

Versuche zu einer alternativen Behandlungsform bei älteren Menschen mit Demenz

Diplomarbeit im Fach Gerontologie
vorgelegt für die Diplomprüfung

von

Felix Gopala Schumacher
aus Köln

angefertigt bei Prof. Dr. J. Wickert
an der Universität zu Köln
Erziehungswissenschaftliche Fakultät

Köln, März 2006

Inhaltsverzeichnis

0.	Vorwort.....	3
1.	Einleitung.....	4
2.	Demenz – eine Folge der Degeneration des Hirngewebes?.....	7
2.1.	Demenz aus Sicht der westlichen Wissenschaft.....	7
2.1.1.	Fragwürdige Forschungsergebnisse.....	10
2.2.	Schamanismus.....	12
2.2.1.	Wissen aus anderen Bewusstseinssebenen.....	15
2.3.	Demenz aus schamanischer Sicht.....	19
3.	Untersuchungsplan.....	25
3.1.	Stichprobenbeschreibung.....	25
3.1.1.	Auswahlkriterien.....	26
3.1.2.	Ausschlusskriterien.....	28
3.1.3.	Die Probanden.....	29
3.1.3.1.	Herr W.	30
3.1.3.2.	Frau A.	31
3.1.3.3.	Frau L.....	32
3.1.3.4.	Frau D.	32
3.2.	Verwendete Behandlungsmethode: Die STR.....	33
3.2.1.	Begründung der Behandlungswahl.....	37
3.3.	Evaluation der Behandlung.....	39
3.3.1.	Eingesetzte psychometrische Verfahren.....	41
3.3.1.1.	Minimental Status Test (MMST).....	42
3.3.1.2.	Memotest.....	42
3.3.1.3.	Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER).....	44
3.4.	Verlauf der Intervention.....	45
3.4.1.	Das Behandlungssetting.....	46

4.	Auswertung der Ergebnisse	48
4.1.	Die Behandlung von Herrn W.	48
4.1.1.	Ergebnisse der Testverfahren (Herr W.).....	53
4.2.	Die Behandlung von Frau A.	56
4.2.1.	Ergebnisse der Testverfahren (Frau A.).....	61
4.3.	Die Behandlung von Frau L.....	64
4.3.1.	Ergebnisse der Testverfahren (Frau L.)	69
4.4.	Die Behandlung von Frau D.	72
4.4.1.	Ergebnisse der Testverfahren (Frau D.).....	75
4.5.	Diskussion.....	77
4.5.1.	Praktische Durchführung	77
4.5.2.	Untersuchungsdesign	78
4.5.2.1.	Effizienzkriterien	79
4.5.3.	Hypothesen	80
4.5.4.	Schlussfolgerungen	82
5.	Fazit.....	84
6.	Literatur.....	87

Anhang

- Tests von Herrn W.
- Tests von Frau A.
- Tests von Frau L.
- Tests von Frau D.

Anmerkung: Im Text wurde der besseren Lesbarkeit halber die männliche Form verwendet. Diese Begriffsbezeichnungen gelten gleichermaßen für die weibliche Form. Diese Arbeit wurde zu Ehren der Bäume auf Altpapier gedruckt.

0. Vorwort

Diese Arbeit ist ein Versuch, archaisches Wissen der Naturvölker und moderne medizinische Erkenntnisse für Menschen mit demenziellen Erkrankungen zusammenzuführen. Dabei wage ich es, aus dem Reich des für uns Normalen auszusteigen und lade den Leser ein, für eine Zeit über die Grenzen des wissenschaftlich Erschlossenen hinauszuschauen.

Denn meine Erfahrung in der Praxis mit Demenzpatienten ist: Wenn ich mein Herz für das Unvorstellbare öffne, gelange ich an jenen Ort, an welchem völlig Unbekanntes sichtbar wird.

Ich danke Gott, meinen Eltern, meinen Lehrern und Johannes – ihm sei diese Arbeit gewidmet.

Man sieht nur mit dem Herzen gut.

Das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar.

Antoine de Saint-Exupéry

1. Einleitung

Die Demenz oder ‚Gehirnarteriosklerose‘ ist in unserer modernen zivilisierten Gesellschaft bis heute ein Phänomen, das die Wissenschaftler vor viele ungeklärte Fragen stellt: ‚Was sind ihre Ursachen?‘, ‚Wie kann man sich vor der Demenz schützen?‘ oder, um mit Worten Walters und Haass‘ (2003, 43) zu sprechen, wie ist es möglich, „die Menschheit von dieser Geisel des Alterns zu befreien“?

Unzählige Wissenschaftler forschen seit vielen Jahren zu diesen Fragen, eine endlose Reihe von Veröffentlichungen ist bereits zum Thema Demenz auf dem Markt und viele Studentinnen und Studenten vor mir haben ihre Abschlussarbeit über derlei Fragen geschrieben.

Daher soll es in dieser Arbeit nicht darum gehen, die Demenz, ihre unterschiedlichen Formen und Behandlungsmethoden zu erörtern. Vielmehr liegt der Hauptfokus darauf, anhand von Fallanalysen einen ganz neuen Blickwinkel auf die Krankheit vorzustellen und das scheinbar gesicherte Wissen über die Krankheit kritisch zu betrachten.

Bisher gibt es noch keine gesicherten Ergebnisse bezüglich des Auslösers dieser Krankheit auf der körperlichen Ebene. Seelische Auslöser für die Veränderung des Bewusstseins und des Charakters bei Demenz wurden bisher wenig untersucht.

So ist die klinische Psychiatrie und Neuropsychologie beispielsweise auf Pharmakotherapie spezialisiert, während die Erforschung und Behandlung der seelischen Ursachen vernachlässigt wird. (vgl. Radebold / Hirsch 2003)

Daher soll diese Arbeit seelische Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten untersuchen. Dem zu Grunde liegt die Hypothese, dass es sich bei der Altersdemenz um eine psychosomatische Erkrankung handeln könnte und sie vielleicht nicht eine bloße Folge degenerativer Hirnprozesse ist, wie bisher übereinstimmend behauptet wird.

Auf diese Hypothese stieß ich während meiner eigenen schamanischen Ausbildung, die ich seit 6 Jahren durchlaufe.

Schamanen verschiedener Kulturen auf allen Kontinenten dieser Erde beschäftigen sich seit Tausenden von Jahren mit der Erforschung unterschiedlicher Bewusstseinszustände. Im Zuge eines Praktikums erschloss sich mir beim Umgang mit Demenzpatienten eine Erklärungsmöglichkeit des veränderten Bewusstseinszustandes dieser Menschen. Schamanisch betrachtet handelt es sich bei dieser Krankheit um einen so genannten Seelenteilverlust.

Da es sich beim Schamanismus aber nicht um eine westliche Philosophie handelt, die ihr Wissen schriftlich einer breiten Öffentlichkeit zugänglich macht, stellt sich das Problem mangelnder Literatur zu diesem Thema. Die wenige auf dem Markt erhältliche, wissenschaftlich ausgerichtete Literatur ist meist bloße Beschreibung schamanischer Praktiken. Es gibt fast keine Lehrbücher und meines Wissens nach keine empirische Forschung, die den Kriterien der Reliabilität und Validität entsprächen.

Daher entschied ich mich für eine empirische Arbeit, bei der eine Gruppe von Menschen mit demenziellem Syndrom komplementär schamanisch behandelt wird. Mit Hilfe von psychometrischen Test-Verfahren soll ermittelt werden, ob die schamanische Methode einen positiven Einfluss auf die Krankheit hat.

Aufgrund von zeitlichen, finanziellen und rechtlichen Beschränkungen kann diese Arbeit bei weitem nicht den Status der Repräsentativität erreichen. Das vorliegende Werk hat also nicht den Anspruch, die Hypothese der Demenz als eine psychosomatische Erkrankung zu beweisen.

Vielmehr soll gezeigt werden, welche komplementären Heilungswege sich ergeben, wenn man eine der westlichen Medizin völlig fremde Sichtweise der Krankheit einnimmt und welches Potential sich hinter der Erforschung dieser Heilungswege für Betroffene und Angehörige verbirgt.

Im folgenden Kapitel soll zunächst der grundlegende theoretische Hintergrund der Demenz dargestellt werden, wie ihn die Schulmedizin lehrt. Hiervon ausgehend beziehe ich kritisch dazu Stellung, welche Erfolge aber auch mögliche Fehlerquellen mit der schulmedizinischen Sichtweise verbunden sind. Als Gegenpol zur westlichen Medizin wird anschließend das philosophische Gebäude des Schamanismus in seinen Grundzügen erläutert sowie im Speziellen die schamanische Sichtweise auf die Krankheit Demenz. Es soll gezeigt werden, an welchen Stellen der Schamanismus auf die ungelösten Fragen der westlichen Wissenschaftler Antworten geben kann.

Um die schamanischen Hypothesen in der Praxis zu erforschen, wird in Kapitel 3 ein Untersuchungsplan entworfen, in dem die Stichprobenauswahl, die komplementäre, nichtmedikamentöse schamanische Behandlungsmethode sowie die Verfahren zur Evaluation der Untersuchung detailliert erläutert werden.

Nach einer kurzen Beschreibung des Untersuchungsverlaufs werden im 4. Kapitel die Untersuchungsergebnisse als Fallstudien dargestellt und diskutiert.

Abschließend soll in Kapitel 5 überlegt werden, ob die erprobte Interventionsform eine sinnvolle Ergänzung zur bisher üblichen Behandlung der Demenz werden kann.

2. Demenz – eine Folge der Degeneration des Hirngewebes?

2.1. Demenz aus Sicht der westlichen Wissenschaft

„In den industrialisierten Ländern mit einem hohen Anteil älterer Menschen gilt die AD [Alzheimer-Demenz, Anm. d. Verfassers] bereits als vierthäufigste Todesursache nach Herzerkrankungen, bösartigen Neubildungen und zerebrovaskulären Erkrankungen.“ (Bickel 2003, 21)

Nicht zuletzt aus diesem Grund ist die Medizin seit vielen Jahren auf der Suche nach Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten.

Da sich die schulmedizinische Behandlung derzeit stark an den körperlichen Ursachen der Demenz orientiert, sei ein kurzer Abriss über die Unterteilung unterschiedlicher Demenzformen je nach Ursache gegeben. Er soll ein allgemeines Verständnis über die Einteilung unterschiedlicher Altersdemenzen vermitteln sowie über die sich daraus ergebenden Heilungswege.

Demenz wird von den westlichen Wissenschaften als eine Folge von Hirnschädigungen oder Hirnfunktionsstörungen verstanden, die sich hauptsächlich in Form von Gedächtnis-, Denk- und affektiven Störungen bemerkbar macht, einer so genannten „globalen kognitiven Dysfunktion“.

Diese Behinderung beeinträchtigt zunächst die Ausführung von Alltagstätigkeiten, führt schließlich zur Pflegebedürftigkeit der Patienten und endet nach etwa zwei bis fünfzehn Jahren mit dem Tod. (vgl. Neumann et al. 2003, 46)

Grundsätzlich liegen Demenzen demnach krankhafte Veränderungen des Gehirns zu Grunde, die anfangs zur Störung und dann zur Zerstörung von Nervenzellen führen (Degeneration des Hirngewebes).

Die klinische Manifestation der Krankheit beginnt zunächst mit geringen kognitiven Einbußen: Die Merkfähigkeit lässt nach, und der Redefluss ist immer wieder durch die Suche nach Wörtern unterbrochen (Wortfindungsstörungen). Wenn später auch das Altgedächtnis nachlässt, räumliche und zeitliche Orientierung mehr und mehr verloren gehen und schließlich sogar das Bewusstsein für die eigene Person, ist eine Kommunikation kaum bis gar nicht mehr möglich.

Im Laufe dieser Entwicklung kommt es gewöhnlich zu Störungen der Affektivität. Besonders im Anfangsstadium treten bei ca. 40 % der Patienten Depressionen auf, die Gefühle können im Allgemeinen schlecht gesteuert oder gebremst werden.

Des Weiteren ist der Antrieb geschwächt, Eigeninitiative und Spontaneität lassen nach. Manche demente Menschen sind zwar vorübergehend geschwätzig, doch diese so genannte Logorrhoe ist durch Ideenarmut und Wiederholungstendenz (Perseveration) gekennzeichnet.

Die Störungen der Affektivität und des Antriebs zeigen sich auch in einer typischen Psychomotorik. Mimisch und gestisch artikuliert sich der Mensch immer spärlicher, die Reaktionszeit ist verlängert. Und manchmal bleibt ein Gesichtsausdruck lange über den Anlass hinaus bestehen. Die Sprache wird monoton, der Gang schwunglos, kleinschrittig und langsam. (vgl. Tölle / Windgassen 2003, 274f)

„Eine Demenz wird diagnostiziert, wenn die [...] beschriebenen Störungen einen Grad erreicht haben, der die Lebensführung wesentlich beeinträchtigt; sonst spricht man von leichter kognitiver Störung.“ (ebd., 274)

Zum Tod führt eine Demenz meist über Sekundärerkrankungen. Das heißt, aufgrund von zunehmender Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit sowie mangelnder Nahrungsaufnahme entstehen Harnwegs-, Lungen-, oder Dekubitus- (Druckgeschwür-) -entzündungen, an denen der Patient schließlich stirbt. Ohne ein demenzielles Syndrom wäre der Mensch für diese Krankheiten wahrscheinlich zu diesem Zeitpunkt nicht anfällig gewesen, daher wird die Todesursache als Folge der Demenz eingeordnet (vgl. Krämer 1996, 216; Sandbrink / Beyreuther, 1997).

