiter zurückliegende Ereignisse aus der jungen Erwachsenenzeit, der Jugend und Kindheit</li> <li>• Verwenden pers. Fürwörter ohne weitere Angaben; viele Symbole</li> <li>• Wissen intuitiv und augenblicklich wer ehrlich ist bzw. sich verstellt</li> <li>• Hören Menschen in der Gegenwart nicht zu</li> </ul> <p><u>Emotionen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühle werden frei geäußert</li> <li>• Ersetzen Gefühle und Empfindungen der Gegenwart durch jene der Vergangenheit</li> <li>• Kehren zu universalen Gefühlen (Liebe, Ärger, Trauer, Angst) zurück</li> </ul> <p><u>Bedürfnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geht in lebensgeschichtliche Zeiten zurück, in denen es persönlich sinnvoller und angenehmer war</li> <li>• Stressabbau durch fürsorgliche Berührung und Blickkontakt</li> <li>• Sofortige Befriedigung empfundener Triebe (Sexualität!)</li> <li>• Gefühle auszudrücken</li> </ul>
<p><b><u>Stadium 2</u></b></p> <p>Einsetzbare Techniken: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14</p>	

<h2 style="text-align: center;">Körperliche / Mentale</h2>	<h2 style="text-align: center;">Psychologische</h2>
<p><u>Muskelzustand &amp; Körpermuster</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegen sich rhythmisch, graziös bis tänzerisch hin und her</li> <li>• Muskeln meist entspannt</li> <li>• Gehen sehr häufig auf und ab (Gänge, Zimmer, Garten, ...)</li> <li>• Finger knöpfen etwas auf und zu, falten, streicheln etwas, etc...</li> <li>• Hände trommeln, schlagen, tauchen in etwas ein, etc...</li> <li>• Gleichmäßiger rhythmischer Atem</li> <li>• Unblässiges Wiederholen eines Klanges oder einer Bewegung</li> <li>• Summende, schmatzende, stöhnende Geräusche</li> <li>• Körperbewusstsein stark (auf Gesicht, Hals, Brustbein) reduziert</li> </ul> <p><u>Ton &amp; Stimme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefe und melodische Stimme, singen häufig</li> <li>• Weinen oft</li> </ul> <p><u>Augen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Halb) geschlossen oder nach unten gerichtet (öffnen sich bei Stimulation)</li> <li>• Blick nicht zielgerichtet (erst bei Stimulation)</li> </ul> <p><u>Alltagsfähigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Können weder rechnen, lesen noch schreiben</li> <li>• Kinderlieder können von Anfang bis Ende gesungen werden</li> <li>• Gleich geschickt mit beiden Händen (wenn sie sich von Zwängen befreien wollen)</li> <li>• Können sich nicht mehr als auf ein Ding oder eine Person gleichzeitig konzentrieren</li> <li>• Sind inkontinent</li> </ul>	<p><u>Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ihnen nicht mehr möglich ganze zusammenhängende Sätze zu bilden</li> <li>• Bedürfnis zu sprechen schwindet (mangels Praxis)</li> <li>• Kommunizieren vorwiegend nonverbal</li> <li>• Verwenden viele Symbole</li> <li>• Verschießen sich vor äußeren Stimuli, wenn sie nicht motiviert werden</li> <li>• Rückzug in Isolation und Eigenstimulation</li> <li>• Erinnern sich ausgezeichnet an weiter zurückliegende Ereignisse aus der jungen Erwachsenenzeit, der Jugend und Kindheit</li> <li>• Gefestigte soziale Rollen können bei Motivation wieder reaktiviert (hergestellt) werden</li> <li>• Antworten nur mehr bei Stimulation durch Körpernähe, fürsorglicher Berührung, Stimme und Blickkontakt</li> </ul> <p><u>Emotionen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auch jene universalen Gefühle (Liebe, Ärger, Trauer, Angst) die im Stadium 2 noch zurückgehalten wurden werden nun frei und offen geäußert</li> <li>• Lachen leicht, auch ohne sichtbare äußere Anlässe</li> </ul> <p><u>Bedürfnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehr ungeduldig, verlangen sofortige Befriedigung ihrer Bedürfnisse</li> <li>• Sich an frühere Erfahrungen und Erlebnisse zu erinnern</li> <li>• Durch Bewegungen sich am Leben erhalten, Angst mildern, Vergnügen verschaffen, Langeweile lindern</li> <li>• Ungelöste Konflikte durch Bewegungen klären (Weisheitsaspekt)</li> </ul>
<h2 style="text-align: center;"><u>Stadium 3</u></h2>	<p style="text-align: center;">Einsetzbare Techniken: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14</p>

<b>Körperliche / Mentale</b>	<b>Psychologische</b>
<p><u>Muskelzustand &amp; Körpermuster</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sitzen (oft vornüber gebeugt) oder liegen zusammengerollt im Bett (meist in embryonaler Position)</li> <li>• Muskeln schlaff</li> <li>• Bewegungen sind so stark reduziert, dass sie kaum wahrzunehmen sind</li> <li>• Körperbewusstsein ist vollständig verloren gegangen</li> <li>• Atem sehr flach oder röchelnd</li> </ul> <p><u>Ton &amp; Stimme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprechen nicht mehr, außer bei Validation (da kann es zu ein, zwei meist leise ausgesprochenen Worten kommen)</li> </ul> <p><u>Augen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind sehr oft geschlossen</li> <li>• Bei offenen Augen: leerer ungerichteter Blick</li> </ul> <p><u>Alltagsfähigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Können weder rechnen, lesen noch schreiben</li> <li>• Lieder werden nicht mehr gesungen</li> <li>• Es sind keine Aktivitäten zu sehen</li> <li>• Sind inkontinent</li> </ul>	<p><u>Kommunikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine verbale Kommunikation mehr</li> <li>• Treten in keine wahrnehmbare Kommunikation mit der Außenwelt</li> <li>• Rückzug in vollständige Isolation</li> </ul> <p><u>Emotionen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund der minimalen Bewegungen und der geschlossenen Augen, bzw. des leeren Blicks sind die Emotionen sehr schwer (am ehesten noch über den Atem) einzuschätzen</li> <li>• Zeigt keine Gefühle (ACHTUNG: Nicht verwechseln mit: „Hat keine Gefühle“, nur weil wir sie nicht erkennen können!!)</li> </ul> <p><u>Bedürfnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie initiieren keine Aktivitäten (auch keine symbolischen) mehr die uns auf Bedürfnisse schließen lassen</li> <li>• Bei guter Validation gelangt die/der Betroffene öfter ins Stadium 3 und zeigt dann durchaus die dort beschriebenen Bedürfnisse</li> </ul>
<p><b><u>Stadium 4</u></b></p> <p>Einsetzbare Techniken: 1, 8, 10, 11, 12, 13, 14</p>	

Stadien der Validation nach Feil (1999: 52-61); Sramek (1998); Trappi (1999: 9-13); tabellarisch zusammengefasst vom Verfasser  
Tabelle 9a-d

### 3.2.3 Menschliche Emotionen und Grundbedürfnisse

Um dem Validationsanwender auf der Suche nach den unerfüllten Bedürfnissen Hilfen mit auf den Weg zu geben hat *Naomi Feil* drei menschliche Grundbedürfnisse gemäß der humanistischen Psychologie postuliert, auf die wir uns bei der Arbeit mit verwirrten alten Menschen konzentrieren sollten:

1	sich sicher, geborgen, geschützt und geliebt fühlen
2	nützlich und aktiv tätig sein, gebraucht werden
3	spontane Gefühle ausdrücken können und gehört werden

Tabelle 10

Die drei menschlichen Grundbedürfnisse; nach *Feil* (1999: 74f); *Sramek* (1998)

Indem wir als Validationsanwender versuchen das Verhalten unserer Patienten mit jenen menschlichen Grundbedürfnissen in Verbindung zu bringen, die nicht erfüllt wurden, tragen wir wesentlich zur Erhaltung der Würde dieser Personen bei. Gleichzeitig wird damit eine Brücke hin zu wesentlichen theoretischen Annahmen der Validation (⇒ 3.2.1: 36) geschlagen. Meist steht ein Grundbedürfnis bei den Betroffenen im Vordergrund, immer aber haben wir es mit einer komplexen Persönlichkeit zu tun, deren *Psyche* in vielschichtigsten Wechselbeziehungen steht. Im folgenden Zitat wird ein Blick auf diese Zusammenhänge geworfen:

*Wird ein Hauptbedürfnis befriedigt, so hat dies auch Auswirkungen auf die anderen Bedürfnisse\*. So vermag beispielsweise eine Person, die sich in Bindung sicherer fühlt, einer Beschäftigung wahrscheinlich mehr Aufmerksamkeit zu widmen, weniger durch Angst abgelenkt und von Furcht durchdrungen zu sein. Als Folge des höheren Grades an Beschäftigung wird auch das Gefühl von Identität gestärkt. Es läßt sich eine Menge von „Engelskreisen“ ins Auge fassen. Mit der Befriedigung der gesamten Gruppe von Bedürfnissen wird es zu einer Verstärkung des globalen Selbstwertgefühls und des Gefühls, wertvoll und geschätzt zu sein, kommen.*

*Kitwood* (2000: 125)

Das zweite, wichtige „Koordinatensystem“, das *Naomi Feil* für die Arbeit mit demen-ten Menschen angibt sind die vier ungemischten menschlichen Emotionen, da es sich hier um jene universalen Gefühle handelt zu denen die Betroffenen ab dem Stadium 2 zurückkehren und die bei aller Verwirrtheit niemals verlorengehen. Bei Technik N° 11 (⇒ 3.3.11: 53f) wird uns das erkennende Nacherleben dieser Emotionen nochmals im Detail beschäftigen.

1	Liebe - Vergnügen - Freude - Sex
2	Ärger - Wut - Aggression - Hass
3	Angst - Schuld - Scham - Beklemmung
4	Trauer - Elend - Kummer

Tabelle 11

Die vier ungemischten menschlichen Emotionen; nach *Feil* (1999: 74)

\* Es muss hier deutlich gemacht werden, dass die „Hauptbedürfnisse“ von *Kitwood* nicht mit jenen von *Naomi Feil* als „Grundbedürfnisse“ angegebenen menschlichen Bedürfnissen identisch sind. *Kitwood* differenziert die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von demen-ten Menschen in: Liebe – Trost – Primäre Bindung („Attachment“) – Einbeziehung – Beschäftigung – Identität. Vergleiche mit den 7 Repräsentationsformen von Symbolen nach *Sramek, de-Klerk-Rubin* (2001; ⇒ 3.1.2: 34) könnten als Zeichen gelesen werden, dass sich die Validationsbewegung dieses geringen Differenzierungsgrades der „Grundbedürfnisse“ zusehends bewusst wird und erste Schritte einzuleiten beginnt diesem Mangel abzuwehren.

