Dr. Wolfgang Kramer
Haberlandstr. 6
10779 Berlin
Tel.: 030 / 211 99 34
E-mail: dr.wolfgangkramer@alice-dsl.net

Berlin, 15. Juni 2004

Thesenpapier zum Vortrag im Kolloquium „Philosophie des Geistes“
bei Herrn Prof. Milan Prucha im SS 2004:

Personelles Sein und dementielle Erkrankung

„Alt sein oder auch nur altern sich spüren, heißt: Zeit haben im Körper und in dem, was man so Seele nennen mag, der Kürze halber. Jung sein, das ist: den Körper hinauswerfen in die Zeit, die keine Zeit ist, sondern Leben, Welt und Raum.“

Jean Améry, Über das Altern. Revolte und Resignation, Stuttgart 1977 (1968), S. 26

„Die Welt der alten Menschen, aller alten Menschen ist in mehr oder weniger ausgeprägter Form die Welt der Erinnerung. Man sagt: am Ende bist du das, was du gedacht, geliebt, vollbracht hast. Ich möchte hinzufügen: du bist das, was du erinnerst. Außer den Gefühlen, die du geweckt hast, den Gedanken, die du gedacht hast, den Taten, die du vollbracht hast, sind die Erinnerungen, die du bewahrt und nicht in dir ausgelöscht hast, deine Reichtümer, und du bist nun ihr einziger Wächter.“

Norberto Bobbio, Vom Alter – De senectute, Berlin 1997, S. 37 f.

Inhalt:

I **Was heißt Demenz? Symptome – Erscheinungs- und Verlaufsformen.**
II **Wie erlebt ein demenzerkrankter Mensch die ihn umgebende Welt?**
III **Die Ressourcen eines demenzerkrankten Menschen. Kann Demenz auch unter anderen als lediglich defizitären Gesichtspunkten gesehen werden?**
IV **Was heißt es, eine Person zu sein? Sind Demenzerkrankte noch Personen?**

Zusammenfassung der Thematik:

Bei der dementiellen Erkrankung steht ein schleichend beginnender und sich über viele Jahre erstreckender Verfall geistiger Fähigkeiten mit Persönlichkeitsveränderungen im Vordergrund. Neben Störungen des Gedächtnisses, der Konzentration und der Orientierung (örtlich, zeitlich, personell) leidet ein demenzerkrankter Mensch im fortgeschrittenen

Stadium an Aphasie (Sprech- und Verstehensstörung), Agnosie (Nichterkennen) und Apraxie (Bewegungsstörungen). Darüber hinaus zeigen sich bei den betroffenen Personen auch vielfältige neuro-psychologische Beschwerden (Verlangsamung des psychischen Tempos, Veränderung der Grundstimmung, Veränderung der ursprünglichen Persönlichkeit, aggressives Verhalten, Wahn- und Sinnestäuschungen), die das Alltagsleben immer stärker beeinträchtigen. Die Erkrankung kann in unterschiedliche Stadien eingeteilt werden: Im Spätstadium der Erkrankung treten in der Regel neben dem geistigen Verfall, Störungen der Motorik, Inkontinenz und neurologische Komplikationen hinzu, die eine totale Pflegebedürftigkeit verursachen können. Der Verlauf der dementiellen Erkrankung, insbesondere der Alzheimer-Krankheit ist insgesamt durch einen immer weiter voranschreitenden geistigen Abbau gekennzeichnet und erstreckt sich meist über viele Jahre.