Die Ursachen des demenziellen Syndroms sind bisher nur bei den sekundären Demenzformen bekannt, bei denen das demenzielle Syndrom als Folge von anderen Krankheiten entsteht wie etwa AIDS, Syphilis oder Alkoholmissbrauch. Die Behandlung der Primärerkrankung führt bei diesen Demenzformen zur Auflösung des Syndroms. (vgl. Grond 1998)

Bei den so genannten primär degenerativen Demenzen liegt die vermutete Ursache in der Degeneration des Hirngewebes selbst. Verschiedene Formen der primär degenerativen Demenzen werden nach Art und Ort des Hirnschwunds (Atrophie) unterschieden und „können im Wesentlichen in neurodegenerative Erkrankungen und

Erkrankungen mit vaskulären Veränderungen unterteilt werden.“ (vgl. Neumann et al. 2003, 46)

Bei den vaskulären Demenzen zum Beispiel liegt die Ursache der Atrophie in Blutgefäßen, die nicht mehr in der Lage sind, die Nervenzellen ausreichend mit Nahrung zu versorgen. Der kausale Therapieansatz ist derzeit die Behandlung der vaskulären Insuffizienz (Herz-Kreislaufbehandlung, gefäßchirurgische Eingriffe). (vgl. Tölle / Windgassen 2003, 306)

Häufiger als vaskuläre sind aber neurodegenerative Demenzen wie die Alzheimer-Demenz (AD). Die diesen Demenzen gemeinsame Ursache liegt in der erhöhten Ablagerung und damit Anhäufung eines nervenschädlichen Eiweißes, des Amyloids. (vgl. Neumann et al. 2003, 46) Die jeweilige Erkrankung hat ihre spezifischen Amyloidmoleküle und ihren spezifischen Ort der Akkumulation. „Im Falle der AD handelt es sich dabei um A β , bei der Frontotemporallappendemenz um das Tau-Protein, bei Parkinson um α -Synuclein usw.“ (Walter / Haass 2003, 42)¹

Bei den degenerativen Demenzen ist die Therapie auf eine Reduktion des jeweiligen Amyloids im Gehirn der Patienten ausgerichtet. (vgl. ebd.) Hierzu wurden Antidementiva (Nootropika) entwickelt, „die zwar nicht die Krankheit beheben können [...], wohl aber den Verlauf aufhalten und die psychische Leistungsfähigkeit leicht verbessern können (für eine Zeitdauer von etwa 1 Jahr).“ (Tölle / Windgassen 2003, 306)

Die Tatsache, dass bei Demenz häufig degenerative Prozesse im Hirngewebe stattfinden, hat die Wissenschaftler besonders diesen Bereich erforschen lassen. Bis heute konnten auf diese Weise viele hilfreiche Entdeckungen gemacht werden, wie oben beschrieben, doch zu einem letztlichen Verstehen der Krankheit haben die Bemühungen leider nicht geführt.

Woran könnte es liegen, dass nur bei wenigen Medikamenten höchstens ein Aufhalten des progredienten Verlaufs nachgewiesen ist, in keinem Fall aber eine Heilung der Demenz? Betrachtet die Wissenschaft vielleicht bisher zu einseitig die Vorgänge im Nervengewebe?

¹ Genaueres zur molekularen Zellbiologie der Demenz bei Walter / Haas 2003

Es ist erstaunlich, wie viele Ressourcen in die Erforschung Amyloider Plaques fließen, obwohl die Neuropsychologen ohne Umschweife bestätigen, „dass bis heutzutage nicht bekannt ist, auf welche Weise unser Gehirn Informationen abspeichert.“ (Markowitsch / Calabrese 2003, 85)

2.1.1. Fragwürdige Forschungsergebnisse

Bei Hautzinger (2003, 171) heißt es: „Die Genese der demenziellen Symptomatik ist ohne Zweifel auf die Degeneration der Hirnrinde und anderer Strukturen des ZNS zurückzuführen“. Demenzielle Symptome wie Gedächtnisstörung, Desorientiertheit, Denkstörung, Antriebsstörung, affektive Störung (Depression) seien also „ohne Zweifel“ Folgen des Verfalls von Gehirnzellen.

Es kommen aber doch Zweifel an dieser Tatsache auf, wenn man sich auf die Suche nach schlagkräftigen Beweisen des scheinbar gesicherten Wissens macht.

Die heutige Lehrmeinung der Psychiatrie erklärt die Zweifel für berechtigt. Derzufolge zeigen bildgebende Verfahren (Computertomographie) selbst bei Menschen mit starker Ausprägung der demenziellen Symptome zum Teil keine pathologischen Veränderungen der Hirnsubstanz. Und umgekehrt zeigt das radiologische Verfahren bei manchen Menschen ohne jegliche Symptomatik eine defekte Hirnsubstanz.

Es „besteht keine enge Korrelation zwischen organisch-psychischer Symptomatik und radiologisch erkennbarer Hirnsubstanzveränderung. Selbst bei ausgeprägter Demenz kann die Kraniale Computertomographie ‚normal‘ ausfallen. Andererseits gibt es neuroradiologisch erkennbare Hirnsubstanzdefekte ohne klinische Relevanz, also ohne psychische Störung.“ (Tölle / Windgassen 2003, 282)

Auch die Erkenntnisse der Genetik veranlassen zu kritischer Hinterfragung der These, dass die Symptome somatisch ausgelöst werden.

Die Informationsblätter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft erklärten 2004, dass weniger als 10% aller Fälle von AD dominant vererbt würden. Im Jahr 2005 wurde die Zahl auf weniger als 2 % korrigiert. Immer noch wird dort behauptet, genetische Faktoren seien verantwortlich für gehäuftes Auftreten der Alzheimer-Krankheit in Familien. (vgl. Müller 1999)

Auf der Suche nach Belegen für diese Aussage stößt man auf die Tatsache, dass eine generelle familiäre Häufung der AD gar nicht nachgewiesen ist.

„Die übereinstimmend beschriebene familiäre Häufung von AD [...] wurde durch die bisher einzige Kohortenstudie zu dieser Frage nicht erhärtet“. (Bickel 2003, 19)

Obwohl seit Jahren große Forschungsanstrengungen unternommen werden und eine Vielzahl an prospektiven Studien durchgeführt wurden, sind bisher nur wenige gesicherte Risikofaktoren der AD bekannt. (vgl. ebd. 2003, 11)

Dazu gehört das Alter und das gehäufte Auftreten des Gens für das Apolipoprotein E. Dieses Gen tritt bei Alzheimer-Patienten 20-30% häufiger auf als bei gesunden Personen. „Das ε4-Allel ist für die Entstehung der AD jedoch weder notwendig noch hinreichend.“ (ebd. 2003, 20) Es gibt also Patienten, die an AD erkrankt sind, obwohl kein gehäuftes Auftreten des Apolipoproteins E vorliegt. Und es gibt Personen, bei denen eine Häufung des Proteins nachgewiesen ist, die aber auch in hohem Alter nicht an AD erkranken.

Bei monozygoten Zwillingspaaren kommt es häufig vor, dass nicht beide Zwillinge an AD erkranken (diskordante Paare). Bei konkordanten Paaren, bei denen also beide erkranken, ist das Erkrankungsalter teilweise sehr unterschiedlich. Dies weist auf den erheblichen Einfluss nichtgenetischer Risikofaktoren hin. (vgl. ebd. 2003, 20)

Die Rechtfertigung nichtmedikamentöser Behandlungsmethoden wie dem seit einigen Jahren gängigen Verhaltenstherapeutischen Kompetenztraining (VKT) lässt Schlüsse darauf zu, dass der Einfluss psychosozialer Faktoren größer sein könnte als bisher angenommen. „Die Festlegung der Übungsinhalte des VKT begründet sich auf Forschungsergebnissen, die zeigen, daß an der Entwicklung einer AD psychosoziale Faktoren beteiligt sind.“ (Ehrhardt et al. 1998)

Die Ausführungen geben allen Grund zu der Annahme, dass es sich bei der Demenz auch um eine psychosomatische Erkrankung handeln könnte. Zu untersuchen wäre demnach, welche seelischen Verletzungen zu einer Demenz führen können, welche biographischen Erlebnisse Ursachen dieser Krankheit sein könnten und welche unbewältigten Lebenskrisen eine Demenz begründen.

Die schamanische Betrachtungsweise der Demenz gibt auf diese Fragen Antworten.

Es soll zunächst eine kurze Einführung in die schamanische Philosophie gegeben werden, um verständlich zu machen, was Krankheit aus schamanischer Sicht überhaupt bedeutet. Auf dieser Grundlage wird der schamanische Erklärungsansatz für das demenzielle Syndrom dargestellt. Aus diesem Erklärungsansatz ergibt sich eine spezielle schamanische Behandlungsweise, die im Rahmen dieser Arbeit empirisch untersucht wurde und in Kapitel vier ausgewertet wird.

2.2. Schamanismus

*Alle Dinge sind durch dasselbe gemacht, und ohne
dasselbe ist nichts gemacht, was gemacht ist.
Johannes 1,3*

Schamanismus ist die kulturübergreifende Bezeichnung einer ganzheitlichen Philosophie und Lebenshaltung und wurde in Europa, Nord- und Mittelamerika, Australien, Sibirien und fast allen uns bekannten Gegenden der Welt praktiziert. Schamanismus wird auch heute noch in vielen Kulturen angewandt und gelebt. (vgl. Ingerman 2004, 13; 2005, 101)

Für den Schamanen ist alles, was existiert - Steine, die Natur, Menschen, das Universum, auch das Nichts - beseelt. Er lernt und lehrt daher den achtsamen und verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst und allem, was geschaffen ist.

Das Leben eines Schamanen steht im Dienste der Gemeinschaft und im Dienste Gottes. Das Gottesbild des Schamanismus entspricht dem der großen monotheistischen Weltreligionen.

Gott ist Geist, Gott ist absolut, mit dem linear denkenden Verstand daher nicht erfassbar, alles ist aus Gott geschaffen und wird zu Gott zurückkehren, zu „der Realität, die diesem vergänglichen Universum unterliegt.“ (Prabhavananda / Isherwood 1998, 16)

Schamanismus ist allerdings keine Religion und folgt daher keinem bestimmten Meister wie beispielsweise Jesus, Mohammed oder Buddha. Doch die den Religionen

zugrunde liegenden Theorien und Weltanschauungen finden im philosophischen Gerüst des Schamanismus nebeneinander Raum.

Dies ist etwas Außergewöhnliches und wahrscheinlich der Grund, warum die schamanische Philosophie die älteste bekannte Philosophie dieses Planeten ist, die auf allen Kontinenten seit Menschengedenken gelebt wird und alle Wandlungen des Menschen und seiner Anschauungen überlebt hat.

Neben dem philosophischen Hintergrund bietet der Schamanismus eine umfangreiche Sammlung erprobten und verifizierten Wissens. Dieses findet seinen Ausdruck in Heiltechniken, Methoden zur Selbstfindung und die Gesundheit erhaltenden und wiederherstellenden Anwendungen.

Das Behandlungsziel des Schamanen ist allerdings nicht die Wiederherstellung des alten Zustandes sondern das Hinüberbegleiten zu etwas Unbekanntem. Die Krankheit wird also nicht als ein zu eliminierender Zustand gesehen, sondern als Weg zu etwas Neuem genutzt. „Jedes Kranksein ist ein Überschreiten einer Schwelle in ein neues Leben.“ (Zumstein 2001, 85)

Der stoffliche, materielle Körper ist in der schamanischen Philosophie einer von fünf Aspekten des Menschseins. Ein weiterer Aspekt ist die Seele, welche den Körper belebt. Sie ist Teil des feinstofflichen – für die physischen Augen unsichtbaren – Körpers des Menschen, der auch die Aspekte der Affektivität, des Verstandes (kognitive Fähigkeiten) sowie der Sexualität umfasst. Unter Sexualität wird im Schamanismus allerdings nicht die Funktion der Fortpflanzung verstanden, sondern die Möglichkeit eines freien, individuellen Ausdrucks des Lebenswillens. (vgl. Flaming Crystal Mirror 1999a, 39ff) Streng genommen bezeichnet ‚Seele‘ im Schamanischen also nur einen von fünf menschlichen Aspekten. Doch im vorliegenden Werk beschreibt der Begriff ‚seelisch‘ oder ‚Seele‘ alle vier Aspekte des feinstofflichen Körpers in Abgrenzung zum stofflichen, materiellen Körper. Ich wählte für diese Arbeit die vorliegende Definition der Seele, da das im Zentrum dieser Arbeit stehende Phänomen des Seelenteilverlustes den feinstofflichen Körper insgesamt betrifft.

Schamanischer Heilungsarbeit liegt die Hypothese zu Grunde, dass auf der seelischen Ebene eine Blockade, Disbalance oder Verletzung existiert, die eine physische

Veränderung zur Folge hat. Deshalb arbeitet ein Schamane in erster Linie auf der seelischen und nicht auf der körperlichen Ebene.