### 3.3 Werkzeuge: Beschreibung der 14 Validationstechniken

Naomi Feil hat an verschiedenen Stellen in ihren Publikationen insgesamt 14 Techniken angeführt, die sich in über drei Jahrzehnten praktischer Arbeit mit verwirrten und unglücklich orientierten alten Menschen bewährt haben und im Einklang mit den Grundsätzen und Prinzipien der Validation stehen. Doch sei hier gleich vor einer allzu starren, schematischen Anwendung gewarnt. Diese ist nicht im Sinne der Autorin wie sie selbst treffend bemerkt:

*Es gibt keine Universalformel, da jeder Mensch anders ist. Alle Validationsanwender müssen ihre eigene Methode finden, auf sehr alte, desorientierte Menschen einzugehen. Sind sie ehrlich, aufrichtig und fürsorglich, können sie die desorientierte, sehr alte Person nicht verletzen; sie wird verzeihen, wenn ein Fehler gemacht wird.*

Feil (1999: 69)

	<u>Bezeichnung der Technik</u>	<u>Stadium</u>
1	Sich selbst zentrieren	1, 2, 3, 4
2	Mit nichtwertenden Worten Tatsachen erfragen (Wer? / Wo? / Was? / Wann? / Wie?)	1, 2, (3)*
3	Umformulieren in wiederholten Schlüsselworten	1, 2, 3**
4	Erkennen des bevorzugten Sinnesorgans und Kommunikation durch diesen Kanal	1, 2, 3
5	Polaritäten nutzen durch das Erfragen des Extrems	1, 2, 3
6	Das Gegenteil vorstellbar machen	1, 2, 3
7	Erinnern erfolgreicher Problemlösungs- (coping-) Strategien fördern (immer? / nie?)	1, 2, 3
8	Ehrlichen, direkten und engen Augenkontakt aufnehmen und halten	(1), 2, 3, 4,
9	Mit unbestimmten Fürwörtern Mehrdeutigkeiten (mehreren Lösungsmöglichkeiten) Raum geben, vor allem bei unverständlichen Aussagen	2, 3
10	Mit klarer, sanfter und liebevoller Stimme langsam Sprechen	1, 2, 3, 4
11	Spiegeln (Bewegung / Stimme / Haltung / Mimik / Atem)	(1)***, 2, 3, 4
12	Verbinden des beobachteten Verhaltens mit jenem menschlichen Grundbedürfnis, das nicht erfüllt ist	1, 2, 3, (4)
13	Gezieltes (heilendes) Berühren	2, 3, 4
14	Einsatz von Gesang, Tanz und Musik	(1), 2, 3, 4

Tabelle 12

Die 14 in der Validation zur Anwendung gebrachten Techniken und ihr stadienspezifischer Einsatz; nach Feil (1999: 69-80; 2000: 48-59; Benennungen vom Verfasser leicht modifiziert)

\* Im Stadium 3 sind nur noch „WIE“-Fragen möglich.

\*\* Im Stadium 3 macht es keinen Sinn zu reformulieren (Satzfragmente), wohl aber die Schlüsselworte zu wiederholen.

\*\*\* Im Stadium 1 ist das Spiegeln von Bewegungen kontraindiziert. Die Emotionen können gespiegelt werden, allerdings abgeschwächt.

### 3.3.1 Sich selbst zentrieren

Um möglichst tief in die Welt des *Demenzkranken* einzudringen schlägt Feil ein hohes Maß an *Empathie* vor. Damit Ihnen als Validationsanwendern dieses „Gehen in den Schuhe des anderen“ (Feil 1999: 11) erreichbar wird, müssen Sie während der Validation möglichst vollständig von den eigenen Gefühlen absehen und sich ganz der Lebenswelt des Betroffenen öffnen können; genau wie „die instinktsichere Mutter“ (⇒ 3.1: 30, Zit. v. Leutz). Diese Öffnung für ein *empathisches* Begleiten des Patienten zu unterstützen ist das Ziel des Zentrierens. Bei dieser ersten Technik handelt es sich um eine Entspannungsübung, die im Stehen ausgeführt werden kann und deshalb für den praktischen Einsatz in Pensionistenwohnheimen, Altenheimen, Geriatriestationen, u. ä. bestens geeignet ist. Die Übung verläuft wie folgt:

- A Konzentrieren Sie sich auf einen Punkt zirka fünf Zentimeter unter ihrem Nabel. Lassen Sie alle Gedanken, inneren Dialoge und auch alle inneren Bilder ziehen und vertiefen Sie sich ganz in diese Region Ihres Körpers (⇒ Abb. 11a, b).

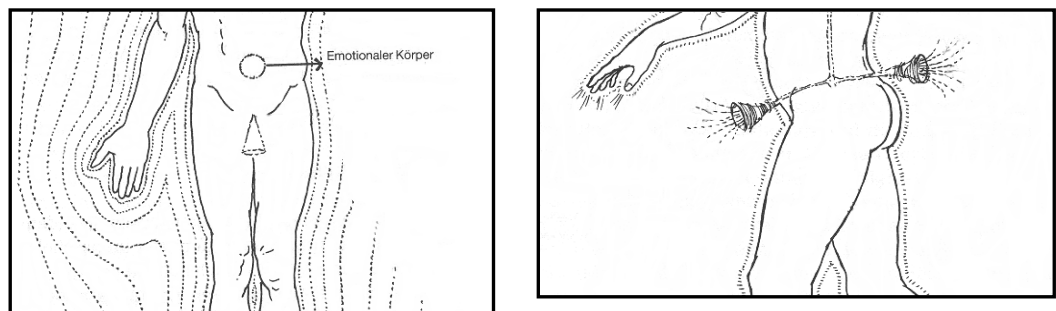


Abbildung 11a, b

Region des emotionalen Körpers die in der Technik des Zentrierens aktiviert wird.  
a: Vorderansicht; b: Seitensicht; nach Brennan (1989: 96f; modifiziert)

- B Atmen Sie durch die Nase ein. Füllen Sie Ihren Körper mit diesem Atem. Beim Ausatmen lassen Sie Ihrem Ärger, Ihrer Wut und Aggression freien Lauf und atmen all das durch den Mund (stoßend) aus.
- C Atmen Sie nun wieder durch die Nase ein und lenken Sie den Atem in die oben beschriebene Region A. Halten Sie dort kurz den Atem und atmen dann durch dieses Zentrum (⇒ Abb. 11a, b) bei offenem Mund aus.
- D Wiederholen Sie diese Atemzüge so oft wie es ihre Zeit erlaubt, nehmen Sie aber mindestens 3 Atemzüge.

Feil (1999: 45, 2000: 49; in einer leichten Abwandlung durch den Verfasser)

Bei richtig ausgeführter Übung stellt sich ein warmes Gefühl in der Region unter dem Nabel (gesamter Unterleib) ein, man fühlt sich entspannter als vor der Übung, gleichzeitig aber wach und mit einer bestimmten Sicherheit, einer vergrößerten Standfestigkeit „beschenkt“. In Worte gefaßt würde dieses Gefühl wohl lauten: „Komme was wolle, ich bin bereit es so zu nehmen wie es ist.“ Aus dieser Gesinnung heraus zu arbeiten empfiehlt auch die bekannte Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross:

*Es ist sehr wichtig, daß wir das Abwehrverhalten anderer Menschen respektieren. Wir müssen auch auf ihre Bedürfnisse hören und dürfen nicht unsere eigenen Bedürfnisse auf sie übertragen.*

Kübler-Ross (1982: 32)

### 3.3.2 Mit nichtwertenden Worten Tatsachen erfragen

Während uns die erste Technik für alle Stadien gleichermaßen vorbereitet, sind bei allen anderen Techniken je nach Stadium und Individualität (Charakter) des Betroffenen Abstimmungen vorzunehmen. Aus diesem Grund gehe ich immer wieder auch auf die verschiedenen Schwerpunkte und Nuancen im Einsatz der jeweiligen Technik nach Stadien ein:

Stadium I: „Menschen die ihr Leben aufarbeiten, wollen die eigenen Gefühle nicht verstehen. Sie interessieren sich nicht dafür, warum sie sich so und nicht anders verhalten. Wenn man sie mit Gefühlen konfrontiert, ziehen sie sich zurück.“

Feil (2000: 49f)

Wir versuchen hier investigativ wie ein Reporter, allerdings ein besonders empathischer, vorzugehen,\* hingegen Fragen nach den Ursprüngen und Hintergründen von gesehendem Verhalten zu vermeiden. Es bieten sich Fragen nach dem Ort, der Zeit, der Art des Vorganges und nach der Häufigkeit eines Vorkommnisses an, sogenannte *Wer-, Was-, Wie-, Wann – und Wo-Fragen*. Sie bereiten die Möglichkeit vor „(...) um auf der Oberfläche der Inhalte der Kommunikation akzeptierend/nicht korrigierend Raum zu geben, (...)“ (Cofone 1997: 30), was den Bedürfnissen von Personen im Stadium I (⇒ 3.2.2: 37f) treffend entspricht.

#### Stadium 2, 3:

Wenn auch die Fragen für diese Stadien dieselben sind wie die eben für Stadium I ausgeführten, treten hier die Fakten, auf die solche Fragen zielen, stark in den Hintergrund. Der die Aussagen begleitende Gefühlston wird ins Zentrum gerückt. Als Validationsanwender achtet man hier viel stärker auf die Emotionen und leitet auf diesem Weg zu den Techniken N°11 (⇒ 3.3.11: 53f) und 12 (⇒ 3.3.12: 54ff) über. Die Validationslehrerin *Gunvor Sramek* gibt hier den Patienten als Hilfestellung gerne die Frage: „Möchten Sie mehr darüber erzählen?“ (Sramek 1998).

### 3.3.3 Umformulieren in wiederholten Schlüsselworten

Eine Interaktion mit *dementen* Menschen folgt zwar denselben Regeln wie jede andere Form der Interaktion (Kitwood 2000: 130ff), aber unter den Voraussetzungen *kognitiver Beeinträchtigung* (⇒ 2.1.1: 8f, 2.1.3: 13ff). In der Regel überschätzen wir die Aufnahme- und Verarbeitungsgeschwindigkeit von *Demenz-Patienten* und die Einsamkeit die hinter oft nüchternen Worten (ausschließlich im Stadium I) steckt. Wiederholendes Umformulieren meint hier nicht so sehr die exakte Wortfolge des Patienten wiederzugeben. Hier achten wir auf jene Worte, die durch eine besondere Betonung als Schlüsselworte deutlich werden. Dies ist in der Regel an veränderter Stimmlage, Lautstärke und/oder Gefühlsbetonung des betreffenden Wortes erkennbar. Das Wiederholen ist ein mimetisches Nachahmen von Duktus und Sprachmelodie des Patienten. Ein richtiges Erkennen der Schlüsselworte erleichtert dem Validationsanwender die thematische Richtung zu erkennen, in die er mit dem betroffenen Menschen weitergehen kann. Eine große Hilfe angesichts der oft kryptisch anmutenden, immer wieder symbolisch verschlüsselten Wort- und Satzkonstruktionen der Betroffenen, die in einem allzuoft das Gefühl aufkommen lassen in einem Kommunikations-Labyrinth mitgefangen zu sein.

\* Bei Anwendung dieser Technik, v. a. im Stadium I, hört man gelegentlich den Vorwurf, die Patienten würden, wie von Sensationsjournalisten ausgefragt. Dieses Problem, dem ich den Praxis durchaus begegne, scheint mir ein Phänomen von frischgraduierten ValidationsanwenderInnen zu sein. Ich schließe mich hier ganz der Auffassung Cofone's an, wenn er sagt: „Grundsätzlich besteht natürlich diese Gefahr. Angehende ValidationsanwenderInnen lernen aber durch Erfahrung und qualifizierte Anleitung, die Stimmigkeit von Techniken abschätzen zu können, (...)“ (Cofone 1997: 30)

### 3.3.4 Erkennen des bevorzugten Sinnesorgans und Kommunikation durch diesen Kanal

Hier entlehnt die Validation Wissen über die Sinnesmodalitäten aus dem NLP (*Neuro-Linguistisches-Programmieren*). Einer Entdeckung *Fritz Perls* zufolge blenden die Großzahl aller Menschen in bestimmten Lebenskontexten sämtliche Wahrnehmungen eines Sinnesorgans aus. *Perls* sprach von „Löchern in der Person“ (*Ötsch, Stahl 1997: 176*). Um bei der Kommunikation mit *Demenz*-Patienten nicht in diese Löcher zu geraten achten gute Anwender der Validation sehr genau auf diejenigen Sinnesmodalitäten(-systeme) die ihre Gegenüber benutzen. Dabei werden die folgenden Bereiche unterschieden:

V:	visuell	Betreffende/r sieht etwas wenn er/sie an die Szene denkt
A:	akustisch	Betreffende/r hört etwas wenn er/sie an die Szene denkt
K:	kinästhetisch	Betreffende/r fühlt etwas wenn er/sie an die Szene denkt
O:	olfaktorisch	Betreffende/r riecht etwas wenn er/sie an die Szene denkt

Lade ich also meinen Klienten, mittels Technik N° 2, ein über ein bestimmtes Vorkommnis zu sprechen, achte ich auf seine Augenbewegungen (⇒ Abb. 12). Die können mir Aufschluss über das von ihm bevorzugte Sinnesorgan geben.

