

Gefangene ihrer Wahrheit

Prisoners of their own reality

Wenn alles Wahrheit wird, wird die Wüste zum Weg

Dr. Hans-Jürgen Wilhelm

info@dement.de

Veröffentlicht in: Pflege; Huber Verlag; 11/1998 S. 275 - 280

Im Alltag unterliegen wir unentwegt der irrigen Annahme, daß unsere Wahrheiten die einzig wahren sind - diese Annahme allerdings ist die Grundvoraussetzung für gesellschaftliches Handeln. Ein verwirrter Mensch glaubt nun ebenfalls, daß seine Wahrheit die richtige ist, muß im alltäglichen Handeln aber immer wieder feststellen, daß die Welt nicht so reagiert wie er es erwartet. Diese Welt wird für ihn somit immer mehr unverständlich. Für nicht verwirrte stellt dieser Mensch eine Gefahr dar, da er der gültigen Wahrheit eine zweite gegenüberstellt.

In everyday life we constantly make the incorrect assumption that our realities are the only ones that are valid – however, this assumption is also the basic prerequisite for social interaction. Disoriented one, but in their day-to-day activities they must repeatedly expect. As a result, this world becomes increasingly incomprehensible to them. Those who are not disoriented see such people as a threat because they confront the valid reality with another, different reality.

„Ort für eine besonders intime Interaktion zwischen Gerontopsychologie, Gerontosoziologie und Geriatrie, speziell Geronto-psychiatrie, ist das Erfordernis, sich mit der Definition des psychisch Normalen im Alter und seiner Abgrenzung von psychisch abnormalen Verhaltensformen zu beschäftigen“ (Oesterreich 1986, 289).

Wahrheit

In diesem Artikel soll die soziologische Dimension der Demenz beschrieben werden. Zunächst kann man Demenz wie folgt beschreiben: die alltäglichen grundlegenden Spielregeln und Definitionen - im folgenden 'Wahrheiten' genannt - werden nicht mehr mit den Mitmenschen geteilt. „Genauer gesagt, ist die geistige Gesundheit, wie der gesunde Menschenverstand sie definiert, die Fähigkeit, das soziale Spiel, worin dies immer bestehen mag, zu spielen und es gut zu spielen. Wenn umgekehrt jemand nicht mitspielt oder schlecht spielt, dann heißt dies, daß er geisteskrank ist. Nun müssen wir aber fragen, welche Unterschiede, wenn überhaupt, zwischen sozialer Nonkonformität (oder Abweichung) und seelischer Krankheit bestehen. Ohne im Augenblick näher auf technische psychiatrische Erwägungen einzugehen, behaupte ich, daß der Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen - wie er sich z.B. in Redewendungen wie Er ist nicht ganz bei sich oder Er ist geisteskrank ausdrückt - sich nicht notwendig in beobachtbaren Tatsachen, auf welche sie sich beziehen, manifestiert, sondern lediglich auf unserer unterschiedlichen Einstellung dem Betreffenden gegenüber beruht. Wenn wir ihn ernst nehmen, ihm menschliche Rechte und menschliche Würde zugestehen und ihn für mehr oder minder gleichberechtigt halten, - dann sprechen wir von Meinungsverschiedenheiten, Abweichungen, Auseinandersetzungen, Verbrechen, vielleicht sogar von Verrat. Meinen wir jedoch, daß wir nicht mit ihm kommunizieren können, und daß er irgendwie grundlegend verschieden von uns ist, dann sind wir geneigt, ihn nicht mehr als gleichberechtigt, sondern vielmehr als einen minderwertigen (selten als einen überlegenen) Menschen anzusprechen; und dann nennen wir ihn närrisch, geisteskrank, verrückt, psychotisch, unreif usw.“ (Szasz zitiert nach Goffman 1973, 346f). Als überlegen werden diejenigen bezeichnet, die die zugrundeliegende Wahrheit sehr gut kennen und die Fähigkeit besitzen, diese zu beeinflussen. Menschen, die in der Lage sind, die innerhalb dieser Wahrheit geltenden *Gesetze* aufzuheben. Meist tragen solche Menschen Titel wie Zauberer,