Würden nur die körperlichen Symptome behandelt, so würde ein von der seelischen Ebene wirkender Faktor den Körper weiterhin beeinflussen. Aus Sicht der Schamanen kann eine seelisch verursachte Krankheit so nicht geheilt, nur die Intensität deren Symptome kurzfristig vermindert werden. Dies ist bei den meisten chronischen und progredienten Krankheiten der Fall, z.B. bei Krebs oder Demenz. (vgl. Ingerman 2004, 16) Würde die Krankheit allerdings nur auf der seelischen Ebene behandelt, so würde sich besonders bei schweren körperlichen Krankheiten oft keine messbare Wirkung manifestieren, weil in solchen Fällen die Störung schon zu lange auf die körperliche Ebene gewirkt hat.

Da im Schamanismus ganzheitlich gearbeitet wird, achtet der Behandelnde immer auf Körper *und* Seele. Der Schamane als Fachmann für die Seele kooperiert mit dem Mediziner des Stammes bzw. in unserer Gesellschaft mit Fachleuten der Schulmedizin. Die schamanischen Methoden lösen die Blockade auf der seelischen Ebene auf, damit ist der Auslöser der Krankheit beseitigt. Es bleibt Aufgabe der Schulmedizin, die schon manifestierten körperlichen Folgen zu behandeln. Aus meiner eigenen jahrelangen Erfahrung mit schamanischen Methoden kann ich bestätigen, dass die so behandelten Krankheiten sehr häufig einen ungewöhnlich positiven Verlauf zeigen.

Schon 1980 hat die WHO auf ihrem Kongress anerkannt, dass schamanischen Methoden die gleiche Bedeutung in der Heilung psychosomatischer Erkrankungen zukomme wie der europäischen Medizin. (vgl. Keyserling 1995, 9)

Als Schamane lernt man, den feinstofflichen Körper (Aura) des Menschen zu untersuchen, Blockaden zu orten und zu beheben. Dies ist vergleichbar mit der Ausbildung eines Chirurgen, der den Aufbau und die Funktionsweise des stofflichen (materiellen) Körpers bis ins Detail studiert, Krankheiten erkennen, lokalisieren und operativ beheben lernt. Auf der feinstofflichen (seelischen) Ebene ist es zusätzlich möglich, den Zeitpunkt und Ort des Entstehens festzustellen.

Der feinstoffliche Körper bzw. die Aura ist physikalisch am besten mit Hilfe der Magnetfeldtheorie erklärbar, die Lübeck et al. (2000) folgendermaßen beschreiben:

Die elektrischen Ströme, die den menschlichen Körper durchfließen, erzeugen Magnetfelder, die man Biomagnetfelder nennt. Sie umgeben den gesamten Körper, und dringen von außen in ihn ein. Zusammen bilden sie um den Körper herum ein großes biomagnetisches Feld, das auch als Aura bezeichnet wird².

Ein charakteristisches Merkmal der schamanischen Anwendungen ist der veränderte Bewusstseinszustand, in den sich der Schamane vor der Behandlung begibt. Hierdurch öffnet er sich für das Wissen aus anderen Realitätsebenen, welches aus dem Alltagsbewusstsein heraus nicht zugänglich ist. Dies ermöglicht eine Behandlung, die sich wesentlich von anderen traditionellen Verfahren unterscheidet.

Ebenso wie der Schamanismus sind diese Techniken sehr alt und seit vielen Jahrtausenden erprobt und angewandt – Erfahrungen, auf die wir in unserer modernen Gesellschaft zurückgreifen können. (vgl. Eliade 1999; Harner 1995; Uccusic 1993)

Was aber ist genau der schamanische veränderte Bewusstseinszustand und welche Art Wissen schlummert in jenen anderen Realitätsebenen?

2.2.1. Wissen aus anderen Bewusstseinssebenen

Aus schamanischer Sicht gliedert sich die Welt in die alltägliche und die nichtalltägliche Wirklichkeit auf (vgl. Castaneda 1975).

Die alltägliche Wirklichkeit ist das Hier und Jetzt, die Welt, in der wir uns im Wachzustand tagtäglich bewegen. Alles andere dem Alltagsbewusstsein nicht zugängliche Leben gehört zur nichtalltäglichen Wirklichkeit. Das sind zum Beispiel Schlaf, Traumbewusstsein, Dämmerzustände, komatöse Zustände etc.

Typisch für diese zuletzt genannten Bewusstseinszustände ist eine verlangsamte Gehirnwellenfrequenz, die im EEG messbar ist. Im Alltag schwingen unsere Gehirnwellen im Betabereich (13-30 Hz) oder Alphabereich (8-12 Hz), jenachdem ob wir in Aktivität und Stress sind (Betabereich) oder in Ruhe und Entspannung

² Nach dieser Theorie stellt die Haut somit nicht die äußere Begrenzung eines Menschen dar, sondern seine Persönlichkeit dehnt sich in die Umgebung aus. Mit empfindlichen Biomagnetmessern hat man bereits die Felder verschiedener Organe gemessen, wobei das Herz das stärkste biomagnetische Feld aufzeigt, welches auf einer Entfernung von 4,50 Metern noch erfasst werden kann. (vgl. Hüther 1999, 7)

(Alphabereich). Während des Träumens in der REM (Rapid Eye Movement) Phase verlangsamt sich die Schwingung bis in den Thetabereich hinein. (4-7 Hz). Bei komatösen Zuständen und während des Tiefschlafs misst man Gehirnwellenfrequenzen im Deltabereich (0-3 Hz). (vgl. Adler / Ihl 2003, 143ff)

Westliche Psychologen und Mediziner nennen Erfahrungen im Alltagsbewusstsein real Erlebtes, während den Erfahrungen in anderen Bewusstseinszuständen kein Wirklichkeitsgehalt zugesprochen wird. Sie werden als Trugwahrnehmungen gedeutet. (vgl. Tölle / Windgassen 2003, 197f)

Hiervon unterscheidet sich die schamanische Sichtweise grundlegend. Die Schamanen sprechen sowohl dem Erleben im Alltagsbewusstsein als auch im nichtalltäglichen Bewusstsein denselben Realitätsgehalt zu. (vgl. Ingerman 2004, 19) Nur unser Blickwinkel, der Ausgangspunkt, von dem aus wir die Welt betrachten, ändere sich. Die von uns im Alltag erlebte Welt sei nur eine von verschiedenen Welten, in welche die menschliche Seele zu reisen vermag.

„Die wissenschaftliche Komponente des schamanischen Bewusstseins umfasst die Zuschreibung der vollen Realität den Dingen, die man sieht, spürt, hört und auf andere Weise im veränderten Bewußteinszustand erfährt. Diese empirischen Erfahrungen aus erster Hand werden vom Schamanen nicht als Phantasie angesehen, sondern als unmittelbare Wirklichkeit. Gleichzeitig erkennt der Schamane den Unterschied zwischen der schamanischen Wirklichkeit und der des normalen Bewusstseins und verwechselt die beiden nicht. Er weiß, wann er in dem einen oder dem anderen ist, und tritt in beide nach Belieben ein.“ (Harner 1995, 85)

Charakteristisch für die Alltagswelt ist die Dreidimensionalität und die Begrenzung durch Raum und Zeit. Diese Begrenzungen weiß der Schamane zu durchbrechen. Er versetzt sich willentlich in einen leichten Trancezustand, in dem die Gehirnwellenfrequenz verlangsamt ist. Dieser Zustand macht es Menschen einfach, mit einem Teil der Seele aus dem Körper auszutreten und in die nichtalltägliche „schamanische“ Wirklichkeit zu reisen.

Eine leichte Form dieses Trancezustandes erleben Menschen beim so genannten Tagträumen. Es ist den meisten Menschen möglich, sich gedanklich an einen weit

entfernten Ort zu versetzen, zum Beispiel an einen romantischen Sandstrand unter Palmen. Leicht ist es möglich, die Wärme der Sonne auf der Haut zu spüren, die salzige Meeresluft in der Nase zu haben, das Rauschen der Wellen zu hören usw.

Als Außenstehende merken wir an dem in die Unendlichkeit gerichteten Blick, am gleich bleibenden Gesichtsausdruck und am stark eingeschränkten Reaktionsvermögen, dass unser Gegenüber ‚nicht mehr ganz da‘ ist. (Vergleiche die Symptome des Demenzkranken Kap. 2.1) Oft ist es nötig, denjenigen durch lautes Rufen seines Namens oder durch Anstoßen wieder ins Hier und Jetzt zu bringen. Der Unterschied zum schamanischen Träumen liegt in der Intensität des Trancezustandes. Im Gegensatz zum Tagträumen wird auf der schamanischen Reise nicht in erster Linie auf vorhandenes Datenmaterial aus Erinnerungen und Sinneseindrücken zurückgegriffen. Es handelt sich um eine eigenständige Erfahrung aus einer anderen Bewusstseinssebene, bei der Informationen zu Tage treten können, die mit dem bisher Erlebten nichts gemein haben müssen.

Der Trancezustand kann durch verschiedene Hilfsmittel erzeugt werden wie zum Beispiel durch ekstatischen Tanz oder Gesang bei den Derwischen, durch monotone Rhythmen und Musik, durch die Einnahme bestimmter Pflanzenessenzen etc. Allen diesen trance-induzierenden Techniken gemeinsam ist ihre messbare Wirkung auf die Gehirnwellenfrequenz. Bisher ist noch nicht wissenschaftlich geklärt, weshalb unsere Gehirnwellen in dieser Weise reagieren. (vgl. Harner 1994, 83)

Durch monotonen Trommeln bei etwa 180-240 Schlägen pro Minute verlangsamt sich die Gehirnwellenfrequenz, der Thetazustand stellt sich ein. „In diesem Zustand finden die schamanischen Reisen statt, bei denen wir die unsichtbaren Welten erkunden“. (Ingerman 2004, 43)

Da in diesen für die physischen Augen unsichtbaren Welten die Grenzen von Raum und Zeit nicht existieren, kann der geübte Schamane Wissen über die zu heilende Krankheit sammeln, das im alltäglichen Bewusstsein nicht zugänglich wäre. „Das tungusische Wort ‚Schamane‘ bedeutet ‚Einer, der in der Dunkelheit sieht‘.“ (Ingerman 2005, 31)

Um das Wissen genauer zu beschreiben, das Schamanen auf ihren Reisen zugänglich ist, nutze ich ein einfaches Beispiel aus der Musik.

Es ist erwiesen, dass eine Gitarrenseite - einmal gezupft - nie wieder aufhören wird zu klingen. Die Amplitude des Tones fällt zwar exponentiell ab, das heißt die Lautstärke nimmt schon nach kurzer Zeit deutlich ab und ist für unser Ohr ab einem gewissen Punkt nicht mehr wahrnehmbar. Doch die Null-Achse wird genau genommen nie erreicht. So wäre also theoretisch mit einem sensiblen Messgerät eine Beethoven-Sonate hörbar, die vor 200 Jahren erklingen ist.³

Entsprechend haben alle Erfahrungen unseres Lebens Eindrücke in uns Menschen hinterlassen, die bis heute nachklingen und uns zu dem machen, was wir heute sind. Manches davon ist uns bewusst, aus dem Alltagsbewusstsein heraus erinnerbar, manches Vergessene taucht in Träumen oder anderen veränderten Bewusstseinszuständen wieder auf, manches scheint sich ganz dem Bewusstsein zu entziehen. Aber jeder Eindruck, jeder Ton der Sinfonie unseres Lebens ist - der Analogie folgend - bis heute nicht verklungen und wird es niemals sein.

Der Schamane ist nun durch den veränderten Bewusstseinszustand dazu in der Lage, seinen Geist als einen höchstsensiblen Wahrnehmungskanal zu nutzen und jeden beliebigen Ton dieser Sinfonie zu hören.

Ob er faktisch einen Ton hört oder aber visuell ein Symbol wahrnimmt, taktile Körperempfindungen hat oder das Wissen in Form von Gedanken empfängt, hängt von dem Wahrnehmungskanal ab, der beim jeweiligen Schamanen am stärksten entwickelt ist. Die Genauigkeit des so empfangenen Wissens hängt von seiner Konzentrationsfähigkeit ab.

Die langjährige Ausbildung eines Schamanen soll daher neben anderem die Konzentrationsfähigkeit stärken sowie die Fähigkeit, Eingebildetes von tatsächlich empfangenem Wissen zu unterscheiden. (vgl. Ingerman 2004, 39f)

³ Will man die Schallintensität j_x an einem Ort bestimmen, der sich im Abstand x vom Ursprung der Schallausbreitung befindet (an dem der Schall seinen Ursprung nahm (j_0)), folgt dies jener Gesetzmäßigkeit: $j_x = j_0 e^{-\mu x}$. Hierbei beschreibt j_x die Schallintensität (Lautstärke) am Ort der Entfernung x , j_0 die Schallintensität, bevor der Schall die Wegstrecke x durchlaufen hat und $e^{-\mu x}$ den Verlauf, mit dem die Schallintensität abnimmt. Hierbei folgt die Abnahme einer e-Funktion, in der sich die Schallintensität zwischen zwei Orten (j_0 und j_x) verringert. Über die Exponenten $-\mu x$ werden sowohl die Wegstrecke als auch die absorbierenden Materialeigenschaften des Mediums, in dem sich der Schall ausbreitet, in die Formel einbezogen. (vgl. Hinzpeter 1973, 214f)

Genau genommen überschreitet meine Aussage den Gültigkeitsbereich des physikalischen Gesetzes, da nach so langer Zeit die Amplitudenausschläge im Atomdurchmesserbereich liegen. Die Gesetze der Quantenphysik würden den Sachverhalt exakter beschreiben. Doch zur prinzipiellen Beschreibung der Schallentwicklung ist das obige Exponentialgesetz wegen seiner leichteren Verständlichkeit für diese Arbeit besser geeignet.

