universität wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Seelsorge mit dementen Menschen.

Über die Einbeziehung des Konzepts der Validation nach Naomi Feil bei der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz“

Verfasserin

Daniela Woditschka

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Theologie (Mag. Theol.)

Wien, im September 2009

| | |
|---|---|
| Studienkennzahl lt. Studienblatt: | A 012 |
| Studienrichtung lt. Studienblatt: | Diplomstudium Katholische Religionspädagogik |
| Betreuer: | Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Christian Friesl |

# Widmung und Danksagung

Irgendwann
werde ich nicht mehr spüren, was ich glaube,
und nicht mehr glauben, was ich spüre,
sondern nur noch wissen, was mein Glaube ist.

Dann ist es Zeit, diesen Glauben aufzugeben
und das Studium zu wechseln.

Mit diesen Befürchtungen begann ich im Jahr 2000 mein Theologiestudium und nun endlich…

Spüre ich, was ich weiß,
und weiß ich, was ich spüre:
Gott in dir und mir.

Ich widme diese Diplomarbeit allen Menschen, die mir bisher auf meinem Lebensweg begegnet sind und auf ihre bestimmte Weise beigetragen haben, dass ich zu dem werde, was ich jetzt bin.

Ich danke meiner Mutter Melitta, die mir mit viel Liebe die praktische Seite des Glaubens und Lebens lehrte, und ich danke meinem Vater Herbert, der in mir das intellektuelle Interesse an der Theologie grundgelegt hat. Beides diente mir als Fundament für diese Arbeit. Danke!
Kraft und Motivation zum Schreiben und zum Abschließen des Studiums gaben mir durch ihr Vorbild auch meine Geschwister Peter und Stefan sowie viele Freundinnen und Freunde. Ich danke euch allen!
Bedanken möchte ich mich auch bei Christian Friesl für die Annahme meines Diplomarbeitsthemas und bei Renate Wieser für die zahlreichen praktischen Hinweise und hilfreichen Anmerkungen, welche zur Verwirklichung dieser Arbeit entscheidend beigetragen haben. Danke!
Dankbar bin ich auch den dementen Patientinnen und Patienten, die mir in meinem Beruf als Physiotherapeutin begegnet sind und mich dadurch mit dem Thema Demenz in Berührung brachten.

# Vorwort

Bei meiner Ausbildung zur Physiotherapeutin wurden mir verschiedene Behandlungskonzepte vorgestellt, welche in der Geriatrie zum Einsatz kommen. Eines dieser Konzepte, Validation nach Naomi Feil, eröffnete mir ein völlig neues Verständnis für alte, verwirrte Menschen. Diese neue Sichtweise erleichterte es mir, die Eigenarten und teilweise mühsamen Verhaltensweisen desorientierter alter Menschen zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren. Auch bestimmte konkrete Techniken aus diesem Konzept sind für mein physiotherapeutisches Arbeiten mit dementen Menschen sehr hilfreich. Dieses Konzept ließ mich einen Zugang zu Dementen und ihrer Welt finden.

Von diesen Erfahrungen als Physiotherapeutin im Umgang mit Menschen mit Demenz ausgehend, stellte ich mir die Frage, wie es Seelsorgerinnen wohl ergehe in der Begegnung und Begleitung solcher Menschen. Ich begann, mich in das Thema Seelsorge mit Dementen einzulesen, und stellte dabei fest, wie hochaktuell diese Thematik ist. Einige Werke genau zu diesem Thema waren zu Beginn meiner Recherche im Herbst 2008 noch gar nicht erhältlich bzw. erst kürzlich herausgekommen. Ich entdeckte auch jüngst erschienene Zeitschriftenartikel und nahm an Veranstaltungen teil, bei denen es genau um die Thematik „Demenz und Seelsorge“ ging. Vereinzelt wurde auch jenes Konzept erwähnt, welches mir bereits als Physiotherapeutin die Zusammenarbeit mit Dementen erleichtert hat. Dies waren die Anfänge, welche mich zum Thema dieser Diplomarbeit geführt haben: „Seelsorge mit dementen Menschen. Über die Einbeziehung des Konzepts der Validation nach Naomi Feil bei der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz“.

# Inhaltsverzeichnis

**VORWORT** ..... **5**

**INHALTSVERZEICHNIS** ..... **6**

**EINLEITUNG** ..... **9**

**1. PASTORALTHEOLOGISCHER ZUGANG** ..... **12**

1.1. DEMENZ ALS „ZEICHEN DER ZEIT“ ..... 12
1.2. CHRISTLICHES MENSCHENBILD ALS HERMENEUTIK ..... 13
*1.2.1. Kritische Befragung: Der Mensch als vernunftbegabtes Wesen* ..... *13*
*1.2.2. Der Mensch als Ebenbild Gottes: Beziehungswesen und Fragment* ..... *14*

**2. DEMENZ AUS MEDIZINISCHER SICHT** ..... **16**

2.1. WAS IST DEMENZ? ..... 17
2.2. FORMEN VON DEMENZ ..... 19
*2.2.1. Alzheimer-Demenz (AD)* ..... *19*
*2.2.2. Vaskuläre Demenz (VD)* ..... *21*
*2.2.3. Lewy-Körperchen-Demenz (Lewy-body-disease, DLB)* ..... *22*
*2.2.4. Demenz in Verbindung mit anderen Krankheiten* ..... *22*
2.2.4.1. Neurologische Erkrankungen: ..... 23
2.2.4.2. Internistische Erkrankungen: ..... 23
2.2.4.3. Psychiatrische Erkrankungen: ..... 23
2.3. DIAGNOSE VON DEMENZERKRANKUNGEN ..... 24
*2.3.1. Anamnese* ..... *24*
*2.3.2. Neuropsychologische Tests* ..... *24*
*2.3.3. Psychiatrische Abklärung* ..... *25*
*2.3.4. Internistische Untersuchung* ..... *25*
*2.3.5. Schritte zur Demenzerkennung* ..... *25*
2.4. VERLAUF VON DEMENZERKRANKUNGEN ..... 27
*2.4.1. Verlaufformen von Demenz* ..... *27*
*2.4.2. Krankheitsverlauf von AD* ..... *27*
2.4.2.1. 7-Stufige Einteilung der AD ..... 28
2.4.2.2. Einteilung in frühe, mittlere und späte Phasen der AD ..... 29
2.4.2.3. Verlaufsbeschreibung der AD durch Demenzgesetze ..... 31
2.5. THERAPIEANSÄTZE ..... 32
*2.5.1. Medikamentöse Therapieansätze* ..... *32*
*2.5.2. Nicht-medikamentöse Therapieansätze* ..... *34*
2.5.2.1. Soziotherapie/Milieutherapie ..... 34
2.5.2.2. Wahrnehmungstherapie/Snoezelen ..... 35
2.5.2.3. Realitätsorientierungstraining (ROT) ..... 35
2.5.2.4. Erinnerungstherapie, Biografie-Therapie oder Reminiszenztherapie ..... 36
2.5.2.5. Validation ..... 36
2.5.2.6. Weitere Therapiemöglichkeiten ..... 37

**3. DEMENZ AUS SOZIALPSYCHOLOGISCHER SICHT ..... 37**

3.1. DEMENZ IN IHREN AUSWIRKUNGEN AUF DEN ERKRANKTEN MENSCHEN ..... 37
3.2. DEMENZ IN IHREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE ANGEHÖRIGEN ..... 39
3.3. KONSEQUENZEN VON DEMENZ FÜR DIE GESELLSCHAFT UND DIE KIRCHEN ..... 41

**4. DEMENZ ALS THEOLOGISCHE HERAUSFORDERUNG ..... 43**

4.1. HINFÜHRUNG ..... 43
4.2. ERINNERUNGSRELIGION UND GEDÄCHTNISVERLUST ..... 44
*4.2.1. Theozentrischer Ansatz ..... 45*
*4.2.2. Ekklesiozentrischer Ansatz ..... 45*
*4.2.3. Soziozentrischer Ansatz ..... 46*
4.3. RELIGION DES WORTES UND APHASIE ..... 46
4.4. EXKURS: KOMMUNIONSPENDUNG AN DEMENZKRANKE ..... 48

**5. SEELSORGLICHE BEGLEITUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ ..... 49**

5.1. VORBEMERKUNG ZUM BEGRIFF SEELSORGE ..... 50
5.2. GRUNDANNAHMEN VON SEELSORGE MIT ALTERSVERWIRRTEN MENSCHEN ..... 51
*5.2.1. Inkarnation und Eschatologie als Referenzpunkte ..... 51*
*5.2.2. Sich Einlassen auf die Realität des altersverwirrten Menschen ..... 52*
*5.2.3. Biographiearbeit ..... 52*
*5.2.4. Aufbau personaler Beziehung ..... 52*
*5.2.5. Konzentration auf die noch vorhandenen Fähigkeiten ..... 53*
*5.2.6. Genießen der Begegnung ..... 54*
5.3. VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE SEELSORGERIN ..... 55
*5.3.1. Empathie ..... 55*
*5.3.2. Akzeptanz ..... 55*
*5.3.3. Kongruenz ..... 55*
*5.3.4. Präsent-Sein ..... 56*
*5.3.5. Kreativität und Humor ..... 56*
*5.3.6. Kommunikationsfähigkeit ..... 56*
*5.3.7. Offenheit zur Auseinandersetzung ..... 56*
*5.3.8. Gespür für Nähe und Distanz ..... 57*
*5.3.9. Körperarbeit ..... 57*
*5.3.10. Selbstreflexivität ..... 57*
5.4. SEELSORGE IN DEN VERSCHIEDENEN DEMENZPHASEN ..... 58
*5.4.1. Seelsorgliche Begleitung im frühen Demenzstadium: Identität stützen ..... 58*
*5.4.2. Seelsorgliche Begleitung im mittleren Demenzstadium: Gedanken- und Gefühlswelt annehmen ..... 60*
*5.4.3. Seelsorgliche Begeleitung im späten Demenzstadium: Schutz und Geborgenheit vermitteln ..... 61*

**6. VALIDATION NACH NAOMI FEIL ..... 62**

6.1. WAS IST VALIDATION? THERAPIE - KOMMUNIKATIONSMETHODE - GRUNDHALTUNG ..... 63
6.2. VALIDATIONSPRINZIPIEN ..... 66
6.3. ÜBER DIE VALIDATIONSANWENDERIN (VA) ..... 67
6.4. VIER PHASEN DER VERWIRRTHEIT/DES RÜCKZUGS ..... 67
*6.4.1. Phase I: Mangelhafte/unglückliche Orientierung ..... 68*
*6.4.2. Phase II: Zeitverwirrtheit ..... 68*
*6.4.3. Phase III: Wiederholende Bewegungen ..... 69*
*6.4.4. Phase IV: Vegetieren/totaler Rückzug nach innen ..... 69*

6.5. TECHNIKEN DER VALIDATION ..... 69
*6.5.1. Zentrieren* ..... *70*
*6.5.2. Tatsachen statt Ursachen erfragen* ..... *70*
*6.5.3. Wiederholen* ..... *70*
*6.5.4. Extreme einsetzen* ..... *71*
*6.5.5. Gegenteil vorstellen* ..... *71*
*6.5.6. Erinnern* ..... *71*
*6.5.7. Augenkontakt halten* ..... *71*
*6.5.8. Mehrdeutigkeit durch unbestimmte Fürwörter offen lassen* ..... *71*
*6.5.9. Klar, sanft und liebevoll sprechen* ..... *72*
*6.5.10. Bewegungen und Gefühle beobachten und spiegeln* ..... *72*
*6.5.11. Grundbedürfnisse, die hinter dem Verhalten stehen, beachten* ..... *72*
*6.5.12. Bevorzugtes Sinnesorgan erkennen und benutzen* ..... *73*
*6.5.13. Verankerte Berührungen* ..... *73*
*6.5.14. Musik einsetzen* ..... *73*
6.6. VERÄNDERUNGEN DURCH VALIDATION ..... 74
6.7. AUSBILDUNG ZUR VA ..... 75

**7. VALIDATION IN DER SEELSORGLICHEN BEGLEITUNG DEMENTER ..... 77**

7.1. ÜBEREINSTIMMENDE BEREICHE VON SEELSORGE UND VALIDATION ..... 77
*7.1.1. Voraussetzungen der Seelsorgerin/VA* ..... *77*
7.1.1.1. Empathie und Akzeptanz ..... 78
7.1.1.2. Präsent-Sein ..... 78
7.1.1.3. Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern ..... 79
7.1.1.4. Reflexion der eigenen Arbeit ..... 79
*7.2. Validierende Grundhaltung* ..... *80*
*7.3. Validation und Seelsorge in den einzelnen Phasen der Demenz* ..... *80*
7.2. BESONDERHEITEN VON VALIDATION IM ZUSAMMENHANG MIT SEELSORGE ..... 83
*7.2.1. Krankheitsverständnis von Demenz* ..... *83*
*7.2.2. Verständigung über alle Sprachgrenzen hinweg* ..... *84*
*7.2.3. Körperkontakt* ..... *84*
7.3. KRITISCHE ANFRAGEN VON SEITEN DER THEOLOGIE AN VALIDATION ..... 85

**8. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK ..... 86**

**QUELLENVERZEICHNIS ..... 89**

**GLOSSAR MEDIZINISCHER FACHBEGRIFFE ..... 98**

**ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS ..... 99**

**ANHANG ..... 100**

ANHANG 1: VERGESSLICHKEITSTEST ..... 100
ANHANG 2: ALLTAGSTEST ..... 101
ANHANG 3: UHREN – TEST ..... 103
ANHANG 4: MINI-MENTAL-STATUS ..... 104
ANHANG 5: GLOBALE VERSCHLECHTERUNGSSKALA NACH REISBERG ..... 106

**ABSTRACT ..... 108**

**LEBENSLAUF ..... 110**

# Einleitung

In einem ersten, 2009 erschienenen Österreichischen Demenzbericht[1] gibt es umfangreiche epidemiologische Daten und genaue Auflistungen der gegenwärtigen und prognostizierten Inzidenz- und Prävalenzzahlen von Demenzerkrankungen für den nationalen und internationalen Raum. Momentan leben in Österreich rund 100.000 Menschen mit Demenz. Für 2010 wird eine Prävalenz von 108 Erkrankten pro 1.000 Österreicherinnen und Österreichern angegeben. Diese Zahl wird sich bis 2050 mehr als verdoppeln. Auch die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern wird für 2010 mit 28,1 und für 2050 mit 59,5 angegeben, was wiederum eine enorme Steigerung darstellt.[2]

Nicht zuletzt auf Grund dieser statistischen Daten kommt dem Thema Demenz bereits jetzt eine große Bedeutung zu. Der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik, Klaus Dörner, geht sogar soweit, das „Jahrhundert der Dementen“[3] auszurufen und damit die Aktualität dieser Thematik zu betonen.

Die Gesellschaft ebenso wie die Kirchen und die Theologie stehen jetzt vor dem Kairos, ihren Umgang mit Dementen als eine ihrer großen Herausforderungen und ihrer gegenwärtigen wie auch kommenden Aufgaben wahrzunehmen, zu reflektieren und darauf zu reagieren, indem entsprechende, notwendige Kompetenzen aufgebaut werden. Diese Diplomarbeit geht auf den „epochalen Trend“[4] Demenz ein und untersucht aus pastoraltheologischer Sicht folgende zentrale Fragestellungen:

- Vor welchen Herausforderungen steht die Theologie und Seelsorge in der Sichtweise von und im Umgang mit dementen Personen?

- Was kann das Konzept der Validation in der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz leisten bzw. welche Aspekte der Validation fördern die Kompetenzen der Seelsorgerin im Umgang mit Menschen mit Demenz?

---

[1] Als Download erhältlich unter: http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf; download: 29.4.2009.

[2] Vgl. http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf, 13-21, download: 29.4.2009.

[3] Dörner 2008, 245.

[4] Im Sinne von Mette sind epochale Trends die „Zeichen der Zeit“, welche die Befindlichkeit der Menschen in einem bestimmten historisch-kontextuellen Umfeld nachhaltig beeinflussen. Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige und das soziale Umfeld sind bei einer Demenzerkrankung beeinflusst. Auch im Hinblick auf das quantitative Ausmaß von Demenzerkrankungen erlaube ich mir, bei Demenz von einem epochalen Trend zu sprechen. Vgl. Mette 1999, 76.

Es sind bereits erste aktuelle wissenschaftliche Publikationen zum Thema Demenz aus theologischer Sicht bzw. Seelsorge mit Menschen mit Demenz vorhanden. Ebenso gibt es Literatur über Validation nach Naomi Feil. Vereinzelt wird auch im Kontext von Seelsorge bereits das Konzept der Validation genannt. Diese Verbindung herzustellen und die Möglichkeiten einer Einbeziehung von Validation in die seelsorgliche Begleitung von Dementen zu hinterfragen, ist das Proprium dieser Diplomarbeit. Da bereits Publikationen zu den genannten Themen vorliegen, wird zur Bearbeitung der Forschungsfragen die Methode der hermeneutischen Literaturaufarbeitung gewählt.

Diese Diplomarbeit gliedert sich in sieben Abschnitte. In einem ersten Kapitel wird die pastoraltheologische Grundlage dieser Arbeit erläutert und die christliche Anthropologie als Hermeneutik ausgewiesen. Dieses Kapitel stellt den Rahmen und die Zugangsweise für die folgenden sechs Abschnitte dar:
Demenz aus medizinischer Sicht
Demenz aus sozialpsychologischer Sicht
Demenz als theologische Herausforderung
Seelsorgliche Begleitung von Menschen mit Demenz
Validation nach Naomi Feil
Validation in der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz

Von der medizinischen und sozialpsychologischen Beschreibung dementer Menschen ausgehend werden theologische Überlegungen zu Demenz und Seelsorge angestellt. Validation als eine Möglichkeit, den Zugang zu und Umgang mit Menschen mit Demenz zu erleichtern, wird vorgestellt, um daraus schließlich hilfreiche Schlüsse und Konsequenzen für Seelsorgerinnen in ihrer Arbeit mit Dementen ziehen zu können. Die Seelsorgerinnen mögen dadurch in ihrem gelingenden Handeln mit Dementen gestärkt und im Scheitern getröstet werden.
Die Sozialwissenschaftlerin C. Gindl resümiert: „Validation hält immer mehr Einzug in Lehranstalten für jene Berufe, die sich mit alten Menschen beschäftigen […] Es bleibt zu hoffen, dass diese Kommunikationsmöglichkeit weiter regen Zuspruch erhält, so dass die Wünsche und Bedürfnisse von jenen, die sie nicht mehr klar und deutlich äußern können, dennoch erkannt und umgesetzt werden.“[5] Auch bei der seelsorglichen Begleitung muss auf

[5] Gindl 2002, 140.

die Wünsche und Bedürfnisse von dementen Personen eingegangen werden. Auf welche Weise Validation die Seelsorgerin in diesem Bemühen unterstützen kann, wird im Rahmen dieser Arbeit untersucht.
Die Fragen, inwieweit die theoretischen Überlegungen meiner Diplomarbeit Umsetzung in der Praxis finden und ob Validation auch Einzug in die Ausbildung für Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorgerinnen halten wird, werden abschließend als mögliche praktische Relevanz und als Ausblick dieser Diplomarbeit behandelt.

Um auch Leserinnen und Lesern, welche über keine medizinische Ausbildung verfügen, das Verständnis dieser Arbeit zu erleichtern, ist im Anschluss an das Quellenverzeichnis ein Glossar medizinischer Fachausdrücke angeführt, in dem verwendete medizinische Fremdwörter kurz erklärt werden.
Anschließend findet sich ein Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen.
Ebenfalls als Service für die Leserin/den Leser sind verschiedene Diagnosetests für Demenzerkrankungen sowie eine Skala zur Einteilung des Schweregrades von Demenz als Anhang dieser Arbeit beigefügt.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, eine Randgruppe unserer Gesellschaft, nämlich die der Menschen mit Demenz, sichtbar zu machen und im theologischen Diskurs zur Sprache zu bringen.

Die Wahl der weiblichen Form - die Betroffene, Patientin, Betreuerin, Seelsorgerin, Validations-Anwenderin - soll keine Diskriminierung des männlichen Geschlechts darstellen. Die Entscheidung wurde gemäß der Geschlechterverteilung innerhalb dieser Gruppen getroffen.[6] In den weiblichen Formulierungen sind die männlichen subsumiert.

[6] Die höhere Lebenserwartung bei Frauen und das steigende Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter sind dafür ausschlaggebend, dass insgesamt der überwiegende Teil der Menschen mit Demenz weiblich ist. Allein bei der AD waren im Jahr 2000 in Österreich 74,1% der Betroffenen Frauen. Auch die Betreuung und Pflege wird sowohl im familiären als auch im institutionalisierten Bereich zum größten Teil von Frauen geleistet. Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 122.

# 1. Pastoraltheologischer Zugang

In diesem ersten Kapitel wird die pastoraltheologische Grundlage der vorliegenden Diplomarbeit erläutert. Demenz wird als „Zeichen der Zeit“ dargestellt, und das christliche Menschenbild wird als Hermeneutik ausgewiesen.

## 1.1. Demenz als „Zeichen der Zeit“

Die Pastoralkonstitution des Zweiten Vatikanischen Konzils hat die Verbundenheit aller Christinnen mit den Anliegen aller in Not und Bedrängnis geratener Menschen betont. „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi“ (GS 1). Damit sich die Kirchen und damit die ganze Christinnengemeinschaft den Armen und Schwachen der Gesellschaft von heute zuwenden können, bedarf es einer ständigen Erkundung der „Zeichen der Zeit“ (GS 4).

Es ist genuin Sache der Pastoraltheologie, sich den Menschen und ihrer konkreten gesellschaftlichen Situation zuzuwenden. Nicht wie in anderen theologischen Disziplinen, bei denen primär geschichtliche Dokumente Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung darstellen, steht in der Pastoraltheologie der Mensch in der je gegebenen Gegenwart im Vordergrund wissenschaftlicher Untersuchungen. Aufgabe der Pastoraltheologie ist es, die Menschen als „living human documents“[7] zu erkunden und ein möglichst umfassendes Bild von der Situation der Menschen heute, besonders der auf welche Art auch immer in Not geratenen, zu gewinnen. Dadurch kann auf die „Zeichen der Zeit“ im Lichte des Evangeliums eingegangen und die Option für die Armen ergriffen werden. Andererseits vergegenwärtigen die „Zeichen der Zeit“ auch das Evangelium und treiben die Theologie voran. Es besteht eine Wechselbeziehung zwischen den „Zeichen der Zeit“ und dem Evangelium/der Theologie; beide Seiten werden voneinander beeinflusst.

Die vorliegende Arbeit sieht Menschen mit Demenz als eine Gruppe von Menschen, deren Schwierigkeiten bisher in unserer Gesellschaft wenig Beachtung gefunden haben und die sich in ihrer Not oft alleingelassen fühlen. Mit der Option für die Menschen mit Demenz will diese Arbeit jenen, die im Laufe ihrer Erkrankung immer weniger zur Sprache fähig sind, eine

[7] Vgl. Gerkin 1984.

Stimme verleihen. Demenz als „Zeichen der Zeit“ wird im Lichte des Evangeliums mit der gegenwärtigen Theologie ins Gespräch gebracht.
Bei dieser wechselseitigen Interpretation auch andere Wissenschaften einzubeziehen, wird in der Pastoralkonstitution GS empfohlen: „In der Seelsorge sollen nicht nur die theologischen Prinzipien, sondern auch die Ergebnisse der profanen Wissenschaften, vor allem der Psychologie und der Soziologie, wirklich beachtet und angewendet werden“ (GS 62). Diese Diplomarbeit stützt sich auf theologische Quellen und Erkenntnisse anderer Wissenschaften, im Besonderen der Medizin und der Sozialpsychologie.

Die Methode dieser Arbeit entspricht dem Vorgehen der Praktischen Theologie, einem hermeneutischen Zirkel, welcher ausgehend von der Analyse des Ist-Zustandes dementer Menschen in unserer Gesellschaft über eine theoretische Betrachtung von Demenz als theologische Herausforderung sich abermals hin begibt zu den praktischen Themenfeldern Seelsorge und Validation. Wissend, dass jede Praxis theoriehaltig ist und jede theoretische Überlegung darauf abzielt, sich in der Praxis zu bewähren, soll auch meine Diplomarbeit als theoretischer Impuls im Rahmen der Praktischen Theologie gesehen werden, welcher Auswirkungen auf die gelebte, praktizierte Seelsorge mit dementen Menschen hat.

## 1.2. Christliches Menschenbild als Hermeneutik

Dieses Kapitel[8] stellt ein leistungsorientiertes, an Vernunftfähigkeit gekoppeltes Menschenbild der Sichtweise vom Menschen als Ebenbild Gottes gegenüber und beschreibt damit jenes Menschenbild, welches dieser Arbeit zu Grunde liegt und die Hermeneutik darstellt.

### 1.2.1. Kritische Befragung: Der Mensch als vernunftbegabtes Wesen

Was den Menschen als Menschen ausmacht, ist eine der zentralen Fragen der philosophischen Anthropologie. Bereits bei Aristoteles ist das, was den Menschen vom Tier unterscheidet, sein Geist. Der Mensch wird als „zoon logikon“, als „animal rationale“, also als vernunftbegabtes Wesen gesehen. „Cogito, ergo sum“ – Ich denke, also bin ich. Diese aus dem 17. Jahrhundert stammende, von René Descartes begründete Aussage bringt ebenfalls das Menschenbild zum

[8] Vgl. Fröchtling 2008, 181-185.

Ausdruck, welches Person- und Subjektsein eines Menschen an seiner rationalen Leistungsfähigkeit festmacht. Peter Singer als ein Vertreter des strengen Reduktionismus hat dieses leistungsorientierte Menschenbild zugespitzt und das Lebensrecht eines Menschen von seinen intellektuellen Fähigkeiten oder seiner körperlichen Verfassung/Gesundheit abhängig gemacht. Welche lebensbedrohlichen Ausmaße so ein Verständnis des Personseins annehmen kann, hat sich z.B. im Holocaust gezeigt, wo Menschen mit Behinderung das Recht auf Leben abgesprochen wurde. In Analogie dazu stellt sich auch bei Menschen mit Demenz die Frage, wie ihr Wert und ihr Recht auf Leben in unserer leistungsorientierten Gesellschaft trotz kognitiver Einschränkungen begründet werden kann. Auf der biblisch-christlichen Tradition beruhend kann ein Menschenbild entworfen werden, womit sich auch bei Dementen deren Menschenwürde nicht in Abrede stellen lässt.

### 1.2.2. Der Mensch als Ebenbild Gottes: Beziehungswesen und Fragment

In der theologischen Anthropologie wird der Mensch als Ebenbild Gottes gesehen. Bereits am Anfang der Bibel steht: „Gott schuf also den Menschen als sein Abbild“ (Gen 1, 27a).[9] In der vielgestaltigen Wirkungsgeschichte dieser Aussage können drei Aspekte der Ebenbildlichkeit betont werden. Es kann darin eine Wesensaussage über den Menschen gesehen werden, in der auch seine ontologische, unzerstörbare Menschenwürde grundgelegt ist. Die relationalen Deutungsmuster kehren hervor, dass der Mensch als Abbild Gottes in Beziehung zu Gott steht und es eine wechselseitige Beziehung zwischen Schöpfer und Geschöpf gibt. Der dritte Aspekt der Gottebenbildlichkeit des Menschen liegt in der gottgewollten Beziehung des Menschen zu den anderen Geschöpfen.[10]

Dominik Becker beginnt seinen Artikel über die Rede vom Menschen als Beziehungswesen mit der Frage „Was ist der Mensch?“[11] und zitiert zur Einleitung den Psalm 8,5: „Was ist der Mensch, dass du seiner gedenkst, des Menschen Kind, dass du dich seiner annimmst?“. Becker betont, dass die Frage nach dem Wesen des Menschen in der Bibel gekoppelt ist an die Frage der Beziehung Gottes zu diesem Wesen Mensch. Gott hat den Menschen als sein Abbild geschaffen, sich also ein Gegenüber gesetzt. Zusätzlich hat er einen Bund mit den

[9] Ein forschungsgeschichtlicher Abriss über das Verständnis der Gottebenbildlichkeit des Menschen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Für eine umfangreichere Darstellung sei auf weiterführende Literatur verwiesen, u.a. Mathys, H-P.: Ebenbild Gottes – Herrscher über die Welt. Studien zu Würde und Auftrag des Menschen. Neukirchen-Vluyn 1998.

[10] Zur genaueren Beschreibung des substantialen, des relationalen und des funktionalen Deutungsmusters sei verwiesen auf die Dissertation von Schulz, Esther: Der Mensch als Bild Gottes – der Mensch an der Grenze des Lebens. Ein Leitbild des seelsorglichen Handelns, Leipzig 2005.

[11] Becker 2006, 42.