Demenz ist in unserer Gesellschaft ein Angstthema, zum einen deshalb, weil sie uns alle treffen kann; zum anderen aber auch, weil wir in einer Kultur leben, in der die Auffassung vorherrschend ist, das eigentliche Wesen des Menschen liege in seiner rationalen Substanz. Eine dementielle Erkrankung (insbesondere die Alzheimer-Erkrankung) kränkt uns an der Stelle, auf die wir besonders stolz sind: Demenz geht uns an den Verstand, an die Vernunft. Wir verlieren die Kontrolle über unser Selbst und werden in vielerlei Hinsicht abhängig von einer Umwelt, die wir nicht mehr autonom gestalten können. Als erwachsener Mensch schicksalhaft auf Gnade und Ungnade von anderen Erwachsenen abhängig zu sein kann in unserer Welt schlimmer sein als der Tod. Demenz wird in diesem Kontext Gegenstand und Projektionsfläche vielschichtiger Ängste, Vermeidungshaltungen und Abwehrmechanismen: Demenz löst Ängste aus wie sonst nur Krebs oder Aids. Diese Krankheit, verstanden als „schlechthinnige Abhängigkeit“ passt nicht in die Beziehungsanforderungen unserer Welt. Je mehr zweckrationale Vernunft, individuelle Verantwortung, Autonomie und unverbindliche Familienkonstellationen sowie eine durchgreifende Ökonomisierung aller Beziehungen unser Lebensbild bestimmen, desto nachdrücklicher wird das Problemfeld Demenz.

Es geht in dem Vortrag um die Frage, inwieweit der an Demenz erkrankte Mensch noch Person sein kann. Hört man auf , Person zu sein, wenn man seinen Verstand verliert? Gibt es nicht einen Tod, der einen lebenden Leichnam hinterläßt? Die modernen Kriterien von Personsein (Bewußtsein des Selbst – Rationalität – Fähigkeit, zu handeln – Moralität) jedenfalls schließen den dementiell erkrankten Menschen vom Personsein aus (ebenso auch Säuglinge, Kinder, Geisteskranke). Sind andere Kriterien für Personsein denkbar (z.B. Emotionalität, Offenheit, Zärtlichkeit, Solidarität, die Fähigkeit, in Beziehungen zu leben), die es dem demenzerkranken Menschen ermöglichen, Person zu bleiben?
Diese Frage impliziert die Vorstellung, daß es Ressourcen im an Demenz erkrankten Menschen geben könnte, die es erlauben, Demenz auch unter anderen als lediglich defizitären Gesichtspunkten zu sehen.

I Was heißt Demenz? Symptome – Erscheinungs- und Verlaufsformen

Bei der „Demenz“ bzw. den Demenzen handelt es sich um eine Syndromdiagnose, d.h. es handelt sich um Symptome, deren Ursachen unterschiedlicher Art sein können.

Demenz in der primären, chronischen und irreversibel verlaufenden Form ist Folge einer Erkrankung des Gehirns, die mit der Beeinträchtigung zahlreicher höherer Hirnfunktionen einhergeht.

Dazu gehören das Gedächtnis, das Denken und Urteilen, die Orientierung, die sprachliche Kommunikation, das Rechnen u.a. .

Mit dem Fortschreiten der Erkrankung gehen allmählich Alltagsfertigkeiten und Formen der Lebensbewältigung verloren; auch die Affektkontrolle gelingt nicht mehr wie früher.

Der Patient ist außerdem in seinem sozialen Verhalten gestört. Seine Persönlichkeit ändert sich in späten Phasen der Krankheit, so daß regressive Züge stärker zum Ausdruck kommen.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt „Demenz“ als „eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewußtseinsstörung. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend), nicht notwendig irreversibel.“
In Altersheimen aller hoch industrialisierten Länder leiden inzwischen mehr als die Hälfte der Bewohner an einer Demenz.