In vielen Fällen wird das Wissen während der schamanischen Reise durch spirituelle Helfer übermittelt. Der Schamane kommuniziert mit ihnen, als wären es eigenständige Entitäten: Engel, spirituelle Lehrer, Krafttiere, Fabelwesen usw. (vgl. Harner 1994, 91ff; Ingerman 2005, 26-38)

Die Psychiatrie würde ein solches Erleben als halluzinatorische Störung einordnen (vgl. Tölle / Windgassen 2003, 197).

Doch die Schamanen erklären, dass tatsächlich eine Vielzahl solcher Lebewesen existiere, die allein durch unsere physischen Augen nicht wahrnehmbar seien. Dies liege an der Schwingungsfrequenz des Lichts, das diese Wesen aussendeten. Es liege im Spektrum noch weit jenseits des ultravioletten Lichts und sei daher weder mit den bis heute erfundenen Geräten messbar noch mit den Augen erkennbar, aber gleichwohl existent.

Die Schamanen behaupten, dass die westliche Wissenschaft mit der Entdeckung der Radiowellen einen ersten Schritt in die unsichtbaren, aber dennoch existierenden Wirklichkeitsebenen gemacht habe, aber selbst bis heute noch am Anfang dieser weit reichenden Entwicklung stehe. (vgl. Barner 2000; Barner Corva 2002)

2.3. Demenz aus schamanischer Sicht

Viele chronischen Erkrankungen, sind nach schamanischer Lehre die Folge von Seelenteilverlust. (vgl. Zumstein 2001, 131f)

Wird der Mensch mit einer traumatischen Situation konfrontiert, so können Schamanen auf seelischer Ebene eine Schutzreaktion beobachten, bei der ein Teil der Seele und damit das schmerzliche Erleben samt der Erinnerung vom Körper abgetrennt wird. „Seelenverlust ist eine Anpassungsstrategie. Den Körper zu verlassen ist zuweilen der intelligenteste Weg, um der vollen Wucht eines bestimmten Schreckens zu entgehen.“ (Ingerman 2005, 53)

Eine Situation, die eine solche Abspaltung oder Einkapselung auslöst, wird vom Individuum subjektiv als traumatisch erlebt, auch wenn sie von außen nicht zwingend als solche bewertet wird.

Viele Menschen berichten von außerkörperlichen Erfahrungen z.B. während einer Krankheit oder eines Unfalls. Ein Teil des Selbst entschwindet für kurze Zeit aus unserem alltäglichen Bewusstsein. Das Wort, das in unserer Gesellschaft für diesen Zustand verwendet wird, ist ‚Schock‘.

Aus schamanischer Sichtweise schafft es zuweilen ein Teil unserer Seele, der uns verlassen hat, nicht mehr, zu uns zurückzukehren. In solchen Fällen entstünden Gedächtnislücken oder zumindest der Verlust von zusammenhängenden Einzelheiten, wenn die Tatsache des Traumas noch erinnert werden kann. Menschen berichteten oft, nach dem Trauma nicht mehr so vollständig präsent zu sein wie vorher.

Es handelt sich hierbei nicht um die Beschreibung eines Verdrängungsprozesses. Denn bei der Verdrängung befindet sich das Verdrängte im Unbewussten und kann mit Hilfe von therapeutischen Techniken dem Bewusstsein wieder zugänglich gemacht werden. Bei dem hier beschriebenen Phänomen wirkten keine therapeutischen Methoden, weil das abgespaltene Bewusstsein den Körper verlassen hätte.

Gewöhnlicherweise seien wir trotzdem dazu in der Lage, ein normales Leben zu führen. Aber Seelenteilverlust könne zu weiterem Seelenverlust führen. Oder anders ausgedrückt könne eine ungeheilte Verletzung zu weiteren Verletzungen führen. Wenn wiederholt Seelenteilverlust aufträte, z.B. durch lange anhaltende Konflikt- oder Stresssituationen, unbewältigte Kriegstraumata, Überforderung durch Alterungsprozesse, Kränkungen etc., verändere sich das Bewusstsein deutlich. Denn der größere Teil der Seele sei außerhalb des Körpers in der nichtalltäglichen Wirklichkeit, wodurch der verbleibende Teil der Seele nicht mehr genug Präsenz im Körper habe, um die Verbindung zur Alltagswelt aufrecht zu erhalten. (vgl. Ingerman 2005, 25-27; Zumstein 2001, 143)

Das Entschwinden eines Teils des Bewusstseins wird in der Psychiatrie als Dissoziation bezeichnet (vgl. Tölle / Windgassen 2003, 86), das ist „die Abtrennung ganzer Persönlichkeitssegmente vom Hauptstrom des Bewusstseins; sie kann zu Gefühlen der Fremdartigkeit und der Entpersönlichung führen.“ (Ingerman 2005, 26)

Die schamanische Literatur zählt eine Reihe von Symptomen auf, bei denen Seelenverlust als Ursache angenommen wird.

- Schwierigkeit, im Körper präsent zu bleiben
- Sich selbst von außerhalb des Körpers betrachten, als sähe man einen Film an (out of body experience)
- Dumpfes, apathisches oder abgestorbenes Gefühlserleben
- Chronische Depression
- Chronische Krankheiten im allgemeinen
- Immunschwäche
- Erinnerungslücken nach dem fünften Lebensjahr
- Ausblendung von wichtigen Traumata
- Suchtverhalten, z.B. Alkohol, Drogen, Essen, Sex, Glücksspiel
- Suche nach Äußerlichkeiten, um eine innere Leere zu füllen
- Lebensunlust z.B. nach Scheidung oder Tod eines geliebten Menschen
- Multiple Persönlichkeit

(modifiziert nach Ingerman 2005, 37)

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben liegen bei Demenzpatienten manche der beschriebenen Symptome gleichzeitig vor. Das sind zum Beispiel mangelnde Präsenz im Körper, dumpfes, apathisches Gefühlserleben, Depression, Erinnerungslücken, Ausblendung von Traumata, Lebensunlust etc.

Meine Hypothese ist, dass Demenzpatienten im Laufe ihrer Biographie gehäuft Seelenteilverlust erlitten haben und sich der Großteil der Seele nicht mehr innerhalb des Körpers sondern in der nichtalltäglichen Wirklichkeit befindet. Deshalb kann der Patient nicht mehr in der Alltagswelt präsent sein. Dadurch ist es ihm auch nicht möglich, sich örtlich oder zeitlich zu orientieren oder kürzlich Erlebtes zu erinnern. Er identifiziert sich jeweils mit unterschiedlichen abgetrennten Teilen seiner Seele, weshalb eine Zeit lang die Erinnerung an weiter zurückliegende Erlebnisse wach wird. Schreitet der Prozess allerdings fort, so verliert der Patient völlig die Anbindung an unsere Alltagswelt. In diesem Stadium ist keine Kommunikation mehr möglich, da nur noch ein kleiner Rest der Seele im Körper zurückgeblieben ist, der den Körper am Leben erhält. Das Erleben ist ganz in innere Welten zurückgezogen. Der Patient allerdings lebt - schamanisch betrachtet - klar und wach in seiner Realität. Je nachdem, mit welchem Seelenteil er sich gerade identifiziert, erlebt er sich zu einer anderen Zeit an einem anderen Ort.

Eine interessante Parallele findet sich bei Ewald Hering, der 1870 über die Funktion des Gedächtnisses erklärte: „Das Gedächtnis verbindet die zahllosen Einzelphänomene zu einem Ganzen, und wie unser Leib in unzählige Atome zerstieben müsste, wenn nicht die Attraktion der Materie ihn zusammenhielte, so zerfiele ohne die bindende Macht des Gedächtnisses unser Bewusstsein in so viele Splitter, als es Augenblicke zählt.“ (Hering 1921) Würde man im Zitat den Begriff „Gedächtnis“ durch den Begriff „Seele“ ersetzen, ergäbe sich eine schamanische Erklärung der Demenz. Dabei ist für Hering das Gedächtnis eine Funktion der „organisierten Materie“, für den Schamanen eine Funktion der Seele.

Meine Hypothese dieser Arbeit ist daher, dass die Heilung von Seelenteilverlust direkten Einfluss auf das Gedächtnis als Funktion der Seele hat.

In der schamanischen Literatur findet man zu dem Entstehungszeitpunkt des bei Hering erwähnten Zerfalls des Bewusstseins in „Splitter“ folgenden Hinweis.

„Im Verlauf unseres Lebens haben wir eine ganze Reihe von Traumata zu verschiedenen Zeiten erlitten, was dazu führt, daß uns viele Teile unserer Essenz [=Seele, Anm. d. Verf.] verlassen haben. Wie viele Teile können wir verlieren? Das hängt tatsächlich vom Individuum und seiner Geschichte ab. Ich habe jedoch entdeckt, daß mindestens so viele Teile in der alltäglichen Wirklichkeit verblieben sein müssen, wie in der nichtalltäglichen Wirklichkeit verschwunden sind. Menschen können nicht funktionieren, wenn sie mehr außerhalb ihres Körpers sind als in ihm.“ (Ingerman 2005, 93f)

Eventuell hängt also die klinische Manifestation der Demenz mit dem Zeitpunkt zusammen, zu dem die verbliebene Seelenmasse im Körper geringer wird als die Masse der Seelenteile in der nichtalltäglichen Wirklichkeit.

Dies würde auch den schleichenden Beginn der Demenzkrankheit erklären, denn dieser Übergang ist ein fließender und kann sich über mehrere Jahre hinziehen. Und, um bei Herings Bild zu bleiben, zieht entsprechend der Attraktion der körperlichen Masse, welche die Materie zusammenhält, die seelische Masse außerhalb des Körpers die noch verbliebenen Seelenteile im Körper aus diesem hinaus in die nichtalltägliche Wirklichkeit. Es entsteht zu diesem Zeitpunkt ein Seelendrift in die nichtalltägliche Wirklichkeit hinein. Dies führt in der alltäglichen Wirklichkeit zum bekannten progredienten Verlauf der demenziellen Symptomatik.

Demenzpatienten befinden sich also möglicherweise mit einem Großteil ihrer Seele in der nichtalltäglichen Wirklichkeit, ohne dass ihnen das bewusst wäre.

Diese Hypothese wird durch die Tatsache untermauert, dass bei Menschen mit Demenz eine verlangsamte Gehirnwellenfrequenz messbar ist. „Bereits Hans Berger (1937) beschrieb bei einem dementen Patienten eine auffällige Verlangsamung der EEG-Grundaktivität [...]. Dieser Befund wurde seither vielfach reproduziert und durch computergestützte spektralanalytische Verfahren auch auf quantitativer Ebene belegt“. (Adler / Ihl 2003, 144)

Die Durchschnittsfrequenz liegt bei einem gesunden Menschen im Wachzustand im Beta- und Alphabereich (zwischen 9 und 30 Hz). Der Grundrhythmus liegt bei einem Patienten mit leichter AD im Thetabereich (um 5-6 Hz), bei fortgeschrittener AD im Deltabereich (um 3-4 Hz). (vgl. ebd. 144f) Die westliche Wissenschaft hat bis heute keine Erklärung für dieses Phänomen.

Wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, ist auch bei der schamanischen Reise, während sich ja ein Teil der Seele in der nichtalltäglichen Wirklichkeit befindet, die Gehirnwellenfrequenz verlangsamt (Theta-Bereich).

Dass bei Demenzpatienten ebenfalls eine Verlangsamung der EEG-Grundaktivität vorliegt (im Anfangsstadium ebenfalls Theta-Bereich) könnte darauf hinweisen, dass es sich auf der seelischen Ebene um das gleiche Phänomen handelt wie bei der schamanischen Reise, nämlich um den Austritt eines Großteils der Seele in die nichtalltägliche Wirklichkeit.

Das Phänomen des Seelenteilverlustes wird bei den Naturvölkern seit Urzeiten mit Hilfe einer Methode behandelt, die sich ‚Seelenteilrückholung‘ nennt (im Folgenden als STR bezeichnet). (vgl. Ingerman 2005, 101) Mit Hilfe des veränderten Bewusstseinszustandes ist es dem Schamanen möglich, in die inneren Welten des Patienten vorzudringen und mit ihm zu kommunizieren. Die abgetrennten Seelenteile werden wieder verbunden und die Anbindung zur Alltagswelt wiederhergestellt.

Sollte Demenz tatsächlich die Folge des Verlustes eines Großteils der Seele sein, so müsste die Technik der Seelenteilrückholung bei Demenzpatienten eine Wirkung zeigen.