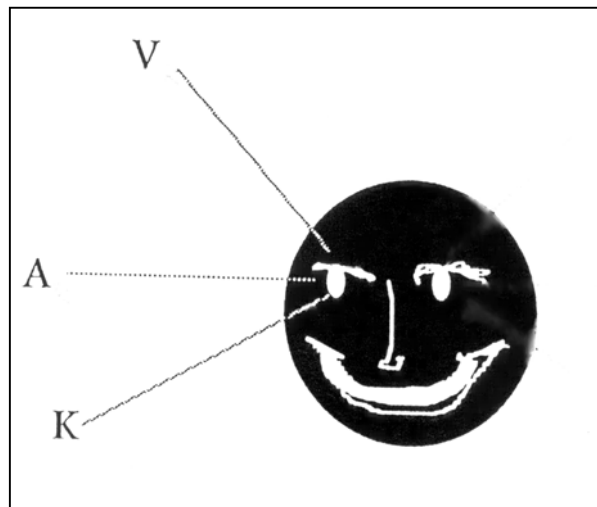


Abbildung 12  
Zusammenhang zwischen Augenstellung und bevorzugtem Sinnessystem (nach Stahl 1992)

Blickt der Klient während des Erzählens nach oben, kann ich mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf schließen, dass er innerlich das Erzählte vor sich sieht. Ich kann infolge viel genauer nachfragen, indem ich aufs Visuelle hin gerichtete Worte verwende. Ebenso setze ich Worte die auf die akustischen Dimensionen einer erinnerten Szene hinweisen ein, wenn ich wahrnehme, wie der Betroffene stetig geradeaus blickt. Beim kinästhetischen Sinnessystem handelt es sich um sämtliche Empfindungen die eine Erinnerung begleiten. Wie ich in der Praxis danach frage, darüber gibt Tabelle 13 (⇒ S. 49) Aufschlüsse. *Naomi Feil* gibt zu bedenken, dass man zum bevorzugten Sinnesorgan auch über die Sprache der Betroffenen gelangen kann. Sie verwenden eben dann vorwiegend visuelle, akustische, kinästhetische oder olfaktorische Worte (*Feil 1999: 69*). Ein dritter Weg eröffnet sich über die Parameter Atem und Stimmlage. Die Zusammenhänge im Detail sind:

Schneller Atmen & hohe Stimme  
 Regelmäßiger Atmen & mittlere Stimme  
 Langsamer Atmen & tiefe Stimme

visueller Typ  
 auditiver Typ  
 kinästhetischer Typ

Die Technik N° 4 „beschleunigt“ im wahrsten Sinne die Kommunikation und bietet damit vor allem Pflegekräften ein sehr wirkungsvolles Mittel, um mit jenen Demenz-Patienten ins Gespräch zu kommen, von denen sie bisher immer unbefriedigende oder keine Antworten bekommen hatten. Dieses Missverständnis beruht nämlich zu einem großen Teil darauf, dass einfach das falsche Sinnessystem angesprochen wird und der Patient definitiv nichts antworten kann. Sind wir einmal in einem seiner sinnlichen „Löcher“ untergetaucht, dann sprechen wir ihn auf eine Art an auf die in seiner Erinnerung nichts korrespondiert. In einer anderen Sinnesmodalität, d.h. wenn wir den Patienten auf einer anderen Sinnes- (Wahrnehmungs-)ebene ansprechen, ist sehr viel Erinnerungsinhalt aus dieser Interaktion dem Klienten wieder aktivierbar.\*

<b>V</b> isuell	<p>Wie <b>sieht</b> das aus? Ist das .....</p> <p>Sie haben aber einen (feinen) <b>Blick</b> für die <b>Nuancen</b> .....</p> <p>Es ist mir noch nicht ganz <b>klar</b>. <b>Sieht</b> man das schon von weitem?</p> <p>Kann man sich das eher hell/dunkel (<b>färbig</b> oder <b>grau in grau</b>) vorstellen?</p> <p><b>Sieht</b> man das schon <b>von weitem</b> oder erst wenn man <b>knapp davor</b> steht?</p> <p>Hat Ihnen das gleich <b>ingeleuchtet</b>?</p>
<b>A</b> kustisch	<p>Das <b>hört</b> sich so an (<b>klings</b> so), als wenn.....</p> <p><b>Zwischentöne</b> heraushören.....</p> <p>Etwas stört die <b>Harmonie</b> – es gibt noch <b>Dissonanzen</b>.</p> <p>(Woran) <b>hört</b> man das, wenn man drinnen ist?</p> <p>Wie war seine/ihre <b>Stimme</b>?</p> <p>War es dort <b>lauter</b> als hier, oder eher <b>leiser</b>?</p>
<b>K</b> inästhetisch	<p>Da hat man das <b>Gefühl</b>, dass.....</p> <p>Sie haben ein <b>feines Gespür</b>.....</p> <p>Das ist der Stein des <b>Anstoßes</b>.</p> <p><b>Fühlt</b> man, wenn man damit fertig ist?</p> <p>Ist das so als würde man <b>feststecken</b>?</p> <p>War da ein <b>Schmerz</b> der einem umhauen kann, oder war es kaum zu <b>spüren</b> ...?</p>
<b>O</b> lfaktorisch	<p>Das <b>riecht</b> förmlich nach Vergnügen/Abwechslung/Gefahr .....</p> <p>Sie haben aber einen <b>guten Riecher</b>.....</p> <p>Irgendwie hat das noch einen unangenehmen <b>Beigeschmack</b>.</p> <p>Fanden Sie das <b>geschmacklos</b>?</p> <p>In so einem <b>Gestank</b> mussten Sie damals ... ?!</p> <p>War das Unheil schon zu <b>wittern</b>?</p>

Tabelle 13

Variationen an spezifischen Fragen zur bevorzugten Sinnesmodalität (Hoppe 1996; erweitert und modifiziert vom Verfasser)

\* Diese Erfahrung aus der Praxis entspricht auch modernsten Erkenntnissen der *Cognitive Science*, die zu dem Schluss kommt, dass Gedächtnis sich nicht vom Verhalten trennen lässt: „Gedächtnis ist, wenn wir dies genau betrachten, nicht von der Interaktion mit der Umwelt zu trennen.“ (Leuzinger-Bohleber 2001: 78).

### 3.3.5 Polaritäten nutzen durch das Erfragen des Extrems

Diese Technik ähnelt zwar einer paradoxen Intervention, ihrem Einsatz liegt jedoch eine andere Motivationslage zugrunde, die beschreibt Naomi Feil in der folgenden Weise:

*Man fordert die Person auf, bei einer Beschwerde an das Schlimmstmögliche zu denken. Wenn die Person jetzt an den schlimmsten Fall denkt, drückt sie ihre Gefühle intensiver aus und empfindet dadurch Erleichterung.*

Feil (2000: 51)

Der Einsatz dieser Technik vertieft, meiner Erfahrung nach, auch die von der Validation so vehement eingeforderte *Empathie* (⇒ 3.1: 30). Indem ich nach dem Extrem frage, gebe ich zu erkennen, dass ich bereit bin meinem Gegenüber bis in die äußersten Seelenregionen hinaus zu folgen. Dieses Vorgehen befördert Vertrauen, da gerade dort, im Extrem, die größte Einsamkeit erlebt wird; zumal in einer sozialen Umgebung die darauf aus ist, dem Demenz-Kranken zu versichern, dass „alles doch nicht so schlimm“ sei und es „irgendwie schon wieder wird“, ist das Signal, extreme Zustände hören zu wollen ein Signal zur *Gefährtschaft*.

*Der Mensch, der im Prozeß der Sozialisation „sich selbst zum Gefährten geworden ist“ (...), ist im Alter davon bedroht, diese Gefährtschaft zu verlieren, und d. h. sich selbst zu verlieren.*

Petzold, Petzold (1990b: 881)



Fast augenblicklich wirkt diese Technik auch zugleich *deeskalierend*, insofern sie den Betroffenen innehalten lässt. Wenn ich z. B. auf den Ausruf von Frau W.: „des essn is ned dsum owegriagn!“\* mit „Ist das Heute das graulichste Mittagessen, dass sie je in diesem Haus bekommen haben, oder gab es ein noch grauslicheres?“ antworte, dann setzt bei Frau W. anstelle verzweifelter Anschuldigungen, ein im Ton gefassteres Nachdenken ein. Dieses kann zu einem Austausch tieferliegender Themen, zu einem Beziehen anderer Rollen (⇒ 2.2.2: 27f) mit dem Validationsanwender genutzt werden (⇒ Fallbeispiel 2: 32f).

F  
a  
l  
l  
b  
e  
i  
s  
p  
i  
e  
l  
  
5

### 3.3.6 Das Gegenteil vorstellbar machen

In der praktischen Arbeit wird diese Technik zumeist in Verbindung mit N° 5 und N° 7 angewendet. Um das am Beispiel von Frau W. auszuführen (⇒ Technik 5, oben), fragte ich nun weiter: „Gibt es auch Tage an denen das Essen verträglich ist? [kleine Pause] So, dass Sie es runterbringen?“. Frau W. tauchte daraufhin weiter in ihre Erinnerung ein. Zumeist gelingt es durch Anwendung dieser Technik mit den Demenz-Patienten aus *malignen* Kommunikationsformen auszusteigen bzw. Negativspiralen in der Kommunikation zu durchkreuzen.

Als *Gefährten* begleiten wir die Betroffenen auf dem Weg in ihre Vergangenheit, was in Zusammenhang mit der nächsten Technik noch genauer geschildert werden wird. Frau W. antwortete jedenfalls auf diese Intervention mit: „wissns, ledsddn sundogg, wia mei soon do woa, do hod mas essn kennan.“\*\* Mit dieser Antwort kann ich als Validationsanwender viel anfangen, ich kann die Hypothese aufstellen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Besuch des Sohnes gibt und der Tatsache, dass Frau W. das Essen an diesem Tag besser geschmeckt hat als an den anderen Tagen und so stelle ich Vermutungen an, ob die Klage von Frau W. das Essen sei so furchtbar, nicht ein Symbol (⇒ 3.1.2: 34) darstellt. Ein Symbol für die Sehnsucht nach ihrem geliebten Sohn.

\* „Das Essen ist nicht zum hinunter bekommen!“

\*\* „Wissen sie, letzten Sonntag, als mein Sohn zu Besuch war, da war das Essen verträglicher.“

### 3.3.7 Erinnern erfolgreicher Problemlösungs(coping)-Strategien fördern

Das Gegenteil der jetzigen Situation führt oft auf direktem Wege zur biografischen Vergangenheit der Person. In der Validation wird Erinnern auf bereits verinnerlichte Problemlösungen des Betroffenen fokussiert. Da es für einen sehr alten und *dementen* Menschen höchst schwierig ist, neue Lösungsmöglichkeiten für aktuell entstehende Probleme zu entwickeln, neue Handlungsentwürfe zuwege zu bringen, gehen wir durch die Anwendung dieser Technik mit den Betroffenen zusammen auf die Suche nach Lösungsfähigkeiten (*coping-Strategien*), die ihnen in ihrer Vergangenheit zur Verfügung standen. Besonders eignen sich hier Frage die mit „immer“, „nie“ oder „niemals“ formuliert werden. Bei Frau W.\* konnte ich fragen: „*War es schon immer so, dass sie mit schlechtem Essen auf dem Mittagstisch zu leben hatten?*“, ihre Antwort in diesem Fall: „*naa, des wea fria nii bassiad! do hob ii scho drauf gschaud.*“\*\*, konnte ich nutzen um nachzusetzen: „*Heißt das, sie haben früher immer selber gekocht?*“. Schnell kommen wir auf diesem Weg zum Thema Mittagstisch, zu jener Zeit da ihre Söhne noch zur Schule gingen, jeden Mittag heim kamen und dann rund um den Tisch sitzend die von ihr zubereiteten Mahlzeiten mit ihr teilten. Erlebnisse wie aus einer besseren Welt, die jedoch aus der realen *Lebenswelt* des Betroffenen stammen! Sind dieselben Patienten jedoch auf sich alleine gestellt, ist ihnen die Aktivierung dieser Erlebnisse nicht mehr so ohne weiteres möglich. Hier braucht es den Validationsanwender als *Gefährten* (⇒ 3.3.5: 50) um andere Lebensepisoden als die gegenwärtige im Altersheim zugänglich zu halten.