Bereits im Jahre 1981 formulierte die Weltgesundheitsorganisation:
„Die Alzheimer-Demenz ist eines der größten medizinischen Probleme in der heutigen Welt (....). In einigen Regionen der Welt haben 15 – 23 % der Bevölkerung das Alter von 65 Jahren überschritten. In dieser Gruppe weisen 11 – 15 % der Menschen eine mehr oder weniger ausgeprägte Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit auf, wobei die Alzheimer-Krankheit in 60 – 70 % dieser Fälle eine Rolle spielt.“ (WHO 1981, hier zit. nach Oskar Dierbach, Sozialtherapie mit Alzheimer-Kranken, Weinheim und Basel 1993, S. 18)

Die Gefühlswelt des demenzerkrankten Menschen

Die Gefühlswelt bleibt auch in der Demenz nahezu unbeeinträchtigt erhalten. Neben dem Langzeitgedächtnis ist der „emotionale Kanal“ der wichtigste Zugang zum demenzkranken Menschen.

Körpersprache und Tonfall (Nonverbales, wie etwas gesagt wird) können gut „verstanden“ werden, auch wenn der Inhalt des Gesagten nicht verstanden wird. Ganz entgegen dem Vorurteil, welches den demenzerkrankten Menschen abwertet: Demenzkranke bekommen noch sehr viel mit.

Nach heutigem Wissensstand ist es unbestritten, daß der demenzkranke Mensch für Gefühle noch lange ansprechbar bleibt. Darum ist es so wichtig, daß man die Pflege nicht aus bloßer Pflichterfüllung, sondern aus Zuneigung übernimmt, denn das kann der Patient noch lange instinktiv unterscheiden.

Demenz-Kranke scheinen trotz ihrer z.T. schweren geistig-seelischen Krankheit noch lange Zeit ein feines Gespür dafür zu behalten, ob man ihnen aufrichtige Gefühle und Zuwendung entgegenbringt oder das nur aus Pflichtgefühl vorzutäuschen versucht.

Unechte Gefühle werden sie in der Regel instinktiv spüren, sich dadurch verunsichert und abgelehnt fühlen.

Berührung und Musik sind die Königswege, die einen Zugang zum demenzerkrankten Menschen verschaffen.

Ursachen und Erscheinungsformen der Demenz.

Chronische Verwirrtheitszustände entstehen durch krankhafte Prozesse, die zu einem Absterben von Hirnzellen führen. Man unterscheidet folgende Erscheinungsformen der (senilen) **Demenz (chronisch, irreversibel, fortschreitend):**

A. Demenz vom Typ Alzheimer	ca. 60%
B. Multi-Infarkt-Demenz	ca. 15%
C. Mischform von Alzheimer / Multi-Infarkt-Demenz	ca. 15 %
D. Demenzformen anderen Ursprungs (Picksche Erkrankung, Chorea Huntington,Parkinson u.a.)	ca. 10 %

Darüber hinaus: akute, **reversible Demenzzustände**, die Begleitsyndrom einer anderen Grundkrankheit sind, z.B. Gehirntumore, Stoffwechselerkrankungen (insbes. Diabetes), Vitaminmangel, toxische Einflüsse, medikamentöse Wirkungen, auch Pseudo-Demenz als Folge einer depressiven Erkrankung.

Folge der senilen Demenz: räumliche, zeitliche und personelle Desorientiertheit,
tiefgreifende Verunsicherung, auch Angstzustände

Nach weltweit übereinstimmenden Untersuchungen sind ca. 7 – 8 % der über 65-jährigen demenzkrank; unter den über 80-jährigen sind es bereits 25 % und bei den über 90-jährigen nahezu 40 %. Die Tendenz ist steigend.

Unterschied zwischen Alzheimer- und Multi-Infarkt-Demenz

Eine sichere Unterscheidung zwischen der Alzheimer-Krankheit und der Multi-Infarkt-Demenz fällt schwer, da die Symptomatik die gleiche ist. Sie unterscheidet sich lediglich im Schweregrad der Krankheit

- Im Vergleich zur Multi-Infarkt-Demenz ist bei Alzheimer in der Regel eine besonders starke Hirnleistungsschwäche festzustellen.
- Alzheimer schreitet schneller fort und führt meist innerhalb weniger Jahre zum Tod.