Medizinmänner, Priester, Seher, Hexen, Ketzler oder gar Götter. Erinnert man sich z.B. an die Zeit der Inquisition, so erkennt man ganz deutlich dieses Spiel mit der Wahrheit. Ketzler werden dem *einfachen Volk*, das nur die eine Wahrheit kennt, als Mächtige des Bösen gekennzeichnet, denen es, ohne die Macht der Inquisition, bedingungslos ausgeliefert wäre. Kaum ein Inquisitor wird ernsthaft daran geglaubt haben, daß einer der Verurteilten tatsächlich in der Lage wäre, die ihm vorgeworfenen Wunder zu vollbringen. Die oben genannten Begriffe beinhalten immer etwas Mystisches, Unfaßbares. Der Begriff der Ehrfurcht zeigt deutlich die beiden Gefühle, die mit diesen Personen verbunden sind: Ehre und Furcht. Es ist die Ehre vor der Macht, die diese Person besitzt und die Angst davor, diese Person nicht *definieren* zu können. Da sie sich der allgemein geltenden Wahrheit entzieht, ist sie nicht greifbar, nicht verstehbar, nicht zuzuordnen. Dem Narren wird dieselbe Furcht entgegengebracht, jedoch fehlen ihm meist die Möglichkeiten, sich zu schützen, da er seine Wahrheit liebt, er ist in ihr gefangen, wie die anderen in der ihren. Durch sein Verhalten stellt er aber unentwegt die allgemein geltende Wahrheit in Frage und stellt hierdurch eine Gefahr für diese dar. Im Gegensatz zum Mittelalter sind heute die Methoden bei uns lediglich etwas humaner geworden, mit solchen *Narren* umzugehen. „Das Verhalten des Abweichlers bedroht die gesellschaftliche Wirklichkeit als solche fundamental, indem es die Gewißheit ihrer kognitiven und normativen Verfahrensweisen (...) in Frage stellt. (...) Ein so radikales Abweichlertum verlangt eine therapeutische Praxis, die fest in therapeutischer Theorie gegründet ist. Es muß eine Theorie der Abweichung (Pathologie genannt) geben, die für so betrübliche Fälle zuständig ist (...). Eine erfolgreiche Therapie (...) resozialisiert den Abweichler in die objektive Wirklichkeit der symbolischen Sinnwelten seiner Gesellschaft“ (Berger / Luckmann 1995, 122 f).

Unweigerlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage der Macht. Hierbei darf aber nicht nur an die Gruppe der Herrschenden gedacht werden, auch Masse besitzt Macht - sogar eine ganz erhebliche. „Masse macht Wirklichkeit“ (Beck 1986, 141). Wenn ich entdecke, „daß alle meine Kollegen verrückt geworden sind“ (Berger / Luckmann 1995, 27 f), so werde ich dennoch arge Probleme haben, diese davon zu überzeugen und ihnen begreiflich zu machen, daß ich der einzige *Normale* bin. Zweifellos bin ich hiervon überzeugt, doch angesichts der quantitativen Übermacht werde ich meine Wahrheit kaum durchsetzen können. In einer ähnlichen Situation muß sich ein dementer Bewohner befinden, dem - trotz seines besseren Wissens - die gesamte Umwelt erzählen will, daß sein Vater nicht arbeiten, sondern tot ist und das schon seit Jahren - dabei hat er noch heute morgen mit ihm gefrühstückt (TE 15). Der „Kollektivitätsgrad“ (vgl. Schulze 1996) kann auf eine Person beschränkt sein, der demente Bewohner bildet sozusagen ein Einpersonenmodell der Wahrheit.