Menschen geschlossen, die Menschen also zu Bundes-Partnern gemacht. Und als Krönung dieser Beziehung Gottes mit den Menschen ist er selbst Mensch geworden. Damit wurde im Neuen Testament die Frage nach dem Wesen des Menschen explizit gemacht. „Jesus ist also das Kriterium und der Maßstab des Menschseins. […] Biblisch-christlich kann der Mensch gar nicht anders als In-Beziehung-Seiend gesehen werden."[12] Auch in einer philosophischen Strömung des 20. Jahrhunderts wird der Mensch als Beziehungswesen gedacht. Martin Buber und Levinas sind die bekanntesten Vertreter dieses relationalen Menschenbildes: Der Mensch wird am Du zum Ich. Diese Ich-Du Beziehung wird sowohl in einem vertikalen wie auch horizontalen Verhältnis verstanden, als Relation Gottes zu den Menschen und der Menschen untereinander. Auch der Dogmatiker Karl Barth schreibt von dieser relationalen Grundstruktur des Menschen und von dem „Sein in der Begegnung".[13] Diese Wesensbestimmung des Menschen als Beziehungswesen hat sich auch auf die Entwicklung personenzentrierter Pflegekonzepte, wie z.B. das von Tom Kitwood, ausgewirkt.[14] Das christliche Menschenbild, welches den Menschen als Ebenbild Gottes und als Beziehungswesen sieht, gibt eine klare Antwort im Diskurs über Würde und Lebensrecht von Dementen: „Wert und Würde des Menschen sind gemäß der biblisch-christlichen Tradition nicht an bestimmte Fähigkeiten oder Taten, den ‚Werken', festzumachen, sondern der Mensch hat seine Würde, weil Gott in einer besonderen Beziehung zu ihm steht."[15]

In dem christlichen Menschenbild ist noch ein anderer Aspekt grundgelegt, welcher die Sichtweise von Menschen mit Demenz beeinflusst. „Ich bin – Fragment: Der Mensch als Gebilde auf Zukunft hin"[16], so lautet die Überschrift eines Kapitels bei Fröchtling. Nach einigen Überlegungen zum Fragmentbegriff resümiert sie, dass im Fragment eine Ganzheit als Abwesende anwesend ist und damit der eschatologische Vorbehalt zum Ausdruck gebracht werden kann, in dem jede menschliche Existenz steht: eine über sich hinausweisende Vollendung. Menschen mit Demenz erleben, wie das eigene Leben immer bruchstückhafter wird. Auch im Leben Jesu ist Fragmentarität greifbar geworden. Nicht eine Idealgestalt des Menschen, sondern das unfertige Kind bzw. der leidende, gekreuzigte Christus ist das Bild für wahres Menschsein. So dürfen auch Menschen mit Demenz auf die Vollendung ihres immer fragmentarischer werdenden Lebens vertrauen und darauf hoffen, dass ihren Betreuerinnen

[12] Becker 2006, 43.
[13] Barth, Karl: Die Lehre von der Schöpfung. Kirchliche Dogmatik, Zweiter Teil, Zürich 1948, 300 zitiert nach Becker 2006, 44.
[14] Grundzüge des Kitwoodschen Ansatzes der personenzentrierten Pflege und Kitwoods Buber-Rezeption sind nachzulesen bei Fröchtling 2008, 115-120 und 199-202.
[15] Becker 2006, 46.
[16] Vgl. Fröchtling 2008, 192-196.

„der Blick für das Unversehrte im Versehrten und das Unzerbrechliche im Gebrechlichen“[17] eröffnet wird. Zusammenfassend lässt sich sagen: „[D]ieser Glaube gibt uns die sichere Hoffnung, dass die jetzt erloschene Biographie bei der Auferstehung zur vollen Identität gelange, die bei Gott aufbewahrt ist, und dem Menschen wieder gegeben wird.“[18]

Die christliche Anthropologie sieht den Menschen als Ebenbild Gottes: als von Gott zum Bundespartner erwähltes, fragmenthaft auf Vollendung hin angelegtes Beziehungswesen. Dem entsprechend schreibt die evangelische Pfarrerin und Krankenhausseelsorgerin Lünstroth Regine: „Der Mensch in seinem Sosein – mit Gesundheit und Krankheit, mit Jugend und Alter, mit Kräften und mit Schwächen, mit Lebenslust und Freuden und Schmerzen und Leiden – ist kein Konstruktionsfehler Gottes, sondern Gottes Ebenbild.“[19]
In der Einleitung des Buches „Das Leben heiligen. Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz“[20] schreiben die Autorinnen: „Wir sind der Überzeugung, dass die Orientierung am jüdisch-christlichen Menschenbild hilft, Menschen mit Demenz und ihre Betreuenden bei der Bewältigung dieser Herausforderung [welche die Demenz an alle Betroffenen stellt] zu unterstützen.“[21] Dieser Überzeugung schließe ich mich an. Auf eben diesem christlichen Menschenbild basieren auch die weiteren Überlegungen dieser Diplomarbeit.

# 2. Demenz aus medizinischer Sicht

Als Basis für die Auseinandersetzung mit dem Thema „Validation und seelsorgliche Begleitung von Menschen mit Demenz“ wird in diesem ersten Kapitel das Thema „Demenz“ aus medizinischer Sicht dargestellt: Zuerst wird der Begriff Demenz erläutert, anschließend werden die häufigsten Formen von Demenzerkrankungen dargestellt und von anderen Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik abgegrenzt; im Zuge dessen werden auch die Schritte der Diagnosestellung erklärt. Beispielhaft für andere Demenzerkrankungen werden anhand der Alzheimer Demenz der Krankheitsverlauf, gängige Therapieansätze und sozialpsychologische Auswirkungen sowohl auf die Betroffenen selbst, als auch auf deren Angehörige und die Gesellschaft genannt. Diese Darstellungen sollen dem Leser/der Leserin

[17] Eglin et al. 2008, 11.
[18] Keetmann/Bejick 2005, 131.
[19] Lünstroth 2006, 36.
[20] Eglin et al. 2008.
[21] Eglin et al. 2008, 11.

ein grundsätzliches Verständnis für Demenzerkrankungen liefern, um darauf in dem anschließenden Kapitel Überlegungen zur Seelsorge in diesem Bereich aufbauen zu können.

## 2.1. Was ist Demenz?

In dem Begriff Demenz stecken die lateinischen Wörter „de“, „ohne, weg von“ und „mens“, „Geist, Verstand“. Das Wort „Demenz“ könnte also als „ohne Verstand“ oder „Geistlosigkeit“[22] übersetzt werden. Die Forscher J.E. Esquirol und P. Pinel verwendeten im 18. Jahrhundert den Begriff „Demenz“ zum ersten Mal und bezeichneten damit durch Gehirnläsionen oder Gehirnkrankheiten entstandenen geistigen Verfall und „Idiotie“.[23]

Unter dem Stichwort „Demenz“ ist in dem medizinischen Lexikon Springer zu lesen: „geistiger Verfall, der zum Abbau der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führt; das Bewusstsein ist nicht betroffen; […] sobald die Patienten nicht mehr in der Lage sind, die Anforderungen des täglichen Lebens zu meistern, ist die Definition der Demenz erfüllt.“[24]

Diese Definition bezieht sich auf eine sehr fortgeschrittene Demenz, in der die Betroffenen gar nicht mehr fähig sind, Alltagsaktivitäten auszuführen. Es gibt aber auch andere Quellen, welche die Bezeichnung Demenz schon dann verwenden, wenn leichte Einschränkungen in den Ausführungen von Aktivitäten des täglichen Lebens bestehen.

Krämer und Förstl weisen in ihrem 2008 neu überarbeiteten Buch „Alzheimer und andere Demenzformen“ darauf hin, dass Demenz keine Bezeichnung einer bestimmten Krankheit ist, sondern ein Beschwerdebild darstellt, welches im Zuge unterschiedlicher Erkrankungen auftreten kann. Verluste in mehreren Bereichen der geistigen Leistungsfähigkeit führen auch zu Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens.[25]

Auch Keetmann und Bejick beschreiben „Demenz“ als einen „Überbegriff für Leistungseinbußen und Verhaltensstörungen. […] Verwirrtheit ist keine Krankheit, sondern ein Symptom einer Erkrankung, eine Reaktion auf körperliche, psychische und bzw. oder

[22] Vgl. Fröchtling 2008, 84.
[23] Vgl. Gindl 2002, 35.
[24] Stichwort „Demenz“ in: Springer Lexikon Medizin 2004, 460.
[25] Vgl. Krämer/Förstl 2008, 12.

sozio-ökonomische Ursachen.“[26] Nicht nur körperliche, hirnorganische Veränderungen, sondern auch psychische[27] und sozio-ökonomische[28] Faktoren werden als Ursachen genannt, welche zur Entstehung von Demenz beitragen. Die Begriffe Verwirrtheit und Demenz werden bei den Autorinnen Keetmann und Bejick synonym verwendet. Da auch in anderen Quellen keine strikte Unterscheidung dieser Begriffe anzutreffen ist, wird auch in dieser Diplomarbeit keine Trennung gemacht.

Um verschiedene Krankheitsbilder objektiv erfassen und diagnostisch einordnen zu können, erarbeitete die Weltgesundheitsorganisation eine Klassifizierung von Krankheiten, welche im englischen als „International Classification of Deseases“, kurz ICD, bezeichnet wird und aktuell in der 10. Version vorliegt. Darin wird die Demenz (F00-F03) in dem Kapitel der psychischen Störungen als ein Syndrom bezeichnet, welches bei Krankheiten, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen, auftritt. Störungen höherer kortikaler Funktionen wie Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen sowie des Sozialverhaltens und der emotionalen Kontrolle ohne Bewusstseinseintrübung werden als Kriterien genannt.[29]

Zu den Veränderungen im kognitiven Bereich - wobei das Bewusstsein nicht betroffen ist - werden soziale und emotionale Komponenten der Demenz beim ICD in die Definition miteinbezogen.

Eine ähnliche Definition von Demenz findet sich auch bei Dal-Bianco und Schmidt, wobei diese noch den Aspekt der Differenzierung zur Minderbegabung einbauen: „Bei Vorliegen einer Demenz […] kommt es zum Abbau kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten, der zu einer Beeinträchtigung von sozialen und beruflichen Funktionen führt. Vor allem sind das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik, und bei einigen Formen auch die Persönlichkeit betroffen. Entscheidend ist der Verlust bereits erworbener Fähigkeiten im Unterschied zur angeborenen Minderbegabung. […] Die am häufigsten auftretende Demenzform, aber bei weitem nicht die einzige, ist die Alzheimer-Krankheit.“[30]

[26] Keetmann/Bejick 2005, 124.
[27] Keetmann/Bejick beschreiben z.B. eine lebenslange Depression oder verinnerlichte ungünstige Stress-Bewältigungsstrategien als psychische Ursachen für die Entstehung von Demenz.
[28] Als sozio-ökonomische Faktoren nennen Keetmann/Bejick die Übersiedlung in ein Pflegeheim, den Tod des Lebenspartners/der Lebenspartnerin und finanzielle Fremdbestimmung.
[29] Vgl ICD-10-GM Version 2008, Kapitel 5.
[30] Dal-Bianco/Schmidt 2008, 118.

Wie aus diesem Zitat bereits hervor geht, gibt es verschiedene Formen von Demenz, welche sehr wohl als eigene Krankheiten und nicht nur als Symptome verschiedener Krankheitsbilder angesehen werden.

## 2.2. Formen von Demenz

Als die häufigsten Demenzformen werden die Alzheimer-Demenz (60-80%), die vaskuläre Demenz (15-20%) und die Lewy-Körperchen-Demenz (7-20%) beschrieben. Andere Demenzformen sind selten (zusammen weniger als 10%) und noch wenig erforscht.[31]
Ab dem Alter von 65 Jahren steigt die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Die Mediziner Krämer und Förstl schreiben, dass 9% der 75-Jährigen und 40% aller 85-Jährigen eine Demenzerkrankung aufweisen.[32] Über 95% aller Demenzerkrankungen haben ihren Beginn nach dem 65. Lebensjahr. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu, weshalb Demenz als „typische Alterskrankheit“ bezeichnet werden kann.[33] Im Folgenden werden die neuropathologischen Hintergründe und Symptome der häufigsten Demenzkrankheiten näher dargestellt.

### 2.2.1. Alzheimer-Demenz (AD)

Die Bezeichnung geht auf den deutschen Neuropathologen und Psychiater Alois Alzheimer (1864-1915) zurück, welcher als Erstbeschreiber dieser Krankheit gilt. Auch die von ihm entdeckten Veränderungen im Gehirn werden als Alzheimer-Neurofibrillen und Alzheimer-Plaques bezeichnet.[34]

Folgende klinische Charakteristika[35] legen die Diagnose AD nahe:

- Gedächtnis-Beeinträchtigungen
- schleichend progredienter Verlauf

[31] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 86.
[32] Vgl. Krämer/Förstl 2008, 22.
[33] Vgl. Krämer/Fröchtl 2008, 21.
[34] Die erste Veröffentlichung von Alois Alzheimer ist nachzulesen bei Krämer/Förstl 2008, 191-193.
[35] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 89.

- eines oder mehrere der folgenden neuropsychologischen Defizite: Aphasie, Apraxie, Agnosie
- funktionelle Beeinträchtigungen im familiären, sozialen und beruflichen Bereich (im Vergleich zu früher)
- klare Bewusstseinslage
- Symptome bestehen länger als 6 Monate

Als Bestätigung für das Vorliegen einer AD gelten drei neuropathologische Veränderungen im Gehirn, welche allerdings nur post mortem durch eine histologische Untersuchung festgestellt werden können. Dies sind: 1. neuritische Plaques und Neurofibrillendegeneration, 2. Verlust von Neuronen, welcher zu einer Hirnatrophie führt und 3. Unterbrechung der synaptischen Verbindungen. Alle drei Merkmale müssen nicht zwingend zu dem klinischen Bild einer Demenz führen. In der Fachliteratur wird darauf hingewiesen, dass auch bei Menschen, welche zu ihren Lebzeiten keine dementiellen Symptome aufgewiesen haben, die vorhin genannten neurohistologischen Veränderungen festgestellt werden konnten, und auch umgekehrt Menschen mit der Diagnose AD lebten, bei denen im Zuge der postmortalen Gehirn-Autopsie diese Neuropathologien nicht erkennbar waren.[36]
Zusätzlich konnte bei AD im Vergleich zu gleichaltrigen Menschen ohne AD neurochemische Veränderungen festgestellt werden; der Neurotransmitter Acetylcholin weist einen um 30-75% verminderten Gehalt auf.[37]
Laut ICD-10 wird die AD beschrieben als „primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.“[38]
Es wird AD mit frühem Beginn, vor dem 65. Lebensjahr, von der weitaus häufigeren AD mit spätem Beginn, also nach dem 65. Lebensjahr unterschieden. Andere Bezeichnungen sind auch präsenile bzw. senile Demenz vom Alzheimer-Typ oder primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ.

[36] Vgl. Fröchtling 2008, 90.
[37] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 88.
[38] ICD-10-GM 2008, F00.

### 2.2.2. Vaskuläre Demenz (VD)

Im Gegensatz zur AD, bei der Neuropathologien die Ursache für die Demenz darstellen, liegen der VD[39] Veränderungen der kranialen Blutgefäße zu Grunde, welche zu multitopen Durchblutungsstörungen des Gehirns führen. VD ist die zweithäufigste Demenzform (15-20%). Mittels CCT oder MRT können mehrere ischämische zerebrale Infarkte nachgewiesen werden. Darum wird die VD auch Multiinfarkt-Demenz genannt. Die Symptomatik ist abhängig von den betroffenen Hirnarealen und kann sich in sehr unterschiedlichen kognitiven Teilbereichen zeigen. Typisch für die VD sind ein plötzlicher Beginn und ein fluktuierender Verlauf, d.h. dass sich phasenweise die Gedächtnisleistungen und der Allgemeinzustand der Patientinnen bessert bzw. episodisch verschlechtert. Bei der AD hingegen ist es zumeist ein kontinuierliches Nachlassen kognitiver Fähigkeiten. Oft sind bei der VD Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen zu Beginn der Demenz auffallender als die kognitiven Beeinträchtigungen.
Für die VD gelten, wie für alle vaskulären Erkrankungen, folgende Risikofaktoren: Rauchen, Hypercholesterin, Übergewicht, arterielle Hypertonie, Stress. Die Behandlung dieser Risikofaktoren ist ein wichtiger Aspekt der Therapie und Sekundärprävention.
Im ICD-10 werden mehrere Arten der VD erwähnt.[40]
Als Checkliste für den Neurologen werden auf der Homepage der Gedächtnisambulanz am AKH Wien für die VD folgende Punkte genannt:[41]

- fluktuierender Verlauf der kognitiven Einbußen
- vaskuläre Risikofaktoren (Anamnese)
- neurologische Herdzeichen (Anamnese)
- Infarktareale im CT/MRT
- Gefäßveränderungen (Ultraschall)

[39] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 106-108.
[40] Vgl ICD-10-GM 2008, F01.
[41] http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag15.htm, download: 25.3.2009.

### 2.2.3. Lewy-Körperchen-Demenz (Lewy-body-disease, DLB)

Zu den schon länger bekannten, im Vorhergehenden beschriebenen, zwei Demenz-Formen wurde eine weitere entdeckt, welche 7-20% aller Demenzformen ausmacht und somit die dritthäufigste Demenz-Form ist.[42] Ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Karl C. Mayer, schreibt, dass die DLB mit 15-36 % die zweithäufigste Demenzerkrankung sei.[43]

Die Bezeichnung Lewy-Körperchen-Demenz hat sich gegenüber anderen Benennungen wie AD mit Parkinson-Krankheit, Lewy-body-Variante der AD, senile Demenz vom Lewy-Körperchen-Typ durchgesetzt.

Die Hauptsymptome und Kriterien für die Diagnose einer DLB sind:

- allmählich progrediente Demenz mit fluktuierenden kognitiven Leistungen
- Veränderungen von Aufmerksamkeit und Vigilanz
- rezidivierend auftretende, konkrete optische Halluzinationen
- spontane motorische Parkinson-Symptome (Rigor, Tremor und Akinese)
- rezidivierende Stürze und Synkopen
- kurz dauernde Bewusstseinsverluste
- Neuroleptika-Hypersensitivität
- systematisierter Wahn

Mit Hilfe von bildgebenden Verfahren kann eine temporal betonte Hirnatrophie nachgewiesen werden. Bei einer Autopsie können zusätzlich intrazelluläre Einschlusskörperchen, sogenannte Lewy-Körperchen, in bestimmten Arealen des Gehirns festgestellt werden.

### 2.2.4. Demenz in Verbindung mit anderen Krankheiten

Neben den chronisch progredienten, irreversiblen Demenzkrankheiten AD, VD und DLB gibt es auch Ursachen, bei denen sich die Demenzsymptomatik wieder vollständig zurückbilden

[42] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 108-110.
[43] Vgl. http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1023, download: 3.3.2009.

kann, sobald die Grunderkrankung behandelt wurde. Ursachen solcher potentiell reversiblen Demenzen können sein:[44]

*2.2.4.1. Neurologische Erkrankungen:*

- verschiedene intrakranielle Tumore
- subdurale Hämatome
- Schädelhirntraumen
- Hydrozephalus
- Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems (wie z.B.: Meningitis, Enzephalitis, Neuroborelliose)
- Epilepsie

*2.2.4.2. Internistische Erkrankungen:*

- Schilddrüsen-Funktionsstörungen (Hyper- oder Hypothyreose)
- Renale/hepale Organerkrankungen
- Endokrine Erkrankungen
- Exsikkose
- Mangelernährung (besonders bei Mangel von: Folsäure, Vitamin B 6, Vitamin B 12)
- Hypoglykämie
- Hypercalcämie
- Toxine (Schwermetalle, Alkohol, Lösungsmittel)

*2.2.4.3. Psychiatrische Erkrankungen:*

- Depressionen
- Schizophrenien
- Neurotische Störungen
- Drogen- oder Medikamenten-Abhängigkeit

[44] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 86-87 und deMensch 2009, Stichwort Demenz/Ursachen.

## 2.3. Diagnose von Demenzerkrankungen

Wie schon erwähnt, ist eine endgültige Diagnose z.B. von AD erst durch eine Hirnautopsie nach dem Tod eines Menschen sicherzustellen. Auf Grund des klinischen Erscheinungsbildes, der Anamnese und neuropsychologischer Testergebnisse kann AD als Verdachtsdiagnose bereits zu Lebzeiten gestellt werden. Zuvor sollten allerdings umfangreiche Untersuchungen durchgeführt werden.
Um andere hirnschädigende Erkrankungen ausschließen zu können und das Ausmaß und den Verlauf der Demenz quantifizieren zu können, sind folgende diagnostische Maßnahmen anzuwenden:

### 2.3.1. Anamnese

- Eigenanamnese: Das subjektive Empfinden von Gedächtnisschwierigkeiten ist besonders für die Früherkennung wichtig. Die Gedächtnislücken werden zu Beginn einer Demenzerkrankung oft geschickt versteckt. So bleibt die Problematik für die Umgebung lange Zeit unbemerkt.
- Außenanamnese: Wenn kognitive Defizite von den Betroffenen selbst nicht eingestanden werden, dann können Aussagen von Kontaktpersonen Aufschluss geben.
- Sozialanamnese: Wie weit können die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Kontakte zu anderen Menschen noch selbstständig organisiert und durchgeführt werden? Zeigen sich Probleme bei komplexeren Alltagserledigungen und im Sozialverhalten?

### 2.3.2. Neuropsychologische Tests

Diese sollen die vorhandenen kognitiven Leistungen objektivierbar und quantifizierbar machen. Als Kritikpunkt an Gedächtnis- und Denkleistungstests wird genannt, dass das frühere geistige Niveau eines Menschen nicht berücksichtigt werde und das Testergebnis lediglich eine Momentaufnahme darstelle.[45] Folgende Testinstrumente werden zur Gedächtnis- und Denkleistungsbeurteilung häufig eingesetzt:

[45] Vgl. Fröchtling 2008, 88.

Mini-mental-state-examination (MMSE) oder Mini Mental Status-Test (MMST)[46]
Uhrentest[47]
Zahlen-Verbindungstest[48]

### 2.3.3. Psychiatrische Abklärung

25% der Menschen mit Gedächtnisproblemen leiden an einer „Pseudodemenz", d.h. eine psychische Erkrankung, meist eine Depression, bewirkt die Gedächtnisstörung auf Grund von einer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche. Eine Behandlung mit Antidepressiva über drei Monate verbessert in diesen Fällen sowohl die depressive als auch kognitive Symptomatik.[49] Depressionsskalen wie z.B. die Geriatric-Depression-Scale oder die Hamilton-Depressions-Skala dienen einer differenzialdiagnostischen Abgrenzung zum depressiven Syndrom. Es kann im Zuge der Demenzerkrankung zu einer reaktiven Depression kommen, welche mitbehandelt werden muss.[50] Auch andere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder neurotische Störungen müssen abgeklärt werden, um die entsprechenden Therapieansätze wählen zu können.

### 2.3.4. Internistische Untersuchung

Mit internistischen Untersuchungen (Blutbild, Elektrolyte, Nierenfunktionswerte, Leberfunktionswerte, Blutzucker, Schilddrüsenfunktionswerte, Vitaminhaushalt, Folsäure-Konzentration) sollen internistische Krankheiten ausgeschlossen werden.
Mittels bildgebender Verfahren wie CCT oder kraniellem MRT können raumfordernde Prozesse oder Entzündungen als Ursache der Demenz-Symptomatik nachgewiesen bzw. ausgeschlossen werden.

### 2.3.5. Schritte zur Demenzerkennung

Die Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen am Wiener AKH hat das schrittweise Vorgehen zur Demenzerkennung sehr übersichtlich in einer Tabelle zusammengefasst:

[46] Siehe Anhang 4.
[47] Siehe Anhang 3.
[48] Vgl. Fröchtling 2008, 88.
[49] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 98.
[50] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 91.

**Schlüsseltabelle**[51]

| | **Patient und Begleitung** | **Prakt. Arzt (Hausarzt)** | **Nervenfacharzt** |
|---|---|---|---|
| Kognition | Vergeßlichkeitsbogen (VB) | MMSE<br>Uhren-Test | Klinische Differentialdiagnose (Checklisten) |
| Funktion | Alltagstest (AT) | Bewertung von VB und AT | |
| Verhalten | Vergeßlichkeitsbogen<br>Alltagstest | Bei Demenzverdacht wird der Patient mit den Ergebnissen von VB, AT, MMSE ≥ 26 und Uhrentest ≥ 5 an den Nervenfacharzt überwiesen | Neuropsychol. Test<br>Labor<br>Apparative Untersuchungen |

Der Vergesslichkeitsbogen (VB)[52] wurde von der Gedächtnisambulanz der Neurologischen Universitätsklinik am AKH Wien entwickelt und dient einer ersten Selbsteinschätzung. Er enthält 21 Fragen zu Kognition, Gemütsverfassung, Sinnesorgane und Umwelteinflüsse und soll von der betroffenen Person und einer Angehörigen ausgefüllt werden. In der Einleitung zu dem Fragebogen wird darauf hingewiesen, dass Gedächtnisstörungen auch behandelbar und sogar heilbar sein können und es wichtig sei, eine tatsächliche Erkrankung von einem dem Alter entsprechenden Erinnerungsvermögen abzugrenzen.

Der Alltagstest (AT)[53] dient zusätzlich zum VB dazu abzuklären, ob bei den Aktivitäten des täglichen Lebens - aufgeteilt in „Im Wohnbereich“, „Außerhalb des Wohnbereichs“, „Kommunikation und Hobbys“ - sowie bei der Gemütsverfassung Veränderungen bzw. Beeinträchtigungen wahrgenommen werden. Die Wahrnehmung umfasst sowohl die Eigen-

[51] http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag04.htm, download: 25.3.2009. In die Tabelle hat sich ein Fehler eingeschlichen: bei einem MMSE ≤ 26 und Uhrentest ≤ 5 soll eine Überweisung zum Neurologen stattfinden.
[52] Siehe Anhang 1.
[53] Siehe Anhang 2.

als auch die Fremdeinschätzung durch eine Angehörige. Anzumerken sei, dass bei diesem Test das frühere Aktivitätsniveau mit der Ankreuzoption „0 = früher nie durchgeführt“ berücksichtigt wird. Dadurch ist der Kritikpunkt, Gedächtnistests würden die frühere Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigen, entkräftet.
Durch diese Eigeneinschätzung passiert Bewusstseinsbildung, Enttabuisierung und in gewisser Weise auch eine erste Aufklärung bei den Betroffenen. Es wird versucht, dem Thema „Vergesslichkeit“ seinen Schrecken zu nehmen, ohne unseriös Warnsignale zu verharmlosen.
Da aus Angst und Scham kognitive Defizite oft lange nicht eingestanden und vor der Umgebung verborgen gehalten werden, „sind Selbstbeurteilungstests, Aufklärungsarbeit und eine Enttabuisierung der Vergesslichkeit für die Früherkennung wichtig.“[54] Dieser Forderung entsprechend leisten der VB und AT einen wichtigen Beitrag zur Demenzfrüherkennung.

## 2.4. Verlauf von Demenzerkrankungen

### 2.4.1. Verlaufformen von Demenz

Da die AD die weitaus häufigste Demenzform darstellt und die klinische Symptomatik sowie die Therapieansätze anderer Demenzformen mit denen von AD vergleichbar sind, wird im Folgenden der Verlauf und das Erscheinungsbild für AD-Patientinnen beschrieben, ohne auf die Manifestationen anderer Demenzformen näher einzugehen.
In der Literatur findet sich oft eine Stadieneinteilung der AD in verschiedene Phasen, wobei auch stark betont wird, dass der klinische Verlauf wie auch das Erleben dieser Krankheit sehr individuell ist. Diese kurz skizzierte, generalisierte Klassifizierung soll als Basis dienen, um den Blick auf den konkreten Menschen mit Demenz verständnisvoll zu öffnen.

### 2.4.2. Krankheitsverlauf von AD

Geringe kognitive Störungen, auch mild cognitive impairment (MCI) genannt, liegen vor, wenn eine Person subjektiv Gedächtnisprobleme empfindet und auch bei neuropsychologischen Tests schwächer abschneidet als unauffällige Vergleichspersonen

[54] Dal-Bianco/Schmidt 2008, 90.

derselben Altersklasse. Die Aktivitäten des täglichen Lebens können ohne Probleme durchgeführt werden, nur bei außergewöhnlichen, komplexeren Aufgaben treten Schwierigkeiten auf.[55] Bei ca. 15% der Personen mit MCI verstärken sich die Gedächtnisprobleme innerhalb eines Jahres so weit, dass von einer tatsächlichen AD gesprochen werden kann.[56]

#### *2.4.2.1. 7-Stufige Einteilung der AD*

Krämer und Förstl geben eine 7-Stufige Verschlechterungsskala der AD nach Reisberg an.[57]
Bei den Stadien „1. Unauffällig“ und „2. Fragliche Störungen“ sind noch keine Gedächtnisstörungen für die Umgebung, höchstens für den Betroffenen selbst auffällig.
Im Stadium „3. Geringe Störungen“ sind einige Defizite wie Wortfindungsstörungen, schlechtes Namensgedächtnis neu vorgestellter Personen, Verlegen und Verlieren von Gegenständen für Angehörige bereits bemerkbar, auch wenn die Betroffenen diese oft versuchen zu überspielen.
Bei „4. Mäßige Störungen“ sind Erinnerungslücken kurz zurückliegender Ereignisse, Schwierigkeiten bei komplexeren Denk- oder Rechenaufgaben und Orientierungsprobleme an fremden Orten vorhanden, dennoch können diese Menschen ihren Alltag noch eigenständig bewältigen.
Im Stadium „5. Mittelschwere Störungen“ sind die Betroffenen bereits auf Hilfe anderer angewiesen, da bereits sehr grundlegende Dinge wie die eigene Adresse, zeitliche Orientierung und die Körperpflege Probleme bereiten.
Persönlichkeitsstörungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Unruhe, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus und teilweise aggressives Verhalten kommen in dem Stadium „6. Schwere Störungen“ hinzu.
Das letzte Stadium „7. Sehr schwere Störungen“ ist gekennzeichnet durch einen weitgehenden Verlust der Sprach- und Gehfähigkeit sowie einen Kontrollverlust über Miktion und Defäkation.
Eine kurze Zusammenfassung der Verschlechterungsskala nach Reisberg findet sich auf der Homepage der Gedächtnisambulanz des AKH Wien:[58]

[55] Die klinischen MCI-Kriterien vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 87.
[56] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 98.
[57] Vgl. Krämer/Förstl 2008, 184-186.
[58] Für die ausführliche Langversion siehe Anhang 5.

Globale Verschlechterungsskala nach Reisberg[59]

| Stadium | Klinische Merkmale |
|---|---|
| **1** | keine |
| **2** | Subjektive Vergeßlichkeit, normaler Untersuchungsbefund |
| **3** | Vom familiären Umfeld wahrgenommene Schwierigkeiten |
| **4** | Mobilität, Rechenvermögen, Kurzzeitgedächtnis, u. a. eingeschränkt |
| **5** | Hilfe bei Kleiderauswahl nötig, örtliche und zeitliche Orientierung deutlich eingeschränkt |
| **6** | Hilfe beim Essen und bei der Körperpflege nötig; Patient desorientiert; hochgradige Sprachverarmung |
| **7** | Sprachverlust, Inkontinenz, motorische Rigidität |

Da immer wieder betont wird, wie individuell unterschiedlich der Verlauf des Demenzprozesses bei AD-Patientinnen ist, ist eine so differenzierte Unterteilung in sieben Stadien meiner Meinung nach nicht notwendig. Fröchtling[60] beschreibt eine „erste Demenzphase", ein „mittleres Demenzstadium" und „späte und letzte Phasen". Diese Grobeinteilung erscheint mir für einen Ein- und Überblick in den Demenzprozess ausreichend.