- Bei Alzheimer liegt der Beginn der Demenz gelegentlich bereits vor dem 65. Lebensjahr, Multi-Infarkt-Demenz tritt in der Regel erst im fortgeschrittenem Alter auf.
  (Unterscheidung von präseniler und seniler Demenz vom Typ Alzheimer)
- Der Alzheimer-Patient ist körperlich meist gesund – der Multi-Infarkt-Patient ist oft krank.

Symptome der Demenzerkrankung

Kognitive Symptome

- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen (örtlich, zeitlich, personell)
- Denkstörungen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Aphasie (Sprech- und Verstehensstörung)
- Agnosie (Nichterkennen)
- Apraxie (Bewegungsstörungen)

Nichtkognitive Symptome

- Verlangsamung des psychischen Tempos
- Veränderung der Grundstimmung
- Veränderung der ursprünglichen Persönlichkeit
- Tag- und Nacht- Rythmusstörungen
- Pathologisches Wandern
- Wahn- Sinnestäuschungen
- Aggressives Verhalten

Morbus Alzheimer – Theorien zur Krankheitsentstehung

Es gibt keine gesicherten Erkenntnisse über die Krankheitsentstehung, es gibt lediglich Hypothesen:

- genetische Faktoren – Vererbung

- frühe Hirnverletzung
- Umweltfaktoren (Plaquebildung durch Umweltgifte, z.B. Metalle wie Aluminium, Blei, Cadmium, Quecksilber oder Lösungsmittel, Nitro....)
- Immunologische Hypothese
- Virale Infektion (durch Slow-Virus)

Festzustehen scheint, daß sich Morbus Alzheimer nicht auf eine einzige Ursache zurückführen läßt, sondern mehrere Ursachen zusammentreffen müssen, ehe die Krankheit akut auftritt.

Die vier Stadien einer dementiellen Erkrankung

(Einteilung nach Naomi Feil)

Stadium 1: **mangelhafte Orientierung:** meist orientiert, gelegentliche Phasen der Desorientierung.

Personen im Stadium 1 halten an den gesellschaftlich vorgegebenen Rollen fest, mit einer Ausnahme: sie haben das Bedürfnis, alte Konflikte in verkleideter Form zu äußern, indem sie Personen der Gegenwart als „Symbole“ für Personen der Vergangenheit verwenden.
Um sich zu rechtfertigen oder ihre starken Emotionen zu leugnen, beschuldigen sie die anderen.
Um die Kontrolle im Kampf gegen den Kontrollverlust aufrechtzuerhalten, hamstern sie. In der Angst vor weiteren Verlusten horten sie alles, was sie bekommen können: Orangen Sicherheitsnadeln, Taschentücher, Tassen, Zeitungen usw.
Sie projizieren ihre tiefliegenden Ängste auf andere, um ihr Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Sie benötigen ihre Verhüllungen, die man ihnen nicht nehmen darf, zum Überleben; nur so können sie ihre Gefühle ausdrücken, ohne sich dem grellen Licht der Realität auszusetzen.

Stadium 2: **Zeitverwirrtheit:** Verlust der kognitiven Fähigkeiten.

Ein zu hohes Maß an körperlichen und sozialen Verlusten führt dazu, daß mangelhaft orientierte alte Menschen in das zweite Stadium, das Stadium der Zeitverwirrtheit abrutschen.
Das zunehmende Schwinden des Seh-, Hör- und Bewegungsvermögens, des Tast-, Geschmacks- und Geruchssinns sowie der kognitiven Fähigkeiten erleichtern den Rückzug.
Zeitverwirrte Menschen leben nicht mehr in einer realen, chronologischen Ordnung, sie ziehen sich zurück, verlieren die Selbstkontolle, das Kommunikationsvermögen, die Fähigkeit zum sozialen Verhalten. Sie halten sich nicht mehr an Bekleidungsregeln oder soziale Konventionen und es fehlt ihnen an Anregung durch andere, weil sie oft ignoriert werden oder isoliert sind. So werden sie körperlich und gefühlsmäßig inkontinent.