F  
a  
l  
l  
b  
e  
i  
s  
p  
i  
e  
l  
5

Einer anderen alten Dame, Fr. F., die in einer seit Wochen anhaltenden Traurigkeit (keiner *Depression*) steckte und ihr Bett nicht mehr verlassen wollte begegnete ich mit der folgenden Frage: „*Waren Sie früher nie länger als einen Tag traurig?*“. Sie antwortete: „*Doch, das kam schon mal vor. Aber sehr, sehr selten!*“. Hier konnte ich direkter als im obigen Beispiel, auf die *Bewältigungsstrategie* kommen, indem ich einfach nachsetzte: „*Und was haben Sie in diesen seltenen Fällen getan?*“. Sie erwiderte darauf mit: „*Da hab' ich mich zusammengepackt und habe eine langen, langen Spaziergang gemacht.*“ Fr. F.'s solcherart offenbarte *Problemlösungskompetenz* kann ich ihr künftig als *Wissen zur Verfügung* stellen. Wenn sie noch im Zustand der Traurigkeit ist und ich gerade Zeit habe, biete ich ihr den Spaziergang sofort an.

F  
a  
l  
l  
b  
e  
i  
s  
p  
i  
e  
l  
6

### 3.3.8 Ehrlichen, direkten und engen Augenkontakt aufnehmen und halten

Diese Technik wird von Anfängern oft sehr diffus eingesetzt und nicht allzu selten wird damit eine gegenteilige Wirkung als die intendierte erzielt. Der hier gemeinte Augenkontakt ist ein besonders intensiver. Er soll wirkliche Anteilnahme vermitteln, da die Einsamkeit der *Demenz-Patienten* ständig wächst. Denken wir daran: viele Angehörige können ihren betroffenen Familienmitgliedern tatsächlich nicht mehr in die Augen sehen, zu groß ist die uneingestandene und unverarbeitete Enttäuschung bzw. Verzweiflung über die scheinbare „*Wesensveränderung*“ ihrer Verwandten (⇒ 2.1.4: 17-20).

#### Personen im Stadium I

Diese haben wir als in einer ständigen Abwehrhaltung beschrieben, als unnahbar, aber sich gelegentlicher Verwirrungen durchaus bewusst. Sie „*retten*“\*\*\* sich mit allen möglichen

\* Fr. W. ist Protagonistin von Fallbeispiel 5, das in Ausschnitten, verschiedene Unterkapitel durchzieht (⇒ 3.3.5: 50, 3.3.6: 50 an den symbolmarkierten Stellen).

\*\* „*Nein, das wäre früher nie vorgekommen, da hatte ich schon ein Auge darauf.*“

\*\*\* Dieses „*retten*“ verstehe ich gleichermaßen als kreativen wie intelligenten Akt. Er schützt die betroffene Person vor unerträglichen Bloßstellungen und allzu massiven Anschlägen auf ihren Selbstwert.

Ausreden über die eigenen Schwächen hinweg, sie *Konfabulieren* (⇒ 3.2.2: 37). Wenn wir diesen Menschen allzu direkt oder allzu lange in die Augen sehen verstärken wir mit Sicherheit das Unbehagen und das Misstrauen, dass sie ohnehin schon mit sich tragen. Sie denken dann bei sich: „Was will der/die von mir? Ist er/sie etwa gekommen um mich auszuspionieren?“. Die Angst, in ihrem Versagen durch einen so direkten Blick entlarvt zu werden lässt die Betroffenen dann vor uns fliehen.

### In den Stadien 2 und 3 ...

... drehen sich die Verhältnisse um. Diese Personen wollen ihren Zustand nicht mehr verschleiern, sondern drücken ihre Gefühle direkt und offen aus. Sie warten förmlich auf ein Gegenüber von dem sie sich „mit den Augen berühren“ (Feil 1999: 73) lassen können. In dieser Geste schwingt unsagbar viel mit: ich sehe dich, ich nehme dich wahr, ich versuche dich zu sehen wie du wirklich bist (⇒ 3.1: 30). Was also bei einer Person im Stadium I das Misstrauen erhöht, schafft bei Personen in den Stadien 2 und 3 Vertrauen. Diese hören oft auf umherzulaufen, wenn ihnen eine validierende Person länger ehrlich in die Augen schaut. Ja die Wirkung dieser Blicke geht so weit, dass „Sogar ältere Leute, die nicht mehr so gut sehen, können den konzentrierten Blick einer validierenden Pflegerin fühlen, wenn sie ihnen direkt in die Augen sieht.“ (Feil 2000: 53). Forschungsergebnisse zeigen, dass das der Augenkontakt der Betroffenen nach regelmäßiger Anwendung von Validation um bis zu 90% zunimmt (Wiegele et al. 1999: 38)\*.

## 3.3.9 Mit unbestimmten Fürwörtern Mehrdeutigkeiten Raum geben

Die Kommunikation mit verwirrt sprechenden Demenz-Patienten erweist sich mitunter als gordischer Knoten. Unter Einsatz dieser Technik sollte es gelingen, das Gespräch, auch bei noch so unverständlichen Worten oder Satzpassagen im Fluss zu halten. Was sollte ich z. B. tun, als mir Frau R. mit strahlendem Gesicht erzählte: „Jetzt habe ich das schnauzerl gefunden!“? Auf die Frage: „Was ist ein schnauzerl?“ konnte sie mir nicht antworten und fiel stattdessen in betretenes Schweigen. Sie hatte sich als unfähig erlebt, sich verständlich auszudrücken. Meine Frage hat sie in jene Negativspirale der Überforderung hineingezogen die das Gegenteil dessen bewirkt, was wir uns in der Wertschätzungsspirale als Ziel für die Arbeit mit alten und verwirrten alten Menschen gesetzt hatten (⇒ 3.1.1: 31).\*\*

Setze ich aber die Technik N° 9 ein, dann frage ich: „Haben Sie es schon lange gesucht?“. Hierauf kann sie antworten und das Gespräch läuft weiter. Der Einsatz von unbestimmten Fürwörtern („er“, „sie“, „es“, „etwas“ oder „jemand“) eröffnet nicht nur immer weitere Gesprächsräume, er vermittelt auch Anteilnahme und Bemühen um den anderen. Manchmal bleibt die genaue Definition von (in diesem Beispiel) „schnauzerl“ ungeklärt, aber so gut wie immer erkennen wir durch die Anwendung dieser Technik die innerpsychische Bedeutung die dieser Begriff (sei es Person, Tier, Ding oder Begebenheit) für unser Gegenüber hat. Im Fall von Frau R. ging der Dialog folgendermaßen weiter: Fr.R.: „Ja, sehr lange!“, VA\*\*\*: „Und jetzt, da sie es gefunden haben sind sie da erleichtert?“, Fr.R.: „Ja, sehr erleichtert!“, VA: „Ist es gut ein schnauzerl bei sich zu haben?“, Fr.R.: [Mit großer Erleichterung in der Stimme] „Ja, das tut unglaublich gut!!!“. Ich weiß zwar immer noch nicht genau was das „schnauzerl“ definitiv ist, kann aber mit Sicherheit davon ausgehen, dass es für Fr.R. sehr positiv besetzt ist und dieses Wissen in spä-

\* Es handelt sich hierbei um eine Fremdbeurteilung durch in Validation ausgebildete BetreuerInnen. Diese gaben für 66% der PatientInnen die Zunahme des Augenkontaktes als „ein bißchen bis öfter“ an und schätzten für 24% diesen als „sehr viel öfter“ ein.

\*\* Allzuschnell heben sich Validationsanwender durch das „Bedürfnis zu Verstehen“, das hinter der Frage nach dem „schnauzerl“ steht, aus der Begegnung mit dem Betroffenen.

\*\*\* Gebräuchliche Abkürzung für Validationsanwender.

teren Kontakten, an geeigneter Stelle nutzen. In fortschreitenden Stadien, vor allem im dritten, schwindet die uns vertraute Lexikonsprache (⇒ Fußnote auf Seite 19) zugunsten einer primären Laut- und Klangsprache. Die Betroffenen *Tabulieren*, d.h. sie schaffen sich Wörter die es nicht gibt, indem sie ihnen passende Klänge im Mund zusammenfließen lassen (Sramek 1998). Durch Nachahmung dieser Worte und nachfühlen der dabei in uns auftauchenden Empfindungen kommen wir der Bedeutung die sie für unsere Patienten haben von innen heraus nahe (⇒ 3.3.11; 3.3.12: 54).

### 3.3.10      Mit klarer, sanfter und liebevoller Stimme langsam sprechen

Sehr oft werden hohe oder leise Klänge von *Demenz*-Patienten als sehr unangenehm erlebt oder einfach nicht mehr gehört. Um beiden dieser Gefahren zu entgehen sprechen Validationsanwender in mittlerer Lautstärke und in eher tieferem Register vom Zwerchfell aus. Neben der Stimmgebung ist es wichtig, sich auch im Sprechtempo der *kognitiven* Verarbeitungsgeschwindigkeit unserer Klienten anzupassen.

#### Im Stadium 2 und 3

Wenn diese Art des Sprechens mit dem ehrlichen, langen Augenkontakt (⇒ 3.3.8: 51f) und den gezielten Berührungen (⇒ 3.3.13: 55) kombiniert angewendet wird, dann lösen sie bei den Betroffenen oft Erinnerungen an geliebte Personen der Vergangenheit aus. Dabei müssen manche Sätze durchaus öfter wiederholt werden, die Art in der diese Wiederholungen vorgebracht werden darf aber keine abschätzigen Untertöne durchklingen lassen. Um diese Geduldprobe zu bestehen kann uns die Technik N° 1 weiterhelfen. Versuchen Sie sie immer wieder zwischendurch einzuschieben. Die Übung (⇒ 3.3.1: 46) ist so konzipiert, dass sie sowohl an einem Gange als auch in einer Zimmerecke mühelos ausgeführt werden kann. Sie brauchen dafür nicht länger als 20 Sekunden.\*

#### Achtung Ausnahme!

Immer dann, wenn wir unser Gegenüber gerade *Spiegeln* (⇒ 3.3.11), weichen wir von dieser Art der Stimmgebung ab. Beim *Spiegeln* kann es, je nach Rollenanforderung, angezeigt sein, kurzatmig, mit krächzender Stimme und schreiend oder aber mit Flüsterstimme und hechelnd dem Patienten als *Hilf-Ich* (⇒ 2.2.2: 28) zur Verfügung zu stehen.

### 3.3.11      Spiegeln

*Wenn die Person, die validiert wird, auf und ab geht, geht auch der/die Pflegende auf und ab. Wenn die jeweilige Person heftig atmet, atmet auch der/die Pflegende heftig. Wenn es mit Anteilnahme gemacht wird, kann das Spiegeln sehr viel dazu beitragen, Vertrauen aufzubauen.*

Feil (2000; S 55)

Wie wir gesehen haben (⇒ 2.2.2: 28) wird der Anwender der Validation zum *Hilf-Ich* der Patienten. Wenngleich *Naomi Feil* den Begriff des *Hilf-Ichs* des Psychodramas nicht verwendet, regt sie doch gerade für den Umgang mit zeitverwirrten Personen und jenen im Stadium der sich wiederholenden Bewegungen Techniken des Spiegeln an, wie sie der *Hilf-Ich*-Technik entsprechen. Beim Spiegeln achten wir auf die folgenden Bereiche:

\* Um diese Zeitspanne tatsächlich zu erreichen ist unbedingt etwas Übung im Vorfeld anzuraten. Am besten bei einem entsprechend eingerichteten Seminar/Workshop, der die intendierten Wirkungen, fachkundig angeleitet, näher bringt und überprüfbar macht.