### *2.4.2.2. Einteilung in frühe, mittlere und späte Phasen der AD*

Die erste Demenzphase

Anfänglich nur für den Betroffenen, später auch für die Umgebung, fallen Störungen des episodischen Neugedächtnisses, des semantischen Gedächtnisses (Wortfindungsstörungen) und der räumlichen Orientierung auf. Diese Leistungsdefizite werden von den Betroffenen als solche wahrgenommen und es wird versucht, diese vor sich und der Umwelt zu verleugnen.

[59] http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag20.htm, download: 25.3.2009.
[60] Vgl. Fröchtling 2008, 97-102.

Viele reagieren mit Wut und aggressivem Verhalten auf die bewusst erlebte, eigene Vergesslichkeit. Andere werden depressiv und verstummen und ziehen sich immer mehr von sozialen Kontakten zurück. Fröchtling nennt Menschen mit beginnender Demenz „WeltenbummlerInnen in zwei Welten“[61], die teilweise noch bewusst erkennen, wie ihre Welt der Vergangenheit mit der Welt der Gegenwart verschmilzt.

Das mittlere Demenzstadium

Dieses Verschwimmen von Vergangenheit und Gegenwart wird nicht mehr bewusst wahrgenommen. Vergangenes ist nicht in der Erinnerung, sondern als erlebte Gegenwart präsent. Für den Alltag werden zunehmend mehr Hilfestellungen benötigt, der Beruf kann nicht mehr weiter ausgeübt werden. Folgende Bereiche sind nun zunehmend beeinträchtigt:

- Gedächtnis: nicht nur das Kurzzeit-, sondern auch immer mehr das Langzeitgedächtnis wird lückenhaft; auch altbekannte Gesichter werden nicht mehr erkannt.
- Alltagsbewältigung: Nicht nur komplexe Tätigkeiten wie z.B. das Bedienen von Haushaltsgeräten, sondern auch die alltäglichen Routinearbeiten wie Ankleiden, Körperpflege, Essenseinnahme werden nur noch mit Hilfe bewältigt.
- Orientierung: Nicht nur an unbekannten Orten, sondern auch zunehmend in den eigenen vier Wänden ist die räumliche Orientierung nicht mehr gegeben.
- Wahrnehmung: Personen und Ereignisse aus früheren Zeiten werden als präsent wahrgenommen und auch „gesehen“.
- Zeitgefühl: Menschen in dieser Phase der Demenz leben ausschließlich in ihrem Hier und Jetzt; „Weil ausschließlich das Jetzt real ist, kann auch unbekümmert genossen und aus vollem Herzen gelacht werden; der Kummer von gestern oder die Unsicherheit von morgen fallen einem nicht mehr zur Last.“[62] Diese positive Seite des Vergessens sei nicht in Abrede gestellt, dennoch möchte ich kritisch anmerken, dass der Kummer von gestern nicht nur vergangen und vergessen, sondern auch als Kummer von heute präsent sein kann. Dann wird nicht nur aus vollem Herzen gelacht, sondern auch geweint.
- Stimmung: Unvermittelte Stimmungsschwankungen und auch neue Wesenszüge der Persönlichkeit treten hervor.
- Antrieb: Sowohl gesteigerter Antrieb und motorische Unruhe, als auch das Gegenteil, Apathie, können dieses mittlere Demenzstadium charakterisieren.

[61] Fröchtling 2008, 99.
[62] Buijssen 1997, 41.

Späte und letzte Phasen

Die verbale Kommunikation wird immer schwieriger.
Auch das Gehen wird zunehmend langsamer, unsicherer. Dies kann bis zu völliger Immobilität und Bettlägerigkeit führen. Die Nahrungsaufnahme ist problematisch; Schluckstörungen und Nahrungsverweigerung stellen eine Herauforderung in der Pflege dar. In diesen Phasen ist die Blasen- und Darmentleerung nicht mehr kontrollierbar. Die Menschen mit Demenz brauchen nun eine 24-Stunden-Betreuung.

### *2.4.2.3. Verlaufsbeschreibung der AD durch Demenzgesetze*

Buijssen geht von zwei „Demenzgesetzen“[63] aus, von dem sich alle Symptome als direkte oder indirekte Konsequenz ableiten lassen. Zum einen ist dies die gestörte Einprägung, was bedeutet, dass Informationen nur noch 20-30 Sekunden im Kurzzeitgedächtnis bleiben und nicht in ein länger andauerndes Gedächtnis übertragen werden können. Als primäre Konsequenzen ergeben sich daraus:

- zunehmende räumliche und zeitliche Desorientierung
- wiederholtes Nachfragen und das Erzählen immer gleicher Geschichten
- Probleme, Neues zu erlernen
- ständiges Suchen nach Gegenständen
- Unsicherheit bezüglich neu kennen gelernter Menschen
- Unfähigkeit, zukunftsorientiert Verabredungen zu planen und einzuhalten
- schnelle Stimmungswechsel

Diese primären Konsequenzen führen weiters zu:

- Vermeidung von Außenkontakten und sozialer Rückzug, um problematischen Situationen aus dem Weg zu gehen
- Initialverlust bis hin zu einer apathischen Grundhaltung
- Ausreden, ausweichende Antworten, Automatismen
- Verleugnung der eigenen Unzulänglichkeiten durch Beschuldigungen anderer, um das Gesicht vor sich selbst und anderen zu wahren

[63] Buijssen 2003, 26-38.

- Anhänglichkeit an primäre Bezugspersonen, welche zumindest anfänglich noch Vertrautheit bieten
- Aggressivität, Depressivität oder Misstrauen als Reaktion auf das Erleben der eigenen Vergesslichkeit
- „Hamstern“, um vertraute Dinge festzuhalten und anzusammeln

Als zweites grundlegendes Demenzgesetz beschreibt Buijssen die Abwicklung bzw. den Verlust des Langzeitgedächtnisses.[64] Die Konsequenzen daraus sind:

- Abbau intellektueller Fähigkeiten wie Rechnen, Lesen, Schreiben, logisches Denken
- Vergessen vergangener Lebensabschnitte
- Verlust instrumenteller Fähigkeiten hin zur Apraxie
- Verlernen des sozial angepassten Verhaltens
- zunehmender Sprachverlust bis hin zur Aphasie
- auch lange Bekannte wie die eigenen Kinder oder der Partner werden nicht mehr erkannt
- basale Tätigkeiten des Alltags, wie Essen, Körperpflege, Anziehen können nicht mehr bewältigt werden
- Persönlichkeitsveränderungen

## 2.5. Therapieansätze

Für AD, VD, DLB sind bisher keine Therapien bekannt, mit denen eine Heilung erzielt werden könnte. Die Therapieansätze aus dem Bereich der Pharmakologie sowie nicht-medikamentöser Therapien spielen im chronisch progredienten Demenzprozess eine wichtige begleitende, aber keine kurative Rolle.

### 2.5.1. Medikamentöse Therapieansätze

Die medikamentöse Behandlung zielt einerseits darauf ab, die kognitive Leistungsfähigkeit zu erhalten bzw. zu verbessern (Antidementiva) und andererseits, die Begleitsymptome von

[64] Vgl. Buijssen 2003, 39-45.

Demenz wie Depression, Schlafstörungen, Agitiertheit, Aggression, Angstzustände, Halluzinationen und paranoid gefärbten Wahn zu reduzieren (Psychopharmaka).

Welche Produkte in Österreich am Markt erhältlich sind und bei AD und anderen Demenzformen empfohlen werden, ist in dem Konsensuspapier zum Thema „Alzheimer, Vaskuläre und andere Demenzformen“[65] der Österreichische Alzheimer Liga (ÖAL) nachzulesen. Wissenschaftlicher Evidenzgrad und klinischer Empfehlungsgrad sind auch in der Kurzfassung dieses Expertenpapiers angegeben.

Antidementiva, welche an unterschiedlichen Stellen ansetzen, werden abhängig vom Schweregrad der Demenz (die MMSE-Punkteanzahl wird hierfür herangezogen) und der individuellen Verträglichkeit eingesetzt. Antidementiva mit Evidenz basiertem Wirksamkeitsnachweis[66] sind:
Cholinesterasehemmer: Donepezil, Galantamin, Rivastigmin
Glutamatrezeptorantagonist: Memantin
Nootropika[67]: Cerebrolysin, Ginko

Die psychischen Begleitsymptome sollten primär ohne Medikamentengabe so weit in den Griff bekommen werden, dass die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Betreuerinnen nicht zusätzlich verschlechtert wird bzw. keine Selbst- oder Gemeingefährdung vorliegt. „Wenn möglich sollten die Symptome mit Zuwendung, Beruhigung und Ablenkung ohne Medikation behandelt werden.“[68]
Zur Unterstützung können auch verschiedene Psychopharmaka je nach psychischer Symptomatik eingesetzt werden.[69]

Es werden weitere verschiedene Bereiche der Therapieoptionen bei Demenz erforscht. Evidenz basierte Ergebnisse und Empfehlungen gibt es aus den Bereichen der β-Amyloid-Antikörper, Nervenwachstumsfaktoren, Antirheumatika, Hormonersatztherapie und Genetik noch keine.

[65] Eine Kurzfassung davon ist auf der Homepage der ÖAL einsehbar und als Download erhältlich unter: http://www.alzheimer-liga.at/kurzfassung.pdf
[66] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 101-103 und Fröchtling 2008, 103-106.
[67] Das sind Mittel, welche die Sauerstoffversorgung des Gehirns verbessern.
[68] Dal-Bianco/Schmidt 2008, 103.
[69] Vgl. Dal-Bianco/Schmidt 2008, 103ff.

Die medikamentöse Therapie ist nur ein Teil der interdisziplinären Behandlungsmöglichkeiten. Im folgenden Kapitel werden einige nicht-medikamentöse Therapieansätze genannt und kurz beschrieben. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte; die hier getroffene Auswahl steht nicht unter dem Anspruch der Vollständigkeit. Vielmehr soll aufgezeigt werden, wie unterschiedlich die Zugangsweisen zu Menschen mit Demenz sein können und welche Aspekte jeweils betont werden. Häufige, in der aktuellen Literatur genannte Zugänge zu Menschen mit Demenz werden in Grundzügen vorgestellt.

### 2.5.2. Nicht-medikamentöse Therapieansätze

Sowohl Dal-Bianco/Schmidt[70] wie auch das Konsensuspapier[71] der ÖAL nennen nicht-medikamentöse Therapieformen zur Verbesserung bzw. möglichst langen Erhaltung der Gedächtnis- und Alltagsfunktionen sowie zur Steigerung des Wohlbefindens und der Stimmung der Betroffenen. Nicht nur bloße Aufzählungen, sondern kurze Beschreibungen der einzelnen Interventionsmethoden finden sich bei Fröchtling[72] und Böhme[73]. Der folgende Überblick basiert auf den zwei zuletzt genannten AutorInnen.

#### *2.5.2.1. Soziotherapie/Milieutherapie*

Großteils werden diese Begriffe synonym verwendet. Es wird davon ausgegangen, dass sowohl das soziale wie auch das räumliche Umfeld Auswirkungen auf die demente Person haben. Das zwischenmenschliche wie auch räumliche Milieu sollen Orientierung und Sicherheit vermitteln und dadurch das Wohlbefinden steigern. Durch regelmäßige Angehörigenbesuche, vertraute Möbel, eine geregelte Tagesstruktur, welche sich an früheren Gewohnheiten und Bedürfnissen der Erkrankten orientiert, helle, freundliche Räume und mögliche Tierkontakte soll eine Atmosphäre geschaffen werden, welche Unsicherheit, Angst und Unruhe nimmt und Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

[70] Vgl Dal-Bianco/Schmidt 2008, 105.
[71] Vgl. http://www.alzheimer-liga.at/kurzfassung.pdf, download: 15.3.2009.
[72] Vgl. Fröchtling 2008, 107-126.
[73] Vgl. Böhme 2008, 63-124.

### 2.5.2.2. Wahrnehmungstherapie/Snoezelen

Ähnlich wie bei der Soziotherapie wird auch bei der Wahrnehmungstherapie versucht, durch die Reize aus der Umgebung Wohlbefinden und Entspannung zu fördern. Wahrnehmungstherapie oder „sensorische Stimulation“[74] sind Überbegriffe für Methoden, welche die Stimulation der Sinne als Basis der Therapie haben. Dazu gezählt werden z.B. Aromatherapie, Basale Stimulation und auch Snoezelen. Diesen Konzepten ist gemeinsam, sinn-hafte Erfahrungen zu ermöglichen, um das Leben als sinn-voll erlebbar zu machen. Für das Konzept Snoezelen gibt es bereits Publikationen für die Anwendung bei Menschen mit Demenz.[75] Snoezelen wurde in den 60er Jahren in den Niederlanden entwickelt und wird nun im gerontopsychiatrischen Bereich in Österreich häufig angewandt. Der Begriff Snoezelen setzt sich zusammen aus den niederländischen Bezeichnungen für „schnuppern“ und „dösen“. In eigenen Rückzugsräumen, auch Snoezelenrräume genannt, können Demenzkranke auf Sofas sitzend leise Hintergrundmusik, Licht- und Farbimpulse auf sich wirken lassen und Gegenstände ertasten und beschnuppern. Alle Sinnesorgane werden angesprochen und als Zugänge zu den dementen Personen genutzt. Kennt man den primären Wahrnehmungskanal, so kann dieser gezielt stimuliert werden. Snoezelen hat bei Menschen mit Demenz positive Auswirkungen auf Angst-, Unruhe- und Spannungszustände und kann so die Lebensqualität fördern.

### 2.5.2.3. Realitätsorientierungstraining (ROT)

Dieses Konzept geht davon aus, dass Menschen eine bessere Orientierung bekommen, wenn sie möglichst oft auf die örtliche, zeitliche und die Person betreffende Realität hingewiesen werden. Angehörige und Pflegende sollen permanent Informationen zur aktuellen Zeit und dem Ort geben und auch die Betroffenen immer wieder danach fragen. Auch visuelle und akustische Orientierungshilfen (Kalender, Uhren, Spiegel, Zimmerbeschriftungen) sollen dementen Personen Aufschluss über das Hier und Jetzt geben. Dies soll ihnen helfen, den Realitätsbezug nicht zu verlieren und sich in ihrer unmittelbaren Umgebung zurechtzufinden.
ROT gehört zu den häufigsten derzeit angewandten Methoden, sollte allerdings nur bei Menschen mit beginnender Demenz eingesetzt werden, da sie in schwereren Fällen eine

[74] Feil 2005, 122.
[75] Vgl. Ditmar 2004.

Überforderung darstellt und sich ungünstig auf das Wohlbefinden der Erkrankten auswirken kann.

#### *2.5.2.4. Erinnerungstherapie, Biografie-Therapie oder Reminiszenztherapie*

Ganz im Gegenteil zum ROT ist diese Methode an der Vergangenheit der dementen Person orientiert. Über Fotos, Musik oder bekannte Haushaltsgeräte sollen die Betroffenen angeregt werden, sich an Situationen aus der Vergangenheit zu erinnern und von ihrem Leben zu erzählen. Dadurch soll eine Verbindung zwischen Betreuerin und Betreuten entstehen, welche einerseits zu mehr Verständnis bei den Betreuerinnen und andererseits zu mehr Selbstwertgefühl und Identität für die Demenzkranken führt. Auch diese Methode ist auf gewisse kognitive Fähigkeiten angewiesen und daher in einem sehr fortgeschrittenen Demenzstadium nicht mehr sinnvoll.

#### *2.5.2.5. Validation*

Wieder eine ganz neue Zugangsweise zu Menschen mit Demenz bietet das Konzept der Validation nach Naomi Feil. Diesem in den 1980er Jahren publik gewordenen Konzept wird in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Ähnlich wie bei ROT, setzt auch die Validation bei der Realität an, allerdings bei der Realität der dementen Person. All die Bilder, Geschichten und Gefühle, welche für den verwirrten Menschen präsent sind, werden ernst genommen und als valide, also gültig, angenommen. Gindl beschreibt Validation als „eine einfühlende Kommunikationsmethode", die „für den besseren Umgang mit sehr alten, desorientierten Menschen entwickelt"[76] wurde. Feil selbst streicht auch den Kommunikationsaspekt heraus und schreibt: „Validation ist ein Prozess, durch den verwirrte, sehr alte Menschen verbal und nonverbal kommunizieren können, egal, was sie gerade auf dem Herzen haben oder wo sie in Gedanken sind."[77] Mit Hilfe verschiedener Techniken soll ein Zugang zu dem Menschen mit Demenz eröffnet werden, wodurch das Miteinander für beide Seiten erleichtert wird. In einem späteren Kapitel werde ich näher auf dieses Konzept eingehen und der Frage nachgehen, ob diese Methode auch für die seelsorgliche Begleitung von Menschen mit Demenz hilfreich sein könnte.

[76] Gindl 2002, 79.
[77] Feil 2005, 53.

*2.5.2.6. Weitere Therapiemöglichkeiten*

Zusätzlich als ergänzende Maßnahmen genannt werden:[78]

- Gedächtnistraining
- Psychomotorisches Training und kognitive Stimulation
- Musiktherapie
- Kunsttherapie/Maltherapie
- Interaktives Computertraining
- Tiergestützte Intervention/Hundetherapie
- Therapeutischer Humor und Lachen
- Tanztherapie
- Gartentherapie
- Gruppentherapie

Trotz pharmakologischer und nicht-medikamentöser Behandlungen ist Demenz derzeit nicht heilbar und bedeutet große Veränderungen für alle Beteiligten. In dem folgenden Kapitel wird auf sozialpsychologische Aspekte des Themas Demenz eingegangen.

# 3. Demenz aus sozialpsychologischer Sicht

Welche sozialen und psychischen Auswirkungen hat Demenz für die Betroffenen: die Demenzerkrankte selbst, ihre Angehörigen und Betreuerinnen sowie für die Gesellschaft?

## 3.1. Demenz in ihren Auswirkungen auf den erkrankten Menschen

Eine klare Bewusstseinslage gilt als eines der Kriterien für beginnende AD, d.h. die betreffende Person bekommt es mit, dass der eigene Geist zu schwinden beginnt. Die Dinge entgleiten einem unaufhaltsam. Es könnte wohl nicht treffender beschrieben werden als mit

[78] Vgl. Böhme 2008, 111-124.

folgenden Worten einer 87-jährigen Frau in einem Pflegeheim, welche ein Jahr zuvor die Diagnose AD bekommen hatte:

„Und dann ist da dieser Wirbelsturm, du weißt schon, alles bringt er durcheinander, dich selbst, die anderen, alles, alles. Und dann – der Sturm, der war mal ein kleiner Wind, zuerst, da hat er nur wenig durcheinander gewirbelt, immer mal wieder […] Aber jetzt, meine Liebe, jetzt ist da immer dieser Sturm, glauben Sie ja nicht, dass er auch nur ein Ding an seinem Platz lässt, nix da. […] dieser Sturm, ich glaube, der bläst einem das Hirn aus dem Kopf.“[79]

Es gibt Ereignisse, die einem eine geplante oder erhoffte Zukunft rauben. Oft ist dann zum Trost zu hören: „Aber deine Erinnerungen/Erfahrungen kann dir keiner mehr nehmen!“ Menschen mit Demenz müssen erleben, wie die Gegenwart immer schwieriger wird, weil geistige Fähigkeiten nachlassen, die Zukunft sich mehr und mehr verschließt durch ungünstige Krankheitsverlaufsprognosen und dann auch noch die Vergangenheit und die Erinnerungen vage werden und sich dem bewussten Zugriff entziehen.

Sich in die Lage einer Betroffenen hineinzuversetzen kann helfen, mehr Verständnis für das Verhalten Demenzkranker zu entwickeln. Ständig verlegte Gegenstände suchen, Termine zu versäumen, sich zu verlaufen und nicht mehr nach Hause zu finden, mit verärgerten Bekannten konfrontiert zu werden, weil wieder eine Verabredung nicht eingehalten wurde, Mahnungen zu bekommen, Nahestehende nicht mehr zu erkennen und diese als Eindringlinge zu empfinden, die einst vertrauten Wege, Handlungen, Menschen werden ungewohnt und fremd. Menschen mit Demenz erleben eine tief greifende existentielle Verunsicherung.

In dem Buch „Innenwelten der Demenz. Eine leibphänomenologische Untersuchung des Erlebens demenzkranker Menschen und der Entwurf einer Begleitung, die ihr Erleben würdigt“[80] beschreibt Udo Baer in dem zweiten großen Kapitel Demenz als einen „Erlebensprozess“[81]. Er geht auf verschiedene Aspekte des Demenzerlebens ein, wie unter anderem auf das Krisenerleben, Spannung und Unruhe, Angst, Verzweiflung und Hilflosigkeit, Wut und Trauer, Scham, Schuld und Einsamkeit.

Menschen mit Demenz erleben unterschiedlichste Gefühle, die sie nicht unter Kontrolle haben. Doch nicht nur bei ihnen, sondern auch bei den Angehörigen steigen intensive Emotionen hoch.

[79] Fröchtling 2008, 99.
[80] Vgl. Baer 2007.
[81] Vgl Baer 2007, 53-151.

## 3.2. Demenz in ihren Auswirkungen auf die Angehörigen

Wie aus Statistiken hervorgeht, wird der Großteil demenzkranker Menschen von Angehörigen betreut. Dal-Bianco und Schmidt schreiben: „Pflege und Betreuung von Demenzpatienten erfolgt zu 80% in den Familien und hier vorwiegend von Ehefrauen und Töchtern.“[82] Dass das Zusammenleben mit Menschen, welche Demenzsymptome und ein dementsprechendes Verhalten aufweisen, nicht leicht ist und die Pflegeperson an den Rande ihrer Selbstbeherrschung und das Ende ihrer Kräfte bringen kann, ist verständlich. „74% der pflegenden Angehörigen leisten Pflege rund um die Uhr.“[83] Abgrenzungsmöglichkeiten und Zeit für das eigene Leben bleiben nur wenig. Angesichts dieser Tatsache scheint es umso wichtiger, den Blick nicht nur auf die Demenzkranke selbst, sondern auch auf ihre Betreuerinnen zu richten und diesen Unterstützung zukommen zu lassen.
Auf der Homepage der Gedächtnisambulanz des AKH Wien findet sich ein Ratgeber für Angehörige und Betreuerinnen von Alzheimer-Patientinnen.[84] Diesen Informationsseiten liegt eine Broschüre zu Grunde, welche 1994 anlässlich des 10-jährigen Jubiläums der internationalen Alzheimer-Vereinigung in Zusammenarbeit mit der WHO herausgegeben wurde. Die Informationen sollen den Betreuungspersonen helfen, ihre eigene Lebensqualität und die der Demenz-Patientin zu erhalten bzw. zu verbessern. Alltagssituationen, die eine Herausforderung für alle Beteiligten darstellen, werden beschrieben und aus den Erfahrungen betreuender Angehörige werden folgende mögliche Umgangsweisen genannt:

- Routinehandlungen und Gewohnheiten pflegen, um Struktur und Ordnung und somit Sicherheit zu vermitteln
- die Unabhängigkeit der Patientin fördern, um das Selbstwertgefühl zu stützen und sich als Pflegende zu entlasten
- Auseinandersetzungen vermeiden und Fehlverhalten nicht als Schuld der Demenzkranken zu werten
- keine zu hohen Anforderungen stellen wie z.B. zu viele Wahlmöglichkeiten
- den Humor nicht verlieren
- Gefahrenquellen im Haushalt so gut wie möglich entfernen oder absichern
- Bewegung und Fitness der Patientin fördern

[82] Dal-Bianco/Schmidt 2008, 123.
[83] Dal-Bianco/Schmidt 2008, 123.
[84] http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/default.htm, download: 25.3.2009.

- die noch vorhandenen Kompetenzen fördern und eine an den Ressourcen orientierte Sicht entwickeln, sodass sich Betreuerin und Patientin über noch gelingende Dinge freuen können
- die Kommunikation mit der an Demenz erkrankten Person aufrechterhalten, verbal und non-verbal
- Gedächtnisstützen benützen
- auf das eigene Wohlergehen und Belastungsgrenzen achten und Hilfe von Außen in Anspruch nehmen: kompetente Beratung, ambulante Pflegedienste, Selbsthilfegruppen, Angebote auf Demenz spezialisierter Einrichtungen, Tageszentren und Pflegeheime, finanzielle Unterstützung
- Umwelt und andere Angehörige in die Thematik einbeziehen und die Krankheit und sich zusammen mit der erkrankten Person nicht verstecken

Wie schon im vorhergehenden Kapitel erwähnt, ist Demenz nicht nur bei der Betroffenen selbst, sondern auch bei ihrer Umgebung mit emotionalen Belastungen verbunden. Eine Entlastung ist es bereits, sich diese Gefühle einzugestehen und zuzulassen und mit anderen betroffenen Angehörigen darüber zu sprechen, z.B. in einer Alzheimer Angehörigen Selbsthilfegruppe.[85]

Angehörige und Betreuerinnen verspüren Trauer und Traurigkeit als Reaktion auf den Verlust der Person, die sie einmal gekannt/geliebt haben und deren Verhalten und Wesen sich nun immer wieder verändert.

Ärger und Wut über das Verhalten der Demenzerkrankten und zugleich Scham und Schuldgefühle für diese ablehnenden Gefühle treten häufig auf.

Oft ist den Angehörigen das sozial unangebrachte Verhalten ihrer betreuten Person peinlich, und es wird der Kontakt zur Außenwelt vermieden. Auch auf Grund der mangelnden Kraft und zeitlichen Ressourcen rutschen die pflegenden Angehörigen immer mehr in soziale Isolation und Einsamkeit.[86]

[85] Adressen von Alzheimer Angehörigen-Gruppen in Österreich finden sich unter: http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/alz49.htm, download: 25.3.2009.

[86] Auch Gindl widmet in ihrer Diplomarbeit „Validation nach Naomi Feil: Eine Methode zum pädagogischen Umgang mit dementen alten Menschen“ ein Kapitel den Auswirkungen von Demenz auf den alten Menschen und deren Angehörige, Pflegende und die Gesellschaft. Vgl. Gindl 2002, 52-54.

## 3.3. Konsequenzen von Demenz für die Gesellschaft und die Kirchen

Wie schon erwähnt, wird Demenz als Alterskrankheit bezeichnet.[87] Daher müssen nicht nur die vorherrschenden Einstellungen gegenüber Demenz sondern auch gegenüber Alter und Altern bedacht werden. Die Gemeindepastorin und habilitierte Theologin Andrea Fröchtling geht in ihrem Buch „Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren… Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen“ ausführlich auf die verschiedenen Altersbilder innerhalb unserer Gesellschaft ein. Sie benennt pointiert die Schwierigkeit, dem Thema Alter(n) sowohl in der Fremd- als auch in der Selbstwahrnehmung keine negative Konnotation beizumessen. Ähnlich problematisch ist es auch mit der Thematik Demenz in unserer Gesellschaft: „Einem gesellschaftlich sanktionierten, weitestgehend negativen Alters- und Altenbild positive Selbstbilder entgegenzustellen, fällt schwer. Noch schwerer fällt es einer Gesellschaft, die auf Vor-Bilder wie Rationalität, Selbstständigkeit und Autonomie basiert, Menschen mit Demenz zu integrieren.“[88] Unsere Gesellschaft wird durch die Begegnung mit dem Phänomen Demenz aufgefordert, die Einstellungen und Zugangsweisen zu Alter und Demenz zu beleuchten, und zu hinterfragen, wie hilfreich die Strukturen unserer Gesellschaft für Menschen mit Demenz und deren Betreuungspersonen sind.[89]

Wenn Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit, Unabhängigkeit und Gesundheit als zentrale Werte in unserer Gesellschaft gelten, werden die Menschen, die diesen Idealen nicht (mehr) entsprechen, abgewertet und stigmatisiert. Fröchtling schreibt von „Ageism“[90] und „Gerontophobie“[91], welche nicht nur die Bereiche Politik, Werbung und Arbeitswelt, sondern

[87] Siehe Kapitel: Formen von Demenz
[88] Fröchtling 2008, 73.
[89] Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, wird auf den aktuellen Altersdiskurs in unserer Gesellschaft nicht weiter eingegangen. Für eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema Alter und Gesellschaft verweise ich auf folgende Publikationen (eine Auswahl):
Amann, Anton (Hg.): Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie, Wiesbaden 2008.
Backes, Gertrud/Clemens, Wolfgang: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung, 3., überarbeitete Auflage, Weinheim 2008.
Thieme, Frank: Alter(n) in der alternden Gesellschaft. Eine Soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n), Wiesbaden 2008.
[90] In Analogie zu Sexismus und Rassismus gebildet, kann der zum ersten Mal in den 1960er Jahren von Robert Butler verwendete Terminus "Ageism" verstanden werden "as a process of systematic stereotyping of and discrimination against older people because they are old, just as racism and sexism" (Butler 1975, 12), oder auch als "widespread discrimination against the elderly based on prejudice rooted in the very fact of being old" (Woodward 1999, 10).
[91] Gerontophobie ist zu verstehen als Angst vor dem Alter(n). Vgl. Fröchtling 2008, 60.

auch die Kirchen betreffen.[92] Demenz stellt also eine Herausforderung nicht nur für unsere Gesellschaft, sondern auch für unsere Glaubensgemeinschaften dar.