Bisher gibt es keine Förderung von Forschungsprojekten in diesem Bereich und somit auch keine Literatur. Daher entschied ich mich bei dieser Arbeit dazu, selbst Daten zur Überprüfung dieser These zu sammeln. In verschiedenen Kölner Altersheimen behandelte ich dazu über einen Zeitraum von sechs Monaten vier an Demenz erkrankte ältere Menschen mit der Methode der STR.

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Probanden vorgestellt. Daraufhin erläutere ich die komplementäre Methode STR, mit der die Probanden behandelt wurden und begründe meine Wahl der schamanischen Methode. Vor dem Hintergrund dieser Interventionsform werden alsdann Instrumente der Psychometrie zur Evaluation ausgewählt, beschrieben und begründet. Das Kapitel endet mit einer kurzen Beschreibung des Untersuchungsverlaufs.

3. Untersuchungsplan

3.1. Stichprobenbeschreibung

Die vorliegende Untersuchung repräsentiert einen Behandlungszeitraum von sechs Monaten, in dem vier Demenzpatienten mit einer alternativen nichtmedikamentösen Methode, der STR, behandelt wurden. Die Durchführung erfolgte in drei Alters- und Pflegeheimen der Stadt Köln.

Bei der Anwerbung der Probanden wurde aufgrund der großen Vorurteile gegenüber dem Schamanismus anfangs bewusst auf den Terminus ‚schamanische Methode‘ verzichtet und durch ‚alternative Methode‘ ersetzt.

Im Anwerbeablauf wurden zunächst etwa 40 Kölner Alters- und Pflegeheime telefonisch auf die Untersuchung hingewiesen und um Mithilfe bei der Probandensuche gebeten. 28 Einrichtungen bekundeten grundsätzliches Interesse an der Studie. Den 28 interessierten Einrichtungen wurden daraufhin per Post beziehungsweise e-Mail die grundlegenden Informationen über das Versuchsdesign mitgeteilt.

Zehn Einrichtungen reagierten auf das Anschreiben nicht. Drei Einrichtungen waren generell gegenüber alternativen Behandlungsansätzen verschlossen. Gründe für die Absagen waren hauptsächlich mangelnde zeitliche Kapazität für die Mithilfe bei der Probandensuche. Acht Einrichtungen waren grundsätzlich zur Kooperation bereit.

Wiederum telefonisch erfolgte nun eine ausführliche Erläuterung des Untersuchungsablaufs. Des Weiteren wurde ein Informationsblatt für Patienten und ihre Angehörigen mit den wichtigsten inhaltlichen und organisatorischen Aspekten an die Alters- und Pflegeheime versandt.

In drei der acht Heimen wurde deutlich, dass ihr Klientel nicht den Auswahlkriterien der Studie entsprach, so dass die Zusammenarbeit wieder eingestellt werden musste.

In fünf Einrichtungen fanden schließlich persönliche Vorstellungsgespräche mit der Heimleitung, der Pflegedienstleitung oder der Leitung des sozialen Dienstes statt, in denen auch die Begriffe ‚Schamanismus‘ / ‚schamanische Behandlungsmethode‘ eingeführt wurden.

An dieser Stelle schien mir die Klärung der Begriffe angebracht, da sich das verantwortliche Personal der Einrichtung im persönlichen Gespräch direkt von meiner fachlichen Kompetenz überzeugen konnte.

Alle fünf Einrichtungen, in denen ich mich persönlich vorstellte, waren zu einer Kooperation bereit und verteilten das Informationsschreiben an ihre Bewohner und deren Angehörige.

Für die Teilnahme wurden folgende Auswahl- und Ausschlusskriterien festgelegt:

3.1.1. Auswahlkriterien

- Vorliegen einer diagnostizierten vaskulären Demenz
- Unterbringung des Patienten im Einzelzimmer einer Pflegeeinrichtung
- Wunsch des Patienten sowie seiner Angehörigen, an der Studie teilzunehmen

Um den Ansprüchen der Reliabilität möglichst gerecht zu werden, entschlossen wir uns dazu, die schamanische Behandlung nur bei einer bestimmten Form der Demenz vorzunehmen.

Die Differentialdiagnose stellt sich allerdings bei den Altersdemenzen als problematisch dar. „Gegenüber der Alzheimer-Demenz ist die vaskuläre Demenz klinisch oft nicht sicher abgrenzbar.“ (Tölle / Windgassen 2003, 306) Bei der Alzheimer-Demenz wiederum ist eine sorgfältige Ausschlussdiagnostik mit einem breiten Laborprogramm einschließlich Liquor-Untersuchungen notwendig. (vgl. ebd. 303) Diese Untersuchungen werden jedoch nur selten in der geforderten Weise ausgeführt. Die sichere Diagnose einer organisch-psychischen Störung ist erst nach dem Tod durch Obduktion möglich.

Wir wählten zunächst die Alzheimer-Demenz als Auswahlkriterium, da diese mit 50-60% weitaus häufiger vorkommt als vaskuläre Demenzen (15-25 %). (vgl. ebd. 301)

Da wir aufgrund der Vorurteile gegenüber dem Schamanismus mit wenig Rücklauf rechneten, wollten wir durch diese Wahl die Zielgruppe möglichst groß halten.

Doch es erklärten sich ausschließlich Patienten mit vaskulärer Demenz zur Teilnahme an der Studie bereit, so dass wir das Auswahlkriterium nachträglich änderten.

Da diese Studie nach unserem Wissen die erste ihrer Art ist und die Eingrenzung der Demenzform ausschließlich Gründe der Reliabilität hatte, konnten wir diese Änderung noch kurz vor Beginn der Datenerhebung vornehmen. Ebenfalls aus Gründen der Reliabilität wählten wir das zweite Auswahlkriterium: „Unterbringung des Patienten im Einzelzimmer einer Pflegeeinrichtung“.

Da wir in dieser Studie psychische Variablen messen wollen, sollte die Lebenswirklichkeit der Patienten möglichst vergleichbar sein und möglichst wenig willkürlichen Veränderungen unterworfen sein. In Pflegeheimen ist eher ein gleich bleibender Tagesablauf das ganze Jahr über gewährleistet als bei zu Hause lebenden alten Menschen. Die vielfach kritisierte Monotonie in Alterspflegeheimen ist also in diesem Fall ein positives Kriterium für die Datenerhebung.

Bei Demenzpatienten, die zu Hause gepflegt werden, hätte außerdem eine größere Gefahr bestanden, dass die Patienten im Laufe der Studie doch in ein Pflegeheim übermittelt werden würden. Diese starke Veränderung der Lebenssituation hätte das Datenmaterial verfälscht und für die Auswertung ausgeschlossen.

Ist ein Demenzpatient aber erst einmal in einem Pflegeheim untergebracht, ist es unwahrscheinlich, dass der Schritt zurück in die familiäre Pflege vollzogen wird.

Zur Erhöhung der Validität gewährt das Kriterium „Unterbringung im Einzelzimmer“ eine stärkere Abschirmung des Patienten von den Einflüssen seiner Mitbewohner, so dass die erhobenen Daten genauer die Wirkung der Behandlung wiedergeben als wenn er den täglichen Stimmungsschwankungen seines Mitbewohners ausgeliefert wäre.

Außerdem ermöglicht ein Einzelzimmer die ungestörte Behandlung im eigenen Zimmer in der gewohnten Umgebung des Patienten. Dies ist besonders bei der Demenzerkrankung wichtig, da schon kleine Veränderungen des gewohnten Reizfeldes zur Destabilisierung des Patienten führen können.

Schließlich war uns aus ethischen Gründen wichtig, dass der Patient selbst sowie seine Angehörigen oder Betreuer die Behandlung wünschen. Es musste also selbst bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit des Patienten eine deutliche und schriftliche Zustimmung zur Teilnahme an der Studie vorliegen.

In diesem Zusammenhang wurden der Patient und seine Angehörigen darüber aufgeklärt, dass die schamanische Methode weder die Diagnose noch die Behandlung

durch einen Arzt oder Heilpraktiker ersetze. Die Kenntnisnahme hierüber wurde schriftlich festgehalten.

Der Einbezug der Angehörigen war insofern notwendig, da die schamanische Sicht auf Krankheit immer ganzheitlich ist und der Patient im Kontext seines familiären und sozialen Umfeldes gesehen wird. Eine Veränderung bei einem Mitglied eines Systems kann nur geschehen, wenn das System als solches Veränderung zulässt und – bestenfalls – unterstützt. (vgl. Palmowski 2002)

3.1.2. Ausschlusskriterien

- Demenz im fortgeschrittenen Stadium
- Schwerwiegende Multimorbidität des Patienten

Demenzpatienten, die aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums ihrer Krankheit nicht mehr zur mündlichen oder schriftlichen Kommunikation fähig waren, wurden nicht als Probanden in die Studie aufgenommen. Dies geschah hauptsächlich aus ethischen Gründen, da es in diesen Fällen nicht möglich war herauszufinden, ob die Patienten an der Studie teilnehmen möchten und eine schamanische Behandlung wünschen.

Außerdem ist die sprachliche Kommunikationsfähigkeit Voraussetzung für zwei der verwendeten Erhebungsinstrumente, für den Mini-Mental Status Test und den Memotest. Auch diese Tatsache trug zur Festlegung des Ausschlusskriteriums bei.

Ein weiteres Kriterium, das die Teilnahme an der Studie ausschloss, war eine schwerwiegende Multimorbidität des Patienten. Bei Erkrankung an mehreren schwerwiegenden Krankheiten gleichzeitig würden die Testergebnisse nicht klar die Wirkweise der Behandlungsmethode wiedergeben.

Zum einen würde sich die Behandlungswirkung durch die weiter bestehenden Symptome der anderen Krankheitsbilder wahrscheinlich nicht deutlich abzeichnen. Zum anderen würde bei Besserung einer der anderen Krankheiten auch das demenzielle Syndrom beeinflusst werden können, was wiederum die Testergebnisse über die schamanische Behandlungswirkung verfälschen würde.

Und schließlich würde bei ausbleibender Behandlungswirkung nicht erkennbar sein, ob das Ausbleiben auf den Einfluss der anderen Krankheiten oder die Wirkungslosigkeit der Methode selbst zurückzuführen ist.

Überlegt wurde auch, die Gruppe der Probanden auf einen Altersunterschied von höchstens fünf Jahren und auf ein Geschlecht zu begrenzen, um die Einflussvariablen auf die Behandlungswirkung möglichst vergleichbar zu halten. Doch da die Studie einzelfallorientiert und nicht repräsentativ ist, sahen wir von dieser eng gefassten Begrenzung ab. Bei der erwarteten geringen Teilnehmerzahl erschien es uns wichtiger, auf Kosten der Vergleichbarkeit untereinander eine möglichst hohe Anzahl an Einzelfallerhebungen zu sammeln.

Die Gruppe der Probanden setzt sich schließlich aus drei Frauen und einem Mann im Alter zwischen 81 und 91 Jahren zusammen und wird im Folgenden beschrieben.

3.1.3. Die Probanden

In der letzten Phase der Probandensuche fanden Gespräche mit acht Demenzpatienten und - soweit möglich - mit deren Angehörigen oder Betreuern statt. Ziel dieser Gespräche war das Schaffen einer Vertrauensbasis, Klärung offener Fragen und die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen.

Zwei der Demenzpatienten stritten ihre Erkrankung ab und wünschten daher keine Behandlung. Zwei andere Patienten lehnten eine Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz ab, weil sie sich dadurch überfordert fühlten. Vier Menschen äußerten Vertrauen und den Wunsch, an der Studie teilzunehmen. Nachfolgend seien in Kurzform ihre Biographien wiedergegeben, wie sie sich mir im Laufe der Behandlung erschlossen.

Eingangs möchte ich darauf hinweisen, dass die benutzten Personennamen aus datenschutztechnischen Gründen nicht mit den persönlichen Namen der Beteiligten übereinstimmen.

3.1.3.1. Herr W.

Herr W. ist 82 Jahre alt.

Er wurde als erstes und einziges Kind einer Kölner Arbeiterfamilie geboren. Herr W. sagt über seine Eltern, dass sie mit mehr als 40 Jahren beide schon zu alt für ein Kind gewesen seien. Er besuchte die Volksschule bis zur achten Klasse und schloss daraufhin eine kaufmännische Lehre ab. Zu Beginn des Krieges wurde er von der deutschen Wehrmacht eingezogen. Er wurde als tropendienstfähig gemustert und in Afrika eingesetzt. Das für Herrn W. einschneidendste Erlebnis dort war der Tod eines Kölner Kameraden, der vor seinen Augen vom Feind getroffen wurde und in Herrn W.'s Armen starb.

Schon 1943 geriet er in amerikanische Kriegsgefangenschaft, die er allerdings im Vergleich zu seiner Zeit in Afrika als angenehm empfunden hat. Die Amerikaner seien sehr fair gewesen. 1946 kehrte er nach Köln zu seinem Vater zurück. Seine Mutter war während des Krieges nach einem Bombenangriff zu Tode gekommen.

Da sein Vater Schreinermeister war und den Wiederaufbau eines Kölner Krankenhauses mit organisierte, fand Herr W. in diesem Krankenhaus Unterschlupf und Nahrung.