Gefangene ihrer Wahrheit

Der demente Bewohner ist ein Gefangener seiner Wahrheit. Hier ist es sehr wichtig, von anderen Geisteskrankheiten zu unterscheiden. Die Welt des dementen Bewohners ist nicht unbedingt anormal, aber unwahr. Das heißt, daß die Wahrheit des dementen Bewohners meist nur in der Zeit- oder der Ortsachse verschoben ist, seine Wirklichkeit und Normalität aber mit der der Umwelt weitestgehend gleich blieben. Der demente Bewohner glaubt weder an fliegende Teppiche, noch an sprechende Tiere, er mag zwar 93 anstatt der von ihm angegebenen 24 sein, aber er ist nicht Napoleon. Dies ist entscheidend, da demente Bewohne für uns meist *ganz normal* reagieren, wenn wir unsere Wahrheit lediglich an der Zeit- und Ortsachse verschieben. Ganz normal bedeutet hier: Er reagiert wie jeder andere *normale* Mensch in einer solchen Situation reagieren würde, als Gegenüber muß ich mir somit lediglich über die Situation klar werden, in die der demente Bewohner gebracht wird. „Man könnte postulieren, daß jemand dann als irrational, geistig beeinträchtigt oder *senil* definiert zu werden tendiert, wenn er oder sie (hier interessiert uns der ältere Mensch) nicht imstande ist, eine gemeinsame Perspektive mit anderen Personen, besonders mit Schlüsselpersonen, auszubilden (...) Das heißt also *Irrationalität* bezieht sich auf einen Typus des Verhaltens zwischen Individuen, bei dem keines der beteiligten Individuen die Haltung der anderen oder der Gruppe einnimmt und bei dem daher auch kein Individuum sein Handeln oder das Handeln der anderen vermittels dieser Haltungen steuern kann. Rationalität oder Irrationalität sind für Mead keine Merkmale oder Persönlichkeitszüge, die einer einzelnen Person an sich zukämen, sondern einer Person im Zusammenhang mit einer anderen - der Interaktion zwischen ihnen“ (Chappell / Orbach 1992, 44 f). Ein besonders gutes Beispiel hierfür ist das Zubettbringen eines 65jährigen dementen Bewohners. Die Mitarbeiter beklagten sich, daß dieser Bewohner jeden Abend, wenn sie ihn ausziehen wollen aggressiv oder anzüglich reagiert und es für sie somit fast unmöglich ist, ihn ins Bett zu legen. Von Seiten der Altenpfleger ein verständliches Problem. Wenn man sich nun aber die Situation aus der Sicht des Bewohners betrachtet, der diese bestimmt anders interpretiert als dies die Mitarbeiter tun, wird deutlich, daß auch er *ganz normal* handelt. Für ihn ist sicherlich nicht klar, daß er sich, als Alzheimer Patient, in einem Altenpflegeheim befindet und die Frau lediglich eine Altenpflegerin ist, die ihn zu Bett bringen möchte. Für den Bewohner wird es sich um eine Frau handeln, die ihn in ein Zimmer bringt, auf das Bett setzt und dann beginnt

ihn auszuziehen (TE 5). Es wäre in einer solchen Situation kaum *normal*, einfach einmal abzuwarten was passiert und die Frau passiv gewähren zu lassen. Ähnliche Beispiele hierzu gibt es viele. Eine ältere Frau, die *glaubt* Probleme mit dem ererbten Geld ihres Vaters zu haben, glaubt eben nicht nur, daß sie diese Probleme hat, sie hat sie definitiv (TE 1). Wenn ein dementer Bewohner behauptet, heute morgen mit seinen Vater gefrühstückt zu haben (TE 5), so ist dies für ihn ebenso real, wie für die Mitarbeiter die Tatsache, das es garantiert nicht so gewesen ist.

Besonders schwierig wird es nun für den dementen Bewohner, da seine Umwelt meist absolut *anormal* auf ihn reagiert. Die fremde Frau zieht ihn einfach aus, ein fremder Mensch nimmt ihn in den Arm und versucht ihm zu erklären, daß sein Vater schon tot ist etc.. Hierbei ist auch das Wissen vergangener Tage, die „geschichtlichen Herkunftswelten“ (Marquard 1986, 104) und das „technische Wissen“ (Schulze 1996, 223) zu bedenken. Aufgrund der zeitlichen Verschiebung kann das „technische Wissen“ eines Einzelnen von dem seiner Umgebung abweichen und ihm somit auch den Zugang zu deren *Welt* immer mehr verbauen. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage zu stellen, inwieweit Demenz weiter gefördert wird.