Stadium 3: **Sich wiederholende Bewegungen:** Bewegungen ersetzen die Sprache. Je unerträglicher die Gegenwart, um so stärker der Rückzug in die Vergangenheit.

Menschen, die im zweiten Stadium ihre Gefühle nicht verarbeiten können, indem sie diese jemandem mitteilen, der sie validiert, ziehen sich häufig in vorsprachliche Bewegungen und Klänge zurück, um unbewältigte Konflikte der Vergangenheit zu lösen: Körperteile werden zu Symbolen, Bewegungen ersetzen Worte.
Im Stadium 3 treten lebenslang eingesperrte Gefühle nunmehr in heftigen Bewegungen frei heraus. Die Sprache wird unverständlich, sie dient dem sinnlichen Vergnügen, das durch Zunge, Zähne und Lippen erzeugte Klänge bereiten.
Wenn die logische, sekundär erlernte Sprache schwindet, kehrt der Mensch zu frühen Sprachformen zurück.

Stadium 4: **Vegetieren:** totaler Rückzug nach innen.

In diesem letzten Stadium einer dementiellen Erkrankung zerstören die sehr alten Menschen jede Spur der schmerzenden Wirklichkeit. Sie kämpfen nicht mehr darum, uns ihre Bedürfnisse mit Klängen oder mit Bewegungen zu vermitteln, sie haben das Streben aufgegeben, ihr Leben zu verarbeiten, sie machen einfach zu und ziehen sich völlig zurück.
Vegetieren tritt dann ein, wenn eine Person nicht genügend stimuliert wird, wenn sie nicht genügend Anreiz erhält, „da“ zu bleiben; wenn sie zuviele Medikamente und zuwenig Zuwendung erhält.
Personen im vierten Stadium der Desorientiertheit bewegen sich nicht mehr, sie wollen nichts mehr und werden zu lebenden Toten.

II Wie erlebt ein demenzerkrankter Mensch die ihn umgebende Welt?

Der niederländische Autor Bernleff hat in seinem Buch „Hirngespinste“ das Erleben eines Demenzerkrankten zu beschreiben versucht. Demnach besteht die Welt eines demenzerkrankten alten Menschen nur noch aus flüchtigen und beziehungslosen Situationen, die nicht mehr abgespeichert und daher auch nicht mehr reflektiert werden können. In seinem Roman läßt er den Kranken sagen:

„Ohne Erinnerung kannst Du nur noch schauen.
Dann gleitet die Welt spurlos durch Dich hindurcch.“

Wenn es uns gelingt, uns in diese Situation einzufühlen, erhalten wir eine Ahnung von der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung, die in einem demenzerkrankten Menschen ausgelöst werden können.

Ähnlich ist es in dem Film von Marion Kainz „Der Tag, der in der Handtasche verschwand“. Der Film zeigt, wie die an Demenz erkrankte Frau Mauerhoff die Welt um sie herum wahrnimmt. Die alte Dame kämpft um Erinnerung:

„Wenn ich doch nur einen Anhaltspunkt hätte.
Wer könnte mir Auskunft über mich geben?

Wo kennt man mich?“

Der Dokumentarfilm hatte kein Happy-End: Frau Mauerhoff blieb zurück voller Beunruhigung, Angst und Panik:

**„Ich bin vollkommen verloren, wenn ich mich nicht erinnern kann.
Es ist aus. Ich weiß nicht mehr weiter. Da ist eine dunkle Wand
vor mir. Kann ich nicht irgendwo hingehen, wo man mich
kennt, damit ich Anhaltspunkte habe?“**

Demenzerkrankte Menschen sind bereits im fortgeschrittenen Anfangsstadium nicht mehr in der Lage, dasjenige, was sie sehen und erleben, abzuspeichern, d.h. sie leben ohne Erinnerung an jüngst Vergangenes. Während das Kurzzeitgedächtnis mehr oder weniger stark angegriffen ist, können Langzeitgedächtnisinhalte noch lange Zeit recht gut abgerufen werden.