Atemrhythmus  
Augenbewegungen  
Mimik  
Stimme  
Tonlage  
Bewegung und Haltung der Hände  
Sitzhaltung / Gang

Wenn wir den Betroffenen in den hier aufgelisteten Bereichen imitieren und eine zeitlang in diesem *Spiegeln* verbleiben haben wir einerseits eine Beziehung aufgebaut „die ohne Worte auskommt“ (Feil 2000: 55), was besonders im Stadium 3 oft die einzig verbleibende Möglichkeit ist, mit dem Gegenüber in Kontakt zu treten. Zudem sind wir tief in die Welt des von der Demenz Betroffenen eingedrungen, so tief, dass es uns erstaunen kann wie viel wir plötzlich von dieser desorientierten Person unmittelbar-intuitiv verstehen. Aber auch in der Psyche des Demenz-Patienten regt es sich:

*Der Patient sieht als Zuschauer im Spiel des Ko-Therapeuten\* sich selbst, das Ausdrucksgebaren seiner Psyche, wie im Spiegel. Er gewahrt z. B. wie quängelnd und nörgelnd er beim Frühstück auf die Krankenschwester einredet. Angesichts dieses lästigen Patienten (seiner selbst) identifiziert er sich mit der Krankenschwester und erlebt, wie unangenehm der Patient (also er) für sie ist.*

Leutz (1986: 47)

Das *Spiegeln* kann also eine spontane Verhaltensmodifikation beim Patienten bewirken (Zeintlinger-Hochreiter 1996: 91), was insich in der Praxis oft bestätigt. Beim *Spiegeln* von Demenz-Patienten taucht zusätzlich auch der Validationsanwender unmittelbar in die Welt der Verwirrten ein; und zwar nachhaltig! Es muss darauf hingewiesen werden, dass wir bei Anwendung dieser Technik in abgrundtiefe Verzweigung untergehen oder uns von intensiver Trauer wie weggeschwemmt fühlen können.

Hier ist also Vorsicht geboten: Dringen Sie nur so weit in die Welt des Verwirrten ein, wie es Ihre seelische Belastbarkeit und Stabilität zulassen, wählen Sie hier den Tiefengrad bewusst selbst! Wir haben es beim *Spiegeln* nicht um ein bloßes Nachäffen von äußerem Verhalten zu tun, sondern, wenn es gelingt, um eine Kontakt in der Tiefe: „Solche spiegelbildlichen Konfrontationen mit eigenen Verhaltensweisen können den zuschauenden Protagonisten\*\* so sehr in der Tiefe treffen, daß er oft aus eigenen Stücken sein Verhalten modifiziert.“ (Leutz 1986: 47). Dass diese große Nähe für die Patienten keine Grenzüberschreitung darstellt geht aus der Charakteristik der Stadien 2 und 3 hervor. Naomi Feil äußert sich hierzu folgendermaßen: „Da die zeitverwirrten Personen Fremde in ihre Welt einbauen, kann auch eine validierende Pflegeperson für sie zu einem geliebten Menschen aus der Vergangenheit werden.“ (Feil 2000: 58).

### 3.3.12 Verbinden des beobachteten Verhaltens mit jenem menschlichen Grundbedürfnis, das nicht erfüllt ist

Bei erfolgreicher Anwendung bisher genannten Techniken sollte uns als Validationsanwender eine positive Kontaktaufnahme mit dem Demenz-Patienten gelungen sein. Wir haben nicht nur viele Beobachtungen am Betroffenen gemacht und mit ihm kommuniziert, wir

---

\* In unserem Fall ist der Ko-Therapeut der Validationsanwender.

\*\* So sollten die Bewegungen einer Person im Stadium 1 keinesfalls, die Emotion nur sehr abgeschwächt gespiegelt werden.

haben an ihm und mit ihm innerlich viel erlebt. Der entscheidende Schritt ist nun all das in gemeinsamer Zeit Erfahrene in Verbindung zu bringen mit den menschlichen Grundbedürfnissen, wie sie an anderer Stelle bereits aufgeführt wurden (⇨ 3.2.3: 44). In den meisten Fällen führt der Weg hier über das Entschlüsseln des verwendeten Symbols, des symbolischen Ausdrucks der Betroffenen. Zur Illustration lesen Sie die hier folgende Fallgeschichte:



### Fallbeispiel 8

### „Mein Mann hat Kinder mit anderen Frauen“

Frau R. läuft aufgeregt über den Gang der Betreuungsstation eines Pensionistenwohnheims. Ihr Kopf ist stark nach vorne gerichtet, ihre Augen scheinen etwas oder jemanden zu suchen. Als ich bereits drei Meter vor ihr stehe nimmt sie schon Kontakt mit mir auf. Laut rufend schleudert sie mir ein: „*Aah, sie sinds!*“, entgegen. Indem ich ihre suchende Geste verbalisiere kommen wir schnell zum Thema:

- VA\*: *Suchen sie jemanden, Frau R.?*
- Fr. R.: [mit etwas Wehleidigkeit, Schmerz und Unruhe in der Stimme]  
Joo, mein mann.
- VA: *Wann haben sie ihn denn zum letzten Mal gesehen?*
- Fr. R.: Jo ii weiss ned, [macht einen verstörten Gesichtsausdruck, dann mit ratend-unsicherer Stimme weiter]  
Vielleichdd gesdan?
- VA: *Aah, dann waren sie gestern mit ihm zusammen?!*
- Fr. R.: Naa, ii weiss ned, [weiter mit vorwurfsvollerem Ton]  
Dea lossdd sii übahaubbd nimma onschaun.
- VA: [den Ton und die Geste des Entsetzens spiegelnd, das Schlüsselwort wiederholend]  
Wos, übahaubbd nimma?
- Fr. R.: li sog inan wos, dea is schoo wida bei ana ondan.
- VA: Bei ana ondan?
- Fr. R.: Dea brauchdd ma niggs fuamochn. [dann mit allergrößtem Entsetzen]  
Und aa kind hod a aa mid dera!!!
- VA: [Entsetzen spiegelnd]  
Wos, aa kind?
- Fr. R.: Jo, und midd mein gööd sans fuadd.
- VA: *Na dann sind sie jetzt gonds allein und ohne gööd?*
- Fr. R.: [mich direkt ansehend, mit betroffen-gedämpfter Stimme]  
Joo.
- VA: [mit einer Mischung aus Bestimmtheit und Betroffenheit]  
Na das ist schlimm!
- Fr. R.: [den direkten Blick haltend und weiter intensivierend]  
Jo, seen sie!!!

Bei Fr. R.'s erleben wir jenes Bedürfnis dem wir die N°3 gegeben haben, das Bedürfnis „*spontane Gefühle ausdrücken zu können und gehört zu werden*“ (⇨ 3.2.3: 44). Um das Symbol zu entschlüsseln suchte ich das Gespräch mit dem Pflegepersonal der Betreuungsstation und dem Ehemann Fr. R.'s, der in einem Appartement des selben Pensionistenwohnheims, aber auf der gegenüberliegenden Straßenseite wohnt. Es wurden zwei große Themenbereiche aus Fr. R.'s Leben deutlich. Bei Ausbruch des 2. Weltkrieges war Fr. R. anfang 20 und innerlich ganz dafür erwärmt ein Kind zur Welt zu bringen. Doch ihr Mann wurde einberufen, der Kinderwunsch musste warten. Während des Krieges wurde Hr. R. schwer verletzt und war einige Jahre rekonvaleszent. Ein Kind in die Welt zu setzen, daran war nicht zu denken. Die gesundheitliche Situation des Ehemanns hatte eine angespannte finanzielle Situation des Paares zur Folge, außerdem war es Nachkriegszeit und die Not allgemein groß. In dieser Zeit hatte Fr. R. begonnen kleinere Geldbeträge an allen möglichen Plätzen der Wohnung (Wäscheschrank, Küchenkredenz, Nachtkästchen; ...) zu verstecken. Hr. R. überzeugte seine Frau, die mittlerweile ihren 30. Geburtstag hinter sich hatte, noch ein wenig zuzuwarten, bis sie sich eine für künftige Jungfamilien angemessen große Wohnung leisten könnten, dann, so das auch für seine Gattin vernünftig klingende Argument, wäre immer noch Zeit für ein Kind. Doch der Tag sollte nicht kommen. Immer wieder hörte sie auf seine vernünftig klingenden Argumente. So zogen die Jahre vorbei bis sie ihren Kinderwunsch endlich

\* Gebräuchliche Abkürzung für Validationsanwender.

begraben musste.

Doch hier auf der Betreuungsstation, in ihrer beginnenden *Demenz* vermag Fr. R. diesen Herzenswunsch nach einem Kind nicht mehr zurückzuhalten. Vom Blickwinkel der Rollentheorie aus (⇒ 2.2.2: 27f) ist dieses Verlangen als Wunsch nach der Mutterrolle zu verstehen. Auf ihrer „letzten Bühne“ nun wirft sie ihrem Mann nicht nur vor weg zu sein\*, nein, sie wirft ihm vor Kinder mit anderen Frauen zu haben und mit denen ihre Ersparnisse zu verprassen, also ihr die eigentlich ihr zustehenden Kinder vorzuenthalten.\*\* Wäre Fr. R. im Stadium 2 (⇒ 3.2.2: 38f) könnte sie ihren unerfüllten Kinderwunsch direkt betrauern. Da sie sich jedoch im Universum des Stadiums I bewegt (⇒ 3.2.2: 37) wählt sie die Rolle der *Beschuldigerin* (⇒ 2.2.3: 28f)

Fassen wir die beiden Lebensthemen zusammen so erhalten wir einen unerfüllten Kinderwunsch und eine ins neurotische abgeglittene Sparsamkeit. Wir sehen, wie der symbolische Ausdruck Fr. R.'s diese beiden Lebensthemen auf schöpferisch-geniale Weise miteinander verbindet. Die Symbolisierung ermöglicht ihr gleichermaßen den Ausdruck von so verschiedenen Emotionen wie Enttäuschung, Verlust und Zorn!

In der Behandlung wählte ich einen Weg über Rollenzuschreibungen. Im Rahmen einer Validationsgruppe bot ich Fr. R. die Rolle derjenigen an die „auf uns ein bisschen schaut, damit wir uns nicht verlaufen bei all den vielen Themen“ denn in dieser *Konfiguration* ist eine (versteckte) Mutter- bzw. Elternrolle enthalten. Mit großer Dankbarkeit nahm Fr. R. diese Rolle an. Auf meine Nachfrage, ob ich ihr denn damit nicht zuviel zumute antwortete sie mit geweiteten Augen: „na, na ii moch des schoo!“ Nachdem Fr. R. etwa zweieinhalb Monaten wöchentlich an dieser Gruppe teilnahm verschwanden die Szenen auf der Betreuungsstation mit ihr als *Anschuldigerin*, so wie sie oben geschildert ist. Ja mehr noch, im Rahmen der Gruppe wurde sich verschiedentlich gefragt was sie denn von ihrem Mann hielte, wie er sich denn ihr gegenüber verhalte. „Sehr gut und verlässlich.“, oder „Bin zufrieden mit ihm.“, waren die häufigsten Antworten. Sie bemerkte sehr wohl, wie sehr er sich, abgesehen von ihrem unerfüllt gebliebenen Kinderwunsch, um sie kümmerte.