Demente Bewohner verlieren den Anschluß an das sich immer weiter entwickelnde Wissen gerade im technischen Bereich wird dies deutlich. Neue technische Einrichtungen können für den dementen Bewohner unbegreiflich erscheinen. Das Beispiel einer Bewohnerin, die verzweifelt versuchte, eine selbstöffnende Tür zu schließen (vgl. TE 10), kann dieses Problem verdeutlichen. Es muß für die Frau absolut unverständlich sein, weshalb diese Tür immer wieder aufgeht, obwohl niemand in der Nähe ist. Der Bewohner kommt so unentwegt in Situationen, in welchen er die Welt nicht mehr versteht, sie wird für ihn unbegreiflich. Die Angst vieler dementer Bewohner ist somit leicht verständlich, denn sie verlieren den sicheren Halt, den uns, den *Normalen*, unsere Wahrheit gibt. Sie verlieren die Gewißheit, das „was hier geschieht, ist wirklich nichts besonderes“ (Emerson 1974, 84). Für sie verliert die „Generalthese der Reziprozität der Perspektiven“ (Schütz 1971), die eine Interaktion erst möglich macht, ihre Geltung. Der demente Bewohner verliert den Boden unter den Füßen.

Welche Wahrheit ist die wahre?

Mit verschiedenen Lösungsmethoden versucht man, diesen *verwirrten Menschen* die Orientierung in *unserer Welt* wieder zu ermöglichen. Hierbei vergißt man, daß der demente Bewohner die Welt nicht so sieht wie der *normale* Mensch, aus diesem Grund weisen diese Versuche ins Leere. Hierzu zählt z.B. die farbige Markierung einzelner Wohnbereiche in den stationären Altenpflege. Zur besseren Orientierung für demente Bewohner scheint es sinnvoll, einzelne Bereiche farbig zu kennzeichnen, so z.B. Türen, Fenster und Fußböden. Wenn davon ausgegangen werden kann, daß sowohl nicht demente wie auch demente Bewohner in der Lage sind, die einzelnen Farben zu erkennen, so ist dennoch fraglich, ob beide Gruppen sie *sehen*. Während sowohl Besucher als auch nicht demente Bewohner die farbige Unterscheidung als Hilfe beurteilten, können demente Bewohner diese Farben nicht zuordnen. Als mögliche Erklärung kann hier dienen, daß demente Bewohner nicht wissen, daß sie in einer Einrichtung der stationären Altenpflege wohnen und somit nicht realisieren, daß die farbige Unterteilung als Orientierungshilfe existiert. Erst wenn dies von den dementen Bewohnern verstanden würde, machte es Sinn, auf die Farbe der Türen oder des Fußbodens zu achten. Denn für einen im Alltag Handelnden haben die Farben von Türen oder des Fußbodens nur sehr wenig Bedeutung, weshalb er diese auch kaum bewußt beachtet. Damit der demente Bewohner also diese Hilfe nutzen kann, müßte er zunächst verstehen, daß er in einer Einrichtung der stationären Altenpflege wohnt, die nach verschiedenen Farben strukturiert ist. In gewisser Weise müßte er bereits verstehen, was ihm durch die Farben erklärt werden soll. Da für ihn die Welt des Altenheimes keine Bedeutung hat, kann er auch deren – zwar deutlich erkennbaren – Zeichen nicht deuten und ignoriert sie folglich.

Eine andere Möglichkeit der Orientierungshilfe ist natürlich auch die Verkleinerung der Wirkwelt des dementen Bewohners durch die einfachen, aber hilfreichen Methoden der Fixierung - wobei diese Strategie weniger als Lösung, denn mehr als Resignation begriffen werden muß.

Bezugnehmend auf das obige Zitat von Nietzsche stellt sich hier zunächst die Frage: Welche Wahrheit ist die wahre? Wer ist wann verwirrt? bzw.: Was ist Verwirrtheit? Eine mögliche Definition aus Dorsch's Psychologischem Wörterbuch:

„Verwirrtheit, Störung des Zusammenhangs der Vorstellungen, verbunden mit der Unfähigkeit zu geordnetem, zielsicherem Denken (Zerfahrenheit) und dem Verlust der Orientierung in der Umwelt. Vorkommen bei Geisteskranken (z.B. Schizophrenie), manchen Vergiftungen, seniler Demenz“ (Dorsch et al 1987, 737).