In dieser Zeit lernte er seine Frau kennen, die er 1951 heiratete. Er erhielt eine Anstellung als Versicherungskaufmann und war bei dieser Gesellschaft bis zu seiner Pensionierung tätig.

Aus seiner Ehe mit Frau W. gingen zwei Kinder hervor, ein Sohn und eine Tochter, von denen er oft stolz erzählt. Mittlerweile gibt es auch ein Enkelkind. Er ist sehr dankbar, dass seine Frau noch lebt und ihn fast täglich im Altersheim besucht. Das Ehepaar W. blickt froh auf 55 Jahre Ehe zurück.

Vor 17 Jahren wurde bei Herrn W. die Arnold-Chiari II-Malformation (ACM) festgestellt, die er wahrscheinlich schon von Geburt an hat. Die ACM ist eine Kaudalverlagerung (Tiefertreten) der Medulla (Hirnstamm) und zeigte sich bei Herrn W. als Nachwirkung einer Narkose (Blasenoperation). Sein Gleichgewichtssinn ist seitdem gestört sowie seine Feinmotorik, vor allem der rechten Hand. Ebenfalls wurde seine Sehkraft in dieser Zeit deutlich schwächer.

Er wurde als schwerbehindert eingestuft, konnte aber noch zu Hause mit seiner Frau leben. Erst vor zwei Jahren, erneut durch die Wirkung einer Narkose

(Darmspiegelung), wurden die ACM-Symptome so verstärkt, dass er zum Pflegefall wurde (Pflegestufe 2). Er zog aus eigenem Wunsch in ein Altersheim, um seiner Frau nicht zur Last zu fallen. Das demenzielle Syndrom ist erst während seines Aufenthaltes im Heim zu Tage getreten.

Seit einiger Zeit leidet Frau W. an Depressionen und hat verschiedene Krankenhausaufenthalte hinter sich. In solchen Zeiten ist Herr W. sehr besorgt.

Sein Auftreten ist immer höflich, humorvoll und fürsorglich.

3.1.3.2. Frau A.

Frau A. ist 81 Jahre alt. Auch sie wurde in Köln geboren. Schon in frühen Jahren verstarb ihr Vater und ließ die Mutter mit sechs Kindern zurück. Frau A. wurde streng katholisch erzogen, besuchte die Volksschule und sollte in einem Kloster eine hauswirtschaftliche Ausbildung machen. Diese brach Frau A. jedoch nach einem Jahr ab, verdiente ihr Geld mit wechselnden Tätigkeiten bis sie 1947 früh heiratete und Mutter wurde. Sie bekam mit ihrem Mann sechs Kinder, vier Söhne und zwei Töchter, von denen allerdings ein Sohn schon nach sechs Monaten verstarb.

Die Nachkriegsjahre verbrachte die Familie A. in großer Armut in Köln-B. Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung in den 50er-Jahren konnten sie sich eine größere Wohnung leisten und zogen nach Köln-R. Schon 15 Jahre später verstarb Frau A.'s Mann, er ist mittlerweile seit 35 Jahren tot.

Frau A. arbeitete bis zu ihrem 58. Lebensjahr in der Kantine und der Postabteilung des Landesversorgungsamtes, bis sie wegen eines Rückenleidens in Frührente ging.

Zu zweien ihrer Söhne hat Frau A. keinen Kontakt mehr. Frau A. wisse manchmal nicht, ob diese Söhne überhaupt noch lebten. Zwischen ihr und ihren Kindern gebe es mittlerweile fast nur noch Streit.

Die demenzielle Symptomatik begann bei Frau A. nach dem Umzug aus der 4-Zimmer-Wohnung in Köln-R., wo sie 40 Jahre lang gelebt hatte, in eine kleinere Wohnung. Dort fühlte sie sich nicht wohl, zog sich immer mehr zurück und war ständig krank. Anfangs wurde sie von ihrer ältesten Tochter gepflegt und besuchte eine zeitlang die Tagespflege. Doch die zunehmende Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2) überforderte die Tochter und so war Frau A. gezwungen, in ein Pflegeheim zu ziehen. Dort lebt sie seit Dezember 2003.

3.1.3.3. Frau L.

Frau L. ist 85 Jahre alt und von Beruf war sie Näherin.

Frau L. wurde als uneheliches Kind geboren und wuchs in Köln bei ihrer allein erziehenden Mutter auf. Sie habe es als uneheliches Kind im katholischen Köln manchmal schwer gehabt und ihre Mutter sei sehr streng gewesen. Die Schläge ihrer Mutter könne sie erst heute besser verstehen, doch sie hält ihre Mutter nun in hohen Ehren und ist überzeugt, dass es immer einen guten Grund gegeben habe, wenn sie Schläge bekommen hätte. Noch im Kindesalter von Frau L. heiratete ihre Mutter. Der Stiefvater habe sich nie um Frau L. gekümmert, aber habe sie auch niemals geschlagen. Die Erziehung habe er ganz seiner Frau überlassen.

Frau L. machte den Volksschulabschluss und daraufhin eine Ausbildung zur Näherin.

Mit ihrer Heirat zog Frau L. zu ihrem Mann nach Königsberg. Als verwurzelte Kölnerin hatte sie es zeitweise schwer mit der fremden Mentalität der Menschen. Auch wurde – und wird – sie zuweilen in ihrer direkten „kölschen“ Art missverstanden. Dabei ist sie eine sehr höfliche und kultivierte Person. Doch Frau L. klagt selbst über ihre Art, Dinge manchmal zu direkt zu äußern und Menschen dadurch zu verletzen.

Obwohl sie sich Kinder wünschte, blieb die Ehe kinderlos.

Vor 20 Jahren starb ihr Mann sehr plötzlich an einem Schlaganfall. Frau L. vermisst ihn sehr und ist heute traurig, dass sie außer einem Großneffen keine lebenden Verwandten mehr habe. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit aufgrund der demenziellen Symptomatik zog sie zu ihrem Großneffen, der sie bis zum Herbst 2004 zu Hause betreute. Seitdem wird sie im Pflegeheim versorgt.

Dieser Großneffe ist mittlerweile ihr gesetzlicher Betreuer, besucht sie aber nur selten. Außer von ihm bekommt Frau L. keinen Besuch.

3.1.3.4. Frau D.

Frau D. ist mit 92 Jahren die älteste Probandin, sie war Nonne und Krankenschwester.

Sie wuchs in Westfalen bei guten Eltern auf, wie sie sagt, als Schwester von 4 älteren Brüdern. Einen ihrer Brüder lernte sie nie kennen, weil er schon vor ihrer Geburt gestorben war. Ein anderer ihrer Brüder ist Priester gewesen, zu ihm hatte sie ein ganz

enges Verhältnis. Er habe immer auf sie aufgepasst und ihr einiges beigebracht. Dieser Bruder kam bei einem Verkehrsunfall früh ums Leben, worauf Frau E. sich entschied: „Wenn er schon nicht mehr ist, dann gehe ich eben zur Kirche.“ So wurde sie Nonne. Nonne zu sein machte sie nicht zufrieden, vor allem weil sie sich beengt fühlte und lieber den Menschen außerhalb des Klosters helfen wollte. Daraufhin wurde sie Krankenschwester.

Diesen Beruf übte sie bis zu ihrer Pensionierung aus, sie war außerdem Gemeinde- und Werksschwester. Sie hat nicht geheiratet und auch nie Kinder bekommen. So kommt es, dass sie jetzt keine lebenden Verwandten mehr hat.

Aufgrund einer beginnenden vaskulären Demenz war sie im Herbst 2004 nicht mehr in der Lage, sich alleine zu versorgen und zog im Frühjahr 2005 auf eigenen Wunsch in ein Kölner Pflegeheim (Pflegestufe 1). Im Pflegeheim wird sie von der Tochter einer ehemaligen befreundeten Nachbarin betreut, die das Heim ausgesucht und den Umzug organisiert hat. Die Tochter der Freundin war es auch, die Frau D. zum Neurologen schickte, woraufhin die demenziellen Symptome sich durch medikamentöse Behandlung sehr besserten.

Im März diesen Jahres wurde Frau D. am grauen Star operiert.

Bei allen vier Probanden liegt eine diagnostizierte vaskuläre Demenz vor (hirnorganisches Psychosyndrom aufgrund cerebrovaskulärer Insuffizienz).

Neben der klassischen medikamentösen Behandlung wurde den Probanden während des Untersuchungszeitraums eine nichtmedikamentöse schamanische Behandlung zuteil, bei der die Technik der STR angewendet wurde. Das genaue Vorgehen bei der STR sowie die Begründung dieser Behandlungswahl sind Inhalte des folgenden Kapitels.

3.2. Verwendete Behandlungsmethode: Die STR

Die schamanische Methode STR (Seelenteilrückholung) wird seit mehreren tausend Jahren auf verschiedenen Kontinenten der Erde angewandt, u.a. in Sibirien, Zentralasien, Indonesien, China, Indien, Nord- und Südamerika, auf den Philippinen, in Nordwestafrika, Neuguinea, Melanesien und Australien. (vgl. Ingerman 2005, 101)

Der Anthropologe Dr. Michael Harner betrieb hierzu von 1956 bis 1973 ausgiebige Feldforschung bei den nord- und südamerikanischen Indianern. Er ist mittlerweile Leiter der Foundation for Shamanic Studies. (Harner 1994)

Michael Harners Mitarbeiterin, die Psychotherapeutin Sandra Ingerman, entwickelte die Methode der STR so weiter, dass sie in der modernen Psychotherapie Anwendung finden kann. (Ingerman 2005)

Der Klient wird gebeten, sich in eine liegende, entspannte Position zu begeben und die Augen zu schließen.

Eine STR beginnt mit der Harmonisierung und Reinigung der Aura, so dass das wiedergefundene Seelenmaterial leichter integriert werden kann. Es gibt verschiedene Techniken, die hierzu Verwendung finden können. Dies geschieht z.B. durch eine Räucherung mit Salbei, Zedernnadeln und Lavendelblüten. Der Rauch wird dazu um den Körper des Klienten gefächert. Mit Hilfe unterschiedlicher Fächertechniken können so Störfelder geklärt, Energiestaus in Fluss gebracht und Löcher in der Aura geschlossen werden. Dieses Ritual dient dem Behandelnden auch zur Diagnose des Patienten, da die jeweils unterschiedliche Rauchentwicklung den Ist-Zustand seines feinstofflichen Körpers offenbart. Physikalisch könnte dies so erklärt werden, dass das biomagnetische Feld des Körpers mit dem negativ ionisierten Rauch in Wechselwirkung tritt.

Wegen der starken Geruchs- und Rauchentwicklung verzichtete ich in den Altersheimen auf die Verwendung der Räuchermischung und vollzog die Reinigung und Harmonisierung mit Hilfe einer Handauflegetechnik und Gebeten. Die harmonisierende Wirkung lässt sich physikalisch am einfachsten so beschreiben, dass das biomagnetische Feld der Hände Veränderungen im Magnetfeld des Patienten herbeiführt, was sich positiv auf die elektrischen Ströme sowie auf die biologischen Abläufe des Körpers des Patienten auswirkt. Da das biomagnetische Feld des Patienten auch das Feld der Hände des Behandelnden verändert, kann der Behandelnde auf diesem Wege Störungen in der Aura des Patienten feststellen. (vgl. Lübeck et al. 2000) Der Behandelnde vollzieht nun eine schamanische Reise (siehe Kapitel 3.2.1).

Sobald er mit einem Großteil seiner Seele aus dem Körper ausgetreten und in der nichtalltäglichen Wirklichkeit angekommen ist, entsteht ein Erleben vergleichbar mit einem Traum, bei dem der Schamane sich des Träumens bewusst ist und in welchem er sich entscheiden kann, wie und wohin er sich fortbewegt.

Je nach Wahrnehmungskanal, der beim Behandelnden am meisten geschult ist, erfährt er auf seiner Reise Bilder, Töne, Körpergefühle, Emotionen etc. Je geübter der Schamane ist, desto mehr Wahrnehmungskanäle sind gleichzeitig aktiv und desto intensiver und umfassender sind seine Reiseerlebnisse. (vgl. Ingerman 2004, 51)

Das Ziel der Reise wird durch den jeweiligen Fokus erreicht. Der Schamane fokussiert sich also auf die Absicht, einen oder mehrere verlorene Seelenteile zurückzuholen.

Die Seelenteile zeigen sich dem Reisenden oft in der Situation, in der sie vom Körper getrennt wurden. Aufgabe des Schamanen ist es, den betroffenen Seelenteil über das Geschehene aufzuklären und ihn einzuladen, zurück in die alltägliche Wirklichkeit zu kommen. Die genaue Vorgehensweise während dieses Teils der Reise hängt stark von der persönlichen Art des Schamanen und dem jeweiligen Seelenteil ab. Handelt es sich beispielsweise um ein Seelenteil, der im Kleinkindalter durch Kriegswirren verloren ging, so benutzt der Schamane eine andere Sprache und Erklärungen als bei einem 60-jährigen Seelenteil, der beim Tod des Ehepartners verloren ging.