In „Die Krankheit frühzeitig auffangen. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz" wird der Aufbau eines lückenlosen Versorgungsnetzes empfohlen. Tragfähige lokale Netzwerke sollen mit folgenden Partnern entwickelt werden: „Haus- und Fachärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, Beratungsstellen, Sozialamt, Gesundheitsamt, Heimaufsicht, Brandschutz, Alzheimer-Gesellschaft, Selbsthilfegruppen und Ehrenamt, Fortbildungseinrichtungen und Sponsoren."[93]

Kirchen, Gemeinden, Seelsorgerinnen werden als Partner für die Entwicklung solcher „lückenloser" Versorgungsnetze nicht genannt. Brauchen/wollen Menschen mit Demenz Gottesdienste, Gemeindeleben, Spiritualität nicht mehr oder ist es umgekehrt, dass Gemeinden und Seelsorgerinnen im Umgang mit Demenzkranken zu wenig geschult sind, um demenzkranke Gemeindemitglieder in die Aktivitäten einer Pfarre einzubinden?

Demenz wird in jüngster Zeit auch in kirchlichen Kreisen zunehmend wahrgenommen und bedacht. Dies wird sichtbar anhand der häufiger werdenden Publikationen von Seiten der Theologie zum Thema Demenz[94] sowie anhand des Angebots an Seminar- und Fortbildungsmöglichkeiten zu diesem Themenfeld.[95] Es ist aus der Literatur hervorgegangen, dass für Menschen mit Demenz Spiritualität auch im Laufe der Erkrankung ein Bedürfnis bleibt. Daher ist es für Theologinnen und Seelsorgerinnen an der Zeit, sich Kompetenzen für den Umgang mit Demenzkranken anzueignen und anzuwenden, sodass auch von anderen Berufsgruppen Seelsorgerinnen als Partnerinnen in dem Versorgungsnetz von Dementen gesehen und genannt werden.

Die weiteren Kapitel beleuchten die Herausforderungen, welche Menschen mit Demenz für die Theologie und die Seelsorge darstellen, und diskutieren, ob der Ansatz der Validation für die Seelsorgerin hilfreich sein könnte im Umgang mit dementen Menschen.

---

[92] Weiterführende Werke zum Altersdiskurs aus theologischer Perspektive sind (eine Auswahl):
Klie, Thomas/Kumlehn, Martina/Kunz, Ralph (Hg.): Praktische Theologie des Alterns. Berlin 2009.
Kumlehn, Martina/Klie, Thomas (Hg.): Aging – Anti-Aging – Pro-Aging. Altersdiskurse in theologischer Deutung, Stuttgart 2009.
Baumgartner, Konrad: Alte Menschen, in: Haslinger, Herbert et al. (Hg.): Handbuch praktische Theologie. Band 2, Durchführungen, Mainz 2000, 61-72.
Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie, Zürich 2007.
Zulehner, Paul: Alte: ein Gemeindeschatz, in: Lebendige Seelsorge, 59. Jahrgang, 4/3008, 229-233.

[93] Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2007, 54-55.

[94] Siehe Quellenverzeichnis.

[95] Im Frühjahr 2009 fanden in Österreich eine Studienwoche mit dem Titel „Seelsorgliche Begleitung von dementen Menschen" organisiert von der ARGE Altenpastoral der Diözesen Österreichs und ein Fortbildungsnachmittag der ED Wien „Seelsorge mit demenzkranken Menschen" statt; die Begegnungstagung 2008 der Evangelischen Kirche in Deutschland hatte als Schwerpunktthema „Leben mit Demenz".

# 4. Demenz als theologische Herausforderung

## 4.1. Hinführung

„Of what use will I be to anyone – even to God? Where is my mother's soul, now that she no longer knows who she is? I no longer visit my father – it is a waste of time. He doesn't remember who I am, and it hurts me to see the physical shell he has become. Why should I give communion to demented elders? They don't understand what they are doing!"[96] Diese und ähnliche Fragen wurden der Gerontologin Jane Marie Thibault wiederholt gestellt während ihrer 32 Jahre langen Arbeit mit Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Sie selbst hat sich diese Fragen auch gestellt und versucht, sensible und hilfreiche Antworten darauf zu finden. In ihrem Artikel „Spiritual Counseling of Persons with Dementia" schildert die Autorin einige Szenen aus ihrer Arbeit mit Dementen, welche sie zu der Überzeugung kommen ließen, „that persons suffering from dementia are God's own beloved children who can serve their Creator just as well as those of us who have no cognitive disability – perhaps even more effectively."[97] In tagebuchartigen Aufzeichnungen lässt Thibault die Leserin in die Gedankenwelt einer Alzheimerpatientin eintauchen. Die folgenden Zitate daraus sollen auch den Leserinnen dieser Diplomarbeit die Möglichkeit geben, sich kurz in die Lage einer Dementen hineinzuversetzen und das innere, existenzielle Hadern einer Frau nachzuvollziehen, welche vor kurzem die Diagnose Alzheimer gestellt bekommen hatte:

> „I am being taken away without my consent from all I know and love. […] But please, dear God, don't let my mind die before the rest of my body. Don't let who I am die before what I am. Don't let me be a vacant house. What good can I be to you that way? […] Do not reject me now that I am forgetful, even if I forget you. […] Temporary loss of the sense of self as an intense spiritual experience is fine, but permanent forgetting of who I am? […] Have I ever fully understood what I was doing when I received [the Eucharist] at your table? I doubt it. Does anyone? […] Do this in remembrance of me […] So much emphasis is placed on remembrance. What place is there for those of us who no longer have the gift of remembrance? I feel so left out. […] But allow me, dear love, one more request:

[96] Thibault 2003, 23.
[97] Thibault 2003, 24.

> in my dimmest moments please let me witness to your loving care. Let me point to your cross and say to all who need to hear, 'I don't know who I am, but he does – and that's all that counts!' And let me say it lightly, with a laugh!"[98]

Bewusst habe ich diesen Zitaten so viele Zeilen in meiner Diplomarbeit eingeräumt. Sie haben mich berührt und mich veranlasst, mir als Person und speziell als Theologin Gedanken über Demenz zu machen.

## 4.2. Erinnerungsreligion und Gedächtnisverlust

Eine Aufgabe, vor der die Theologie durch Menschen mit Demenz gestellt wird, ist, sich Gedanken darüber zu machen, wie Personen, welche die Fähigkeit zu erinnern immer mehr verlieren, eine Religion, in der die Erinnerung und der Rückblick auf die Heilsgeschichte Gottes mit den Menschen zentral ist, leben können. Was kann von Seiten der Theologie auf die Problematik der Erinnerungsreligion einerseits und des Gedächtnisverlustes andererseits geantwortet werden? Damit beschäftigt sich dieses Kapitel.

Das Christentum ist eine Religion, die aus der Erinnerung an die Heilsgeschichte Gottes mit seinem Volk Israel sowie an das Leben, den Tod und die Auferstehung Jesu lebt und diese Erinnerung stets in Gebeten und der Liturgie aktualisiert.[99] Für Menschen mit Demenz kann diese Gedächtniszentriertheit zu einem Dilemma führen. Dies beschreibt auch Thibault: „It accurs to me that Christianity really is a religion for people whose memories are intact. Not only that, we Christians are told to remember, as if being a Christian depends on having a good memory."[100] Ist das Christentum tatsächlich eine Religion nur für Menschen mit einem guten Gedächtnis?

Bevor auf diese Frage eingegangen wird, soll der biblische Befund zum Thema Erinnern und Vergessen kurz dargelegt werden.[101] An wenigen Stellen wird das Nicht-Gedenken als etwas Positives dargestellt, z.B. in dem Sinn, dass Gott der Sünden seines Volkes nicht mehr gedenkt, wie in Jer 31,34b, oder dass Menschen vergessen, was ihnen andere Menschen angetan haben, wie bei der Geschichte von Jakob und Esau in Gen 27,45. Eine Fülle von Bibelstellen beschreibt das Vergessen als etwas Negatives. Es wird thematisiert, dass die Menschen Gott vergessen, seinen Bund und seine Gebote (vgl. z.B.: Ri 3,7; Dtn 4, 23; Dtn

[98] Thibault 2003, 25-32.
[99] Vgl. Bejick 2005, 120.
[100] Thibault 2003, 29.
[101] Vgl. Bolle 2006, 13-16 und Fröchtling 2008, 167-176.

8,11). Auch das Gefühl des Vergessen-Seins wird als etwas Schlimmes geschildert wie z.B. im Psalm 31,13: „Ich bin dem Gedächtnis entschwunden wie ein Toter, bin geworden wie ein zerbrochenes Gefäß.“ Könnte dieser Vers aus dem Munde oder, wenn zu sprechen sie nicht mehr im Stande ist, aus dem Herzen einer Demenzkranken stammen, welche am eigenen Leib diese Angst vor dem Vergessen-Sein erlebt?
Was kann aus theologischer Sicht darauf geantwortet werden, wenn Menschen mit Demenz sich nicht mehr an Gottes Gebote erinnern und eventuell auch Gott selbst nicht mehr gedenken, dies aber nicht auf Grund von mangelnder Liebe oder fehlendem Engagement, sondern wegen einer neuropsychologischen Erkrankung?
Fröchtling bietet für die Problematik - heilvolles Erinnern als zentraler Bestandteil des Christentums einerseits, und demenzielles Vergessen und dennoch Christin Bleiben andererseits - drei Lösungsansätze:[102]

### 4.2.1. Theozentrischer Ansatz

In vielen Stellen der Bibel wird beschrieben, wie Gott sich seines Volkes oder auch einzelner Menschen erinnert, wie z.B. an Noah (Gen 8,1), an Abraham (Gen 19,29) oder an Rahel (Gen 30,22). Wir können also darauf vertrauen, dass in Gott all unsere Lebensgeschichten aufgehoben sind, egal, ob wir selbst uns noch daran erinnern oder nicht. Wie Gott zu seinem Volk Israel sagt „Ich habe dich bei deinem Namen gerufen, du bist mein“ (Jes 43,1b) oder auch zu einzelnen Menschen in der Bibel (wie z.B. zu Mose in Ex 33,17), so kennt Gott auch den Namen und damit die Geschichte und ganze Persönlichkeit jedes einzelnen Menschen, auch aller Menschen mit Demenz.[103]

### 4.2.2. Ekklesiozentrischer Ansatz

Schon in den frühchristlichen Gemeinden wurde betont, dass aneinander gedacht wird (vgl. z.B.: Röm 1,9; 1 Thess 1,2; Eph 1,16). Der ekklesiozentrische Ansatz besagt, dass nicht nur an die Menschen mit Demenz gedacht wird, sondern auch für sie, in dem Sinne, dass die Gemeinde stellvertretend für die betroffene Person die Erinnerung der Heilsgeschichte Gottes wach hält. Die amerikanische Theologin Eileen Shamy bezeichnet diese stellvertretende

[102] Vgl. Fröchtling 2008, 171-172.
[103] Ausführlichere Erläuterungen zu der Bedeutung des Namens sind nachzulesen bei Bolle 2006, 29-33.

Erinnerungsaufgabe der Kirche/Gemeinde sogar als Verpflichtung. „It is the solemn obligation of the Church, the body of Christ, to remember for those of the faith family who can no longer themselves remember.“[104] Es wäre wünschenswert, wenn sich die Gemeinden dieser Aufgabe bewusst wären und bei ihren Gottesdiensten und sonstigen Aktivitäten nicht auf die Menschen mit Demenz und deren Betreuerinnen vergessen würden.

### 4.2.3. Soziozentrischer Ansatz

Nicht nur die Gemeinschaft, sondern jeder Einzelne hat eine soziale Obligation, ein Solidaritätsgebot, sich derer zu erinnern, die sich selbst nicht mehr erinnern können. Bejick spricht „in Hinblick auf die Toten vom Auftrag an die Lebenden, deren Gedächtnis […] weiterzuführen und zu bewahren.“[105] Abgewandelt könnte dieser Satz auch so formuliert werden: Im Hinblick auf Demente haben Nicht-Demente den Auftrag, deren Gedächtnis zu bewahren.
Für alle Menschen ist es wichtig, die eigene Vergangenheit nicht verloren zu sehen. Das Leben von Demenzkranken kann in der Erinnerung Gottes, dem Gedenken der Gemeinde und dem Gedächtnis einzelner Nahestehender geborgen sein.

## 4.3. Religion des Wortes und Aphasie

Nicht nur die Erinnerung der Heilsgeschichte, sondern auch das Vernehmen des Wortes Gottes durch das Lesen oder Hören von Schriftstellen hat zentrale Bedeutung im Christentum. Fröchtling bezeichnet das Christentum als eine Religion des Wortes und schreibt: „Als Angehörige einer Logos-Religion suchen Verkündigende, LiturgInnen, TheologInnen und Seelsorgende nach Worten, die göttlichen Logos begreifen lassen.“[106] Kurz darauf schreibt sie, dass „große Probleme im gottesdienstlichen Zugehen auf demente Menschen u.a. deshalb bestehen, weil sie das Wort und nicht Ritual oder Symbol in den Mittelpunkt stellen.“[107] Ich interpretiere den Begriff „Worte“, die den göttlichen Logos begreifbar machen lassen sollen, in einem erweiterten Verständnis, in dem nicht nur worthaft Gesprochenes, sondern auch

[104] Shamy 2003, 129.
[105] Bejick 2005, 121.
[106] Fröchtling 2008, 176.
[107] Fröchtling 2008, 176.

nonverbal Ausgedrücktes[108] eingeschlossen ist, also auch Rituale oder Symbole als „Worte" fungieren können. Auch Windisch schreibt von „verbalen und nonverbalen Worten" und bezeichnet das Wort als „geistiges interaktives Transportmittel" und als „Begegnungsmaterial zwischen Menschen."[109]

Auch wenn bei Menschen mit Demenz nach und nach das Verständnis für die Wortinhalte verloren geht, haben auch diese Menschen eine religiöse Sprache. Für nicht-demente Menschen ist diese so ganz andere Sprache von diesen so ganz anderen Menschen oft schwer verständlich. Möglicherweise können Demente uns gerade deshalb auch Gott als den ganz Anderen vor Augen führen. Fröchtling beschreibt in einigen Erzählungen, wie diese religiöse Sprache von Menschen mit Demenz zum Ausdruck kommt. Eine Frau, die seit Monaten nicht mehr gesprochen hatte, fing an, ein Kirchenlied zu summen, ein ebenfalls hochdementer Mann beginnt mit lauter Stimme das Vaterunser zu beten und wieder eine andere Frau bringt stotternd nach Empfang der Kommunion „Hiiiiiiirt, Wiiiiirt" hervor.[110] „Es ist ein durch die Erkenntnisse der Demenzforschung bestätigtes Phänomen, dass religiöse Elemente und Erfahrungen so tief sitzen, dass sie auch durch den Ausfall der geistigen Fähigkeiten nicht vollständig verloren gehen."[111] Es gibt Erfahrungsberichte, dass auch Menschen mit dementer Aphasie auf den Friedensgruß „und mit deinem Geiste" oder auf den Erhalt der Kommunion mit „Amen" antworten oder auch altbekannte Lieder und Gebete mitsprechen können, auch wenn sonst kaum mehr sprachliche Äußerungen getätigt werden. Die Unmittelbarkeit und die Nähe, die im assoziativen religiösen Reden von Menschen mit Demenz erlebbar sind, können für die Begleiterinnen selbst zu einer spirituellen Erfahrung werden. Von so intensiven spirituellen Erfahrungen schreibt auch Thibault: „Sometimes I have been given the gift of participating in this experience, as though God were working through the person with dementia to reach me."[112]

Die Seelsorge basierte traditionellerweise auf kerygmatischer, personenbezogener Gesprächsführung. Auf Gespräche und Sprachverständnis aufgebauten Konzeptionen der Seelsorge sind eine Engführung und können bei Menschen mit Aphasie nur teilweise umgesetzt werden.

---

[108] Die Beschreibung der Kommunikationsebenen als verbale, nonverbale (Körperhaltung und Körpersprache) und paraverbale (die Gefühle, die in unserer Kommunikation mitschwingen und sich z.B. im Tonfall ausdrücken) sei in diesem Zusammenhang ergänzend erwähnt. Vgl. Eglin et al. 2008, 30-35.
[109] Vgl. Windisch 2005, 65-72.
[110] Vgl. Fröchtling 2008, 177-179.
[111] Gasteiger 2005, 194.
[112] Thibault 2003, 23.

Die Vorstellung, dass Seelsorge in Form von beratender Seelsorge auf Selbsteinsicht und die Ermöglichung einer Problemlösung ausgerichtet ist, lässt sich bei verwirrten Menschen nicht anwenden.

Für die Seelsorge mit dementen Menschen braucht es neue Seelsorgekonzepte, da „klassische Seelsorgekonzepte, die auf Gespräch, therapeutischer Intervention, Selbsteinsicht und Verhaltensänderung basieren, in dieser besonderen Seelsorgesituation nur sehr begrenzt Hilfestellung bieten können."[113] In dem Artikel von Hubert Windisch „Mensch werden im Wort. Die theologische Seele des seelsorglichen Gesprächs" ist auch zu lesen, dass „kirchliche Seelsorge gar nicht anders denn als Gespräch verstanden werden kann."[114] Dass er dennoch Seelsorge nicht auf das gesprochene und verstandene Wort beschränkt, wird bei seiner Erklärung von Gespräch ersichtlich: „Ein Gespräch ist ein Beziehungsgeschehen zwischen Menschen im Kommunikationsraum des gemeinsamen (verbalen und nonverbalen) Wortes, damit sich in diesem Miteinander Verstehen ereigne und sich die Wahrheit des Menschseins zeige, die […] fundamental frei macht […]"[115]

Wie weit wir Menschen mit Demenz eine religiöse Sprache und somit auch einen Gottesbezug zuerkennen, hängt großteils auch davon ab, welches Menschenbild wir vertreten und ob wir Dörner zustimmen können, „dass Dementsein eine subjektiv genauso sinnvolle menschliche Seinsweise ist und genauso zum Menschsein gehört wie Kindsein, Erwachseinsein und aktiv Altsein."[116]

## 4.4. Exkurs: Kommunionspendung an Demenzkranke

In einigen Artikeln[117] wird die Frage diskutiert, ob dementen Menschen überhaupt die Kommunion gegeben werden darf, da laut Kirchenrecht nur jene katholischen Personen den Leib Christi empfangen dürfen, welche den vollen Vernunftgebrauch erlangt haben und ihrer selbst mächtig sind. Kinder vor Vollendung des siebten Lebensjahres sind daher zur Kommunion nicht zugelassen, ebenso wie Menschen, welche dauernd des Vernunftgebrauchs entbehren. Kohlschein, ehemals Professor für Liturgik, fasst in seinem Artikel zusammen, dass die kirchenrechtlich geforderten Kriterien zum Empfang des eucharistischen Brotes am Anfang einer Demenzerkrankung noch gegeben sind, im fortgeschrittenen Stadium allerdings

[113] Fröchtling 2008, 221.
[114] Windisch 2005, 67.
[115] Windisch 2005, 65.
[116] Dörner 2008, 245.
[117] Vgl. z.B.: Kohlschein 2008, 2-3 und Eglin et al. 2008, 67-68.

große Probleme auftreten. Die Fähigkeit zur Unterscheidung der Hostie von gewöhnlichen Speisen sieht Kohlschein nicht mehr gegeben, wenn Menschen auf den Empfang des Leibes Christi mit „Lecker, lecker" reagieren.

Hierzu möchte ich kritisch anmerken, dass bei Menschen mit Demenz Emotionalität und Assoziation vor die Kognition treten und es durchaus sein kann, dass sie sehr wohl bewusst und würdig den Leib Christi empfangen, allerdings vergessen haben, wie konventionell darauf zu antworten ist. Möglich ist auch, dass diese Menschen an einer Aphasie leiden, also den Sinn der Worte nicht verstehen bzw. selbst nicht die richtigen Worte finden. Kohlschein betont, dass es für den Kommunionspender wichtig ist, mit Einfühlungsvermögen gegenüber der dementen Person und mit Ehrfurcht vor der Eucharistie in der jeweiligen konkreten Situation zu entscheiden, ob die Kommunion möglich ist.

Diese Diplomarbeit ist keine kirchenrechtliche Abhandlung über die Grenzen und Möglichkeiten von Kommunionempfang bei Menschen mit Demenz. Ich möchte aber aus pastoraltheologischer Sicht den Impuls setzen darüber nachzudenken: Wodurch lässt sich entscheiden, ob jemand versteht, was er oder sie beim Kommunionempfang zu sich nimmt? Und welches Menschenbild steht hinter dieser Betonung des Vernunftgebrauchs als Voraussetzung für den Empfang des Leibes Christi? Dieser Exkurs stellt eine weitere Anfrage von Seiten der Demenz an die Theologie dar und ergänzt somit das Kapitel „Demenz als theologische Herausforderung".

# 5. Seelsorgliche Begleitung von Menschen mit Demenz

Wie seelsorgliche Begleitung von Menschen mit Demenz aussehen kann, trotz der in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Erinnerungs-, Wort- und Vernunftzentriertheit des Christentums, wie also in der Praxis der Krankenhaus-/Pflegeheimseelsorge (KH/PHS) mit diesen theologischen Herausforderungen umgegangen werden kann, darauf wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

Einleitend wird der Begriff Seelsorge beschrieben und definiert, welches Verständnis von Seelsorge dieser Diplomarbeit zu Grunde liegt. Weiters werden Grundannahmen von Seelsorge mit altersverwirrten Menschen sowie günstige Voraussetzungen, welche die Seelsorgerin mitbringen sollte, genannt. Schließlich werden Ziele und Möglichkeiten der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Stadien der Erkrankung dargestellt.

## 5.1. Vorbemerkung zum Begriff Seelsorge

„Poimenik“ ist der Überbegriff für die wissenschaftliche Lehre von der Seelsorge.[118] Die Geschichte der Seelsorge[119] und die Theorien bzw. Konzepte, welche dem Begriff Seelsorge zu Grunde liegen, sind äußerst vielfältig. Die Theologin Doris Nauer schreibt: „Ein allgemeingültiges katholisches, evangelisches oder interkonfessionelles Seelsorgekonzept gibt es demnach nicht! Dafür aber viele Konzepte, die sich in einem konstruktiven Widerstreit befinden.“[120] Sie beschreibt in ihrem Buch 30 verschiedene Seelsorgekonzepte. Die Bandbreite reicht von „Kerygmatische/Verkündigende Seelsorge“ über „Parakletische/Tröstende Seelsorge“ und „Beratende Seelsorge“ bis zu „Therapeutische Seelsorge“[121], um nur einige zu nennen. Sie kategorisiert die Konzepte nach theologisch-biblischer, theologisch-psychologischer, theologisch-soziologischer und theologisch-philosophischer Perspektivendominanz.[122]

Ohne in den Diskurs über Seelsorgekonzepte einzusteigen, lege ich dieser Arbeit mein eigenes Verständnis von Seelsorge zu Grunde.

Obwohl die Begriffe „Seele“ (in Verdacht des Dualismus stehend) und „Sorge“ (mit der Tendenz eine asymmetrische Beziehungsstruktur anzudeuten) problematisch sind, möchte ich dennoch an diesen Begriffen festhalten.

In Anlehnung an Jürgen Ziemer verstehe ich „Seele“ aus jüdisch-christlicher und nicht dualistischer Perspektive als „Schnittmenge von Leben, Atem, Herz, Psyche, Selbst, Person und Daseinsmitte.“[123] Die Seele durchweht also auch alle Fasern des Körpers eines Menschen. Seelsorge ist die „Sorge um das Menschsein in seiner Ganzheit“[124] und umschließt biologische, soziale und transzendente Elemente des menschlichen Lebensvollzuges. Der Mensch als bio-psycho-sozial-spirituelles Wesen[125] ist in all seinen Dimensionen auch immer ein bedrohtes Wesen. Sorge ist daher geboten, sowohl die Selbst- im Sinne einer Vorsorge, als auch die Fürsorge. Bei Menschen mit Demenz sind sowohl die körperlichen, psychischen,

[118] Vgl. Nauer 2001, 13.
[119] Die geschichtliche Entwicklung des Seelsorgebegriffs ist nachzulesen bei Möller 1994.
[120] Nauer 2001, 15.
[121] Zum Verhältnis von Seelsorge und Psychotherapie vgl. Prammer 2005, 78-89.
[122] Heiderose Gärtner grenzt Seelsorge ab von Beratung und von Begleitung (vgl. Gärtner 2006, 33-36). Für mich lassen sich diese Begriffe nicht voneinander abgegrenzt; sowohl Beratung als auch Begleitung gehören zu meinem Verständnis von Seelsorge dazu.
[123] Vgl. Nauer 2001, 11.
[124] Als solche bezeichnet sie auch Stefan Knobloch in seinem Beitrag „Seelsorge – Sorge um das Menschsein in seiner Ganzheit“ (Knobloch 2000, 35).
[125] Auch in medizinisch-naturwissenschaftlichen Ansätzen hält dieses um die spirituelle Dimension erweiterte bio-psycho-soziale Menschenbild zunehmend Einzug. Vgl. http://www.seelsorge-ows.at/downloads/Workshop Nachhaltigkeit.pdf, download: 5.5.2009.

sozialen und spirituellen Ebenen betroffen und gefährdet und bedürfen einer ganzheitlich verstandenen Seelsorge.

Traugott Roser fasst ihr Verständnis von Seelsorge auf den Satz zusammen: „Sorge tragen um die Teilhabe und Teilnahme am Leben in einem umfassenden Sinn.“[126] Teilhabe und Teilnahme bezeichnet die passive und aktive Komponente der Partizipation. Diesem Verständnis von Seelsorge schließe ich mich an. In anderen Worten ausgedrückt: „Übergeordnetes Ziel seelsorglicher Begleitung ist die gemeinsame Entwicklung bzw. Entdeckung von Möglichkeiten zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität und zum Praktizieren eigener Spiritualität und Religiosität.“[127]

## 5.2. Grundannahmen von Seelsorge mit altersverwirrten Menschen

Klaus Depping, Pastor und Seelsorger in Deutschland, hat sich schon in den 90er Jahren mit der seelsorglichen Begleitung dementer Menschen auseinander gesetzt. Das Buch „Altersverwirrte Menschen seelsorglich begleiten“ ist 1993 erstmals und 2008 in aktualisierter und überarbeiteter 3. Auflage erschienen. Sinnvolles seelsorgliches Handeln sollte auf das jeweilige Demenzstadium abgestimmt sein. Die Seelsorgeformen Einzelgespräch, Gottesdienst und Gruppe werden bei Depping unterschieden und behandelt. Die vorliegende Diplomarbeit bezieht sich hauptsächlich auf das seelsorgliche Geschehen im Einzelkontakt.[128]

In der Literatur werden verschiedene Vorentscheidungen genannt, auf denen die Seelsorge mit Dementen aufbaut:

### 5.2.1. Inkarnation und Eschatologie als Referenzpunkte

Die Inkarnation stellt sowohl die Grundlage als auch den Horizont der Seelsorge dar.[129] Die Menschwerdung Gottes und seine Mit-Menschlichkeit zeigt, dass Gott das Seufzen und Sehnen seiner Schöpfung wahr und ernst nimmt. Auch die Sorgen und Nöte von Menschen

[126] Roser 2007, 307.
[127] Fröchtling 2008, 228.
[128] Anregungen und Gedanken zu Gottesdienstgestaltung mit dementen Menschen finden sich u. a. bei: Sauter, Hanns: Du zeigst mir den Weg zum Leben. Neue Seniorengottesdienste, Regensburg 2007, 114-159; Depping 2008, 82-100 und Eglin et al. 2008, 64-68.
[129] Vgl. Fröchtling 2008, 223-224.

mit Demenz werden von Gott gesehen. Die christliche Hoffnung beschränkt sich nicht auf das momentan Vorfindliche, sondern hält eine eschatologische Hoffnung offen. Diese kann einerseits durch das Evangelium und andererseits durch die Art der Begegnung für den Dementen erfahrbar werden.

### 5.2.2. Sich Einlassen auf die Realität des altersverwirrten Menschen

Dieser Aspekt[130] ist auch bei dem Konzept der Validation von Naomi Feil ganz wesentlich und wird in einem späteren Abschnitt ausführlich behandelt werden. An dieser Stelle sei zusammengefasst: „Die Aufgabe des Seelsorgers/der Seelsorgerin ist es, diese ihm/ihr fremde Welt in ihrer Eigenart wahrzunehmen und stehen zu lassen“[131] und sich auf diese Wirklichkeit einzulassen.