Aus ethnomethodologischer Sicht beinhaltet diese Definition aber bereits intersubjektive Interpretationen. Dies sind „dieselben stillschweigend gewußten Interpretationsverfahren (interpretative procedures) (...), deren sich sowohl der gesellschaftliche Laie als auch der konventionell verfahrenende Soziologe unhinterfragt und routinehaft bedient, wenn sie soziale Ordnung konstruieren und aufrechterhalten“ (Langehennig 1983, 27).

Da man nicht davon ausgehen kann, daß der verwirrte Mensch selbst auch die Ansicht seiner Umwelt teilt, eben *verwirrt* zu sein, ist es notwendig, diese *interpretative procedures* zu erforschen und eine soziologische Definition des Begriffes *Verwirrtheit* zu erarbeiten. Der verwirrte Mensch selbst sieht sich wohl kaum als *verwirrter Mensch* in einer logischen Umwelt, sondern als - allenfalls verzweifelnder - Mensch in einer absolut unvertrauten und keineswegs sinnvollen Umwelt. Und so wird ihm die Welt der *Normalen* teilweise vielleicht ebenso fraglich erscheinen, wie jenen die seine. „Es gibt sich keiner die Mühe, diese verwirrenden Lebensäußerungen zu entziffern. In vielen Fällen wäre es vermutlich nicht möglich. Und vielleicht sollten sie das letzte Geheimnis der Alten bleiben. Aber die Tatsache, daß viele Alte den Pfad des als normal Empfundene verlassen, macht die Jungen nervös. Die Versuchung ist groß, normale Verhältnisse zu schaffen“ (Gronemeyer 1990, 152).

Hier geht es um den Bereich der stationären Altenpflege, da gerade hier viele Faktoren (neue Umgebung für den Bewohner, der den Pflegenden nicht bekannt ist; Ausbildung der Pflegenden; Mitbewohner etc.) zusammentreffen und die Problematik - trotz oder gerade wegen des guten Willens - meist verstärken.

Bei der Arbeit mit verwirrten älteren Bewohnern in der stationären Altenpflege stellt sich mehrmals die Frage: Normal oder Anormal? Sei dies nun bei einem neuen Bewohner oder bei der alltäglichen Einschätzung bereits bekannter Personen, da der Grad der Verwirrtheit selten konstant ist.

In der Neuropsychologie bzw. Psychiatrie wurden mehrere Tests (vgl. Reitan 1959; Hamster, Langner u. Mayer 1980; Weidlich u. Lamberti 1980; NAI, Oswald u. Fleischmann 1986; AKT, Gatterer 1988; Kessler, Denzler u. Markowitsch 1988) entwickelt, um diese Einordnung durchführen zu können. In der alltäglichen Praxis können diese Tests aber kaum Anwendung finden, da im Handlungsablauf unmittelbar gehandelt werden muß. Als Hilfe kann hier nur die eigene Einschätzung dienen, ob etwas normal oder abnormal ist. „Die subjektive Betrachternorm ermißt das Anderssein eines Menschen an der subjektiven Norm des Betrachters. Sie stützt sich auf seine Erfahrung und seine ganz persönliche Einschätzung. Er kann einen anderen für normal oder abnormal halten“ (Oesterreich 1986, 289).

Der im Alltag Handelnde setzt Normalität voraus, d.h., daß das was andere tun einen Sinn hat und er diesen Sinn verstehen könnte, wenn er ihm erklärt würde. Das Entstehen von Normalität ist ein gesellschaftlicher Prozeß, eine Art stillschweigend hingegenommene kollektive Definition. „This thesis is concerned with the conditions under which a person makes continuous sense of the world around him“ (Garfinkel 1952, 1). In der Soziologie gibt es mehrere Zweige (vgl. Garfinkel 1952; Pilgram 1973; Emerson 1974; Goffman 1982 und 1983; Bergmann 1988; Soeffner 1989), welche alle auch auf die Phänomenologie von Schütz (vgl. Schütz 1971; Schütz 1972) verweisen.

Mit der Hilfe dieser Forschungsrichtungen (u.a. Phänomenologie, Ethnomethodologie und Konversationsanalyse) ist es möglich, die von Oesterreich gestellte Frage auch soziologisch zu beantworten.