III Die Ressourcen eines demenzerkrankten Menschen. Kann Demenz auch unter anderen als lediglich defizitären Gesichtspunkten gesehen werden?

So dramatisch dementielle Erkrankungen oftmals für die Betroffenen auch verlaufen mögen, so ist gleichwohl mehr Flexibilität im Wahrnehmen und mehr Beweglichkeit im Umgang mit der Demenz einzufordern, denn einseitige Sichtweisen fördern letztlich nur das Leid.

Leider neigen noch viele Betreuer dazu, vor allem immer nur die Defizite des Kranken wahrzunehmen. Eine solche Haltung verführt zum ständigen Beklagen und Betrauern von Verlusten, was sowohl beim Kranken als auch beim Betreuer fast unweigerlich Gefühle von Angst, Verzweiflung, Wut und Resignation hervorruft. Damit läßt es sich weniger gut leben.

Was spricht dagegen, statt dessen konsequent immer wieder nach Ressourcen zu suchen? Eine solche Haltung erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß sich auch Gefühle von Freude, Zufriedenheit und Optimismus einstellen. Damit macht man sich nichts vor, man verlagert lediglich den Schwerpunkt der Wahrnehmung (ähnlich dem 50 prozentig gefüllten Glas, das man bedauernd als „schon halb leer“ oder freudig als „noch halb voll“ wahrnehmen und erleben kann.

Die Ressourcen des demenzerkrankten Menschen

- der demenzerkrankte alte Mensch besitzt ein Gefühlsgedächtnis und verfügt über eine erhöhte Sensibilität in der Wahrnehmung seiner Umgebung -
- eine vertiefte Fähigkeit zu leiden, aber auch sich zu freuen (Freude, Zärtlichkeit, Dankbarkeit) –
- eine große Offenheit und Spontaneität; so besitzt er auch die Fähigkeit, Gefühle ungefiltert zum Ausdruck zu bringen –

- beim demenzerkrankten Menschen tritt stärker hervor, was in seinem Leben von tieferer Bedeutung war und ist. Sein Leben konzentriert sich auf Wesentliches –
- es gelingt ihm, Lebensfragen und –probleme auf der Gefühlsebene abzuschließen, die auf rationaler Ebene nicht mehr abgeschlossen werden können –

Einen weiteren Gedanken möchte ich in diesem Zusammenhang noch formulieren: Warum sollte man sich nicht durch bizarr wirkende Verhaltensweisen eines Demenzkranken dazu anregen lassen, das eigene Verhalten zu überdenken? Könnte es nicht sein, daß uns demenzerkrankte Menschen Möglichkeiten vorleben, die uns verloren gegangen sind oder die wir uns nicht mehr zugestehen, z.B. Langsamkeit (wozu soll es gut sein, daß alles immer schneller gehen soll?), oder Unberechenbarkeit (wozu ist es dienlich, alles Seiende immer nur instrumentell und berechnend aufzufassen?), Nutzlosigkeit (nur dasjenige Seiende zählt, was Nutzen für uns hat).
Aufgrund dieser Sachverhalte ist das Phänomen der Demenz unter dem Gesichtspunkt einer „strikten Ambivalenz“ (Dietmar Kamper) aufzufassen, also keineswegs nur defizitär, sondern auch den Zugewinn an Leben zu betonen.
Auch tritt in der Demenz die Abwesenheit von bewußtem, angelerntem, konditioniertem Denken und Verhalten sowie die Abwesenheit von Kontrollinstanzen deutlich hervor. Der enge Panzer des (rationalen) Denkens ist verschwunden und dem betroffenen Menschen fällt es leichter, ungelöste Probleme zu lösen sowie Lust und Triebhaftigkeit zum Ausdruck zu bringen. Demenz kann deshalb auch als Chance der Befreiung zur Essenz begriffen werden.