### 5.2.3. Biographiearbeit

Bedeutsame Ereignisse und Eigenarten der dementen Person in Erfahrung zu bringen, sei es durch Befragung von Angehörigen oder Pflegerinnen oder durch Erzählungen der Betroffenen selbst, ist grundlegend für eine individuelle seelsorgliche Begleitung. Die Gerontologin und Psychotherapeutin Eva-Maria Neumann rät den Betreuerinnen, „Lebenskisten“ anzulegen, in denen individuell bedeutsame Erinnerungsstücke (Fotos, Gegenstände, niedergeschriebene Geschichten) der Demenzkranken gesammelt werden.[132] Biographiearbeit wird nicht nur in der seelsorglichen Begleitung, sondern auch als nicht-medikamentöse Therapie eingesetzt.[133]

### 5.2.4. Aufbau personaler Beziehung

„Der Mensch ist nicht Mensch, indem er Beziehungen zu anderen Menschen hat, sondern indem er in Beziehung zu anderen Menschen ist.“[134] Das Zitat streicht noch einmal die Bestimmung des Menschen als Beziehungswesen heraus. Von diesem Menschenbild ausgehend ist der Beziehungsaufbau mit der dementen Person grundlegend in der

[130] Vgl. Shamy 2003, 125.
[131] Drechsel 2007, 190.
[132] Vgl. Neumann 2006, 26.
[133] Siehe Kapitel 2.5.2.4.
[134] Becker 2006, 46.

seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz. Moser schreibt: „Sie [Menschen mit Demenz] sind auf solche tragenden und bejahenden Beziehungen angewiesen. Das Bedürfnis nach Beziehung ist das grundlegende spirituelle Bedürfnis des Menschen.“[135] Hanns Sauter streicht heraus, dass das Leben dementer, alter Menschen besonders stark von Beziehungsabbrüchen geprägt ist und es daher umso wichtiger ist, sie an die Beziehung mit Gott zu erinnern, welche durch alle Zeit hinweg Bestand hat und haben wird. Durch die gelebte Beziehung der Seelsorgerin zur Dementen soll diese Beziehung Gottes greifbar und erlebbar werden.[136]

### 5.2.5. Konzentration auf die noch vorhandenen Fähigkeiten

Fröchtling beschreibt folgende Fähigkeiten von Menschen mit Demenz:[137]

- emotionale Wahrnehmung
- Humor
- spirituelle Intelligenz
- assoziatives Denken
- Mit-Denken der Vergangenheit
- erzählendes Kommunizieren

Den dementen Menschen nicht als defizitär zu sehen, sondern sich an dessen Ressourcen zu orientieren, hilft dem Dementen, ein positives Selbstbild aufzubauen. Trotz laufender Defizitbeschreibungen ein positives Bild von sich selbst zu bewahren, ist nicht möglich, was auch in dem Artikel von Regine Lünstroth beschrieben wird „Vom Kranken zum Menschen – ein Plädoyer gegen die Rede vom defizitären Menschen.“[138] Der Aussage „vom Kranken zum Menschen“ schließe ich mich nicht an, da auch ein Kranker in den Augen von „Gesunden“[139] immer auch ein Mensch sein sollte, von gleicher Würde. Bei Demenz von einer Krankheit und kognitiven Defiziten bzw. Einbußen zu sprechen, erscheint mir angebracht und nicht problematisch, wenn das unvollkommene, fragmentäre Menschsein als ebenso sinnvoll und

[135] Moser 2005, 126.
[136] Vgl. Sauter 2007, 119.
[137] Vgl. Fröchtling 2008, 231-233.
[138] Lünstroth 2006, 35-41.
[139] Gesundheit ist laut WHO definiert als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. In diesem strengen Sinne ist wohl kaum jemand gesund, sondern nur mehr oder weniger krank. Ob Gesunder oder Kranker, beide sind Menschen.

wertvoll anerkannt wird. Egal ob bei der Begegnung mit einem „Gesunden“ oder „Kranken“ sollten dessen Ressourcen und positiven Seiten im Vordergrund stehen, ohne die Defizite verheimlichen oder verleugnen zu müssen. Dieser wertschätzende - also die Werte des anderen sehende und schätzende - Umgang wäre in der Gesellschaft allgemein wünschenswert.
Am Beginn einer Demenzerkrankung merken die Betroffenen, dass ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten nachlassen. Dies wird als Verlust erlebt. Fröchtling beschreibt daher die Aufgabe der Seelsorge folgendermaßen: „Seelsorge mit alten Menschen versucht, bei der Bearbeitung dieser Trauer- und Verlusterfahrungen zu begleiten und zu unterstützen, Annahme durch einen liebenden Gott zu vermitteln und verbliebene und ungeahnte Potenziale gemeinsam mit dem Menschen mit Demenz zu entdecken.“[140]

### 5.2.6. Genießen der Begegnung

Genießen der Begegnung deutet darauf hin, dass auch die Seelsorgerin durch die Begegnung mit der dementen Person bereichert wird. Seelsorge ist daher „nicht mildtätiger Akt der Barmherzigkeit vom Gesunden zum Kranken, sondern ein gemeinsamer Weg der Entwicklung.“[141] In der seelsorglichen Begegnung ist eine Wechselseitigkeit gegeben und kein hierarchisches Gefälle, denn sowohl Seelsorgerin als auch „Beseelsorgte“ sind letztlich heilungs- und heilsbedürftig.[142]

Genießen der Begegnung bringt außerdem zum Ausdruck, dass auch die Seelsorgerin sich in der seelsorglichen Begegnung wohl fühlen muss, um nichts vorspielen zu müssen. Auch Eglin et al. schreiben, dass die Begegnung mit Menschen mit Demenz eine bestimmte persönliche Haltung voraussetzt. Sie schreibt „Wir sind herausgefordert, Menschen mit Demenz als unverwechselbaren Menschen in aller Offenheit und Echtheit zu begegnen, uns auf sie einzulassen und bereit zu sein, sie als gleichwertige Menschen zu sehen und von ihnen zu lernen.“[143] Wenn man die Möglichkeiten und Fähigkeiten der dementen Personen und nicht nur deren Schwierigkeiten sieht, fällt es einem auch leichter, die Begegnungen zu genießen.

[140] Fröchtling 2008, 228.
[141] Bejick 2005, 122.
[142] Vgl. Prammer 2005, 82. Wechselseitigkeit als Kennzeichen der Seelsorge wird ein Beziehungsgefälle bei der Psychotherapie gegenübergestellt.
[143] Eglin et al. 2008, 27.28.

Welche Grundhaltungen und Fähigkeiten die Seelsorgerin bei der Arbeit mit Dementen einbringen sollte, wird im folgenden Kapitel kurz angerissen.

## 5.3. Voraussetzungen für die Seelsorgerin

Wie die Therapeutin in der personenzentrierten Psychotherapie[144] so sollte laut Fröchtling[145] auch die Seelsorgerin folgende Grundhaltungen verkörpern:

### 5.3.1. Empathie

Empathie wird gekennzeichnet durch einfühlendes, mitdenkendes Verstehen. Die Gefühle der Dementen wahrnehmen zu können, auch wenn diese sie nicht direkt ausdrücken kann, ist eine Herausforderung für die Seelsorgerin.

### 5.3.2. Akzeptanz

Akzeptanz wird verstanden als vorbehaltlose, wertschätzende Annahme der Person, die mir gegenüber ist. Auch wenn einzelne Aspekte der Person kritisch gesehen werden, die Grundhaltung soll jene der Akzeptanz und nicht der Kritik sein.

### 5.3.3. Kongruenz

Kongruenz wird auch als Wahrhaftigkeit, Authentizität oder Aufrichtigkeit bezeichnet. Es bedeutet, dass die Seelsorgerin sich nicht verstellen soll. Unehrlichkeit wird auch von Dementen gespürt, und damit wäre die Basis für eine seelsorgliche Begegnung zerstört.

[144] Vgl. Rogers 2000, 19-23.
[145] Vgl. Fröchtling 2008, 242-251.

### 5.3.4. Präsent-Sein

Als zusätzliche Fähigkeit, welche für die Begegnung mit Dementen wichtig ist, nennt Fröchtling Präsent-Sein, ein spielerisches ganz Anwesend-Sein und dadurch eine Atmosphäre der Nicht-Funktionalität und der absichtslosen, freien Aufmerksamkeit entstehen zu lassen.

### 5.3.5. Kreativität und Humor

Diese Eigenschaften sind in der Begegnung mit Dementen ebenfalls gefragt, um auch nicht klar ausgedrückte Anliegen wahrnehmen zu können und peinliche oder sogar verletzende Situationen humorvoll abzufangen.

### 5.3.6. Kommunikationsfähigkeit

Kommunikationsfähigkeit im Umgang mit Dementen ist wichtig, weil dadurch auch mit stummen oder wirr daherredenden Menschen der Kontakt aufrechterhalten werden kann. In dieser Arbeit werden konkrete Möglichkeiten der Kommunikation bei der seelsorglichen Begegnung mit Dementen in den Kapiteln 5.4.1. bis 5.4.3. genannt und kurz beschrieben.[146]

### 5.3.7. Offenheit zur Auseinandersetzung

Die Bereitschaft, das eigene Menschenbild und die eigenen Einstellungen gegenüber Alter, Demenz, Autonomie zu hinterfragen bzw. die eigenen Ansichten durch die Begegnung mit dementen Menschen in Frage stellen zu lassen, wird ebenfalls als Voraussetzung genannt. Begleitende sollten bereit sein, „ihre eigenen Wertvorstellungen zu hinterfragen und sich durch die Begegnung mit demenz-kranken Menschen verändern zu lassen.“[147] Die Seelsorgerin sollte sich im Vorfeld mit dem eigenen Alterungsprozess und mit diesbezüglichen Ängstn und Vorstellungen auseinandersetzen.

[146] Für eine weiterführende Auseinandersetzung mit diesem Thema wird auf den Artikel „Demenz: Seelsorgliche Kommunikation bei Rationalitätsverlust“ verwiesen. Vgl. Depping 2009, 365-384.
[147] Eglin et al. 2008, 19.

### 5.3.8. Gespür für Nähe und Distanz

Gerade wenn Bedürfnisse nicht mehr verbal klar kommuniziert werden können, braucht es ein Gespür dafür, wie viel Nähe erwünscht und wann Distanz notwendig und angebracht ist. Sowohl für die Seelsorgerin als auch für die Demente ist ein gewisser Abstand wichtig, um einen für beide Seiten passenden Balanceakt zwischen Nähe und Distanz zu finden.

### 5.3.9. Körperarbeit

Körperarbeit wird als Schlüsselkompetenz für Pflegende wie auch für Seelsorgende genannt. Besonders bei fortgeschritteneren Demenzstadien ist die Begegnung auf einer verbalen Ebene nicht mehr möglich. Dadurch gewinnen körperbezogenen Zugänge an Bedeutung. Fröchtling schreibt mit Recht: „Ein solcher Körperkontakt ist in der Regel ungewohnt bis befremdlich und angstauslösend für Seelsorgende, die anderen Menschen bisher primär auf der verbalen Ebene begegnet sind und deren Ausbildung den Bereich der Körperarbeit nicht beinhaltet hat.“[148] In der Ausbildung und Arbeit als Physiotherapeutin habe ich gelernt, Berührungen und taktile Reize als selbstverständliche Möglichkeiten der „Kommunikation“, der Hilfestellung und des Zugangs zu anderen Menschen einzusetzen. Die Körpersprache, die eigene und die des anderen, wieder „sprechen“ zu lernen, ist eine wichtige Fähigkeit in der seelsorglichen Begegnung, besonders bei Menschen mit Demenz.

### 5.3.10. Selbstreflexivität

Die eigene Arbeit, das Verhalten mit Dementen und die eigenen Interaktionsmuster bei der seelsorglichen Begegnung immer wieder zu analysieren und stets offen zu bleiben für Kritik und Veränderungsvorschläge, erhält bzw. verbessert die Qualität der seelsorglichen Arbeit.

[148] Fröchtling 2008, 245.

## 5.4. Seelsorge in den verschiedenen Demenzphasen

### 5.4.1. Seelsorgliche Begleitung im frühen Demenzstadium: Identität stützen

Wie in dem Kapitel über den Krankheitsverlauf von AD schon dargestellt wurde, wird von verschiedenen Demenzphasen gesprochen. Auch Depping hält sich an eine dreistufige Einteilung und beschreibt für jedes Demenzstadium bestimmte seelsorgliche Schwerpunkte.[149]

Im frühen Demenzstadium beginnt eine zunehmende Vergesslichkeit der Betroffenen aufzufallen. Diese wahrgenommenen kognitiven Einbußen verunsichern und ängstigen und führen oft als Reaktion auf diese Abbauerfahrungen zu Aggressivität oder Depression. Das Selbstbild[150] und die Identität[151] werden durch diese Veränderungen erschüttert und brüchig.

Als oberstes Ziel der Seelsorge im frühen Demenzstadium steht daher, die Identität zu stärken und bei der Aufrechterhaltung bzw. dem Aufbau eines positiven Selbstbildes mitzuwirken.

Identität ist geschichtlich, lebensgeschichtlich geprägt, weshalb mit dem Verlust der Erinnerung auch ein Verlust von Identität einhergeht. Die Erinnerung an die eigene Biographie zu fördern, kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Dadurch, dass die Seelsorgerin ein Interesse an der Lebensgeschichte zeigt, vermittelt sie Wertschätzung und stärkt damit das Selbstwertgefühl.

Verschiedene Methoden können Erinnerungen wachrufen:

*Helfende Fragen*: einfach und klar formulierte Fragen angepasst an die Sprache und die Biographie des Menschen mit beginnender Demenz, wiederholtes Nachfragen, Reizwörter wie „zu Hause“, „Schule“, „Eheschließung“ oder „Kinder“ einbauen; die Fragewörter „Wie, Wer, Wo, Was oder Wann“ mobilisieren konkretes Denken und können bei Dementen konkrete Geschichten aus der Vergangenheit auftauchen lassen. Fragen, die ein abstraktes, kausales, finales oder konditionales Denken veranlassen sind bei Dementen ungünstig, weil diese komplexeren, zusammenhängenden bzw. aufeinander aufbauenden Denkstrukturen durch die Demenz stark beeinträchtigt sind. „Warum, Weshalb, Wozu“ sollten vermieden werden. Der Dementen muss ausreichend Zeit zum Antworten eingeräumt werden, um keine Stresssituation zu erzeugen. Bringt die Seelsorgerin die im vorhergehenden Kapitel

[149] Vgl. Depping 2008, 33-51.
[150] Unter Selbstbild oder auch Selbstkonzept wird das verstanden, was ein Mensch von sich hält und wie er sich und seine Stellung unter anderen Menschen empfindet. Vgl. Scharfetter 2002, 77.
[151] Zum Verständnis von Identität und Identitätsbildung vgl. Wahl 2000, 206-217 und Eglin et al. 2008, 17-18.

beschriebenen Grundhaltungen mit, so wird sich ihr Gegenüber nicht ausgehorcht oder abgeprüft vorkommen, sondern spüren, dass ein ehrliches Interesse an der Lebensgeschichte der Befragten besteht.

Im Anfangsstadium der Demenz ist das Sprachverständnis noch weitgehend intakt. Die seelsorgliche Begegnung kann daher auf einer verbalen Ebene stattfinden. Es spricht nichts dagegen, auch in dieser Phase schon andere Sinne einzubauen.

*Bilder* aus der Lebensgeschichte betrachten: „Ein Bild sagt mehr als tausend Worte." Wie dieses geflügelte Wort schon besagt, können Bilder oft viel mehr ausdrücken als Worte. Das Bildergedächtnis ist an einer Stelle im Gehirn lokalisiert, welche bei der AD erst sehr spät geschädigt wird, weshalb sich diese Form des Erinnerungen-Wachrufens gut eignet.

*Begreifen* der Biographie: Nicht nur an Bilder, sondern auch an gewisse Gegenstände sind Erinnerungen geknüpft. Eigene Erinnerungsstücke aus der Kindheit sind bei Menschen in sehr hohem Alter oft nur noch spärlich vorhanden, da immer wieder ausgemustert und nur das nötigste mitgenommen wurde. „Ersatzerinnerungsstücke", welche von der Seelsorgerin mitgebracht werden, können ebenfalls Erinnerungen wecken.

Auch die religiöse Sozialisation und die spirituellen Erfahrungen können erinnert werden und die Identität stärken. Depping nennt biblische Geschichten (Gleichnisse, Parabeln, Wundergeschichten), in der damaligen Zeit übliche Sprüche, Lieder und Gebete, welche sich eignen, um Erinnerungen wach zu rufen und den Weg zu einem versöhnten Selbstbild und einem positiven, angstfreien Gottesbild zu ebnen.

Seelsorge hat „die Aufgabe, lebensfördernde vorhandene wie auch allenfalls neue Werthaltungen, die für die Bewältigung der gegenwärtigen Lebensphase entscheidend sind, behutsam zu stärken"[152] und dadurch den dementen Menschen auch in Identitätskrisen Wertschätzung und dadurch Halt zu vermitteln.

Als Ziel des Seelsorgegeschehens nennt Drechsel, dem Menschen „die Möglichkeit zu geben, etwas von der Würde, die er immer schon hat, zu erinnern und selbst wahrzunehmen."[153] Das gemeinsame Erinnern der Lebens- wie auch der Heilsgeschichte steht bei der Seelsorge im frühen Demenzstadium im Vordergrund.

[152] Eglin et al. 2008, 18.
[153] Drechsel 2007, 216.

### 5.4.2. Seelsorgliche Begleitung im mittleren Demenzstadium: Gedanken- und Gefühlswelt annehmen

Hauptcharakteristikum dieser Demenzphase ist, dass die bewusste Unterscheidung von Vergangenheit und Gegenwart verschwindet. Depping nennt es die „präsentische Vergangenheit“[154], in der Menschen in diesem fortgeschritteneren Stadium der Demenz leben. Angehörige, Pflegerinnen und auch Seelsorgerinnen haben die Aufgabe, die Gedanken- und Gefühlswelt, in der die demente Person lebt, als sinnvoll und berechtigt anzuerkennen. Jede, die mit Menschen in dieser Phase der Demenz zu tun hat, sollte diese Grundhaltung einnehmen: Alle auf den ersten Blick noch so unsinnig wirkenden Äußerungen und Verhaltensweisen der Dementen haben einen Grund und Sinn.

Auch die Seelsorgerin sollte sich in dieser Grundhaltung auf die Begegnung einlassen.

Depping[155] schlägt für seelsorgliche Begleitung im mittleren Demenzstadium sowohl sprachliche wie auch nicht an Sprache gebundene Zugangsweisen vor:

*Emotionen ansprechen*, die bei einer Aussage mitschwingen.

Auch bei Verwechslungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen diese weder bestätigen, das wäre unecht, noch korrigieren, das wäre aussichtslos, sondern versuchen, diese so stehen zu lassen und die Emotionen, die dabei mitschwingen, zu verbalisieren.

*Begriffskarten*, wenn die Lesefähigkeit noch intakt ist, als Erzählstimulus verwenden.

*Ein-Wort Kommunikation*, bei der einzelne Worte wechselseitig wiederholt werden, teilweise mit kleinen Ergänzungen oder mit einer neuen emotionalen Färbung.

*Erzählen*[156] von Glaubensgeschichten (aus der Bibel oder aus dem eigenen Leben), welche einen Bezug zur Lebensproblematik des jeweiligen Menschen haben; das Geschichtenerzähltbekommen ist seit frühester Kindheit bekannt und bleibt daher im Demenzprozess relativ lange vorhanden.

*Empathische Bilder*, welche nicht primär Erinnerungen wachrufen sollen, sondern eine bestimmte Stimmung übertragen und auf einer präkognitiven, intuitiven Weise wirken.

*Musische Begleitung* durch Musik und Poesie, bei der es ebenfalls um die transportierten bzw. ausgelösten Emotionen geht.

---

[154] Depping 2008, 52.
[155] Depping 2008, 51-70.
[156] Regeln und konkrete Aspekte, welche beim Erzählen von Geschichten bei dementen Menschen eine Rolle spielen, sind nachzulesen bei Depping 2008, 63-66.

*Handelnde Begleitung*: Die „taktile Kontaktseelsorge“[157] gewinnt an Bedeutung, wenn die kognitiv orientierte Verständigung nicht mehr möglich ist. Neben den klassischen religiösen Riten wie dem Segnen oder der Salbung zählt Depping auch gemeinsam vollzogene Alltagsbetätigungen wie gemeinsames Essen, gemeinsames Gehen zur handelnden seelsorglichen Begleitung.

„Die Herausforderung, Menschen mit Demenz spirituell zu begleiten, liegt darin, ihnen Erfahrungen im Alltag zu ermöglichen, durch die sie sich unmittelbar, das heisst auf einer nicht-kognitiven Ebene, als geliebt, geschätzt und geborgen erleben.“[158]

### 5.4.3. Seelsorgliche Begeleitung im späten Demenzstadium: Schutz und Geborgenheit vermitteln

Je fortgeschrittener die Demenz ist, umso mehr treten kognitive Zugänge in den Hintergrund der seelsorglichen Begleitung. In dem späten Stadium ist ein völliger Sprachzerfall und Desorientierung gegeben und verbunden mit zunehmender Immobilität und Pflegebedürftigkeit. In der Pflege wie auch in der Seelsorge geht es nicht mehr um Aktivierung, sondern um die Vermittlung von Geborgenheit und Ruhe. Der Inhalt des Gesprochenen ist nicht mehr wichtig, vielmehr zählt die Sprachmelodie und was die Worte ausstrahlen/vermitteln. Nicht nur der Klang einer Stimme, auch Musik kann beruhigende Wirkung haben. „Studien bzw. Erfahrungsberichte zeigen, dass durch Anwendung von Musik bei Dementen vor allen Dingen Unruhezustände und Angst gemindert werden können.“[159] Depping beschreibt die Wirkung einzelner Vokale und dass A und O besonders zur Vermittlung von Geborgenheit in diesem Stadium der Demenz eingesetzt werden sollten.

Neben dem Klang ist auch die Berührung in dieser Phase wichtig; Depping gibt Beispiele unterschiedlicher Autoren, wie die Berührung geschehen kann, um nährend und einfach zu sein.[160] Er nennt auch die „basale Kommunikation“[161] als geeignete Methode, um mit Menschen mit Demenz in Kontakt zu treten. Dabei übernimmt die Seelsorgerin den Atemrhythmus der betreuten Person und vertont die Ausatmung. Am Atem, Puls, den Augenbewegungen, dem Gesicht und dem Körper können und müssen Reaktionen aufmerksam beobachtet werden, um das Maß der zwischenmenschlichen Kontakte an das

[157] Depping 2008, 69.
[158] Eglin et al. 2008, 73.
[159] Stoppe/Maeck 2007, 55.
[160] Vgl. Depping 2008, 74-76.
[161] Depping 2008, 81.

Befinden der Dementen anpassen zu können. Depping betont, dass die Seelsorgerin niemals etwas erzwingen sollte in der Begegnung mit dementen Menschen. „Ein Zuviel von gezielten Interventionen kann auch beunruhigen."
Keetmann und Bejick[162] beschreiben für die Seelsorge in der späten Phase der Demenz auch noch das „bloße Dasein" und die „liebevolle Betrachtung" als spirituellen Akt.

Die bisher beschriebenen Möglichkeiten der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz in den einzelnen Stadien haben ihre Wurzeln in Konzepten, welche außerhalb des pastoraltheologischen Bereichs entstanden sind. In immer mehr Publikationen wird neben Biographiearbeit[163] besonders das Konzept der Validation in Zusammenhang mit Seelsorge und Demenz genannt. Das folgende Kapitel dieser Diplomarbeit stellt Validation nach Naomi Feil vor und diskutiert die Einbeziehung dieses Konzeptes in die seelsorgliche Begleitung von Menschen mit Demenz.

# 6. Validation nach Naomi Feil

Die Sozialarbeiterin, Naomi Feil[164], hat durch ihre Arbeit mit dementen Menschen in den Jahren 1963-1982 eine eigene Methode für einen besseren Umgang mit verwirrten alten Menschen entwickelt und diese 1982 erstmals in dem Buch „Validation – The Feil Method. How to help Disoriented Old-Old" dargestellt. Mittlerweile wurde dieses Buch mehrmals überarbeitet und in einige Sprachen übersetzt. Auch die Methode selbst hat sich weiterentwickelt und verbreitet. In zahlreichen geriatrischen Einrichtungen in den USA, Kanada, Australien und Europa ist Validation in die Arbeitsweise des Betreuungs- und Pflegepersonals integriert worden. Die Auswirkungen von Validation wurden bereits in quantitativen und qualitativen Studien untersucht; aufgrund von methodischer Schwächen lassen sich keine eindeutigen, wissenschaftlich belegten Schlüsse über die Effektivität dieser

[162] Keetmann/ Bejick 2005, 139.
[163] Vgl. Keetmann/Bejick 2005, 135-136 und Fröchtling 2008, 296-300.
[164] Da das Konzept Validation und nicht deren Begründerin in dieser Arbeit von Bedeutung ist, wird bewusst auf ein Biographiekapitel verzichtet. Die Anmerkungen in der Fußnote sollen genügen, um Naomi Feil grob einordnen zu können. Feil wurde 1932 in München geboren, emigrierte 1936 in die USA, studierte dort Psychologie und Sozialarbeit, 1982 veröffentlichte sie die erste Ausgabe ihres Standardwerkes „Validation – The Feil Method. How to help Disoriented Old-Old", welches 1990 erstmals in deutscher Sprache und 2005 in 8. deutscher überarbeiteter Auflage erschienen ist.

Methode ziehen.[165] Dennoch wird Validation auch in medizinischen Publikationen als Behandlungsmethode vorgeschlagen und im Vergleich zum ROT für Alzheimer Patientinnen als vorteilhafter beschrieben, auch wenn der wissenschaftliche Wirkungsnachweis noch aussteht.[166]

Es gibt eigene Validationszentren[167] und einige Organisationen, welche eine Ausbildung zur Validations-Anwenderin anbieten.[168]

Validation wird bereits in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen wie Medizin, Pflegewissenschaft, Pädagogik und vereinzelt auch in theologischen Kreisen genannt bzw. diskutiert. Validation in Zusammenhang mit einem speziellen Themenbereich der Theologie, nämlich der Seelsorge, wird in dieser Diplomarbeit beleuchtet. Als Grundlage dafür wird im Folgenden Validation näher beschrieben.

## 6.1. Was ist Validation? Therapie - Kommunikationsmethode - Grundhaltung

Wie in dem Kapitel über die nicht-medikamentösen Therapieansätze bereits erwähnt wurde, wird Validation in der Literatur auch als Therapie-[169] bzw. Behandlungsmethode genannt, welche das Ziel hat, „das Leben von altersdementen Menschen zu erleichtern, vielleicht sogar ihre Krankheit zu verbessern.“[170]

Feil geht davon aus, dass Desorientierung im Alter ein Ausdruck von ungelösten Aufgaben aus der Lebensgeschichte und eine Reaktion auf das Erleben von körperlichen, sozialen und psychischen Verlusten ist, also sozialpsychologisch begründet ist. Sie unterscheidet zwischen Demenz in Folge einer körperlichen, hirnorganischen Krankheit, wie bei Schlaganfällen oder der früh einsetzenden AD, und Desorientierung, welche die genannten sozialpsychologischen Ursachen hat und daher nur im höheren Alter auftritt. Für diese Gruppe der alten, desorientierten Menschen kann Validation eine Verringerung der demenziellen Symptomatik

[165] Studien, Reviews und Meta-Analysen zur Effektivität von Validation werden genannt bei Halek/Bartholomeyczik 2006, 62-64 und Feil 2005, 54-57.
[166] Vgl. Krämer/Förstl 2008, 180.
[167] In Österreich gibt es als Dachverband das Österreichische Institut für Validation (ÖIV); dieses ist Mitglied der europaweiten European Validation Association (EVA)
[168] Ausbildung zur Validationsanwenderin wird u.a. vom Wiener Roten Kreuz angeboten; Kursprogramm siehe: http://www.w.roteskreuz.at/cn/?xml_file=abz05.xml&new_start=/cn/was_wir_tun/abz/neu/startseite.html, download: 30.5.2009.
[169] Vgl. Böhme 2008, 93.
[170] Litzka/Rath/Seligo 2007, 19.

bewirken. Feil zählt die AD, welche erst in höherem Alter[171] auftritt, ebenfalls zu der nicht hirnorganisch bedingten Demenz. Sie begründet ihre Annahme mit den Ergebnissen verschiedener Studien, welche zeigten, dass die bei der Autopsie festgestellten Veränderungen im Gehirn nicht mit der Ausprägung der Symptome von AD einhergingen und dass Lebensfaktoren wie Bildungsgrad, Lebenseinstellung und die Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, einen stärkeren Einfluss auf die Ausprägung der Symptomatik haben.[172]

Feil beschreibt Validation daher als eine „Kommunikationsform und Therapie, mittels welcher man lernen kann, mit […] sehr alten Personen, die an der Alzheimer-Krankheit bzw. damit verwandten Formen von geistiger Verwirrung leben, in Verbindung zu treten und zu bleiben."[173] Und weiter: „Diejenigen, die an spät einsetzender Demenz leiden, bezeichne ich als desorientierte, sehr alte Menschen."[174]

Diese Sichtweise von Demenz als nicht primär organische Erkrankung wird Feil als Diagnoseblindheit vorgeworfen.[175] So z.B. von Udo Baer: „Das einseitige und oft schematische Zurückführen der Desorientierung auf unverarbeitete biographische Konflikte bzw. unbewältigte Herausforderungen früherer Lebensalter stößt mittlerweile auf Kritik."[176]

Auch Ulrich Moser schreibt über Validation: „Die Validation ist als therapeutisches Vorgehen im Umgang mit Dementen ein durchaus umstrittenes Konzept."[177] Dennoch übt dieser Ansatz eine große Anziehungskraft auf viele Personen aus, die mit dementen Menschen zu tun haben, „weil er die Demenz nicht einfach als einen hirnorganischen Defekt am Menschen ansieht, sondern versucht, nach der Sinnhaftigkeit des Verhaltens und Erlebens Dementer zu fragen."[178]

Mir scheint aufgrund der bearbeiteten Literatur die Anerkennung organischer sowie psychosozialer Faktoren, sei es als Ursache oder Folge, bei jeder Form von Demenz angebracht.

Warum ist Validation nicht auch für Menschen mit primär hirnorganisch begründeter Demenz geeignet? Diese Frage klärte sich für mich durch ein Gespräch mit der Validationslehrerin

[171] Feil nennt 80 Jahre als Richtwert, betont aber zugleich, dass Alter ein relativer Begriff und individuell unterschiedlich ist, ab wann ein Mensch in die Lebensphase des hohen Alters eintritt. Vgl. Feil 2005, 40.
[172] Vgl. Feil 2005, 45-48.
[173] Feil 1993, 49.
[174] Feil 2005, 47.
[175] Vgl. Fröchtling 2008, 307.
[176] Baer 2007, 37.
[177] Moser 2005, 127.
[178] Moser 2005, 127.