In den meisten Fällen entsteht bei den Seelenteilen große Erleichterung, wenn sie den Grund ihres fremdartigen, oft unangenehmen Befindens erfahren und kommen gerne mit in die alltägliche Wirklichkeit zurück. In Ausnahmefällen fühlen sich die Seelenteile in der nichtalltäglichen Wirklichkeit wohler als in der alltäglichen (z.B. bei wiederholtem Missbrauch). Dann muss der Reisende sicherstellen, dass die traumatische Situation nicht mehr akut ist, bevor er den Seelenteil zurückbringt.

Ist der Seelenteil aber einverstanden, dann nimmt der Schamane ihn behutsam an sein Herz und begibt sich zurück in seinen Körper. (vgl. Ingerman 2005, 90-95)

Mit Hilfe des Atems wird der Seelenteil nun klassischerweise an zwei Stellen in den Körper des Klienten eingehaucht, in der Mitte des Brustbeins und an der Fontanelle. An diesen Stellen des menschlichen Körpers befinden sich zwei der so genannten Chakren. Chakren sind Energiezentren im feinstofflichen Körper des Menschen, die Energie von außen aufnehmen, sie in Frequenzen umwandeln, die der Mensch gerade benötigt, um sie anschließend dem Energiesystem des Menschen durch kreisförmige Bewegungen zuzuführen. Die Übersetzung des Wortes ‚Chakra‘ aus der altindischen Sanskritsprache heißt ‚Rad‘. Allgemein werden die Chakren in sieben Haupt- und eine Vielzahl von

Nebenchakren aufgeteilt⁴. Die Hauptchakren befinden sich in einer gedachten Linie entlang der Wirbelsäule zwischen Damm und Scheitel. Rand beschreibt die Chakren als Punkte, an denen die Seele mit dem physischen Körper verbunden ist. (vgl. Lübeck et al. 2000, 81)

Die Verknüpfung von Seele und Körper macht am besten ein schüttelnder Klang, daher wird in den meisten Traditionen eine Rassel verwendet, mit welcher der Schamane um den Körper des Klienten rasselt. So wird die wiederhergestellte Verbindung zwischen Seelenteil und Körper fixiert.

Der Abschluss der STR ist das Willkommenheißten des Seelenteils in der Alltagswirklichkeit. Dazu macht der Schamane direkten Augenkontakt mit dem Klienten und spricht einen speziellen Gruß, z.B. „Willkommen zu Hause!“. (vgl. Ingerman 2005, 95f)

Gegebenenfalls gleicht der Schamane die Erfahrungen seiner Reise mit biographischen Daten aus dem Leben des Klienten ab, um sicherzustellen, dass die Informationen der Reise nicht seiner Phantasie sondern tatsächlich dem Leben des Klienten entspringen.

„Als ich mit Steven arbeitete, sah ich, daß er im Alter von 28 Jahren an gebrochenem Herzen litt. Das – so entdeckte ich – war das Jahr, in dem ihn seine Frau verließ.“ (ebd. 85)

Heilung finde allerdings unabhängig davon statt, ob der Klient etwas von dem Trauma weiß, aus dem der Seelenteil zurückkommt. Die Erinnerungen, die zur Heilung nötig sind, tauchen im Laufe der Zeit auf, meist im Zeitraum etwa einen Jahres. (vgl. ebd. 95)

Die Folgen einer STR sind von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich und können von einer spontanen Besserung und Erleichterung bis hin zu vorübergehender Desorientiertheit und Verwirrung reichen. Dies wird in der schamanischen Literatur so begründet, dass die Psyche eines jeden Menschen ihre eigene Art und ihren eigenen Zeitplan habe, mit den Dingen umzugehen. Wenn jemand 30 oder 40 Jahre außerhalb seines Körpers gewesen und plötzlich wieder in ihm sei, müsse er sich erst neu orientieren. (vgl. ebd. 153)

⁴ In der traditionellen asiatischen Medizin sind die Chakren schon seit Tausenden von Jahren bekannt und werden sowohl zur Diagnose als auch zur Therapie von Störungen im körperlichen, seelischen und geistigen Bereich benutzt. Sie stehen mit den aus der Akupunktur bekannten Reflexzonen und Meridianen in Verbindung. (vgl. Lübeck et al. 2000)

Meistens berichten die Patienten von einer Intensivierung der Gefühle. In einem Zeitraum von etwa zwei Wochen finde ein Prozess statt, in dem Körper und Seele den neuen Ist-Zustand integrieren, alte Dinge loslassen und zu einer neuen Harmonie finden. Dieser Prozess verlaufe nicht zwangsweise harmonisch, jedoch nach einiger Zeit meistens in Richtung größerer Stärke und Präsenz im eigenen Körper. (vgl. ebd. 156) Wohlgermerkt handelt es sich bei diesen Angaben nicht um eine wissenschaftlich evaluierte Studie sondern um die 25-jährige Praxiserfahrung einer Psychotherapeutin mit dieser schamanischen Methode.

Warum meine Entscheidung auf die Verwendung dieser Behandlungsmethode fiel und welche Vorzüge die STR gerade bei der Behandlung von Demenzpatienten hat, wird im Folgenden dargestellt.

3.2.1. Begründung der Behandlungswahl

Da diese Diplomarbeit die seelischen Hintergründe der Demenzkrankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten erforschen möchte, sollte eine Behandlungsmethode angewandt werden, die vergangene Traumata und verborgene Abwehrmechanismen aufdecken kann.

Es gibt grundsätzlich viele Methoden der Psychotherapie, die zu diesem Ziel eingesetzt werden, die klassische freudianische Methode der freien Wortassoziation, die jungianische Traum- und Kunstarbeit etc. Diesen Therapien ist gemein, dass sie dem Klienten ein Vehikel zur Verfügung stellen, die Reise ins Unbewusste zu machen. Der Klient ist aktiv tätig. Der Therapeut ist bloß Vermittler, Beobachter, er leitet und unterstützt diesen Prozess.

Diese Form der Psychotherapie ist jedoch für Menschen mit Demenz wenig geeignet. Es gibt zwar Forschungsergebnisse, die bezeugen, dass psychotherapeutische Methoden im Anfangsstadium bei der Bewältigung der Krankheitssituation helfen (Radebold / Hirsch 2003). Doch wenn das Ziel die Symptomminimierung oder sogar –freiheit ist, dokumentiert die Fachliteratur gerade bei fortschreitenden hirnorganischen Krankheiten Misserfolge der psychotherapeutischen Methoden. (vgl. Heuft et al. 2000)

Auch die Verhaltenstherapeutischen Ansätze wie das ROT (Realitätsorientierungstraining) oder das VKT (Verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining) zielen nicht auf eine Heilung des demenziellen Syndroms oder auf die Erforschung der seelischen Ursachen ab. Sie sollen hauptsächlich Hilfestellung bei der Anpassung an die Krankheit leisten, damit sich die kognitiven Einbußen möglichst wenig negativ auf das soziale Funktionsniveau auswirken. Bei zunehmender Demenz verlieren auch diese verhaltenstherapeutischen Ansätze an Wirkung, weil die sprachliche Kommunikation immer weiter eingeschränkt ist. (vgl. Hautzinger 2003)

Die schamanische Sicht auf Demenz kann die Misserfolge der therapeutischen Methoden erklären. Wenn sich der Großteil der Seele – und zwar der verletzte Teil – außerhalb des Körpers befindet, kann logischerweise eine Methode wenig Wirkung zeigen, die sich ausschließlich auf die körperliche, alltägliche Wirklichkeit bezieht.

„Wie kann eine Psychotherapie Erfolg haben, wenn der Therapeut zu einer Person spricht, die nicht zu Hause ist?“ (Ingerman 2005, 56)

Die klassische Psychoanalyse versagt aus schamanischer Sicht und überfordert den Klienten sogar schon im Anfangsstadium, weil sich der zu heilende traumatisierte Teil der Seele außerhalb des Körpers befindet.

An dieser Stelle könnten die alte Methode der STR und die moderne Psychologie sich einander ergänzen. Der Schamane stellt die Verbindung zwischen Seele und Körper wieder her, der Psychologe unterstützt den Patienten mit alternativen Verhaltensstrategien dabei, lebendig und präsent zu bleiben. (ebd. 57) Dort also, wo der Patient nicht mehr aktiv sein kann, geht der Schamane aktiv auf die Reise nach dem verlorenen Teil der Seele des Patienten und schafft durch die Anbindung der Seele die Voraussetzung dafür, dass der Patient in der weiteren Psychotherapie wieder selbst aktiv werden kann.

Da ich seit mehreren Jahren erfolgreich mit der STR arbeite, schien es nahe liegend, das Potential dieser Technik für Demenzpatienten zu erforschen.

Ich beschränkte mich dabei auf die alleinige Anwendung der STR und verzichtete auf weitere psychotherapeutische Hilfestellungen, um im Testverfahren möglichst genau die Wirkung der schamanischen Methode abbilden zu können. Andernfalls würde sich

bei der Auswertung das Problem stellen, keiner der angewandten Methoden eindeutig das Ergebnis zuordnen zu können.

Es sei allerdings erwähnt, dass für den Schamanen die STR erst der Beginn der Arbeit ist. Sie schafft sozusagen die Voraussetzung für weitere therapeutische oder heilerische Arbeit. Dieser Aspekt muss gerade bei der Auswertung der Ergebnisse in Kapitel vier und fünf im Auge behalten werden.

In Kapitel 3.3 werden die Methoden zur Auswertung der Behandlungswirkung vorgestellt sowie die Begründung dieser Auswahl erläutert.

3.3. Evaluation der Behandlung

Da mit Hilfe der Behandlung eine Entwicklung angestoßen wird, die sich über mehrere Monate bis Jahre hinziehen kann, schien ein globaler Vorher-Nachher-Vergleich des Verhaltens nach sechs Monaten wenig aussichtsvoll.

Vielversprechender schien die Beobachtung kognitiver Einzelfunktionen zu sein. Nach meiner Hypothese führt ja der Verlust von Seelenteilen zur Schwächung der kognitiven Funktionen (siehe Kapitel 2.3). Also müsste sich eine stärkere Präsenz der Seele in einer direkten Stärkung der kognitiven Fähigkeiten wie des Gedächtnisses auswirken.

Dazu bemerken Gutzmann und Frölich (2003, 91): „Bei einer solchen Aufteilung des klinischen Bildes entsteht neben dem Problem der Operationalisierung der Einzelfunktionen besonders die Gefahr, dass Teilleistungen über- bzw. unterbewertet werden. Häufig zeigt sich, dass Behandlungseffekte bei verschiedenen Patienten in unterschiedlichen Funktionsbereichen zu beobachten sind. Die inter- und möglicherweise auch intraindividuelle Varianz der Eigendynamik der Erkrankung können bei der ausschließlichen Würdigung von Teilfunktionen die abschließende Beurteilung eines therapeutischen Effektes unmöglich machen.“

Sie fordern daher ein Globalurteil, das sich auf unterschiedliche Funktionsbereiche sowie das gesamte Verhaltensspektrum des Patienten einschließlich seiner Alltagskompetenz bezieht. (vgl. ebd.)

Unter Alltagskompetenz verstehen die Autoren die ‚activities of daily living‘ (ADL), Funktionen der Selbständigkeit wie Nahrungsaufnahme, Gehen, Ausscheidungsfunktionen, Anziehen sowie die ‚instrumental activities of daily living‘ (IADL), die komplexeren Alltagsaktivitäten wie Einkaufen, Kochen, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder Umgang mit Geld. Bereits die ADL sind bei Demenzpatienten oft signifikant eingeschränkt.

Für ein solches klinisches Globalurteil eigneten sich besonders die psychometrischen Verfahren des Screenings, die zwar wenig spezifisch in der Erfassung der gezielten Funktion und damit für Diagnosezwecke ungeeignet sind, jedoch hilfreich seien zur Schweregradmessung einer schon diagnostizierten Erkrankung. (vgl. ebd. 92)

Für den Einsatz von Screening-Tests spricht vor allem ihre einfache Handhabung und kurze Untersuchungszeit. Gerade bei Demenzpatienten ist die Testsituation ein großer Stressfaktor und sollte so wenig Zeit wie möglich beanspruchen.

Bei der Auswahl der Screening-Tests ergab sich das Problem der Festlegung von Effizienzkriterien. Es ist nicht möglich, Effizienzkriterien festzulegen, anhand derer man im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs die Wirkung der Behandlung messen könnte. Denn die Veränderungen des demenziellen Syndroms sind vielschichtig und finden in einem komplexen, sich verändernden Praxisfeld statt.

Skalen, Tests und Screening-Verfahren allein, wie sie in der quantitativen Forschung Verwendung finden, reduzieren den Menschen auf das Reagieren auf vorgegebene Kategorien und erfassen ihn meist nicht in seinem alltäglichen Umfeld. Bei ihrem Einsatz wird oft verkannt, dass die Psyche des Menschen nie völlig offen liegt, sondern immer auch durch Interpretation erschlossen werden muss.

Interventionsprojekte lassen sich realitätsnaher evaluieren, indem auch den Regeln der qualitativen Forschung gefolgt wird. Zusammenfassend fordern diese, Praxisprozesse offen und subjektorientiert zu beschreiben: Orientierung am Einzelfall und die Veränderung von Bewertungskriterien – sofern diese aus dem Prozessverlauf heraus als veränderungswürdig erscheinen – sind ebenso erwünscht wie eine Selbstevaluation der Beteiligten. (vgl. Mayring 2002)

So passt meine Rolle als zugleich Behandelnder und Forschender in das Konzept qualitativ orientierter Evaluation, denn der direkte Bezug zu den Probanden macht eine genauere Beurteilung möglich als eine distanzierte Bewertung von außen. Hierbei muss

natürlich beachtet werden, dass ich mit jeder Forschung eine subjektive Intention verfolge, die die Interpretation und Bewertung der Ergebnisse mit beeinflusst.