### 3.3.13 Gezieltes (heilendes) Berühren

Der soziale Rückzug der mit der *Demenz* einhergeht wird von Validationsanwendern als Aufforderung verstanden, den Patienten über Berührungen näher zu kommen. Dieser Ansatz schließt neben intensivem Augenkontakt auch körperliche Berührungen mit ein und hebt sich dadurch deutlich von anderen Therapie- und Pflegeverfahren ab. Allein die physiologische Ausgangslage der betroffenen Personen bringt es mit sich, dass immer weniger Reize der Aussenwelt zu ihnen durchdringen. Die Sehkraft hat sehr häufig (stark) nachgelassen, das Gehör leidet in den meisten Fällen ebenso. Alles in allem stellt sich die Frage: wie können wir die Betroffenen noch erreichen?\*\*\* Gezieltes Berühren überwindet in vielen Fällen die als drückend erlebte Einsamkeit der Klienten. Wobei hier die Validation das Thema Berührung sehr differenziert angeht. Methodisch finden wir drei verschiedene Arten von Berührungen:

- 1 Unspezifische Berührungen an Unter- oder Oberarm
- 2 Gezielte Berührungen, die die Aktivierung spezifischer Erinnerungen fördern
- 3 Anker

\* Was ja der tatsächlichen Lebensrealität der Gegenwart entspricht. Bedenken wir: das Paar hat 55 Jahre lang gemeinsam gewohnt und sich, wie der Ehemann sagt, auf gemeinsame Unternehmungen in ihrer beider Pension gefreut. Nun leben und schlafen sie getrennt. Dieses Trennungsgefühl können auch täglich mehrstündige Besuche des Gatten nicht gänzlich wettmachen.

\*\* Gelegentlich bezeichnet Fr. R. diese anderen Frauen auch als „hurma“ („Huren“).

\*\*\* Mit einer methodische Antwort sind wir bereits in Technik N° 4 bekannt geworden, wo das gezielte Ansprechen der spezifischen *Sinnesmodalität* einen Kanal zum *dementen* Menschen hin erschließen hilft (⇒ 3.3.4: 48ff).

## I Unspezifische Berührungen an Unter- oder Oberarm

### Stadium I

Wie bereits ausgeführt (⇨ 3.2.2: 37f, Tab. 9a: 40) ist die Technik des *gezielten Berührens* nicht für das Stadium I geeignet. Den Körperkontakt beschränken wir bei diesen Personen auf jene Begrüßungsrituale, wie sie der Kultur des Patienten entsprechen und er es gewohnt ist. In Mitteleuropa also der Händedruck. Sind Validationsanwender und Patient, nach längerer Zeit des Zusammenarbeitens besser miteinander vertraut, können sich punktuelle, körperbezogene Rituale zwischen beiden entwickeln, doch stehen bei der Validation mit Personen im Stadium I in der Regel Körperkontakte vollkommen im Hintergrund.

### Stadium 2 und 3

Hier werden die Berührungen zu Beginn mit einer Hand und etwas kräftiger als bei *nicht-dementen* Menschen ausgeführt. Der Vorgang muss zugleich aber einer des vorsichtigen Herantastens sein! Besondere Bedürfnisse und intime Grenzen sind bei jeder Persönlichkeit anders gelegen. Validationsanwender berühren die Betroffenen in solchen Fällen, meist am Unterarm beginnend und achten dabei sehr genau auf deren Reaktionen. Es ist besser die Hand an einer Stelle liegen zu lassen, da allzu heftiges Herumstreichen enorme Unruhe auslöst. Merkt man, dass die Berührung gut angenommen wird „(...), nimmt der VA \* die zweite Hand dazu, um die Stimulation zu verstärken.“ (Sramek 1998). Dies gilt besonders dann, wenn Emotionen wie Trauer, Freude, Angst oder Scham „hochkommen“ (⇨ 2.2.3: 28, ⇨ Tab. 11: 44). Bei Personen im Stadium 3 wird der Kontakt direkt mit der Berührung begonnen, erst dann folgt die verbale Interaktion, die nicht so sehr die Inhalte als alle dabei auftauchenden Gefühle fokussiert um ihnen Raum zu geben (Cofone 1997: 30).

### Stadium 4

Für Personen dieses Stadiums ist die Berührung eines der wenigen Mittel die überhaupt noch sinnbringend einsetzbar sind. Besondere Sorgfalt ist hier auf den Atem zu legen. Änderungen des Atemrhythmus können indirekte Aufschlüsse über passenden Körperkontakt geben und Modifikationen im Berühren anzeigen. Zudem gilt, was Sramek (1998) dazu anmerkt: „In diesem Stadium ist es wichtig, die sozialen Anhaltspunkte zu kennen.“

### Achtung!

Ein Berühren des alten Menschen, nur weil man eine vom Patienten geforderte Distanz nicht aufrecht zu halten vermag, wirkt sich in der validierenden Arbeit nachhaltig negativ aus (Rath 2000: 21). Zudem steht diese Vorgangsweise auch den Intentionen der Validation nach Feil diametral entgegen.

## 2 Gezielte Berührungen, die die Aktivierung spezifischer Erinnerungen fördern

Um den Prozess des Erinnerns auf nonverbalem Wege anzuregen, setzt Feil bei Personen in den Stadien 2 bis 4 gezielte Berührungen ein die dem *Demenz*-Patienten helfen, die ihm fehlende Person, die fehlende Rolle zur Aufarbeitung der Vergangenheit (⇨ 2.2.1: 25) in der Gegenwart zu aktivieren. In diesem Stadium wird auch ganz gezielt auf der rein energetischen Ebene gearbeitet. Dabei wird empfohlen immer beide Hände zu verwenden, „damit Energie nicht verloren geht.“ (Sramek 1998). Die folgende Tabelle gibt jene Regionen des menschlichen Körpers an, die bei gezielter Berührung bestimmte Gefühle\*\* hervorrufen.

\* Gebräuchliche Abkürzung für Validationsanwender.

\*\* Diese Gefühle sind mit ganz konkreten Rollen verknüpft, die in der jeweils linken Spalte der Tabelle angegeben sind.

Rolle	Art der Berührung	Gefühl
Kind bei Mutter	Kreisförmige Bewegungen auf der oberen Wange mit dem Handballen oder dem Daumen. Dieses Gefühl wird verstärkt, wenn der kleine Finger der selben Hand hinter dem Ohr angelegt wird.	Von ihr umhegt sein Wurzeln haben Sich sicher fühlen Dazugehören
Kind bei Vater	Kreisförmige Bewegungen mit den Fingerkuppen am Hinterkopf, dabei mittleren Druck ausübend.	Von ihm geliebt werden "er ist stolz auf mich"
Vater & Mutter sein	Kleine kreisförmige Bewegungen im Nackenbereich, mit beiden Händen gleichzeitig ausgeführt.	Ein eigenes Kind zu haben
Partner	Langsames Streichen mit der Aussenkante der Hand, entlang der Linie vom Ohrläppchen bis zum Kinn.	Eine reife, sexuelle Beziehung
Geschwister sein	Kräftige, reibende Bewegungen im Schulter- und Rückenbereich; mit beiden Händen gleichzeitig ausgeführt.	Kindheits- und Jugendempfindungen mit den eigenen Geschwistern.

Tabelle 14

Spezifische Berührungen in der Validation, nach Feil (1999: 77); Sramek (1998)

### 3 Ankern

Wie die Technik N° 4 ist auch das *Ankern* aus dem NLP entlehnt. Dort heißt es: „Anker sind externe Auslöser, die eine innere Wirkung hervorrufen. (...) Anker werden im NLP verwendet um Zugang zu persönlichen Ressourcen zu schaffen.“ (Ötsch, Stahl 1997: 20 f). Die ausgedünnten sozialen Atome dementer alter Menschen verzerren allzuleicht den Blick auf ein Leben, das oft über viele Jahrzehnte hindurch ein glückliches und erfülltes gewesen ist. An dieses Kontinuum, auch an die erfreulichen Momente des Lebens, der Sinnfülle und erlebten Nützlichkeit wieder Anschluss finden zu können ist von eminenter Bedeutung für die betroffene Person.

Durch den gezielten Einsatz von Fragen die auf die Vergangenheit zielen, wie: „War das schon immer so?“ oder „Gab es das noch nie?“ wird der Demenz-Patient in seine eigene Vergangenheit geführt (⇒ 3.3.7: 51). Häufig klagen die Betroffenen in herzerreissenden Tönen, dass sie unbedingt wieder nach Hause wollen oder müssen. Hier fragt der Validationsanwender „Wie ist es denn zu Hause?“ oder „Wer wartet auf sie zu Hause?“. Sobald sich das Blatt zu wenden beginnt, d.h. Erinnerungen positiven Charakters auftauchen und die betreffende Person nicht mehr über die Entfernung von zu Hause klagt, *ankert* der Validationsanwender den Patienten. Das *Ankern* wird in Form einer mindestens 4 Sekunden andauernden Berührung mit den Händen ausgeführt. Diese üben einen Druck auf eine dem Patienten angenehme Körperstelle aus\*. Dabei nimmt der Validationsanwender während des *Ankerns* tiefen Augenkontakt mit dem Patienten auf (Rath 2000: 16)\*\*. Wichtig ist der Augenblick in dem der Anker gesetzt wird und die Dauer des *Ankerns* selbst:

\* Diese Körperstelle wurde mittels *unspezifischer* (⇒ S. 57) und *gezielter Berührungen* (⇒ S. 57f) bereits im Vorhinein ermittelt.

\*\* Den oben geschilderten Vorgang nennt das NLP ‚positives Ankern‘. In der Validation wird ausschließlich diese Form des *Ankerns*, die positive verwendet. Dass es sich hierbei um die Nutzung lebendiger Vorgänge handelt soll das folgende Zitat zeigen: „Anker zu setzen ist ein natürlicher Prozeß. Es ist nicht möglich, andere Menschen nicht zu ankern. Dies gilt in besonderem Maße für kinästhetische Anker. (...) Starke positive Anker können für Veränderungsprozesse (...) dienen.“ (Ötsch, Stahl 1997: 22).

Anker sollen am Höhepunkt des Erlebens gesetzt werden. Eine elegante Methode ist das Anker setzen in der Zeit vor Erreichung des Höhepunktes, d.h. der Prozeß des Hineingehens in diesen Zustand wird verankert. (...) Die Berührung, die den Anker ausmacht, darf nur für die Dauer des Vorhandenseins des inneren Zustandes erfolgen, ansonsten kann der Anker (unabsichtlich) wieder gelöscht werden.

Ötsch, Stahl (1997: 23)

### 3.3.14      Einsatz von Gesang, Tanz und Musik

Diese letzte Technik berührt ein so breites und manigfaltiges Thema, dass ich hier nur einige allgemeine Hinweise geben möchte\*. Gesang, Rhythmus und Bewegung gehören zu jenen Formen der Kommunikation die einen intimen Kontakt zu den alten verwirrten Menschen bis zuletzt ermöglichen. „Wenn die Wörter verschwinden, kehren gut bekannte, früh gelernte Melodien wieder zurück.“ (Feil 2000: 59). Diesen Umstand beobachten wir immer wieder in der Begegnung mit dementen alten Personen. Er hat unter anderem auch die Forschung (Piaget, Reisberg et al.) zu der Annahme gebracht, dass sehr früh erlernte Fähigkeiten durch die Demenz erst sehr spät „verloren“ gehen (⇒ 2.1.5: 21f). Wie schon bei Technik N° 13, den spezifischen Berührungen (⇒ 3.3.13: 56) geht die Validation hier sehr differenziert vor. Es werden nicht einfach Lieder gesungen um irgend jemanden zu unterhalten. Dem Einsatz von Gesang, Tanz und Musik gehen stets andere Validationstechniken voraus, worauf die erfahrene Validationslehrerin Gunvor Sramek deutlich hinweist: „Wichtig dabei ist, dass zuerst die Emotion, die vorhanden ist, ernstgenommen und gespiegelt wird. Die Validationstechniken sind hier unentbehrlich. Das Singen ist so einzusetzen, dass es anschließend als gezieltes Hilfsmittel verwendet wird.“ (Sramek 1997: 26). Allgemein sind Validationsanwender gut beraten, sich ein spezifisches Repertoire an Liedern bereitzulegen. Dieses sollte gut abgestimmt werden mit der jeweiligen Kultur und sozialen Schicht ihrer Klientel. Wobei darauf zu achten ist, dass die Gesamtheit der Lieder ein Kaleidoskop von menschlichen Grundstimmungen, Gemütslagen und Lebensrhythmen widerspiegelt. Überhaupt muss der Rhythmus des eingesetzten Liedes an das Verhalten der zu validierenden Person möglichst genau angepasst werden (Sramek 1997: 26).