IV Was heißt es, eine Person zu sein? Sind Demenzerkrankte noch Personen?

Hauptthema im personenzentrierten Ansatz Tom Kitwoods ist das „Personsein“ (Vgl. hierzu: Tom Kitwood, Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2000, S. 25 – 40):

> **„Es ist ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (Ebenda, S. 27)**

Die einzigartige Subjektivität der dementen Person sowie ihre singuläre Weise, das Leben und seine Beziehungen zu erfahren, werden von Kitwood anerkannt und gewürdigt. **Emotionalität** und das **„In-Beziehung-treten-können“** definieren das **„Personsein“.** „Personsein“ wird von Kitwood mit Verweis auf Martin Bubers Aufsatz „Ich und Du“ (Gütersloh 1999) insbesondere auch mit „In-Beziehung-sein“ übersetzt (Vgl. Ebenda, S. 29 f.), denn das Ich enstehe aus der Begegnung mit dem Du. “Personsein“ entstehe aus und erhalte sich durch Bindung und Liebe.

Zuvor verwies Kitwood auf die moralphilosophischen Abhandlungen des englischen Philosophen Quinton, der **fünf Kriterien** ausgemacht hatte, die erfüllt sein müssen,

will man von **„Personsein“** sprechen: **Selbstbewußtsein – Rationalität – Macht zu handeln – Moralität – Vermögen, Beziehungen zu knüpfen.** (Vgl.Ebenda)
Unter dem Einfluß zunehmender Individualisierng und als Ausdruck unserer „Buisness-Kultur“ seien dann die genannten fünf auf lediglich zwei Kriterien reduziert worden: **Autonomie und Rationalität** (Vgl. Ebenda, S.28)
Menschen, die diese Kriterien nicht erfüllen, werden aus dem Kreis der „Personen“ ausgeschlossen. Das betrifft insbesondere Menschen mit seelischen, körperlichen und geistigen Behinderungen, zu denen in besonderem Maße gerade dementiell Erkrankte gehören. Noch dazu sind demenzerkrankte Menschen alte Menschen, die von vornherein als gesellschaftliche Last gelten, abgewertet werden und Diskriminierungen ausgesetzt sind. Dies führt dazu, daß sie sehr rigoros aus dem Kreis der „Personen“ ausgeschlossen werden, ein Vorgang, den Kitwood als „Depersonalisierung“ bezeichnet.
In diesem Zusammenhang spielt die Tatsache, daß „Demenz“ ein Angstthema ist, welches unzureichend geschulte Betreuer zu inadäquaten Verhaltensweisen veranlassen kann, eine große Rolle. Zweierlei Ängste können vom Thema Demenz ausgelöst werden:
Erstens die Angst vor Gebrechlichkeit und damit verbundener Abhängigkeit, vor einem langen Sterbeprozess und allgemein vor dem Tod.
Zweitens die Angst vor geistiger Instabilität, vor dem Wahnsinnigwerden. (Vgl. Ebenda, S34)

Diese Ängste fördern in Verbindung mit dem Wissen, dass jeder an Demenz erkranken kann und dass die Zahl der Neuerkrankungen zunimmt, spezifische Abwehrreaktionen, die einer dementengerechten Betreuung abträglich sind. Diese Abwehrreaktion (Depersonalisierung) bedeutet, dass die Betroffenen nicht mehr als „Personen“ gesehen und damit aus der Wahrnehmung ausgeblendet werden. Sie erscheinen dann nicht mehr als dem eigenen Personenkreis zugehörig, was die Bedrohung durch die Krankheit Demenz subjektiv reduziert. Kitwood nennt solche entpersonalisierenden Tendenzen im Pflegealltag „maligne, bösartige Sozialpsychologie“(vgl. ebenda, S. 73 ff.): Invalidierungen, die verbal oder non-verbal, offen oder versteckt, bewußt oder unbewußt den demenzerkrankten Menschen entpersönlichen.