Gunvor Sramek[179]: Validation bei hirnorganisch begründeter Demenz kann zwar die momentane Gesprächssituation erleichtern, jedoch keine dauerhafte Verringerung der Desorientierung erreichen. Da Feil den Anspruch hatte, mit ihrer Methode eine bleibende Verbesserung der Verwirrtheit bewirken zu können, richtet sich ihr Ansatz primär an alte, desorientierte Menschen, bei denen die psychosozialen Faktoren im Vordergrund stehen. Die Anwendung von Validation bei z.B. der früh einsetzenden Alzheimer-Erkrankung kann das Fortschreiten der Demenz nicht aufhalten, das konkrete Miteinander, die Begegnung mit der dementen Person jedoch erleichtern. Feil schreibt im Zusammenhang mit früh einsetzender AD: „Für einen Augenblick kann Validation etwas soziale Interaktion ermöglichen."[180]
Daraus schließe ich, dass Validation, wenn sie nicht als Therapie, sondern als Kommunikationsmethode verstanden wird, bei allen Formen von Demenz sinnvoll anzuwenden ist.
Mit diesem Verständnis wird Validation auch in anderen Literaturquellen genannt; eine Unterscheidung, für welche verwirrten Menschen Validation gilt und für welche nicht, wurde an keiner Stelle explizit erläutert. So lässt sich zusammenfassend sagen, „Validation ist ein Kommunikationsstil speziell mit alten, dementen Menschen in allen Stadien der Demenz."[181]
Oder wie Gindl es ausdrückt: „Validation ist eine einfühlende Kommunikationsmethode und wurde für den besseren Umgang mit sehr alten, desorientierten Menschen entwickelt."[182]

„Validieren ist keine Arbeit, keine Methode im eigentlichen Sinne. Es ist vielmehr eine Grundhaltung, die spürbar beim anderen ankommt; eine Haltung der liebevollen Aufmerksamkeit."[183] So beschreibt Barbara Messer Validation. Es ginge dabei um das Brücken Bauen von Mensch zu Mensch. Auch diese Sichtweise von Validation ist durchaus begründet. Das Wesentlichste an dieser Kommunikationsmethode ist eine bestimmte wertschätzende, anerkennende und liebende Haltung gegenüber der Dementen. Dennoch greift meiner Meinung nach die Reduzierung von Validation auf eine Grundhaltung zu kurz, da nicht nur die Einstellung, sondern auch konkrete Techniken prägend sind für Validation.
Feil schreibt selbst, dass Validation eine Kombination aus konkreten Techniken, einer bestimmten Grundhaltung und einer Theorie zur Begründung von Demenz darstellt.[184]

[179] Das Gespräch fand im Rahmen des Fortbildungstages der ED Wien „Seelsorge mit demenzkranken Menschen" am 26.3.2009 in Wien statt.
[180] Feil 2005, 47.
[181] Keetmann/Bejick 2005, 133.
[182] Gindl 2002, 79.
[183] Messer 2005, 9.
[184] Vgl. Feil 2005, 15.

Durch diese Kombination aus Theorie und Praxisanweisung kann Validation auch als Konzept bezeichnet werden.

Für mich ist Validation eine Zugangsweise zu Menschen mit Demenz, welche eine Grundhaltung und eine Kommunikationsmethode beinhaltet und für die Betroffene sowie deren Angehörige hilfreich und in gewisser Weise heilsam, also therapeutisch ist.

Feil nennt auf der Basis von theoretischen Annahmen aus der behavioristischen, analytischen und humanistischen Psychologie[185] zehn Validationsprinzipien. Weiters beschreibt sie Voraussetzungen, welche eine Validationsanwenderin mitbringen sollte, um diese Prinzipien umsetzen zu können. Entsprechend der unterschiedlichen Demenzstadien - Feil unterscheidet vier Phasen - erklärt sie konkrete Techniken der Validation. In den folgenden Kapiteln werden die genannten Punkte näher dargestellt.

## 6.2. Validationsprinzipien

Folgende Prinzipien bilden die Grundlage von Validation:

1. Jeder Lebensabschnitt beinhaltet bestimmte Aufgaben; ungelöste Aufgaben früherer Abschnitte können in der letzten Lebensphase wieder aktuell werden. Die Person kehrt zur Bearbeitung dieser Aufgabe gedanklich in das jeweilige Lebensstadium zurück. Dieser Aufarbeitungsprozess soll mit Validation unterstützt werden.
2. Um die schmerzhaften Veränderungen in der Gegenwart nicht ertragen zu müssen, ziehen sich alte Menschen in ihre Vergangenheit zurück. Dieser Rückzug wird als kluge Bewältigungsstrategie für die unerträgliche Realität angesehen. Es wird nicht versucht, diesem Menschen die Realität der Betreuerin aufzuzwingen. „Wenn das Augenlicht nachlässt, benutzen die Klienten das innere Auge, um zu sehen. Wenn das Gehör nachlässt, lauschen sie den Klängen der Vergangenheit.“[186] Auch Dinge, die von Außenstehenden nicht wahrgenommen werden können, sollen nicht angezweifelt werden, sondern als Teil der persönlichen Realität der dementen Person akzeptiert werden.

[185] Sigmund Freud, Carl G. Jung, Erik H. Erikson, Steven Zuckermann, Wilder Penfield, F. G. Schettler, G.S. Boyd, Adrian Verwoerdt, Charles Wells, Carl Rogers und Jean Piaget werden in dem Kapitel über die theoretischen Grundannahmen bei Feil genannt (vgl. Feil 2005, 16-17).
[186] Feil 2005, 17.

3. Jeder Mensch soll so akzeptiert werden, wie er ist, ohne ihn zu verbessern zu versuchen.
4. Alle Menschen sind wertvoll, unabhängig von ihrer geistigen Leistungsfähigkeit.
5. Auch das Verhalten von desorientierten Menschen ist Bedürfnis-orientiert und hat einen Grund. Jedes auch noch so sinnlos erscheinende Verhalten soll von nicht dementen Menschen als sinnvoll anerkannt werden.
6. Empfindungen, die nicht ausgedrückt werden können und ignoriert werden, verstärken sich. Schmerzhafte Gefühle, die ausgedrückt und von einer vertrauensvollen Person anerkannt und validiert werden, verringern sich.
7. Einfühlsames Zuhören baut Vertrauen auf und Ängste ab.
8. Menschen mit Demenz spüren, wenn sie belogen werden. Um die Vertrauensbasis nicht zu brechen, sollen auch verwirrte Menschen nie angelogen werden.
9. Situationen der Gegenwart können vergangene Erlebnisse und damit verbundene Gefühle wachrufen.
10. Verwirrte Menschen verwenden oft eine poetische Sprache und Symbole, um ihre Bedürfnisse auszudrücken.

## 6.3. Über die Validationsanwenderin (VA)

Für eine gelingende Umsetzung dieser Prinzipien in den konkreten Begegnungen sind folgende Eigenschaften und Haltungen von Seiten der Validationsanwenderin nötig:

- Einfühlungsvermögen in die Welt von desorientierten alten Menschen
- Aufrichtigkeit und Authentizität
- Akzeptanz und Respekt vor den Gefühlen der verwirrten Person
- eine gefestigte Persönlichkeit, die es aushält, sich den Gefühlen und Vorstellungen betreffend des Alterns ehrlich zu stellen

## 6.4. Vier Phasen der Verwirrtheit/des Rückzugs

Feil beschreibt vier Phasen des Rückzugs aus der Realität. Jeder Phase sind bestimmte physische und psychische Charakteristika zugeordnet. Auch wenn das Ausmaß der Verwirrtheit bzw. des Rückzugs situationsabhängig ist, sich also im Laufe eines Tages und

innerhalb von Minuten verändern kann, so können dennoch vier grundsätzliche Phasen unterschieden werden. Es ist wichtig, das vorherrschende Stadium zu erkennen, um entsprechende Techniken anwenden zu können und dadurch ein weiteres Voranschreiten der Verwirrtheit aufzuhalten.

### 6.4.1. Phase I: Mangelhafte/unglückliche Orientierung

Menschen mit einer unglücklichen Orientierung haben zur Zeit und zur räumlichen Umgebung noch einen Bezug, leiden jedoch an Vergesslichkeit. Die Betroffenen bemerken ihre Defizite und leugnen diese, indem sie Fehler kaschieren oder andere beschuldigen. Die kognitiven Fähigkeiten sind weitgehend noch intakt. Emotionen werden unterdrückt und geleugnet. Menschen in dieser Phase der unglücklichen Orientierung versuchen krampfhaft, den beginnenden Kontrollverlust zu bekämpfen; Ordnung und Kontrolle sind ihnen wichtig. Ihr Körper ist oft sehr angespannt, Bewegungen sind hastig und steif. Sie brauchen Distanz und wollen nicht berührt werden, reden aber gerne, wenn sie nach Geschehnissen befragt werden.

### 6.4.2. Phase II: Zeitverwirrtheit

Durch zunehmende körperliche und soziale Verluste kann die aufgebaute Fassade nicht mehr gehalten werden. Die räumliche und zeitliche Orientierung ist nicht mehr gegeben. Das Gefühl der Nutzlosigkeit und Einsamkeit treibt Menschen dazu, sich in ihre früheren Lebensabschnitte, in denen ihr Leben noch in Ordnung war, zurückzuziehen. Dinge der Gegenwart werden symbolisch gesehen und können Situationen und Gefühle der Vergangenheit wachrufen. Diese Menschen leben in ihren Erinnerungen. Ihre Bewegungen und ihre Sprache sind verlangsamt, die Muskeln sind entspannt, Gefühle werden oft mit Wortneuschöpfungen oder symbolisch ausgedrückt. Ein zunehmender Verlust der sozialen Kontrolle, des Kurzzeitgedächtnisses und der Konzentration ist zu beobachten. Berührungen und Blickkontakt werden angenommen und erwidert.

### 6.4.3. Phase III: Wiederholende Bewegungen

Wenn Menschen in der Phase II ihre Gefühle nicht ausdrücken und verarbeiten konnten, dann ziehen sie sich noch weiter aus der sie umgebenden Wirklichkeit zurück. Sie verlassen die Welt der erlernten, sprachlichen Kommunikation und äußern sich durch vorsprachliche Laute und verinnerlichte Bewegungsmuster. Die Bewegungen wiegen diese Menschen in die Vergangenheit. Kommunikation ist nur noch durch körperliche Kontaktaufnahme, direkten Blickkontakt und verbal stark reduziert mit deutlicher, klarer Stimme möglich. Körperlich charakteristisch für Menschen in dieser Phase III sind rhythmische Bewegungen, Hin-und-Her-Gehen, Trommeln, Schlagen, Schnalzen, Summen, Stöhnen oder Singen, entspannte Muskeln, oft geschlossene Augen. Eigenstimulationen ersetzen äußere Impulse.

### 6.4.4. Phase IV: Vegetieren/totaler Rückzug nach innen

Etwas widersprüchlich schreibt Feil einerseits, dass sich in dieser Phase der alte Mensch völlig vor der Außenwelt verschließt, andererseits aber auch, dass diese Personen Reaktionen auf Validation zeigen, also nicht komplett abgekapselt sind von der Umgebung. Körperliche Charakteristika für Phase IV sind: geschlossene Augen oder ungerichteter, leerer Blick, kaum Muskeltonus, Embryonalstellung, kaum Eigenaktivität. Berührung ist in dieser Phase im wahrsten Sinne des Wortes lebenserhaltend, Halt am Leben gebend.
Die Bezeichnung „Vegetieren“ wird von anderen Autoren[187] kritisiert, da es den Menschen auf eine Ebene mit Pflanzen setzt und dem dementen Menschen, auch wenn sein Bewusstsein und seine Aktivität noch so reduziert sein mögen, nicht gerecht wird.

## 6.5. Techniken der Validation

Validation kann in Einzelkontakten oder in Gruppen stattfinden. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Anwendung von Validation im Zusammentreffen zweier Personen. Für die Validation einer einzelnen Person sollten zuerst möglichst viele biographische Informationen gesammelt werden, dann die Phase der Verwirrtheit bestimmt werden und dazu passende Techniken ausgewählt und angewandt werden. Feil beschreibt 14 konkrete

[187] Vgl. Keetmann/Bejick 2005, 131 und Sauter 2007, 118.

Techniken, welche helfen sollen, die Beziehung zur Dementen aufzubauen. Grundsätzlich stellen diese Techniken aber keine Universalformel dar, welche immer angewandt werden müssen. Welche dieser Techniken hilfreich sind im Umgang mit desorientierten Personen, hängt von den individuellen Gegebenheiten ab, welche sowohl die Validationsanwenderin wie auch die Demente in das jeweilige Miteinander einbringen.

### 6.5.1. Zentrieren

Vor der Begegnung sollte sich die Validationsanwenderin von den eigenen Gefühlsregungen und aufwühlenden, belastenden Gedanken befreien, um ganz offen zu sein, sich auf die Gefühle des Gegenübers einlassen zu können. Durch die Konzentration auf die eigene Körpermitte bzw. einen Punkt knapp unterhalb des Nabels, das bewusste Wahrnehmen und Lenken des Atemflusses und das Loslassen aller innerer Dialoge für eine kurze Zeit macht sich die Validationsanwenderin aufmerksam und bereit für das Zugehen auf die andere, desorientierte Person.

### 6.5.2. Tatsachen statt Ursachen erfragen

„Wer, „Was“, „Wo“, „Wann“, „Wie“ sollten als Fragewörter benutzt werden, um Fakten zu erkunden. Die Fragen „Warum“, „Weshalb“, „Wodurch“ sind zu vermeiden, da komplexe kausale Zusammenhänge nicht mehr hergestellt werden können. Nach den Ursachen zu fragen, würde die demente Person mehr in Bedrängnis bringen, als dass es sie veranlassen würde, vom eigenen Leben zu erzählen und sich der Validationsanwenderin anzuvertrauen.

### 6.5.3. Wiederholen

Die eigenen Worte aus dem Munde der Gesprächpartnerin zu hören, wirkt bestätigend. Die VA soll die Kernaussage wiederholen und dabei die gleichen Schlüsselworte, die gleiche Sprachmelodie und Stimmlage verwenden.

### 6.5.4. Extreme einsetzen

Die VA motiviert die Demente, sich die beklagte Problematik ins Extreme gesteigert vorzustellen. Dies soll helfen, die empfundenen Gefühle intensiver zu spüren. Das Ausdrücken und Mitteilen dieser Empfindungen verschafft Erleichterung.

### 6.5.5. Gegenteil vorstellen

Die desorientierte Person wird aufgefordert, sich an Zeiten zu erinnern, in denen die beklagte Tatsache nicht vorhanden war. Dadurch wird der Fokus verlagert von dem momentanen Problem hin zu der erwünschten und schon einmal so erlebten Situation bzw. Lösung.

### 6.5.6. Erinnern

Ähnlich wie bei der vorhergehenden Technik sollen bewährte Bewältigungsstrategien aus dem Leben der Dementen wachgerufen werden. Worte wie „immer“ und „nie“ können das Erinnern von Problemlösungen in der Vergangenheit erleichtern.

### 6.5.7. Augenkontakt halten

Blickkontakt vermittelt Anteilnahme, Sicherheit und Nähe. Im Blick werden die non- und paraverbalen Botschaften[188] transportiert, weshalb bei dieser Technik die innere Haltung der VA besonders wichtig ist. Feil nennt es eine Berührung mit den Augen[189], welche ab Phase II besonders wichtig wird. Auf die gleiche Augenhöhe ist zu achten, um ein Hierarchiegefälle zu vermeiden.

### 6.5.8. Mehrdeutigkeit durch unbestimmte Fürwörter offen lassen

Bei verwirrten Menschen kommt es oft zu Neologismen oder verwaschener, unklarer Ausdrucksweise, welche von der Umwelt nicht gedeutet werden können. Um das Gespräch

[188] Vgl. Eglin et al. 2008, 32-35.
[189] Vgl. Feil 2005, 90.

dennoch am laufen zu halten, schlägt Feil vor, anstelle dieser unverständlichen Wortneubildungen unbestimmte Fürwörter einzusetzen wie „er“, „sie“, „es“, „etwas“, „jemand“, um verschiedene Deutungen offen zu lassen.
Meiner Meinung nach könnten auch einfach die genannten Wörter wiederholt werden, auch wenn sie von der VA nicht verstanden wurden. Damit würde die VA zeigen, dass sie die Sprache der Dementen an- und übernimmt.

### 6.5.9. Klar, sanft und liebevoll sprechen

Mit der Stimme wird auch die Stimmung der VA transportiert. Eine klare, sanfte und liebevolle Stimme kann die Erinnerung an eine andere liebevolle Person wecken und hilft Vertrauen auf- und Stress abzubauen.

### 6.5.10. Bewegungen und Gefühle beobachten und spiegeln

Der Gesichtsausdruck, die Muskelspannung, die Atmung, die Körperhaltung sowie Bewegungen der desorientierten Person müssen genau beobachtet werden, um sie dann zu spiegeln, d.h. nachzuahmen. Auf diese Weise tritt die VA ganz ohne Worte in die Welt der Dementen ein und zeigt dieser abermals, ihre „Sprache“ zu sprechen.

### 6.5.11. Grundbedürfnisse, die hinter dem Verhalten stehen, beachten

Feil geht davon aus, dass jedes Verhalten bedürfnisorientiert ist. Demente Menschen drücken ihre Bedürfnisse oft nicht direkt aus, sondern verwenden Symbole[190] oder Ersatzhandlungen. Die VA sollte das Grundbedürfnis herausfinden und darauf eingehen.

[190] Universelle Symbole und ihre möglichen Bedeutungen sind aufgelistet bei Feil 2005, 66-67. Es wird in dieser Arbeit das Thema Symbole nicht näher diskutiert, da es den Rahmen sprengen würde.

### 6.5.12. Bevorzugtes Sinnesorgan erkennen und benutzen

Die Ausdrucksweise eines Menschen verrät, welches Sinnesorgan dieser bevorzugt.[191] Ein auditiver Typ verwendet oft Worte wie: „es hört sich an, das klingt, laut, Stimme." Visuelle Worte sind: „bemerken, aussehen, vorstellen, erinnern, Bild, sehen". Bevorzugt jemand den kinästhetischen Sinn, so verwendet dieser Ausdrücke wie: „es fühlt sich an, spüren, das packt mich, berührt mich, trifft mich, ist greifbar, fassen, begreifen." Die VA sollte in ihrer Ausdrucksweise den bevorzugten Sinn der Dementen übernehmen. Auch damit wird eine gemeinsame Sprache und Beziehung aufgebaut.

### 6.5.13. Verankerte Berührungen

Feil unterscheidet zwei Arten von Berührung: die allgemeinen Berührungen, welche wir im täglichen Leben erleben, bei denen jedoch keine besonderen Erinnerungen wachgerufen werden, und „verankertes Berühren", welches an gewissen Schlüsselpositionen gezielt eingesetzt werden kann, um damit Gefühle aus vergangenen Beziehungen zu wecken. Erinnerungen an die Mutter würden durch das Auflegen der flachen Hand auf die Wange erzeugt werden. Kreisbewegungen am Hinterhaupt stimuliert das Gefühl vom Vater getätschelt zu werden. Diese verankerten Berührungen hat Feil aus den Erfahrungen ihrer 40-jährigen Praxis entwickelt.[192]

Je fortgeschrittener der Verwirrtheitszustand ist, umso wichtiger werden Berührungen als Kommunikationsmittel. Es ist sehr behutsam damit umzugehen. Da Berührungen etwas sehr Nahes und Intimes sind, muss bei den geringsten Anzeichen von Widerstand sofort die Berührung beendet werden.

### 6.5.14. Musik einsetzen

Melodien und Lieder, welche früh erlernt worden sind, können auch dann noch in Erinnerung kommen, wenn die gesprochene Sprache schon längst nicht mehr möglich ist. „Wenn

[191] Ein kurzer Hinweis zum Konzept der Neurolinguistischen Programmierung, welche auch mit dem bevorzugten Sinnesorgan arbeitet, findet sich bei Feil 2005, 59.
[192] Weitere verankerte Berührungen und ihre ausgelösten Gefühle sind aufgelistet bei Feil 2005, 93.

Menschen nicht sprechen, kann man mit ihnen durch Singen bekannter Lieder, Gebete, durch vertraute Gedichte und Kinderreime kommunizieren.“[193]

Für die Phase I empfiehlt Feil folgende Techniken: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12
Für die Phase II: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14
Für die Phase III: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Für die Phase IV: 1, 7, 8, 9, 11, 13, 14

## 6.6. Veränderungen durch Validation

Wenn die VA in der beschriebenen Haltung und mit den rechten Techniken der Desorientierten begegnet, können mit regelmäßigen, nur wenige Minuten dauernden Validationsanwendung[194] folgende Veränderungen beobachtet werden:[195]

- aufrechterer Sitz
- geöffnete Augen
- verstärkte soziale Kontrolle
- weniger Schreien, Auf- und Abgehen, Schlagen (sich wiederholende Bewegungen)
- geringerer Aggressionspegel
- gesteigertes verbales und nonverbales Ausdrucksvermögen
- besseres Gangbild
- unbewältigte Lebensaufgaben lösen sich allmählich
- Verringerung der Angst
- reduzierter Rückzug
- gesteigertes Selbstwertgefühl
- aufmerksamere Wahrnehmung der Realität[196]/Umgebung

[193] Feil 2005, 94.
[194] Die Kontaktzeit richtet sich nach der individuellen Konzentrationsfähigkeit der desorientierten Person. Als Richtwerte nennt Feil eine Kontaktzeit von 1-15 Minuten, die vorgeschlagene Häufigkeit variiert von dreimal täglich bis zu dreimal wöchentlich. Vgl. Feil 2005, 83.
[195] Vgl. Feil 2005, 53-54.
[196] Feil verwendet das Wort „Realität“, wobei es mir an dieser Stelle nicht angebracht erscheint. Auch demente Menschen leben in der Realität, in ihrer eigenen Realität, in der Gefühls- und Vorstellungswelt, welche für sie gerade präsent und wirklich ist. Ich präferiere daher den Ausdruck „Umgebung“, weil Feil selbst das Wort Realität an einer anderen Stelle als etwas Subjektives bezeichnet hat.

Diese Wirkungen werden von Feil selber beschrieben. In einem Artikel[197] über die Effektivität von Validation werden Reviews und Meta-Analysen zu dieser Thematik präsentiert. Aufgrund methodischer Defizite werden aus den Untersuchungen keine wissenschaftlich fundierten Ergebnisse, sondern lediglich Tendenzen abgeleitet. Halek/Bartholomeyczik fassen zusammen, dass Validation bei mittlerer und schwerer Demenz tendenziell die Fähigkeit zur selbstständigen Körperpflege, die kognitiven Fähigkeiten sowie verbale und nonverbale Ausdrucksweisen verbessere und Aggressivität und Depression mindere. Diese Wirkungen von Validation decken sich inhaltlich mit jenen, welche Feil als beobachtbare Veränderungen beschreibt.

## 6.7. Ausbildung zur VA

Um Validation ausführlich kennen zu lernen und die Umsetzung bzw. Anwendung zu erlernen, werden Ausbildungskurse angeboten. In Österreich werden vom Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes laufend Lehrgänge zur VA-Ausbildung angeboten.[198] Als Zielgruppen werden Heimleiterinnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegehelferinnen, Altenfachbetreuerinnen, Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe und Besuchsdiensthelferinnen genannt. Feil schreibt in der Widmung ihres Buches „Dieses Buch ist für alle geschrieben, die für desorientierte, sehr alte Menschen sorgen und sich für ihre Probleme interessieren.“[199] Validation wurde also auch für Seelsorgerinnen entwickelt, welche mit alten, dementen Menschen in Kontakt sind und ein Interesse für deren Nöte und Sorgen zeigen. Seelsorgerinnen als Zielgruppe bei der Kursankündigung nicht zu erwähnen, erscheint mir bedenklich[200] und nicht im Sinne von Feil, die sich ausdrücklich an all jene wendet, welche Sorge tragen für desorientierte, demente Menschen.

---

[197] Vgl. Halek/Bartholomeyczik 2006, 62-64.
[198] Aktuelle Kursangebote sind dem Online-Kursprogramm zu entnehmen unter: http://www.w.roteskreuz.at/cn/?xml_file=abz05.xml&new_start=/cn/was_wir_tun/abz/neu/startseite.html, download: 7.7.2009.
[199] Feil 2005, 5.
[200] Wer auch immer diese Kursbeschreibung formuliert hat, sieht anscheinend die Betreuung von Menschen mit Demenz durch die vorhin genannten Berufsgruppen abgedeckt. Die Begleitung durch eine Seelsorgerin kommt in diesem Verständnis nicht vor. Die spirituelle Dimension des Menschen als bio-psycho-soziales und spirituelles Wesen wird damit beschnitten. Solch ein eingeschränktes Menschenbild ist besonders für Organisationen bzw. Personen, welche im Gesundheitswesen tätig sind, bedenklich, um nicht zu sagen, problematisch.

Der „Validation AnwenderInnenkurs nach Naomi Feil“ beinhaltet 70 Unterrichtseinheiten bestehend aus fünf zweitägigen Ausbildungsblöcken (zehn Tage), die sich über neun bis zwölf Monate erstrecken. Zwischen den einzelnen Blöcken sollen die Teilnehmerinnen mindestens ein Mal pro Woche mit demenzkranken Menschen arbeiten und so praktische Erfahrungen in der Anwendung von Validation sammeln. Alle Lehrgänge werden von autorisierten Validationslehrerinnen nach Naomi Feil durchgeführt und umfassen folgende Inhalte:

- Grundlagen der Validation nach Naomi Feil
- die körperlichen, psychologischen und emotionellen Charakteristika der vier Phasen von Desorientierung nach Naomi Feil
- Validationstechniken
- Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Validation und anderen Methoden wie Realitätsorientierung, Erinnerungsarbeit, Basale Stimulation und Remotivierung

Die erfolgreiche Absolvierung dieses Kurses berechtigt zur Ausübung von Einzelvalidation, zur kurzen Präsentation von Validation nach Feil vor kleinen Gruppen und zum Führen der Zusatzbezeichnung „Validationsanwenderin“.

Validation wurde als Zugangsweise zu dementen Menschen vorgestellt. Auf die dementielle Symptomatik als phasenhafter Rückzug in eine andere, eigene Welt ist eingegangen worden. Die grundlegenden Prinzipien und Techniken, sowie die Voraussetzungen von Seiten der VA wurden beschrieben. Auf die Möglichkeit der Ausbildung zur VA wurde abschließend eingegangen und dadurch eine Vorstellung davon vermittelt, in welchem Umfang das Erlernen von Validation möglich ist. Nun möchte ich der Frage nachgehen, inwieweit Validation in der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz hilfreich sein könnte.

# 7. Validation in der seelsorglichen Begleitung Dementer

In einigen Publikationen über Seelsorge mit Menschen mit Demenz finden sich bereits Hinweise auf Validation.[201] So schreibt z.B. Fröchtling: „Auch im Rahmen einer seelsorglichen Begegnung kann nicht nur eine validierende Grundhaltung, sondern können, je nach Gegenüber, die von Feil vorgestellten Techniken Zugangs- und Kommunikationshilfe in der Begegnung mit Menschen mit Demenz sein.“[202]

In welcher Weise Validation einen bereichernden Beitrag zum seelsorglichen Zugang zu und Umgang mit Menschen mit Demenz darstellen kann, darauf wird in den folgenden Kapiteln eingegangen.

Seelsorge und Validation sind in ihren Prämissen weitgehend übereinstimmend. In einem ersten Kapitel werden daher die Bereiche genannt, welche in ähnlicher Weise bei beiden Seiten beschrieben sind: Voraussetzungen der Seelsorgerin/VA und Seelsorge/Validation in den einzelnen Phasen der Demenz.

In einem weiteren Schritt werden drei Aspekte genannt, welche ein Proprium der Validation darstellen und als Erweiterung in die Seelsorge mit Dementen integriert werden könnten. Dies sind die Punkte: Krankheitsverständnis von Demenz, Verständigung über Sprachgrenzen hinweg und Körperkontakt.

Abschließend werden kritische Anfragen von Seiten der Theologie an die Validation gestellt.

## 7.1. Übereinstimmende Bereiche von Seelsorge und Validation

### 7.1.1. Voraussetzungen der Seelsorgerin/VA

Wie schon in den Kapiteln 5.3. und 6.3. beschrieben wurde, gibt es gewisse Voraussetzungen, welche einerseits die Seelsorgerin und andererseits die VA in die Begegnung mit dementen Personen einbringen sollten. Werden die Anforderungsprofile gegenübergestellt, so ist festzustellen, dass sich diese großteils decken bzw. implizit für beide gelten.

[201] Vgl. Depping 2008, 54 und Blasberg-Kuhnke/Wittrahm 2007, 332-335.
[202] Fröchtling 2008, 316.

#### *7.1.1.1. Empathie und Akzeptanz*

Sich in die Welt von desorientierten, alten Menschen einfühlen zu können, wird sowohl von der Seelsorgerin wie auch von der VA gefordert, ebenso wie Akzeptanz und Respekt vor den Gefühlen der dementen Person. Der Dementen in der Welt, wo sie sich gerade befindet, zu begegnen und ihr nicht die Realität der Betreuungsperson aufzuzwingen, dies wird in der Validation noch stärker betont als in der Seelsorge. Grund dafür ist die Annahme, dass der Rückzug aus der Realität einen Sinn hat und es für die Demente notwendig ist, in ihren Erinnerungen zu leben, um Themen aufzuarbeiten, welche damals nicht verarbeitet wurden. Die demente Person mit ihrer Gedanken- und Gefühlswelt anzunehmen und zu bestärken, ist daher nicht nur verankert in dem christlichen Menschenbild, welches jeden Menschen, und damit auch jeden Menschen mit Demenz, als Ebenbild Gottes sieht und Dementen daher mit Respekt und Achtung begegnet. Durch die Sichtweise der Validation, warum es zu dem Rückzug in eine andere, für Außenstehende verwirrt erscheinende Vorstellungswelt kommt, wird das einfühlsame Annehmen dieser Welt erleichtert. Konkrete Techniken wie das Spiegeln oder das Wiederholen von Schlüsselworten helfen bei der Umsetzung der empathischen Grundhaltung. Weil die Andere Ebenbild Gottes ist und weil ihre Gefühle und ihr Verhalten einen Sinn haben, sollen Seelsorgerinnen die Welt der Dementen als berechtigt und wertvoll anerkennen und validieren.

#### *7.1.1.2. Präsent-Sein*

Das aufmerksame Präsent-Sein oder, anders ausgedrückt, die „Haltung andächtiger Gegenwärtigkeit“[203], welche von der Seelsorgerin gefordert wird, bezeichnet das Konzept der Validation als Zentriertheit. In dem Kapitel 6.5.1. wurde erwähnt, welche konkreten Schritte Feil vorschlägt, um diese eigene Zentrierung zu erreichen. Die präsente, gesammelte Aufmerksamkeit der Seelsorgerin könnte mit Hilfe der von Feil vorgeschlagenen Zentrierungsübungen vor jedem Zusammentreffen gefördert werden.

[203] Blasberg-Kuhnke/Wittrahm 2007, 364.