Den adäquaten Ausdruck von Emotionen zu ermöglichen und auch anderen Demenz-Patienten sozial zugänglich zu machen kann also über das Medium der Musik und des Tanzes erreicht werden.

*Gerade Musik und Tanz schaffen und ermöglichen Kontakt, Kontakt zu anderen GruppenteilnehmerInnen und zur Therapeutin, Kontakt auch mit der eigenen Geschichte und dem eigenen Erleben. Vielfach bedarf solches Nacherleben gar keiner weiteren Worte, vielfach ist es einfach gut so, wie es ist. Manchmal gibt es den Anstoß zu weiterer Arbeit, zu weiterem Austausch, zu weiterem Kontakt.*

Petzold (1990a: 1259f)

---

\* Über den Einsatz von Gesang bei fremdsprachigen Patienten habe ich an anderer Stelle berichtet (Rath 2000: 22), dort finden sich auch Wirkungen beim Einsatz des „Hobelliedes“ (ibid. 23)

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	S. 4	Bevölkerungsentwicklung für Deutschland zwischen 1910 und 2030 (prognostiziert) in 5 Jahres-Stufen. Aus: Franke, Hans (1985): <i>Auf den Spuren der Langlebigkeit</i> , Schattauer, Stuttgart
Abb. 2	S. 10	<i>Grob- und Feineinteilung der Gedächtnisbereiche</i> . Nach: Krämer (1989: 110-117), Grafik vom Verfasser.
Abb. 3a	S. 11	<i>Portrait Alois Alzheimer</i> . Aus: Jürgs (2001)
Abb. 3b	S. 11	<i>Alzheimer im Kreise seiner Kollegen an der Königlichen Psychiatrischen Klinik</i> . Aus: Jürgs (2001)
Abb. 4a	S. 11	<i>Portrait Auguste Deter</i> . Aus: St. George-Hyslop (2001: 45)
Abb. 4b	S. 12	<i>Belege für die Krankheit der Auguste Deter: senile Plaques</i> . Aus: Jürgs (2001)
Abb. 4c	S. 12	<i>Belege für die Krankheit der Auguste Deter: neurofibrilläre Bündel</i> . Aus: Jürgs (2001)
Abb. 5	S. 14	<i>Das limbische System mit seinen Hauptmodulen</i> . Aus: Carter (1999: 16)
Abb. 6a	S. 15	<i>Gehirnschnitt mit Blick auf das limbische System und Corpus callosum</i> . Aus: Carter (1999: 15)
Abb. 6b	S. 15	<i>Die für Morbus Alzheimer relevanten Areale des Neocortex inkl. Kleinhirn</i> . Aus: Carter (1999: 15)
Abb. 7a	S. 16	<i>Aufbau und Funktion einer Nervenzelle</i> . Aus: Carter (1999: 14)
Abb. 7b	S. 16	<i>Schematische Darstellung einer Synapse</i> . Aus: Carter (1999: 14)
Abb. 8	S. 17	<i>Der Hippocampus als Teil des limbischen Systems</i> . Aus: Carter (1999: 65)
Abb. 9	S. 31	<i>Die 3 Säulen der Validation</i> . Nach: Sramek (1998), Grafik vom Verfasser
Abb. 10	S. 32	<i>Die Wertschätzungsspirale</i> . Nach: Petzold (1993), Grafik vom Verfasser
Abb. 11a, b	S. 47	<i>Regionen des Emotionalen Körpers (a: Vorder- und b: Seitenansicht)</i> . Nach: Brennan (1989: 96f)
Abb. 12	S. 49	<i>Augenstellungen zum Erkennen des bevorzugten Sinnesorgans</i> . Nach: Stahl (1992)

## Tabellenübersicht

Tab. 1	S. 8	<i>Demenzformen mit Behandlungsmöglichkeiten nach Esquirol</i> . Nach: Mielke, Kessler (1994: 2), Tabelle vom Verfasser.
Tab. 2	S. 9	<i>Symptomvergleich Morbus Alzheimer – normale Altersvergesslichkeit</i> . Aus: Krämer (1989: 117)
Tab. 3	S. 15	<i>Übersicht der von Morbus Alzheimer angegriffenen Areale des Neocortex</i> . Aus: Carter (1999: 14-33), Roth (1999: 178-184), tabellarische Zusammenstellung vom Verfasser.
Tab. 4	S. 22	<i>Kriterien zur Diagnostizierung einer Alzheimer-Demenz</i> . Nach: ICD-10
Tab. 5a	S. 23	<i>Stadien 1-3 der Alzheimer-Demenz</i> . Nach: Reisberg et al. (1982, GDS- & FAST-Kriterien)
Tab. 5b	S. 24	<i>Stadien 4-7 der Alzheimer-Demenz</i> . Nach: Reisberg et al. (1982, GDS- & FAST-Kriterien)
Tab. 6	S. 27	<i>Phasen der menschlichen Entwicklung in Lebensstadien</i> . Nach: Erikson (1997: 214), Feil (1999: 13f)
Tab. 7	S. 35	<i>Symbole: 7 Repräsentationsformen</i> . Nach: Sramek, de Klerk-Rubin (Urfassung 2001: 7f), tabellarische Zusammenstellung vom Verfasser.
Tab. 8	S. 37	<i>Die 10 Grundsätze und Werte der Validation</i> . Aus: Feil (2000: 45)
Tab. 9a	S. 41	<i>Stadium 1 „Unglücklich, mangelhaft orientiert“</i> .
Tab. 9b	S. 42	<i>Stadium 2 „Zeit- und Ortverwirrt“</i> .
Tab. 9c	S. 43	<i>Stadium 3 „Sich wiederholende Bewegungen“</i> .
Tab. 9d	S. 44	<i>Stadium 4 „Vegetieren“</i> .
Tab. 10	S. 45	<i>Die drei menschlichen Grundbedürfnisse</i> . Nach: Feil (1999: 74f), Sramek (1998)
Tab. 11	S. 45	<i>Vier ungemischte menschliche Emotionen</i> . Nach: Feil (1999: 74)
Tab. 12	S. 46	<i>Übersicht der 14 Validationstechniken</i> . Nach: Feil (1999: 69-80; 2000: 48-59), Benennungen vom Verfasser leicht modifiziert.
Tab. 13	S. 50	<i>Bevorzugte Sinnesmodalität: sinnesspezifische Fragen</i> . Aus: Hoppe (1996: 1/3), erweitert und modifiziert vom Verfasser.
Tab. 14	S. 59	<i>Spezifische Berührungen in der Validation</i> . Nach: Feil (1999: 77), Sramek (1998)

## Verzeichnis der Fallbeispiele

BS 1	S. 30	„Bilderumhängerin wider Willen“
BS 2	S. 33f	„Aufhörn, aufhörn!“
BS 3	S. 35f	„Der Nachbar“
BS 4	S. 36	„Körperbewegungen“

BS 5	S. 51f	„Das Essen ist nicht zum hinunter bekommen!“
BS 6	S. 52	„Traurig sein“
BS 7	S. 53	„Jetzt habe ich das schnauzerl gefunden!“
BS 8	S. 56f	„Mein Mann hat Kinder mit anderen Frauen!“

## Literatur

### A

Alzheimer, Alois (1907): Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. In: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 64, Georg Reimer Druck & Verlag, Berlin

American Psychiatric Association (Hg.) (1989): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R, Deutsche Übersetzung, Beltz, Weinheim

Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./Broda, M.(Hg.): Psychosomatische Gesundheit – Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, Tübingen

Argyle, Chris (1996): Körpersprache und Kommunikation, Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften Bd. 5, Hg. v. Hilarion Petzold, 7. Aufl., Junfermann, Paderborn

### B

Bau, Heinz (1994): Behandlungskonzepte der analytischen Psychologie. In: Radebold, Hirsch (Hg.) 1994

Brennan, Barbara Ann (1989): Licht-Arbeit. Das große Handbuch der Heilung mit körpereigenen Energiefeldern, Goldmann, München

### C

Carter, Rita (1999): Atlas Gehirn – Entdeckungsreisen durch unser Unterbewußtsein, Schneekluth, München

Cofone, Marcello (1997): Validation nach Feil. Eine realistische Bilanz. In: alter ego N° 8, Zeitschrift von Altern & Kultur, Eigenverlag Heinrich Hoffer, Wien, 1997, S. 27-31

Corsellis, Jan (1962): Mental illness and the aging brain, Oxford University Press, London. Zit. nach: Maurer et al. 1993

Corsellis, Jan (1969): The pathology of dementia, BR J Hospit Med 2; S 695-702. Zit. nach Maurer et al. 1993

### D

Dilling, H.; et al. (Hg.) (1991): WHO – Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kap. 5 Klinisch-diagnostische Leitlinien, Hans Huber, Bern

### E

Erikson, Erik Homburg (1966): Einsicht und Verantwortung – Die Rolle des Ethischen in der Psychoanalyse, Klett, Stuttgart

Erikson, Erik Homburg (1995): Kindheit und Gesellschaft, 12. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart

Erikson, Erik Homburg (1997): Identität und Lebenszyklus, 16. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main

### F

Feddern-Bollensdorf, Ilse (2000): Und er fragte ganz lieb: „Warum weinst du denn?“. In: Fuhrmann et al. 2000, S. 197-220

Feil, Naomi (1981): Validation Fantasy – The Feil Method, Eigenverlag, Cleveland. Deutsche Übersetzung von Gerlinde Hinterhölzl. In: alter ego N° 8, Zeitschrift von Altern & Kultur, Eigenverlag Heinrich Hoffer, Wien, 1997, S. 13-17

Feil, Naomi (1999): Validation. The Feil Method, Edward Feil Productions, Cleveland, Ohio, 1982. Deutsch: Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, Reinhardts Gerontologische Reihe Bd. 16, 5. veränderte Aufl., Ernst Reinhardt, München

Feil, Naomi (2000): The Validation Breakthrough, Health Professional Press, Cleveland, Ohio, 1993. Deutsch: Validation in Anwendung und Beispielen, Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 17, 2. überarbeitete Aufl., Ernst Reinhardt, München