Der verwirrte Bewohner befindet sich in seiner eigenen Welt, seiner eigenen Wahrheit, in welche er eingeschlossen ist. Diese ist die Basis für seine Wirklichkeit und Normalität (vgl. Schütz / Luckmann 1991, 54 ff). Wie wir alle ist auch er ein Gefangener seiner Wahrheit. Wenn nun die Wahrheiten der verwirrten Bewohner und die ausgezeichnete Wirklichkeit (vgl. Schütz 1971, 392 ff) zusammentreffen (vgl. James 1890, Kap. 21), stimmen „die wesentlichen Unterscheidungen zwischen Schein und Wirklichkeit, Irrtum und Wahrheit, Trivialität und Bedeutung, Nebensächlichem und Wesentlichem“ (Garfinkel, 1974, 77) nicht mehr überein.

Im Alltag ist es sehr schwierig, Tag für Tag mehrmals aufs Neue damit umzugehen, daß die eigene Wahrheit - „absolute Gewißheiten“ (Habermas 1988, 92) - von verwirrten Bewohnern in Frage gestellt wird, denn diese Wahrheit ist das Fundament unseres Zusammenlebens. Auf diese Wahrheit wird unentwegt Bezug genommen, ohne sie ist intersubjektives Handeln, ist Gesellschaft nicht möglich.

Bei dieser Problemstellung dürfen vor allem auch die gesunden Mitbewohner nicht vergessen werden. Für sie bedeutet dies eine Doppelbelastung. Zunächst leben sie jeden Tag 24 Stunden mit dem dementen Bewohner Tür an Tür, was teilweise eine sehr hohe Toleranzgrenze verlangt, da die dementen Bewohner mehrmals täglich ins Zimmer kommen oder zumindest an der Tür klopfen, wenn diese abgeschlossen ist, eine fremde Toilette

benutzen etc.. All dies stellt eine Belastung für den gesunden Bewohner dar, die vom Personal heruntergespielt oder ignoriert wird. Ebenso führt „die Konfrontation mit altersbedingten Behinderungen und Krankheiten zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter und löst Angst aus“ (Kruse 1992, 63).

Ebenso spielt auch die Eingliederung der verwirrten Bewohner (Feil 1990) in verschiedene Stufen eine erhebliche Rolle. Die Grade der Verwirrtheit einzelner Bewohner sind nicht homogen, sondern in einem ständigen Wechsel begriffen. Aus diesem Grund müssen Deutungsprozesse und Prozesse des Aushandelns unentwegt neu konstruiert werden. Die hier beschriebene soziologische Dimension von Demenz wird nur allzu häufig übersehen, wodurch die beschriebenen Probleme, die grundlegender Natur sind, nicht erkannt werden können.

Abschließend möchte ich einen wichtigen Satz von Grond zitieren. Es ist entscheidend, daß "es nicht um Erfolg, sondern um Wohlbefinden des Bewohners und des Mitarbeiters" (Grond 1995) geht.

Abkürzungen

TA: Teilnehmende Beobachtung einer Mitarbeiterin (ABM)

TE: eigene teilnehmende Beobachtung

TZ: Teilnehmende Beobachtung eines Zivildienstleistenden

FA: Fragebogen für Angehörige

FB: Fragebogen für Bewohner

FE: Fragebogen für Ehrenamtliche

FM: Fragebogen für Mitarbeiter

Literaturverzeichnis

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft, Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main.

Berger, P.L. und Th. Luckmann (1995): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt.

Bergmann, J.R. (1988): Was ist Ethnomethodologie. Fernuniversität Hagen.

Chappell, N. und H. L. Orbach (1992): Sozialisation im höheren Alter: Eine Meadsche Perspektive. In: Ch. Petzold und H. G. Petzold: Lebenswelten alter Menschen. Hannover. S. 20-50.

Dettbarn-Reggentin, J. (1992): Zeitstrukturierung und Zeitwahrnehmung. In: J. Dettbarn-Reggentin und H. Reggentin (Hrsg.): Neue Wege in der Bildung Älterer. Freiburg im Breisgau. S. 24-35.

Dimroth, G. (1992): Probleme im Umgang mit demenzkranken Menschen. In: Heilberufe 3, 1992, S. 130-132.