### *7.1.1.3. Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern*

Die Offenheit für die Auseinandersetzung mit Vorstellungen und Ängsten gegenüber dem eigenen Alterungsprozess werden ebenfalls für beide Tätigkeitsgruppen als Voraussetzung dafür genannt, um mit desorientierten, alten Menschen zu arbeiten. Welches Menschenbild vertreten wird, beeinflusst das Selbstbild. Nur Menschen, die sich ihrer selbst sicher sind und mit ihren Gefühlen umzugehen wissen, können offen auf jene Menschen zugehen, deren Selbstbild verunsichert und deren Gefühle unkontrollierbar geworden sind. Feil listet konkrete Schritte auf, um mit dem Altern besser fertig zu werden:[204]

- ehrlich zu sich selber sein
- auf die eigenen Gefühle hören
- den Körper beobachten
- Methoden finden, um Krisen zu bewältigen
- die unbewältigten Lebensaufgaben lösen
- sich selbst respektieren und das, was nicht geändert werden kann, akzeptieren
- die körperlichen Verluste des Älterwerdens annehmen

Inwieweit diese Anleitung für eine Seelsorgerin hilfreich sein kann, um mit dem eigenen Altern versöhnt zu sein, ist von Mensch zu Mensch individuell zu entscheiden.

### *7.1.1.4. Reflexion der eigenen Arbeit*

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion nicht nur gegenüber dem eigenen Menschenbild, sondern auch gegenüber der eigenen Arbeit, sind wichtige Voraussetzungen für die Begleitung von Menschen mit Demenz. Ohne eine regelmäßige Reflexion, z.B. in Form von Supervision, kann es sowohl bei Seelsorgerinnen als auch bei VA zum Auftreten von Burnout[205] kommen. Fröchtling schreibt in einem eigenen Kapitel[206] über Burnout bei Seelsorgerinnen, dass besonders helfende und/oder therapeutisch ausgerichtete Berufe, wozu auch die Arbeit der Seelsorgerin und VA zählt, ein vermehrtes Risiko für Burnout in sich tragen. Wenn viel emotionaler Einsatz gefordert wird und wenig positives Feedback zurückkommt, wie es bei

[204] Vgl. Feil 2005, 59.
[205] Eine Standarddefinition von Burnout findet sich bei Kitwood 2004, 156: „Burnout als ein Konglomerat aus Energie-, Freud-, Visions-, Motivations- und Hingabe-Verlust, gekoppelt mit dem Gefühl, eine Tätigkeit unmöglich so ausfüllen zu können, wie es angemessen oder nötig wäre."
[206] Vgl. Fröchtling 2008, 269 -272.

der Arbeit mit Dementen oft der Fall ist, steigt die Gefahr, sich mit der Zeit durch die Arbeit ausgelaugt und ausgebrannt zu fühlen. Die von Feil vorgeschlagenen, konkreten Wege, um Burnout zu vermeiden,[207] könnten auch für die Seelsorgerin hilfreich sein:

- realistische Vorstellungen und Erwartungen für die eigene Aufgabe haben
- für jeden einzelnen Kontakt realistische Ziele setzen
- Aufzeichnungen machen über die Entwicklungen und Erlebnisse in der Arbeit[208]
- Unterstützung suchen durch Angehörige, andere Berufsgruppen, Kolleginnen (Teambesprechungen)
- Freude an der Weisheit, Poesie und den noch verbliebenen oder wiederentdeckten Ressourcen der Dementen finden

## 7.2. Validierende Grundhaltung

Die Gefühle, Gedanken und das Verhalten der dementen Person grundsätzlich als gültig und wertvoll zu betrachten, wird als validierende Grundhaltung beschrieben. Schindehütte legt den Begriff auf Gott um und schreibt „Gott […] verhält sich dem Menschen gegenüber validierend […] diese Form der Beziehungsarbeit und Beziehungsgestaltung hat in Gottes Beziehung zu uns ihre tiefste und eigentliche Begründung: weil du in meinen Augen so wertgeachtet bist.“[209] Nach diesem Verständnis ist die validierende Grundhaltung eine christliche Haltung, welche nicht nur bei Seelsorgerinnen, sondern eigentlich bei jeder Christin im Umgang mit anderen Menschen sichtbar werden sollte.

## 7.3. Validation und Seelsorge in den einzelnen Phasen der Demenz

Bei Depping wurden drei Phasen der Demenz unterschieden.[210] Die von Feil beschriebene, vierstufige Einteilung der Verwirrtheits- und Rückzugsphasen[211] lässt sich wie folgt zuordnen:

- Das frühe Demenzstadium deckt sich inhaltlich mit der Beschreibung der Phase I „mangelhafte Orientierung“.

[207] Vgl. Feil 2005, 52.
[208] Feil gibt konkrete Vorlagen für die Dokumentation und Evaluierung von Einzelvalidationssitzungen. Vgl. Feil 2005, 137 - 138.
[209] Schindehütte 1997, 154 zitiert nach Fröchtling 2008, 307.
[210] Vgl. Kapitel 5.4.
[211] Vgl. Kapitel 6.4.

- Das mittlere Demenzstadium entspricht Phase II „Zeitverwirrtheit".
- Das späte Demenzstadium, Fröchtling schreibt von den letzten Phasen,[212] umfasst die Phase III und IV, die Phase der „wiederholenden Bewegungen" sowie des „totalen Rückzugs nach innen".

In jeder Phase hat sowohl die Seelsorge als auch die Validation bei der Begleitung Dementer bestimmte Schwerpunkte. Inwieweit sich diese Schwerpunkte decken und welche Techniken aus der Validation auf die Seelsorge übertragen werden könnten, das wird nun analysiert und diskutiert.[213]

In der ersten Phase von Demenz bemerkt die Betroffene, wie sie in einzelnen Situationen kognitive Defizite aufweist und ihre Orientierung mangelhaft wird. Für die Betroffene werden dadurch nicht nur der Geist, sondern auch das Selbstbild und die Identität brüchig. Oberstes Ziel in der Seelsorge ist daher für dieses Stadium das Stützen und Stärken der Identität. Dies kann durch das gemeinsame Erinnern der Lebens- und Heilsgeschichte geschehen. Helfende Fragen, Bilder und Gegenstände sowie alt bekannte (biblische) Geschichten, Sprüche, Lieder und Gebete können das Erinnern und Erzählen fördern und dadurch das Selbstwertgefühl stärken.
Auch die Techniken, welche Feil für die Phase der mangelhaften Orientierung vorschlägt, sind darauf ausgerichtet, die Identität des Gegenübers zu stärken, indem Interesse daran gezeigt wird, was die Person mit beginnender Demenz in die Begegnung einbringt. Tatsachen statt Ursachen zu erfragen und Schlüsselworte zu wiederholen, ebenso wie das Gegenteil vorstellen und Extreme einzusetzen: Diese Techniken könnten auch in den seelsorglichen Gesprächen in dieser Phase eingebaut werden, um das gemeinsame Erinnern anzuregen. Die VA versucht von Anfang an, das bevorzugte Sinnesorgan der Kontaktperson herauszufinden und dieses gezielt anzusprechen. Das Beachten von den Sinneskanälen, welche die mangelhaft orientierte Person verstärkt einsetzt, könnte auch für die Seelsorgerin hilfreich sein, um leichter Kontakt zu diesem Menschen aufzubauen.

Im mittleren Demenzstadium leben die Betroffenen immer mehr in ihrer eigenen Welt und brauchen jemanden, der ihre Gedankenwelt und ihre Gefühle ernst nimmt. Die Kommunikation beinhaltet nicht mehr so sehr Tatsachen, sondern die mit Geschichten oder

[212] Vgl. Fröchtling 2008, 101 – 102.
[213] Die umgekehrte Frage, was aus der Theologie bzw. Seelsorge für das Konzept der Validation bereichernd sein könnte, wird in dieser Arbeit nicht beleuchtet.

Bildern verbundenen Emotionen. Depping schlägt empathische Bilder, Begriffskarten, das Erzählen von Glaubensgeschichten und eine musische Begleitung vor, um vorhandene Gefühle zu wecken und der Dementen zu ermöglichen, diese Gefühle offen zu legen. Zusätzlich gewinnt die taktile Kontaktaufnahme an Bedeutung, je fortgeschrittener die Demenzerkrankung ist.
Auch für Feil ist das Erfragen und Anerkennen von Gefühlen für die Phase der Zeitverwirrtheit von großer Wichtigkeit. In der verbalen Kommunikation können die gleichen Techniken wie in der Phase I verwendet werden, wobei es hauptsächlich um die Emotionen in den Äußerungen geht. Zusätzlich rät Feil, unbestimmte Fürwörter einzusetzen bei Aussagen, welche für die Zuhörerin unverständlich waren, worüber aber dennoch weiter kommuniziert werden soll. Der Klang der Stimme und die Art des Blickkontakts transportieren Gefühle und werden von der VA bewusst eingesetzt. Ebenfalls kommt die Technik der verankterten Berührung dazu. Durch das Angreifen bestimmter Schlüsselpositionen werden ebenfalls Gefühle aus-gelöst – wachgerufen aus dem Körpergedächtnis – und auf-gelöst; verdrängte, ungeachtete Gefühle melden sich mit einer stärkeren Intensität als wahrgenommene und offen gelegte Regungen. Das Wissen um Ankerpunkte könnte auch in der körperorientierten Seelsorge hilfreich sein.

Das Vermitteln von Schutz und Geborgenheit steht in den späten Stadien der Demenz im Vordergrund der seelsorglichen Begleitung. Die Begegnung findet zunehmend auf nicht kognitiven Wegen statt. Sprache wird immer reduziert, bis nur noch Laute übrig bleiben. Das Summen von A oder O kann Geborgenheit schenken, ebenso wie das Mitatmen und Vertonen des Atemrhythmus. Durch die Beobachtung von körperlichen Reaktionen der Dementen kann die Seelsorgerin erkennen, ob die gesetzten Maßnahmen die gewünschte Wirkung erzielt haben.
Auch bei Feil kommen in der Phase der wiederholenden Bewegungen das genaue Beobachten der Demenzkranken und das Spiegeln zu den bisherigen Techniken hinzu. Das Nachahmen der Körperhaltung, monotoner Bewegungen, des Atems und anderer beobachtbarer Charakteristika signalisiert der Betroffenen, dass sie verstanden wird und jemand ihre Sprache spricht. Die Technik „Spiegeln“ könnte auch für Seelsorgerinnen den Zugang zu Menschen mit sehr fortgeschrittener Demenz erleichtern.

## 7.2. Besonderheiten von Validation im Zusammenhang mit Seelsorge

Die Bereiche, in denen Validation und Seelsorge sich weitgehend decken, wurden bereits beschrieben. In diesem Kapitel werden drei Aspekte genannt, welche weniger bei der Seelsorge, sondern hauptsächlich bei dem Konzept der Validation anzutreffen sind. Das spezielle Krankheitsverständnis, die Möglichkeiten einer Verständigung über alle Sprachgrenzen hinweg und der bewusste Einsatz von Körperkontakt sind Besonderheiten von Validation. In welcher Weise diese Propria von Validation auch Möglichkeiten für die Seelsorge darstellen, wird in den folgenden Kapiteln behandelt.

### 7.2.1. Krankheitsverständnis von Demenz

Das Konzept der Validation beinhaltet eine eigene Sichtweise auf Demenz. Gehirnorganische, physische Veränderungen spielen demnach keine bedeutsame Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Verwirrtheitszuständen alter, dementer Menschen. Entscheidend sind vielmehr psychosoziale Faktoren. Feil ist abgerückt von der Pathologisierung von Verwirrtheit und stellt Demenz in ein neues Licht, welches dieses scheinbar sinnlose, verwirrte Verhalten als heilsame Reaktion versteht und diesem Krankheitsbild dadurch das Krankhafte nimmt. „Die Rückkehr […] in die Vergangenheit wird nicht pathologisiert, sondern als Form der Heilung verstanden, weil diese Rückkehr einen Sinn, eine Funktion hat.“[214] Wie in dem Kapitel 6.1. schon angesprochen wurde, ist diese Sichtweise von Demenz in der gegenwärtigen wissenschaftlichen Literatur umstritten. Eine gewisse sozialpsychologische Komponente wird allerdings auch in schulmedizinischen Kreisen allen Formen von Demenz zugesprochen.

Seelsorgerinnen brauchen für die Zusammenarbeit mit Menschen mit Demenz Grundkenntnisse über mögliche Ursachen und Folgen der verschiedenen Demenzerkrankungen. Nur so kann die Situation, in der sich der jeweilige Mensch befindet, verstanden werden. Wenn sich Seelsorge als Sorge um das Menschsein in seinen bio-psycho-sozialen und transzendenten Lebensvollzügen versteht,[215] dann kann Validation einen Beitrag

[214] Gärtner 2006, 119.

[215] Im Entwurf für ein Profil der römisch-katholischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Seelsorge der Erzdiözese Wien wird das bio-psycho-soziale Paradigma mit der Erweiterung der spirituellen Dimension ebenfalls erwähnt. Vgl. Entwurf Profil KH/PHS 2006, 3.

dazu liefern, das Verständnis für die sozialen und psychologischen Aspekte von Demenz in der Seelsorgerin zu fördern. Wagensommer schreibt: „Die Anzahl dementer Personen ist ständig im Wachsen begriffen. So ist es notwendig, dass sich Seelsorgerinnen diesbezügliche Kompetenzen aneignen, wie zum Beispiel in einer Validationsausbildung.“[216] Durch die Auseinandersetzung mit Validation könnte sich die Seelsorgerin eine Sachkompetenz über das Krankheitsbild von Demenz aus einem etwas anderen Blickwinkel aneignen, wie ihn die Medizin üblicherweise einnimmt. Je besser die Seelsorgerin die Situation der Dementen versteht, umso adäquater kann sie die Teilnahme und Teilhabe der Betroffenen am Leben in einem umfassenden Sinn unterstützen.

### 7.2.2. Verständigung über alle Sprachgrenzen hinweg

Validation kennt Techniken, welche das Verstehen und Erwidern der Sprache des Menschen mit Demenz einübt. Durch das Wiederholen von Schlüsselworten oder das Spiegeln wird signalisiert: Ich verstehe dich, ich spreche deine Sprache. Bolle[217] überträgt die Pfingstbotschaft (Vgl. Apg 2, 1-13) des gegenseitigen Verstehens über alle Sprachgrenzen hinweg auf das Miteinander von dementen und nicht-dementen Menschen. Das pfingstliche Wunder des gegenseitigen Verstehens könnte sich in der heutigen Zeit in der Begegnung mit Dementen ereignen, unter anderem in der Weise, dass Demente und Nicht-Demente eine gemeinsame Sprache finden. „Die pfingstliche Vision für unsere Gemeinschaften hieße, dass Menschen mit und ohne Demenz einander verstehen und miteinander leben können.“[218] Validation könnte auch der Seelsorgerin helfen, eine gemeinsame Sprache mit der Dementen zu finden.

### 7.2.3. Körperkontakt

Validation beinhaltet einige körperbezogene Techniken, wie die des Beobachtens und Spiegelns von Bewegungen und Gefühlen oder die Technik des Berührens.[219] VA lernen die Körpersprache der Dementen zu verstehen und durch den Einsatz des eigenen Körpers mit der Dementen zu kommunizieren.

[216] Wagensommer 2008, 6.
[217] Vgl. Bolle 2006, 51-54.
[218] Bolle 2006, 54.
[219] Vgl. Kapitel 6.5.10. und 6.5.13.

Körperarbeit[220] als Schlüsselkompetenz der Seelsorgerin und die Wichtigkeit von nonverbaler Kommunikationsfähigkeit wird besonders für die seelsorgliche Begleitung von Menschen in fortgeschritteneren Demenzphasen eingemahnt. Zugleich weist Fröchtling mit Recht darauf hin, wie befremdlich und ungewohnt der Einsatz von Körperkontakt für Seelsorgende oftmals empfunden wird.[221] Gerade in diesem Bereich könnte Validation eine Hilfe für die Seelsorge darstellen. Durch das Üben der körperorientierten Validations-Techniken könnten auch Seelsorgerinnen die Körpersprache wieder mehr verstehen und einsetzen lernen. Daraus ergäbe sich auch die Fähigkeit, zwischen hilfreicher, heilsamer Nähe und erwünschter, angebrachter Distanz in der jeweiligen Situation aus einem intuitiven Verstehen heraus entscheiden zu können.

## 7.3. Kritische Anfragen von Seiten der Theologie an Validation

Feil schreibt selbst, dass ihre Validationsprinzipien auf Annahmen beruhen, welche aus dem Bereich der analytischen, behavioristischen und humanistischen Psychologie stammen.[222] Weiters schreibt sie: „Alle Menschen sind wertvoll, auch die mangelhaft orientierten und desorientierten Menschen […] wir geben ihnen ihre Würde zurück." Feil verwendet den Begriff „Würde", ohne ihn zu definieren bzw. zu erwähnen, worin diese Würde des Menschen seinen Grund hat. Das christliche Menschenbild könnte bei Feils Rede von der „Würde des Menschen" dahinter stehen. Eine klare Positionierung fehlt in ihren Büchern und wird auch bei Rezitationen nicht erwähnt. Es sollte ausgewiesen werden, ob Feil nicht nur theoretische Annahmen aus der Psychologie, sondern möglicherweise auch aus der Theologie in ihr Konzept einbezieht. Diese sollten benannt werden.

Von theologischer Sicht ist an dem soeben zitierten Satz zu kritisieren, dass Würde nicht genommen und zurückgegeben werden kann. Würde ist ein Geschenk Gottes. Wir Menschen sind nicht diejenigen, die darüber entscheiden können, wem Würde zu- und wem sie abgesprochen wird. Würde besitzt jeder Mensch allein schon durch sein Menschsein.

[220] Ausführungen zum Verhältnis von Theologie und Körperlichkeit bzw. zur Leibtheologie würden den Umfang dieser Diplomarbeit deutlich sprengen, daher verweise ich lediglich auf das Buch von Naurath, Elisabeth: Seelsorge als Leibsorge. Perspektiven einer leiborientierten Krankenhausseelsorge, Stuttgart 2000. Diesem sind auch weitere Literaturverweise zu entnehmen.
[221] Vgl. Fröchtling 2008, 245.
[222] Vgl. Feil 2005, 16.

Wie schon in dem Kapitel 6.7. angesprochen wurde, sind nur Berufe aus dem Gesundheitsbereich als Zielgruppen für einen VA-Kurs genannt. Auch im Gespräch mit einer Validationslehrerin[223], welche schon zahlreiche Kurse zur VA abgehalten hat, war ein gewisser Vorbehalt zu spüren, Validationskurse auch für Seelsorgerinnen abzuhalten. Der Bereich Seelsorge wird von Seiten der Validation zu wenig wahrgenommen. Im Sinne von Feil, die ihr Buch all jenen Menschen gewidmet hat, welche sich für alte, desorientierte Menschen interessieren und für sie Sorge tragen, wäre es höchste Zeit, auch Seelsorgerinnen anzusprechen und eine gegenseitige Bereicherung anzustreben. Möglicherweise sind bisher Seelsorgerinnen so wenig präsent in der Begleitung Dementer, dass sie von dem Teil der Bevölkerung, welche sich mit Validation beschäftigt, nicht wahrgenommen werden und daher nicht als Zielgruppe für VA-Ausbildungskurse genannt werden. Es sollte sich daher auch die Seelsorge hinterfragen, warum sie nicht aufscheint als eine der Berufsgruppen, welche sich um Menschen mit Demenz bemüht.

Feil schreibt „Die Aufgabe der VA liegt darin, dem sehr alten, desorientierten Menschen bei der Erfüllung der letzten Lebensaufgabe zu helfen: in Frieden zu sterben.“[224] Der Bereich der Sterbebegleitung ist u.a. genuine Aufgabe der Seelsorgerin. „Eine wesentliche Kernkompetenz der KH/PHS ist die Mitarbeit in der Sterbe- und Trauerbegleitung.“[225] Der Bereich der Gestaltung von religiösen Ritualen und Sakramentalien, welche in der letzten Phase von Demenzerkrankungen verstärkt Bedeutung gewinnt, unterliegt nicht dem Kompetenzbereich von VA. Es bleibt daher kritisch anzufragen, inwieweit eine VA geeignet ist für die Begleitung - Begleitung in einem umfassenden Sinn verstanden, also auch die spirituelle Dimension betreffend - eines Menschen bis in den Tod hinein.

# 8. Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit ist von den Erkenntnissen medizinischer und sozialpsychologischer Sicht ausgegangen, um die Situation von Menschen mit Demenz in unserer Gesellschaft in möglichst umfassender Weise kennen und verstehen zu lernen. Die Darstellung der verschiedenen Formen von Demenz, deren Symptome und Verlaufsformen und der

[223] Das Gespräch fand im Rahmen des Fortbildungstages der ED Wien „Seelsorge mit demenzkranken Menschen“ am 26.3.2009 in Wien statt.
[224] Feil 2005, 49.
[225] Entwurf Profil KH/PHS 2006, 4.

Therapieansätze sowie die Beschreibung, welche sozialpsychologischen Auswirkungen Demenz auf die Betroffene, deren Angehörige und die Gesellschaft hat, schafften ein Grundverständnis für Demenz als ein „Zeichen unserer Zeit“. Darauf aufbauend wurde Demenz aus theologischer Sicht beleuchtet und umgekehrt die Theologie von der Demenz her befragt. Das Christentum als eine Religion, in der Erinnerung und Wortverständnis eine zentrale Bedeutung haben, steht in Anbetracht von Menschen mit Demenz vor der Herausforderung, mit Gedächtnisverlust und Aphasie umzugehen. Auch das herkömmliche, auf Einsicht und Gespräch basierende Seelsorgeverständnis steht vor der Herausforderung, bei dementen Menschen, denen komplexes, logisches Denken immer schwerer fällt und deren verbale Kommunikationsmöglichkeiten immer eingeschränkter werden, einen neuen Zugang zur seelsorglichen Begleitung dieser Menschen zu finden. Dies sind die Herausforderungen, vor denen die Theologie und Seelsorge in der Sichtweise und im Umgang mit dementen Personen stehen. So wurde in den Kapiteln 4 und 5 die erste zentrale Fragestellung dieser Diplomarbeit erläutert und beantwortet.
Weiters wurde das Konzept der Validation vorgestellt, indem auf die Validationsprinzipien, die Validationsanwenderin, die Phasen der Verwirrtheit bzw. des Rückzugs, konkrete Validationstechniken und Ausbildungsmöglichkeiten eingegangen wurde.
In dem 7. Kapitel wurde schließlich auf die zweite zentrale Forschungsfrage eingegangen, nämlich: Was kann das Konzept der Validation in der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz leisten bzw. welche Aspekte der Validation fördern die Kompetenzen der Seelsorgerin im Umgang mit Menschen mit Demenz? Es wurde aufgezeigt, dass die Auseinandersetzung mit Validation bei Seelsorgerinnen das Krankheitsverständnis für Demenz erweitern und so zu einem professionelleren Umgang mit Menschen mit Demenz beitragen kann. Bestimmte Prinzipien und Techniken der Validation können die Seelsorgerin unterstützen, einen Zugang zur Welt der Dementen zu finden und dadurch die konkrete Begegnung und seelsorgliche Begleitung dieser Menschen zu erleichtern.

Im Profil der Römisch-Katholischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Seelsorge der Erzdiözese Wien[226] steht geschrieben, dass zur Ausbildung einer hauptamtlichen KH/PH-Seelsorgerin einerseits die berufsbegleitende Krankenhaus-Seelsorge-Ausbildung und andererseits eine allgemeine und spezielle fachliche Weiterbildung je nach Einsatzgebiet gehören. Wagensommer schreibt, dass auf Grund der steigenden Verbreitung von Demenz es notwendig sei, „dass sich SeelsorgerInnen diesbezügliche Kompetenzen aneignen wie zum

[226] Vgl. http://www.seelsorge-ows.at/downloads/Approbationsvorschlag.pdf, download: 31.10.2008.

Beispiel in einer Validationsausbildung."[227] Wie in dem Kapitel 6.7. bereits erwähnt wurde, bedarf es eines zehn Tage dauernden Kurses und viel Praxiserfahrung. Wie diese Diplomarbeit gezeigt hat, kann Validation auch in der seelsorglichen Begleitung von Dementen eine Bereicherung darstellen. Die Ausbildung zur VA wäre daher als spezielle Weiterbildung für jene Seelsorgerinnen, welche im geriatrischen Bereich viel mit Demenzerkrankten zu tun haben, sinnvoll. Papst Benedikt XVI. schreibt „Die Helfer müssen so ausgebildet sein, dass sie das Rechte auf rechte Weise tun" (Deus Caritas est 31a). Er betont die Wichtigkeit von beruflicher Kompetenz in Verbindung mit Herzensbildung. „Menschen brauchen immer mehr als eine bloß technisch richtige Behandlung. Sie brauchen Menschlichkeit. Sie brauchen die Zuwendung des Herzens" (Deus Caritas est 31a). Eine Ausbildung zur VA könnte Seelsorgerinnen helfen, bei der seelsorglichen Begleitung von Dementen das Rechte auf rechte Weise zu tun.

Inwieweit die Überlegungen dieser Diplomarbeit Umsetzung in der Praxis finden und wie hilfreich Validation in der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz tatsächlich ist, könnte im Rahmen einer Anschlussarbeit empirisch untersucht werden.

[227] Wagensommer 2008, 6.

# Quellenverzeichnis

Bibel und kirchliche Dokumente:

Interdiözesaner Katechetischer Fond (Hg.): Die Bibel. Einheitsübersetzung, Klosterneuburg 1986.

Rahner, Karl/Vorgrimler, Herbert: Kleines Konzilskompendium. Sämtliche Texte des Zweiten Vatikanums, Freiburg i. Br. 7. Auflage 1971.

Benedikt XVI: Enzyklika Deus caritas est. 25. Dezember 2005
http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est_ge.html
download: 29.4.2009

Literaturverzeichnis:

Amann, Anton (Hg.): Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie, Wiesbaden 2008.

Backes, Gertrud/Clemens, Wolfgang: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung, 3., überarbeitete Auflage, Weinheim 2008.

Baer, Udo: Innenwelten der Demenz. Eine leibphänomenologische Untersuchung des Erlebens demenzkranker Menschen und der Entwurf einer Begleitung, die ihr Erleben würdigt. Neukirchen-Vluyn 2007.

Baumgartner, Konrad: Alte Menschen, in: Haslinger, Herbert et al. (Hg.): Handbuch praktische Theologie. Band 2, Durchführungen, Mainz 2000, 61-72.

Becker, Dominik: Die Rede vom Menschen als Beziehungswesen und ihre Bedeutung im Kontext Demenz. in: Bolle, Geertje-Froken (Hg.): Komm mal mit…: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung, Knesebeck 2006, 42-49.

Bejick, Urte: Seelsorge mit dementen Menschen als gemeinsamer spiritueller Weg. in: Kobler von Komorowski, Susanne/ Schmidt, Heinz (Hg.): Seelsorge im Alter. Herausforderung für den Pflegealltag. Heidelberg 2005, 118-122.

Blasberg-Kuhnke, Martina/ Wittrahm, Andreas (Hg.): Altern in Freiheit und Würde. Handbuch christlicher Altenarbeit, München 2007.

Böhme, Gerhard: Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz. Bern 2008.

Bolle, Geertje-Froken (Hg.): Komm mal mit…: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung, Knesebeck 2006.

Buijssen, Huub: Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Ungang mit Alzheimer-Patienten. Weinheim & Basel 1997.

Buijssen, Huub: Demenz und Alzheimer verstehen – mit Betroffenen leben. Ein praktischer Ratgeber. Weinheim & Basel 2003.

Butler, Robert: Why survive? Growing old in America, New York 1975, 12, zit. nach: Browne, Colette V.: Women, feminism, and aging. New York 1998, 24.

Dal-Bianco, Peter/ Schmidt, Reinhold (Hg): Memories. Leben mit Alzheimer, Wien 2008.

Depping, Klaus: Altersverwirrte Menschen seelsorglich begleiten. Hintergründe, Zugänge, Begegnungsebenen, Band 1, 3., überarbeitete Auflage, Hannover 2008.

Depping, Klaus: Demenz: Seelsorgliche Kommunikation bei Rationalitätsverlust. in: Klie, Thomas/Kumlehn, Martina/Kunz, Ralph (Hg.): Praktische Theologie des Alterns, Berlin 2009.

Dittmar, Sonja: Mit allen Sinnen-Snoezelen für Menschen mit Demenz. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. Sport-Thieme GmbH, 2. Auflage 2004.

Dörner, Klaus: Die neue menschliche Seinsweise der Demenz. in: Lebendige Seelsorge 59. Jahrgang 4/2008, 244-248.

Drechsel, Wolfgang: „Wenn ich mich auf deine Welt einlasse…“ Altenseelsorge als eine Anfrage an Seelsorgetheorie und Theologie, in: Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie, Zürich 2007, 187-216.

Eglin, Anemone et al.: Das Leben heiligen. Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz, Ein Leitfaden, 3. Auflage, Zürich 2008.

Feil, Naomi: Ausbruch in die Menschenwürde. Wien 1993.

Feil, Naomi: Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, 8. dt. Auflage, München 2005.

Fröchtling, Andrea: „Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren …“. Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen. Leipzig 2008.

Gärtner, Heiderose: Menschen im Alter verstehen und begleiten. Güterslohn 2006.

Gasteiger, Franz: „Jetzt ist nix mehr mit Halleluja…“ Das Altenheim als Ort der Trostlosigkeit und des Trostes, in: Scheuchenpflug, Peter (Hg.): Tröstende Seelsorge. Chancen und Herausforderungen für christliches Handeln in der pluralen Welt, Würzburg 2005, 177-194.

Gerkin, Charles V.: The Living Human Document. Revisioning Pastoral Couneling in a Hermeneutical Mode, Nashville 1984.

Gindl, Carina: Validation nach Naomi Feil. Eine Methode zum pädagogischen Umgang mit dementen alten Menschen, Wien 2002.

Halek, Margareta/ Bartholomeyczik, Sabine: Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Hannover 2006.