- Fläcklin-Schonis, Annemarie (1996): *Grundfragen zur Validation. Ein Interview mit Naomi Feil vom November 1996.*  
In: alter ego N° 8, Zeitschrift von Altern & Kultur, Eigenverlag Heinrich Hoffer, Wien, 1997, S. 33-35
- Frick, Eckhard (1996): *Durch Verwundung heilen – Zur Psychoanalyse des Heilungsarchetyps*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- Friedan, Betty (1997): *The Fountain of Age*, Simon & Schuster, New York, 1993. Deutsche Ausgabe: *Mythos Alter*, Rowohlt, Hamburg
- Fuhrmann, Ingrid; Neumann, Eva Maria; et al. (2000): *Abschied vom Ich – Stationen der Alzheimer Krankheit*, vollst. überarbeitete Neuauflage, Herder, Freiburg
- Fuhrmann, Ingrid (2000): *Der Anfang eines langen Weges*. In: Fuhrmann et al. 2000, S. 111-123
- Furtmayr-Schuh, Annelies (2000): *Die Alzheimer Krankheit – Das große Vergessen*, Kreuz, Zürich
- G**
- Götte, Rose; Lackmann, Edith (1999): *Alzheimer, was tun? – Eine Familie lernt mit der Krankheit zu leben*, Beltz, Weinheim & Basel
- Guardini, Romano (1953): *Die Lebensalter*, 9. Aufl., 1999, Topos Taschenbücher Bd. 160, Matthias Grünewald, Mainz
- Gümmer, Martina; Döring, Joachim (1996): *Im Labyrinth des Vergessens*, 2. überarbeitete Neuauflage, Psychiatrie Verlag, Bonn
- Gutzmann, Hans (Hg.) (1992): *Der dementielle Patient*. In: *Angewandte Alterskunde* Bd. 3, 1. Aufl., Hans Huber, Bern
- H**
- Hättich, Edgar (1997): *Validation und Psychotherapie*. In: alter ego N° 8, Zeitschrift von Altern & Kultur, Eigenverlag Heinrich Hoffer, Wien, S. 39-40
- Hautzinger, Martin (1994): *Behandlungskonzepte der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*. In: Radebold, Hirsch (Hg.) 1994
- Hegerl, Ulrich; Zaudig, Michael; Möller, Hans-Jürgen (Hg.) (2001): *Depression und Demenz im Alter. Wechselwirkungen, Diagnose, Therapie*, Springer, Wien New York
- Heinrich, Vita (2001): *Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen in der Körperpsychotherapie*. In: *Psychotherapie Forum*, Vol. 9 N° 2, Springer, Wien New York, S. 62-70
- Hillman, James (2000): *Vom Sinn des langen Lebens – Wir werden was wir sind*, Kösel, München
- Hoppe, Maria (1996): *Ausbildungslehrgang zum Validationsanwender*, unveröffentlichte Arbeitsblätter, o.O.
- Hutterer-Krisch, Renate; et al. (1996): *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik*, Bibliothek Psychotherapie, Bd 5, Hg. v. Gernot Sonneck, Facultas Universitätsverlag, Wien
- J**
- Janisch, E. (1997): *Koffer packen für den Tod – Interview mit Naomi Feil*. In: alter ego N° 8, Zeitschrift von Altern & Kultur, Eigenverlag Heinrich Hoffer, Wien, S. 11-12
- Jung, Carl Gustav (1995): *Die Lebenswende*. In: *Die Dynamik des Unbewußten*, 1. Sonderauflage Bd. 8, Walter, Solothurn Düsseldorf
- Jürgs, Michael (2001): *Alzheimer - Spurensuche im Niemandsland*, List, München
- K**
- Kitwood, Tom (2000): *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*, deutschsprachige Ausgabe von Christian Müller Hergl (Hg.), 1. Aufl., Hans Huber, Bern Göttingen Toronto
- Klessmann, Edda (2001): *Wenn Eltern Kinder werden und doch Eltern bleiben – Die Doppelbotschaft der Altersdemenz*, 5. ergänzte Aufl., Hans Huber, Bern Göttingen Toronto
- Klose, Margaretha (1998): *Die Symbolsprache von Verwirrten – Die Würdigung alter, verwirrter Menschen und ihrer Symbolsprache*, Magisterarbeit, Wien
- Koemeda-Lutz, Margit; Peter, Hans (2001): *Der Körper als Informationsträger – Eine Studie zur Bioenergetischen Körperdiagnostik*. In: *Psychotherapie Forum*, Vol. 9 N° 2, Springer, Wien New York, S. 51-61
- Krämer, Günter (1989): *Alzheimer-Krankheit: Antworten auf die häufigsten Fragen*, Trias ärztlicher Rat, Thieme, Stuttgart
- Kraepelin, Emil (1910): *Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8. Aufl., Barth, Leipzig
- Krause, Doris (2000): *Das Tagebuch*. In: Fuhrmann et al. 2000, S. 234-255
- Kübler-Ross, Elisabeth (1982): *Verstehen, was Sterbende sagen wollen. Einführung in ihre symbolische Sprache*, Kreuz,

## Stuttgart

**L**

- Leutz, Grete (1986): Psychodrama, Springer, Berlin New York London
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (2001): ...und dann – mit einem Male – war die Erinnerung da ... Aus dem interdisziplinären Dialog zwischen Psychoanalyse und Cognitive Science zum Gedächtnis. In: Psychotherapie Forum Vol. 9, N° 2, Themenheft <Körperpsychotherapie – Teil 2>, Springer, Wien New York
- Linster, Hans W. (1994): Behandlungskonzepte der Gesprächspsychotherapie. In: Radebold, Hirsch (Hg.) 1994

**M**

- Marufke, Dorothea (2000): Da half dann auch kein Zettel. In: Fuhrmann et al 2000, S. 124-129
- Maurer, Konrad; Ihl, Ralf; Frölich, Lutz (1993): Alzheimer. Grundlage Diagnostik Therapie, Springer, Berlin Heidelberg New York London
- McGowin, D.E. (1993): Living in the Labyrinth, Mainsail Press, Cambridge. Zit. nach: Kitwood 2000
- McKhann, G.; Drachman, D.; Folstein, M. (1984): Clinical diagnosis of Alzheimer' disease: report of the NINCDS – ADRdA work group, Neurology N° 34, 939-44. Zit. nach: Kitwood 2000
- Mielke, Rüdiger; Kessler, Josef (1994): Alzheimersche Erkrankung und andere Demenzen, Hogrefe, Göttingen
- Moreno, Jacob Levy (1947): The social atom and the death. In: Sociometry N° 10, Beacon House Press, New York
- Moreno, Jacob Levy (1977): Psychodrama I., (erstmalig 1949) Beacon, New York
- Moreno, Jacob Levy (1996): Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft, unveränderter Nachdruck der 3. Aufl., Leske und Budrich, Opladen
- Moreno, Jacob Levy (1997): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, 5. unveränderte Aufl., Georg Thieme, Stuttgart New York

**N**

- Nemiroff, R. A.; Colarusso, C. A. (1985): The Race Against Time. Psychotherapy and Psychoanalysis in the second half of Life, Plenum Press, New York. Zit. nach: Radebold, Hirsch (Hg.) 1994
- Nolde-Steffen, Brunhilde; Osten, Peter (2001): Sozialpsychiatrische Aspekte in der klinischen Versorgung von Patienten mit depressiven und kognitiven Störungen im Alter. In Hegerl et al. 2001, S. 151-162

**O**

- Österreicher, K.; Wagner, O. (1982): Psychopathologie des Alterns und der Voralterung – Historische Entwicklung der Begriffsbildung. In: Zeitschrift für Gerontologie N°15, S. 314-320. Zit. nach: Mielke, Kessler 1994
- Ötsch, Walter; Stahl, Thies (1997): Das Wörterbuch des NLP, Reihe „Pragmatismus & Tradition“ Bd. 54, Junfermann, Paderborn

**P**

- Papez, James W. (1937): A proposed mechanism of emotion. In: Archives of Neurology and Psychiatrie N° 38, S. 725-744. Zit. nach: Roth 1999
- Peters, Uwe Henrik (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, 4. überarbeitete und erweiterte Aufl., Urban & Schwarzenberg, München Wien
- Petzold, Hilarion (1985): Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen, Biliotheca Psychodramatica, Bd. 9, 2. Aufl., Junfermann, Paderborn
- Petzold, Hilarion (1990a): Die Behandlung und Aktivierung alter Menschen durch Integrative Tanz- & Bewegungstherapie. In: Petzold 1993, Bd 3, S. 1231-1261
- Petzold, Hilarion; Petzold, Christa (1990b): Soziale Gruppe, „social worlds“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit. In: Petzold 1993, Bd. 2, S. 871-896
- Petzold, Hilarion (1991): Der 'Tree of Science' als meta-hermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf. In: Petzold 1993, Bd. 2, S. 457-647
- Petzold, Hilarion (1993): Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, 3 Bde, Junfermann, Paderborn

**R**

- Radebold, Hartmut; Hirsch Rolf D. (Hg.) (1994): Altern und Psychotherapie - Angewandte Alterskunde, Bd 9, I. Aufl., Hans Huber, Bern Toronto Seattle

- Rath, Michael (2000): Angewandte Validation. Wandelgänge in den Lebens- und Sterbenswelten von Alzheimer-Patienten. Theoretische und praktische Annäherung, unveröffentlichtes Skriptum, Wien
- Rath, Michael (2001a): Symbol: Körperbewegungen. Fallgeschichte. In: Sramek, de Klerk-Rubin 2001, S. 9-10
- Reisberg, Barry; Ferris, S.H.; de Leon, M.J.; Crook, T. (1982): The global deterioration scale (GDS): an instrument for the assessment of primary degenerative dementia (PDD), American Journal of Psychiatry N° 139, o.O., S. 1136-1139
- Ritter, Ursula (2000): Der Übergang: körperlich fit – geistig verwirrt. In: Fuhrmann et al. 2000, S. 136-152
- Rose, Steven (1999): Moleküle der Erinnerung. In: Carter 1999, S. 178-179
- Roth, Gerhard (1999): Das Gehirn und seine Wirklichkeit – Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen, 3. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main

**S**

- Sageder, Thomas (2000): Der zweiten Chance eine Chance geben, Abschlußarbeit im Rahmen der fachspezifischen Ausbildung zum Psychodrama-Psychotherapeuten, ÖAGG, Wien
- Scharb, Brigitte (1999): Spezielle validierende Pflege, Springer, Wien New York
- Schmidbauer, Wolfgang (2001): Altern ohne Angst – Ein psychologischer Begleiter, 1. Aufl., Rowolth, Hamburg
- Sramek, Gunvor (1997): Die Bedeutung der menschlichen Stimme in der Validation. In: alter ego N° 8, Zeitschrift von Altern & Kultur, Eigenverlag Heinrich Hoffer, Wien, S. 21-26
- Sramek, Gunvor (1998): Die Ausbildung zum Validationsanwender, unveröffentlichtes Lehrmanuskript, Wien
- Sramek, Gunvor; de Klerk-Rubin, Vicki (2001): Symbole – Der Schlüssel zur inneren Welt desorientierter alter Menschen, Typoskript zur Weiterentwicklung des Konzepts der Symbole, Wien
- St. George-Hyslop, Peter H. (2001): Hilfe bei Alzheimer? In: Scientific American, dt. Ausgabe Spektrum der Wissenschaft, N°3/2001, Heidelberg, S. 44-51
- Stahl, Thies (1992): Neurolinguistisches Programmieren, PAL Verlagsgesellschaft, Mannheim
- Stoppe, Gabriela (1997): Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankungen. In: Wächtler 1997

**T**

- Tomlinson, B. E.; et al. (1968): Observations on the brain of non demented old people. In: Journal of the Neurological Sciences 7, S 331–356. Zit. nach: Maurer et al. 1993
- Tomlinson, B. E.; et al. (1970): Observations on the brain of demented old people. In: Journal of the Neurological Sciences 11, S 205–242. Zit. nach: Kitwood 2000
- Trappl, Desideria (1999): Validation nach Feil. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, Unterrichtsunterlagen, o.O.
- Trautmann-Voigt, Sabine; Voigt, Bernd (2001): Bewegung und Bedeutung – Chancen therapeutischer Kommunikation. In: Psychotherapie Forum Vol. 9 No. 1, Springer, Wien New York, S. 20-29

**W**

- Wächtler, Claus (Hg.) (1997): Demenzen - Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen, Thieme, Stuttgart New York
- Wiegele, Britta; Hoffer, Heinrich; Hinterhölzl, Gerlinde (1999): Validationsforschung, Endbericht von Altern & Kultur im Auftrag des BMAGS
- Wernicke, Thomas F.; Reischies, F.M.; Linden, M. (2001): Epidemiologie von Depression und Demenz im Alter. In: Hegerl et al. 2001, S. 5-17
- Wisocki, P. A. (1994): Behavioral approaches to gerontology. In: Progress in Behavior Modifikation N° 16, S 121-157. In: Radebold, Hirsch (Hg.) 1994

**Y**

- Yapko, Michael D. (1995): Essentials of Hypnosis, Brunner & Mazel, New York

**Z**

- Zeintlinger-Hochreiter, Karoline (1996): Kompendium der Psychodrama-Therapie. Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J. L. Moreno, in Szenario, Köln