Dorsch, F, H. Häcker und K.-H. Stapf (Hrsg.) (1987): Psychologisches Wörterbuch. Bern.

Dostojewski, F. (1986): Die Brüder Karamasow. Erster Band. Berlin und Weimar.

Emerson, Joan P. (1974): »Was hier geschieht ist wirklich nichts Besonderes«. In: Gruppendynamik – Forschung und Praxis, Heft 2, 5. Jahrg. April 1974, S. 83-97. Stuttgart.

Feil, N. (1990): Validation – ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. Wien.

Gatterer, G. (1988): Der Alters-Konzentrations-Test (A-K-T) und Zusammenhänge mit Intelligenz, Merkfähigkeit, Orientierung und Fremdbewertung bei geriatrischen Patienten zwischen 60 und 85 Jahren in einem Pflegeheim. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 21. S. 32-37.

Garfinkel, H. (1952): The perception of the other: A study in social order, PH. D. dissertation, Harvard University.

Garfinkel, H. (1974): Bedingungen für den Erfolg von Degradierungszeremonien. In: Gruppendynamik – Forschung und Praxis Heft 2, 5 Jahrg. April 1974. Stuttgart, 77-83.

Goffman, E. (1973): Asyl. Frankfurt am Main.

Goffman, E. (1982): Das Individuum im öffentlichen Austausch. Frankfurt am Main.

Goffman, E. (1983): Wir alle spielen Theater/Die Selbstdarstellung im Alltag. München

Grond, E. (1995): Brief vom 25. November 1995. Hagen.

Gronemeyer, R. (1990): Die Entfernung vom Wolfsrudel. Düsseldorf.

Gronemeyer, R. (1996): Alle Menschen bleiben Kinder. Düsseldorf.

Habermas, J. (1988): Nachmetaphysisches Denken. Frankfurt am Main.

Hamster, W.; W. Langner u. K. Mayer (1980): Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe. Weinheim.

Heidegger, M. (1967): Sein und Zeit. Tübingen.

James, W. (1890): Principles of Psychology. Bd. II.

Kessler, J.; P. Denzler u. H. J. Markowitsch (1988) Demenz-Test. Weinheim.

Kruse, A. (1992): Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Stuttgart.

Langehennig, Manfred, 1983: Kritische Anmerkungen zur alterssoziologischen Forschung. In: (Hrsg.) Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. 49 (1987), Alltag in der Seniorenfreizeitstätte. Soziologische Untersuchungen zur Lebenswelt älterer Menschen. Berlin, S. 1-43.

Lind, S. u. Heeg, S. (1990): Milieu für Demente; In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 10/1990. Stuttgart. S. 744 ff.

Marquard, O. (1986): Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften. In: Marquard, O.: Apologie des Zufälligen. Stuttgart. S. 98-116.

Oesterreich, K. (1986): In: A. Kruse, U. Lehr und C. Rott (Hrsg.): Gerontologie – eine interdisziplinäre Wissenschaft. München.

Oswald, W. D. u. U. M. Fleischmann (1986): Das Nürnberger-Alters-Inventar NAI. Erlangen/Nürnberg.

Reitan, R.M. (1958): Validity of the Trail Making Test as an Indicator of Organic Brain Damage. Perceptual and Motor Skills, 8. S. 271-276.

Schulze, G. (1996): Die Erlebnisgesellschaft – Kulturosoziologie der Gegenwart. Frankfurt a. M..

Schütz, A. (1971): Gesammelte Aufsätze Band I. Den Haag.

Schütz, A. (1972): Gesammelte Aufsätze Band II. Den Haag.

Schütz, A. und Th. Luckmann (1991): Strukturen der Lebenswelt. Band I. Frankfurt am Main.

Soeffner, H.-G. (1989): Auslegung des Alltags – Alltag der Auslegung. Frankfurt am Main.

Wagner, P. (1992): Umgang mit verwirrten Heimbewohnern – Integrative Betreuung oder Unterbringung auf Spezialstationen. In: Birk et al. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit, 2 (S. 117-128). DZA Berlin.

Watzlawick, P. (1996): Wie wirklich ist die Wirklichkeit? München.

Weidlich, S. u. G. Lamberti (1980): DCS – Diagnostikum für Cerebralschädigung. Bern.