Keetmann, Regine/ Bejick, Urte: Verwirrte alte Menschen seelsorglich begleiten. in: Kobler von Komorowski, Susanne/ Schmidt, Heinz (Hg.): Seelsorge im Alter. Herausforderung für den Pflegealltag. Heidelberg 2005, 124-141.
Kitwood, Tom: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2004.

Klie, Thomas/Kumlehn, Martina/Kunz, Ralph (Hg.): Praktische Theologie des Alterns. Berlin 2009.

Knobloch, Stefan: Seelsorge – Sorge um das Menschsein in seiner Ganzheit. in: Haslinger, Herbert et al. (Hg.): Handbuch praktische Theologie. Band 2, Durchführungen, Mainz 2000, 35-46.

Kohlschein, Franz: Sensibilität und Ehrfurcht. Was bei der Kommunionspendung an Demenzkranke zu beachten ist, in: Praxis Gottesdienst, Materialbrief der Liturgischen Institute Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, August 2008, 2-3.

Krämer, Günter/Förstl Hans: Alzheimer und andere Demenzformen. Antworten auf die häufigsten Fragen, 5. vollständig überarbeitete Auflage, Stuttgart 2008.

Kumlehn, Martina/Klie, Thomas (Hg.): Aging - Anti-Aging – Pro-Aging. Altersdiskurse in theologischer Deutung, Stuttgart 2009.

Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie, Zürich 2007.

Litzka, Traude/Rath, Michael/Seligo, Elisabeth: In einer anderen Welt. Wegweiser für Begleiter altersdementer Menschen, Wien 2007.

Lünstroth, Regine: Vom Kranken zum Menschen – ein Plädoyer gegen die Rede vom defizitären Menschen. in: Bolle, Geertje-Froken (Hg.): Komm mal mit…: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung, Knesebeck 2006, 35-41.

Mathys, Hans-Peter.: Ebenbild Gottes – Herrscher über die Welt. Studien zu Würde und Auftrag des Menschen. Neukirchen-Vluyn 1998.

Mette, Norbert: Trends in der Gegenwartsgesellschaft. in: Haslinger, Herbert et al. (Hg.): Handbuch Praktische Theologie. Band 1, Grundlegungen, Mainz 1999, 75-90.

Messer, Barbara: 100 Tipps für die Validation. Hannover 2005.

Möller, Christian (Hg.): Geschichte der Seelsorge, Bd.1, Göttingen 1994.

Moser, Ulrich: Pflege und Begleitung verwirrter alter Menschen aus theologischer Sicht. in: Stappen, Birgit (Hg.): Begleitung pflegebedürftiger und an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen. Mainz 2005, 114-131.

Nauer, Doris: Seelsorgekonzepte im Widerstreit. Ein Kompendium, Stuttgart 2001.

Naurath, Elisabeth: Seelsorge als Leibsorge. Perspektiven einer leiborientierten Krankenhausseelsorge, Stuttgart 2000.

Neumann, Eva-Maria: Demenzerkrankungen. in: Bolle, Geertje-Froken (Hg.): Komm mal mit…: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung, Knesebeck 2006, 18-28.

Prammer, Katharina: „Ja, es kommen Leute, die sagen: Ich komme zu Ihnen, weil Sie auch Theologe sind“. Glaube und Spiritualität bei theologischen Psychotherapeuten, Diplomarbeit, Wien 2005.

Rahner, Karl/Vorgrimler, Herbert: Kleines Konzilskompendium. Sämtliche Texte des Zweiten Vatikanums, Freiburg i. Br. 7. Auflage 1971.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Die Krankheit frühzeitig auffangen. Gemeinsam für ein besseres leben mit Demenz, Bern 2007.

Rogers, Carl Ransom: Client-centered therapy. It's current practice, implications and theory. London 2000.

Roser, Traugott: „Ich habe mich selbst verloren!" Demenzerkrankung als Problem evangelischer Seelsorge, in: Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie, Zürich 2007, 307-319.

Sauter, Hanns: Du zeigst mir den Weg zum Leben. Neue Seniorengottesdienste, Regensburg 2007.

Scharfetter, Christian: Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung, 5., neubearbeitete Auflage, Stuttgart 2002.

Schulz, Esther: Der Mensch als Bild Gottes – der Mensch an der Grenze des Lebens. Ein Leitbild des seelsorglichen Handelns, Leipzig 2005.

Shamy, Eileen: A guide to the spiritual dimension of care for people with Alzheimer's disease an related dementia. More than body, brain and breath, London/New York 2003.

Springer Lexikon Medizin, hrsg. v. Reuter, Peter, Berlin 2004, 460.

Stoppe, Gabriela/ Maeck, Lienhard: Therapie von Verhaltensstörungen bei Menschen mit Demenz. in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 20 (1), Bern 2007, 53-58.

Thibault, Jane Marie: Spiritual Counseling of Persons with Dementia, in: Kimble, Melvin A. and McFadden, Susan H. (Hg.): Aging, Spirituality, and Religion. a handbook, Augsburg Fortress 2003, 23-32.

Thieme, Frank: Alter(n) in der alternden Gesellschaft. Eine Soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n), Wiesbaden 2008.

Wagensommer, Eva: Heimseelsorge – eine Herausforderung?! in: ARGE Altenpastoral (Hg): Wachsen ein Leben lang. Info Magazin für Ehrenamtliche und Hauptamtliche in der Seniorenpastoral der österreichischen Diözesen und Südtirols, Oktober 2008.

Wahl, Heribert: Person. Individualität und Identität, in: Haslinger, Herbert et al. (Hg.): Handbuch praktische Theologie. Band 2, Durchführungen, Mainz 2000, 206-217.

Windisch, Hubert: Mensch werden im Wort. Die theologische Seele des seelsorglichen Gesprächs, in: Scheuchenpflug, Peter (Hg.): Tröstende Seelsorge. Chancen und Herausforderungen für christliches Handeln in der pluralen Welt, Würzburg 2005, 65 – 72.

Woodward, Kathleen: Introduction, in: Dies. (Hg.), Figuring Age. Women, Bodies, Generations. Bloomington (Indiana) 1999, 10.

Zulehner, Paul: Alte: ein Gemeindeschatz, in: Lebendige Seelsorge, 59. Jahrgang, 4/3008, 229-233.

Internetquellen:

Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes: Kursprogramm für die Ausbildung zur Valditationsanwenderin
http://www.w.roteskreuz.at
download: 30.5.2009

DeMensch e. V. - Verein zur Förderung der häuslichen Begleitung von Menschen mit Demenz und Altersverwirrtheit: Demenz
http://www.demensch.de
download: 3.3.2009

Die Alzheimer-Krankheit. Ein Ratgeber für Angehörige und Betreuer von Alzheimer-Patienten, WHO und Internationale Alzheimer-Vereinigung (Hg), 1994, unter:
http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/default.htm
download: 13.3.2009

European Validation Association (EVA)
http://www.validation-eva.com
download: 30.5.2009

Fachbereich Krankenhaus-/Pflegeheim-Seelsorge der ED Wien: Entwurf für ein Profil der römisch-katholischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Seelsorge in der Erzdiözese Wien, Juni 2006
http://www.seelsorge-ows.at/downloads/Approbationsvorschlag.pdf
download: 31.10.2008

Gedächtnisambulanz der Neurologischen Universitätsklinik am AKH Wien:
http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb
download: 25.3.2009

ICD-10-GM Version 2008, in: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Deutsche Übersetzung der ICD 10, Version 2008, unter:
http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm
download: 27.2.2009

Mayer, Karl C.: Lewy-Körperchen-Demenz
http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1013
download: 3.3.2009

Mayer, Karl C.: Uhrentest
http://neuro24.org/show_glossar.php?id=1728
download: 10.3.2009

Mini Mental Status-Test (MMST): Testbogen und Interpretationshilfe
http://www.dercum.net/mmst.pdf
download: 10.3.2009

Österreichische Alzheimer Liga (ÖAL): Konsensuspapier zum Thema: Alzheimer, Vaskuläre und andere Demenzformen, erstellt im Frühjahr 2004. Eine Kurzfassung ist auf der Homepage der ÖAL einsehbar, unter:

http://www.alzheimer-liga.at/kurzfassung.pdf
download: 15.3.2009

Österreichisches Institut für Validation
http://www.leben-mit-alzheimerkranken.at
download: 30.5.2009

Wiener Gebietskrankenkasse (Hg.): Erster Österreichischer Demenzbericht, Wien 2009
http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf
download: 29.4.2009

Fortbildungen:

Seelsorge mit demenzkranken Menschen, Fortbildungsnachmittag der Kategorialen Seelsorge der Erzdiözese Wien, Fachbereich Seniorenpastoral, Leitung: Gunvor Sramek, Dipl. VTI Validationslehrerin; Mag. Hanns Sauter; stattgefunden am 26.3.2009 in Wien.

Seelsorgliche Begleitung von dementen Menschen, Studienwoche der ARGE Altenpastoral der Diözesen Österreichs und der Diözese Bozen Brixen, Leitung: Dipl.-Theol, Dipl.-Psych. Peter Pulheim; Christine Schaumberger; stattgefunden von 30.3.-3.4.2009 in Seitenstetten.

Krankenhausseelsorge – mittendrin zukunftsfähig, Workshop der katholischen und evangelischen Krankenhausseelsorge, Wien Oktober 2007, nachzulesen unter:
http://www.seelsorge-ows.at/downloads/Workshop Nachhaltigkeit.pdf
download: 5.5.2009

Leben mit Demenz. Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht, Begegnungstagung der Evangelischen Kirche in Deutschland, stattgefunden von 25.-27.1.2008 in Tutzing, nachzulesen unter:
http://www.ekd.de/download/ekd_texte_98.pdf
download: 20.8.2009

# Glossar medizinischer Fachbegriffe

| | |
|---|---|
| Agnosie: | Nichterkennen von wahrgenommenen Sinnesreizen |
| Akinese: | Bewegungslosigkeit |
| Aphasie: | Sprachstörung |
| Apraxie: | Störung der Handlung/des Bewegungsablaufes |
| Atrophie: | Rückbildung von Gewebe |
| Endokrine Erkrankungen: | Erkrankungen sekretorischer Drüsen |
| Exsikkose: | Austrocknung |
| Hepale Organerkrankung: | Erkrankung der Leber |
| Hydrozephalus: | Wasserkopf |
| Hypercalcämie: | erhöhter Calcium-Spiegel |
| Hyper-/Hypothyreose: | Schilddrüsenüber-/unterfunktion |
| Hypoglykämie: | Unterzuckerung |
| Intrakraniell: | im Kopf |
| Inzidenz: | Anzahl der Neuerkrankungen |
| Prävalenz: | Anzahl der Erkrankten |
| Renale Organerkrankung: | Erkrankung der Nieren |
| Rigor: | Steifigkeit |
| Subdural Hämatom: | unter der harten Hirnhaut (dura) liegender Bluterguss |
| Tremor: | Zittern |

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| AD | Alzheimer Demenz |
| CCT | Craniale Computer Tomographie |
| DLB | Lewy-Body Demenz |
| GS | Gaudium et Spes |
| ICD | International Classification of Disease |
| KH/PHS | Krankenhaus-/ Pflegeheim-Seelsorge |
| MMSE = MMST | Mini Mental State Examination/ Mini Mental Status Test |
| MRT | Magnet Resonanz Tomographie |
| ÖAL | Österreichische Alzheimer Liga |
| VA | Validationsanwenderin |
| VD | Vaskuläre Demenz |

# Anhang

## Anhang 1: Vergesslichkeitstest

| | trifft sehr zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft gar nicht zu |
|---|---|---|---|---|
| Ich vergesse leicht den Namen einer Person, die mir gerade vorgestellt wurde | | | | |
| Ich erinnere mich schlecht an Telefonnummern und Postleitzahlen | | | | |
| Ich erinnere mich schlecht an Ereignisse des letzten Jahres im Familien- oder Freundeskreis | | | | |
| Ich habe Schwierigkeiten, wenn ich rasch auf Fragen antworten muß, wie z.B. bei Spielen oder Fernsehquiz | | | | |
| Wenn ich in ein Geschäft komme. habe ich manchmal vergessen, was ich eigentlich kaufen wollte | | | | |
| Ich habe Schwierigkeiten, einen Ort wiederzufinden, an dem ich erst kürzlich war | | | | |
| Es fällt mir schwer, an einem Gespräch teilzunehmen | | | | |
| Oft höre oder lese ich etwas und weiß schon unmittelbar danach nicht mehr, was es war | | | | |
| Ich vergesse Verabredungen und Termine, wie z.B. Einladungen oder daß ich einen Besuch erwarte | | | | |
| Mein Gedächtnis ist schlechter als früher | | | | |
| Ich fühle mich morgens lustlos | | | | |
| Ich schlafe nachts schlecht | | | | |
| Meine Verdauung macht mir Probleme | | | | |
| Ich sehe nicht sehr hoffnungsvoll in die Zukunft | | | | |
| Ich glaube, daß ich nicht mehr gebraucht werde | | | | |
| Ich sehe schlechter als früher | | | | |
| Ich höre schlechter als früher | | | | |
| Ich habe öfters ein Klingeln im Ohr oder bin manchmal schwindlig | | | | |
| Ich nehme Schlafmittel, Beruhigungstabletten oder trinke Alkohol | | | | |
| Ich werde zur Zeit von meinem Aufgabenbereich stark überfordert | | | | |
| Ich habe zur Zeit schwere persönliche oder familiäre Probleme | | | | |

http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag06.htm

download: 10.3.2009

## Anhang 2: Alltagstest

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:
X Selbsteinschätzung O Fremdeinschätzung
0= früher nie durchgeführt 3= geringe Beeinträchtigung
1= selbständig, ohne Aufforderung 4= mittelschwere Beeinträchtigung
2= nur nach Aufforderung 5= schwere Beeinträchtigung

| **Im Wohnbereich** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Umgang mit Haushaltsgeräten, TV, Video, Fernbedienung | | | | | | |
| Finden von Alltagsgegenständen (Brille,Schlüssel,etc.) | | | | | | |
| Instandhaltung der Wohnung (Putzen, Aufräumen) | | | | | | |
| Zubereitung von Mahlzeiten | | | | | | |
| Medikamenteneinnahme(richtiger Zeitpunkt,richtigeDosierung) | | | | | | |
| Kleiderwahl (dem Ereignis bzw. dem Wetter entsprechend) | | | | | | |
| Körperpflege (Waschen, Rasieren, Zähneputzen,Duschen, etc.) | | | | | | |
| Toilettengang (Finden der Toilette, Hygiene, Inkontinenz) | | | | | | |

| **Außerhalb des Wohnbereichs** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Erledigung von Finanzangelegenheiten (Bank, Rechnungen) | | | | | | |
| Einkaufen (Auswahl von Einkaufsartikel, Retourgeld) | | | | | | |
| Benutzung öffentlicher verkehrsmittel oder Auto | | | | | | |

| **Kommunikation und Hobbys** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zeitgefühl (Datum, Uhrzeit, Einschätzung einer Zeitspanne ) | | | | | | |
| Telefonieren (Wählen, Merken von Nummern) | | | | | | |
| Sprache (Wortfindung, Ausdrucksfähigkeit) | | | | | | |
| Teilnahme an Gesprächen, Diskussionen | | | | | | |
| Aufmerksamkeit | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Interesse am Tagesgeschehen | | | | | | |
| Soziale Kontakte (Treffen mit Familienangehörigen, Freunden) | | | | | | |
| Interessen, Ausüben von Hobbys | | | | | | |

| **Gemütsverfassung**<br>**Im Vergleich zu früher fühle ich mich derzeit** | **trifft NICHT zu** | **trifft eher NICHT zu** | **trifft EHER zu** | **trifft SEHR zu** |
|---|---|---|---|---|
| entscheidungsschwach | | | | |
| selbstbezogen | | | | |
| vergangenheitsbezogen | | | | |
| reizbar | | | | |
| mißtrauisch, eifersüchtig | | | | |
| lust- und freudlos | | | | |
| antriebsschwach, rasch ermüdbar | | | | |

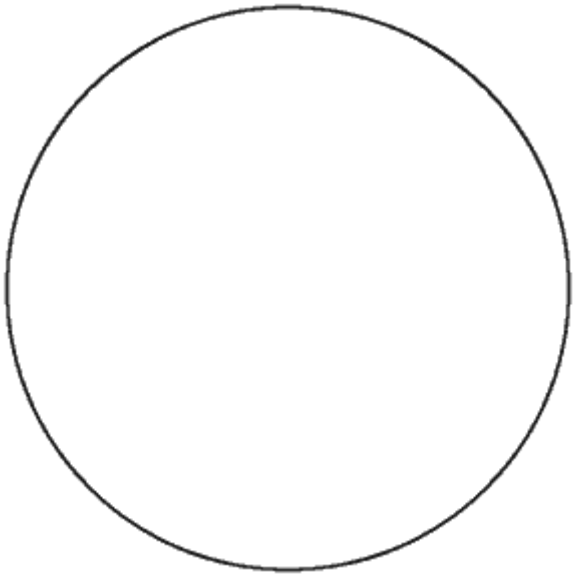
**Was bedrückt Sie persönlich am meisten?**

http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag07.htm

download: 10.3.2009

## Anhang 3: Uhren – Test

Sagen Sie dem Patienten: "Bitte zeichnen Sie eine Uhr mit allen Zahlen und Zeigern. Die Zeiger sollen die Zeit 9:30 anzeigen. "



**Auswertung Uhren-Test:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Ist die Zahl "12" oben ? | **2 Punkte** |
| 2. | Sind alle 12 Zahlen vorhanden ? | **1 Punkt** |
| 3. | Sind der Stunden- und Minutenzeiger vorhanden ? | **2 Punkte** |
| 4. | Entspricht die von Ihnen angegebene Uhrzeit der Zeigerstellung ? | **2 Punkte** |
| | Maximum mögliche Punkte | **7 Punkte** |

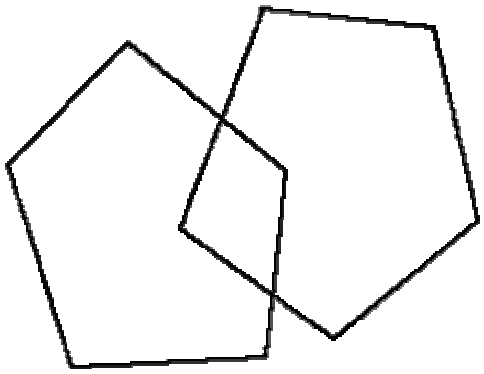
http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag10.htm
download: 10.3.2009

# Anhang 4: Mini-Mental-Status

## Der Mini-Mental-Status

| | | Richtige Antwort = 1 Punkt | Total Punkte |
|---|---|---|---|
| *Orientierungsvermögen* | | | |
| **1.** Fragen Sie nach: | Jahr | ..... | 1 |
| | Jahreszeit | ..... | 1 |
| | Monat | ..... | 1 |
| | Datum | ..... | 1 |
| | Wochentag | ..... | 1 |
| **2.** Fragen Sie nach: | Staat | _____ | 1 |
| | Bundesland | _____ | 1 |
| | Stadt bzw. Ortschaft | _____ | 1 |
| | Spital | _____ | 1 |
| | Stockwerk | _____ | 1 |
| *Merkfähigkeit* | | | |
| **3.** Nennen Sie 3 Gegenstände (z.B. Uhr, Schilling, Boot). Der Patient soll sie wiederholen (1 Punkt für jede korrekte Antwort). Wiederholen Sie die 3 Begriffe, bis der Patient alle gelernt hat. | | _____ | 3 |
| *Aufmerksamkeit und Rechnen* | | | |
| **4.** Beginnend mit 100, jeweils 7 subtrahieren (1 Punkt für jede korrekte Antwort; Stop nach 5 Antworten). Andere Möglichkeit: Lassen Sie ein Wort mit 5 Buchstaben rückwärts buchstabieren (z.B. WIESE). | | _____ | 5 |
| *Erinnerungsfähigkeit* | | | |
| **5.** Fragen Sie nach den Namen der unter (3) genannten Gegenstände (1 Punkt für jeden richtigen Begriff). | | _____ | 3 |
| *Sprachvermögen und Verständnis* | | | |
| **6.** Zeigen Sie einen Bleistift und eine Uhr. Der Patient soll diese benennen (1 Punkt pro richtiger Antwort). | | _____ | 2 |
| **7.** Lassen Sie nachsprechen: "Bitte kein Wenn | | _____ | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| und Aber." | _____ | |
| **8.** Lassen Sie eine 3teilige Anweisung ausführen, z.B. "Nehmen Sie das Blatt Papier in die rechte Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden" | _____ | 3 |
| **9.** Der Patient soll folgende auf einem Blatt (groß!) geschriebene Aufforderung lesen und sie befolgen: "Schließen Sie die Augen." | _____ | 1 |
| **10.** Lassen Sie den Patienten einen Satz eigener Wahl schreiben: mit Subjekt und Prädikat; soll einen Sinn ergeben. (Bei der Bewertung spielen Schreibfehler keine Rolle.) | _____ | 1 |
| **11.** Lassen Sie den Patienten unten stehende Abb. nachzeichnen (1 Punkt, wenn alle Seiten und Winkel richtig sind und die Überschneidungen ein Viereck bilden). | _____ | 1 |
| **Total Punkte** | _____ | 30 |



http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag09.htm

download: 10.3.2009

## Anhang 5: Globale Verschlechterungsskala nach Reisberg

| Stadium | Klinische Merkmale |
|---|---|
| **1** | ***Keine kognitiven Leistungseinbußen***<br>Keine subjektiven Hinweise auf ein Gedächtnisdefizit. Im klinischen Interview wird kein Gedächtnisdefizit evident. |
| **2** | ***Zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen***<br>Subjektive Klagen über Defizite, am häufigsten in nachfolgenden Bereichen: (a) vergißt, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden, (b) vergißt früher gutbekannte Namen. Keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizits im klinischen Interview. Keine objektivierbaren Defizite im Beruf oder im sozialen Umfeld. Angemessenes Verhalten unter Berücksichtigung der Symptomatik. |
| **3** | ***Geringe kognitive Leistungseinbußen***<br>Erste eindeutige Defizite manifestieren sich in mehr als einem der nachfolgenden Bereiche: (a) Die/Der Patient/in kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden, (b) Mitarbeiter(innen) bemerken die reduzierte Arbeitsleistung, (c) Freunde und Bekannte bemerken Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, die Namen von Bekannten zu erinnern, (d) die/der Patient/in behält nur einen geringen Teil einer gelesenen Textpassage, (e) die/der Patient/in kann sich deren Namen bei der Vorstellung neuer Personen schlechter merken, (f) die/der Patientin verlegt oder verliert Wertgegenstände, (g) während der klinischen Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident. Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden.<br>Verringerte Leistungsfähigkeit im Beruf oder im sozialen Umfeld. Die/Der Patientin beginnt, Defizite zu verleugnen. Geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome. |
| **4** | ***Mäßige kognitive Leistungseinbußen***<br>Im sorgfältig durchgeführten klinischen Interview manifestieren sich eindeutige Defizite in folgenden Bereichen:. (a) Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse, (b) Erinnern des eigenen Lebens]aufs, (c) Konzentration bei den Aufgaben mit seriellen Subtraktionen, (d) Fähigkeit, sich an unbekannten Orten zurechtzufinden oder mit Geld umzugehen, usw. Meist keine Defizite in nachfolgenden Bereichen: (a) Orientierung zu Zeit und Person, (b) Wiedererkennen vertrauter Personen und Gesichter, (c) Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden.<br>Unfähigkeit, komplexe Aufgaben durchzuführen. Das Verleugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. Der Affekt verflacht, und dielder Patient(in) beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden. |
| **5** | ***Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen***<br>Die/Der Patientin kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern, z. B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat. Häufig besteht Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. |

| | |
|---|---|
| | Eine gebildete Person kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Viererschritten oder beginnend bei 20 in Zweierschritten rückwärts zu zählen. Patienten dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebensogut wie den des Ehepartners oder der Kinder. Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z. B. wählen sie oft Hausschuhe für den Waldspaziergang). |
| **6** | ***Schwere kognitive Leistungseinbußen***<br>Die/Der Patient kann gelegentlich den Namen des Ehegatten vergessen, von dem ihr/sein Überleben abhängt. Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit. Jahreszeiten und zeitliche Veränderungen werden z. B. nicht mehr wahrgenommen. Sie/Er Kann Schwierigkeiten haben, von zehn bis eins rückwärts zu zählen, gelegentlich sogar beim Vorwärtszählen von eins bis zehn. Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, kann z. B. inkontinent werden oder Hilfe benötigen, um sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Gelegentlich gelingt es aber auch ohne Hilfe. Der Tag-Nacht-Rhythmus ist häufig gestört. Beinahe immer wird der eigene Name erinnert. Häufig können noch bekannte von unbekannten Personen unterschieden werden. Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund. Sehr variabel ausgeprägte Störungen sind: (a) Verfolgungsgedanken, z. B. wird der Betreuungsperson Betrug und Diebstahl unterstellt oder mit imaginären Personen oder dem eigenen Spiegelbild gesprochen, (b) Zwangssymptome, z B. wird ständig ein und derselbe Gegenstand gereinigt, (c) Angstsymptome. Unruhe und aus der Vergangenheit nicht bekanntes aggressives Verhalten können auftreten, (d) fehlender Willensantrieb, z. B. kann erwünschtes Verhalten nicht mehr in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht mehr lange genug im Kopf behalten werden kann. |
| **7** | ***Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen***<br>Häufig totaler Sprachverlust, gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten. Harninkontinenz; sie/er ist beim Toilettengang und Essen auf Hilfe angewiesen. Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z. B. nicht mehr laufen. Das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können. Häufig finden sich generalisierte und fokale neurologische Symptome. |

http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag20a.htm

download: 10.3.2009

# Abstract

In this thesis, dementia is examined from a medical and social psychological point of view. Furthermore, it is also depicted as ‘sign of our time’ and, thus, identified as subject of Pastoral Theology. Based on that Pastoral Theological approach, two essential issues with regard to dementia are elaborated on: First, the focus on commemoration which is shown to be a crucial feature of Christianity. Second, the theological challenge associated with dementia patients due to the traditional conversation-based understanding of Pastoral Care. Different approaches and key aspects of Pastoral Care with dementia patients as described in current literature are introduced and linked to the concept of Validation according to Naomi Feil. In addition to structural similarities between Pastoral Care and Validation, three features of Validation are emphasized which could be incorporated into the practice of Pastoral Care. Arguably, the Pastoral Caregiver might benefit from better understanding of disease mechanisms in dementia as well as from specific principles and techniques used in Validation, both of which could result in greater mutual understanding with the patient.
As shown in this thesis, Validation might actually improve the quality of Pastoral Care with dementia patients. It can thus be concluded that the incorporation of Validation into Pastoral Care Studies and the participation in Validation programs, respectively, might prove to be a useful and valuable tool for Pastoral Caregivers, who deal with dementia patients on a regular basis.

Demenz wird aus medizinischer und sozialpsychologischer Sicht dargestellt und als „Zeichen unserer Zeit“ und somit als Thema der Pastoraltheologie ausgewiesen. Unter ebendiesem pastoraltheologischen Blickwinkel wird die Wort- und Erinnerungszentriertheit des Christentums, sowie das auf Gespräch basierende herkömmliche Verständnis von Seelsorge als theologische Herausforderung im Zusammenhang mit Demenz aufgezeigt und hinterfragt. Die in der aktuellen, wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Zugänge und Schwerpunkte der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz werden beschrieben und mit dem Konzept der Validation nach Naomi Feil in Verbindung gebracht. Neben einigen Gemeinsamkeiten von Seelsorge und Validation werden das Krankheitsverständnis, die Verständigungsmöglichkeit über alle Sprachgrenzen hinweg und der Einsatz von Körperkontakt als Besonderheiten der Validation herausgearbeitet, welche auch in die Seelsorgepraxis einbezogen werden könnten. Bestimmte Prinzipien und Techniken der

Validation können der Seelsorgerin einen Zugang zur Welt der Dementen eröffnen und dadurch die gegenseitige Verständigung und die seelsorgliche Begleitung erleichtern.
Diese Diplomarbeit zeigt, dass Validation in der seelsorglichen Begleitung von Menschen mit Demenz eine Bereicherung darstellt und daher die Einbeziehung des Konzepts der Validation in die Seelsorgeausbildung bzw. die Ausbildung zur VA als spezielle Weiterbildung für Seelsorgerinnen, welche häufig mit dementen Menschen in Berührung kommen, sinnvoll und wünschenswert ist.

# Lebenslauf

**Daniela Woditschka**
Wehrgasse 23/38
1050 Wien

+43/6504484679
d_woditschka@yahoo.de

Geb.: 09.12.1980 in Ried im Innkreis
Österreichische Staatsbürgerin

**Schule und Ausbildung**:

| | |
|---|---|
| 1987 – 1991 | Volksschule Neu-Arzl, Innsbruck |
| 1991 – 1999 | Gymnasium Reithmannstraße, Innsbruck |
| 1999 – 2000 | Politikwissenschaft mit Ethnologie und Internationale Entwicklung als Fächerkombination, Uni Wien |
| 2000 – 2010 | Katholische Religionspädagogik, Uni Wien |
| 2004 | Auslandsemester, Aristotelesuniversität Thessaloniki |
| 2005 – 2008 | Akademie für Physiotherapie am Kaiser-Franz-Josef Spital Wien |

**Bisherige Berufserfahrung:**

| | |
|---|---|
| 1986 – 1999 | - ehrenamtliche Mitarbeit in der Pfarre St. Pius X |
| 2002 | - Freiwillig sozialer Sommereinsatz |
| 1997 – 2004 | - Kindercampbetreuerin (verschiedene Organisationen) |
| 2005 – 2008 | - Ferialarbeit als Sennerin im Tessin/Schweiz |
| Seit Februar 2008 | - Pilatestrainerin im Club Danube/Wien |
| Seit Oktober 2008 | - Physiotherapeutin im Hartmannspital/Wien |

**Zusätzliche Qualifikationen**:

- Führerschein A + B
- EDV Kenntnisse (MS Office, Internet)
- Fremdsprachen:
  Englisch (fließend in Wort und Schrift)
  Italienisch (Konversationsniveau)
  Französisch, Neugriechisch (Grundkenntnisse)