Rein qualitatives Denken kann also zu Beliebigkeit, Verwaschenheit und Unkontrollierbarkeit führen. (vgl. ebd.)

Bei der Evaluation der Wirkungsweise der seelischen Behandlung schien es daher wichtig zu sein, sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zu verwenden. Demnach entschied ich mich für den Einsatz von Screening-Verfahren, bei deren Auswertung eine einzelfallorientierte Prozessbeschreibung mit einfließen soll.

3.3.1. Eingesetzte psychometrische Verfahren

Screening-Verfahren sind Werkzeuge der Psychometrie, das heißt der quantitativen Messung psychologischer Funktionen in der experimentellen Psychologie.

Sie dienen dazu, Leistungsstörungen und durch Therapien hervorgerufene Veränderungen abzubilden. (vgl. Gutzmann / Frölich 2003, 94)

Wie oben beschrieben sind sie zwar wenig spezifisch in der Erfassung der gezielten Funktion und damit für Diagnosezwecke ungeeignet, jedoch hilfreich zur Schweregradmessung einer schon diagnostizierten Erkrankung.

Man unterscheidet zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmungstests sowie Leistungsprüfungstests. Oft und gerade zur Untersuchung von Affektivität und Verhalten werden Selbst- und Fremdwahrnehmungstests gemeinsam eingesetzt, da auf diese Weise unterschiedliche Sichtweisen desselben Phänomens wiedergespiegelt werden und sich die Tests so gegenseitig ergänzen.

Doch da bei Demenzpatienten die Selbstwahrnehmung und -einschätzung gestört sind, wird von der Verwendung der Selbstwahrnehmungstests in diesem Fall abgeraten. Empfohlen wird ein multimethodales Vorgehen, bei dem möglichst verschiedene Bereiche wie Aufmerksamkeit, kognitive Leistungsfähigkeit, Affektivität und Handlungskompetenz abgedeckt werden. (vgl. ebd. 94-100)

Computerunterstützte Tests sind eigentlich auf Grund ihrer hohen Objektivität und Genauigkeit sowie auf Grund ihrer durch Standardisierung hohen Reliabilität nahezu

optimal im psychometrischen Einsatz. Doch für diese Untersuchung waren sie wegen des Anschaffungspreises, der örtlichen Gebundenheit und der eventuell schwierigen Bedienung des Computers für Menschen mit Demenz nicht einsetzbar. (vgl. ebd. 99)

Aus diesen Gründen werden in der vorliegenden Untersuchung drei Standard-Screening-Verfahren eingesetzt: ein globaler sowie ein spezieller Leistungsprüfungstest und eine Fremdbeurteilungsskala des Verhaltens von geriatrischen Patienten.

3.3.1.1. Minimental Status Test (MMST)

Der MMST war 1975 der erste zu Hirnleistungsstörungen entwickelte Test. Er ist der meistbenutzte klinische Kurztest und vielfach validiert.

Die Durchführungszeit beträgt etwa 10-15 Minuten. 30 Fragen umfassen die Bereiche Orientierung (räumlich, zeitlich und situativ), Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit sowie Sprachfähigkeit.

Als ein Nachteil des MMST ist zum einen die extrem unterschiedliche Wertigkeit der Punkte zu nennen. (Nennen der aktuellen Jahreszeit = 1 Punkt; Nachzeichnen zweier sich überlappender Fünfecke = 1 Punkt) Zum anderen hat er eine geringe Sensitivität zur Erfassung früher Demenzstadien.

Er eignet sich also nicht zur Diagnose sondern ausschließlich zur Schweregradmessung bei mittlerer bis schwerer Demenz. (vgl. Folstein et al. 1975; Kessler et al. 1990; Ihl 2003)

Für die vorliegende Untersuchung eignet er sich gut, da alle Probanden bei Untersuchungsbeginn bereits als dement diagnostiziert sind und die Testergebnisse lediglich zu einer groben Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit dienen sollen.

3.3.1.2. Memotest

Da mit Hilfe des MMST keine genauen Aussagen zu speziellen kognitiven Funktionsbereichen gemacht werden können, ist aber ein direkter Einfluss der

Behandlung auf die kognitiven Fähigkeiten vermute, entschied ich mich für einen Leistungsprüfungstest, der einen speziellen kognitiven Funktionsbereich misst.

Natürlich wäre es interessant gewesen, mehrere Funktionsbereiche in dieser genauen Weise zu testen, doch stehen im Mittelpunkt dieser Studie *Menschen* mit einem demenziellen Syndrom, die meist schon bei der Durchführung eines Tests deutliche Stresssymptome zeigen. Außerdem soll der quantitativen Evaluation aus unter 3.2 genannten Gründen kein zu großes Gewicht beigemessen werden.

Daher entschied ich mich für den Einsatz *eines* speziellen Leistungsprüfungstests.

Bei der Wahl des zu messenden Funktionsbereiches war ausschlaggebend, dass die Störung der kognitiven Fähigkeiten bei der Demenz mit der Merkfähigkeit beginnt. Nach einiger Zeit führt dieser Kurzzeitgedächtnisverlust zu Wortfindungsstörungen bis schließlich auch das Altgedächtnis deutlich nachlässt. Räumliche, zeitliche und situative Desorientiertheit sowie mangelndes Bewusstsein für die eigene Person sind schließlich die Folgen dieser Gedächtnisstörungen.

Für die Untersuchung schien es daher sinnvoll, am Beginn dieser Symptomentwicklung anzusetzen und die verbale Merkfähigkeit zu messen. Dies versprach deutlichere Ergebnisse als die Messung der Orientierung, da die Orientierungsfähigkeit, also die eigene Lage innerhalb eines zeitlichen, räumlichen, geographischen und situativen Kontextes zu definieren (vgl. Gutzmann / Frölich 2003, 97), viel komplexer ist als die Wiederholung einfacher Hauptwörter.

„Mit dem Memo-Test kann die verbale Lern- und Gedächtnisleistung quantifiziert werden.“ (Schaaf et al. 1992, 10) Der Zeitaufwand beträgt nur etwa zehn Minuten und der Test ist vielfach auf Reliabilität und Validität hin überprüft. Da er in einer A- und in einer B-Parallelform vorliegt, eignet er sich besonders für Verlaufsuntersuchungen. Er wird in vielen Kliniken zusammen mit dem MMST angewandt.

Beim Memo-Test werden zehn einfache Hauptwörter im Abstand von 2 Sekunden vorgelesen, die der Proband wiedergeben soll. Es gibt fünf Durchgänge, bei denen jeweils die Wörter noch einmal vorgelesen werden, die der Proband vergessen hat. Nach ca. 15 Minuten erfolgt ohne nochmaliges Vorlesen der verzögerte Abruf der Wortliste. Für jedes genannte Wort gibt es einen Punkt. Am Ende wird ein Mittelwert errechnet. (vgl. ebd. 11)

Der Nachteil des Memo-Tests ist seine Defizitorientiertheit.

Für die Untersuchung der Behandlungswirkung der STR aber erschien er gut geeignet, da er sehr genau die Gedächtnisschwäche von Demenzpatienten im frühen und mittleren Stadium wiedergibt und dabei leicht durchführbar ist.

3.3.1.3. Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)

Da das demenzielle Syndrom nicht nur die kognitive Leistungsfähigkeit betrifft sondern auch Affektivität, Antrieb und Verhalten umfasst, war die Ergänzung der oben genannten Tests durch ein Fremdbeurteilungsverfahren erforderlich.

Hier bot sich die NOSGER an, die „Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients“.

Die NOSGER ist eine Fremdbeurteilungsskala, die das Verhalten psychisch gesunder und gestörter Altersprobanden misst. Sie wird gewöhnlich von einer engen Bezugsperson des alten Menschen - einem Angehörigen oder einer Pflegeperson - ausgefüllt.

Zur NOSGER wurden mehrere umfangreiche Studien durchgeführt, die ihre Reliabilität und Validität überprüft haben. (vgl. Brunner / Spiegel 1990) Sie ist leicht durchführbar, erfordert nur geringen Zeitaufwand und ist für eine Verlaufsstudie geeignet.

Der Aspekt des zeitlichen Aufwands spielt in diesem Fall auch bei der Fremdbeurteilung eine große Rolle, da sowohl das Pflegepersonal als auch die Angehörigen Demenzkranker ständigen Stressbelastungen ausgesetzt sind und meistens keine Zeit haben.

In 30 Fragepunkten („Items“) werden die Bereiche Gedächtnis, ADL, IADL, Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten behandelt, dies sind die so genannten sechs NOSGER-Dimensionen. Die Items sind entsprechend der Auftretenshäufigkeit des entsprechenden Verhaltens von eins bis fünf skaliert. Der Wert fünf drückt die größtmögliche Störung in diesem Bereich aus. (vgl. Spiegel 2005) Die beurteilenden Bezugspersonen müssen insoweit geschult sein, dass sie angeben, was die betroffene Person tatsächlich selbst ausführt und nicht, was sie nach ihrer Einschätzung noch ausführen könnte. (vgl. Gutzman / Frölich 2003, 102)

Da die NOSGER-Dimensionen die oben geforderten Aspekte Affektivität, Antrieb und Verhalten in einem Fremdbeurteilungstest abdecken, eignet sich die Skala besonders für die vorliegende Untersuchung.

3.4. Verlauf der Intervention

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von April bis Dezember 2005 in drei Kölner Alters- und Pflegeheimen statt. Jeweils sechs Monate lang behandelte ich vier ältere Menschen im vierzehntägigen Turnus mit der STR. Wir wählten ein vierzehntägiges Intervall, da zwischen zwei STRen im Allgemeinen mindestens 14 Tage liegen sollten, um den Menschen nicht durch die Flut alter Erinnerungen und Eindrücke zu überfordern (vgl. Ingerman 2005, 156). Mehr als 14 Tage wiederum sollten in dieser Studie nicht zwischen zwei Besuchen liegen, damit die Erinnerung des dementen Patienten an den vergangenen Besuch nicht mehr als nötig verblasst.

Die Termine wurden jeweils 1-2 Tage vorher mit dem Pflegepersonal abgestimmt, um zu vermeiden, dass sich die Behandlung mit den Freizeit- und Therapieangeboten des Heimes überschneidet. Die meisten Behandlungen fanden während der Mittagszeit statt, da in diesen Zeitraum auch die Übergabebesprechung des Personals fällt. So war es möglich, sowohl den Frühdienst als auch den Spätdienst persönlich über den Behandlungsverlauf zu informieren.

Zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Behandlungszeitraumes wurden im Rahmen der Sitzungen auch die Leistungsprüfungstests durchgeführt, bzw. die Fremdwahrnehmungstests an das Pflegepersonal verteilt.

Nach Abschluss des Behandlungszeitraumes fand jeweils mit Pflegepersonal, einem Angehörigen und/oder Betreuer und dem an Demenz erkrankten Menschen ein Abschlussgespräch statt, in dem Fragen und Ergebnisse geklärt werden konnten.

3.4.1. Das Behandlungssetting

Die Behandlungen wurden jeweils in den Zimmern der Probanden durchgeführt. Die Zimmer sind etwa 16m² groß und mit einem Bett, einem Nachttisch, einem Kleiderschrank, einer Kommode, einem Tisch und 2-3 Stühlen ausgestattet.

Zur Behandlung wurde der Tisch mit einem dekorativen Tuch, einem brennenden Teelicht und dem schamanischen Handwerkszeug geschmückt. Dort lagen also auch die für die Behandlung nötige Rassel sowie die Feder eines Vogels, der auf den schamanischen Reisen mein spiritueller Helfer ist. Das Schmücken des Raumes dient dazu, eine für die Seele angenehme Atmosphäre zu schaffen, so dass die geistige Heilungsarbeit eher möglich ist und sich der zurückgeholte Seelenteil in seinem neuen Zuhause leichter anbinden kann.

Eine Sitzung nahm 45 Minuten in Anspruch, wobei die schamanische Behandlung selbst etwa 10-20 Minuten dauerte. Nach einer kurzen Begrüßung und der Frage nach dem Befinden des älteren Menschen wurde er in eine entspannte Position geführt, woraufhin ich die Aura harmonisierte und mich auf die schamanische Reise begab.

Bei der schamanischen Reise nutzte ich die nach langjähriger Übung erworbene Fähigkeit, mich ohne Trommelklänge willentlich in den veränderten Bewusstseinszustand zu versetzen, in dem das schamanische Reisen möglich ist. Dies hatte den Vorteil, dass ich nicht durch die lauten Trommelklänge den Heimaltag stören musste. Es wäre auch möglich gewesen, Trommelmusik vom Band und Kopfhörer zu verwenden. Doch gerade während der ersten Behandlungen war es für die Probanden noch nicht möglich, über einen 10-20-minütigen Zeitraum mit geschlossenen Augen in Stille zu liegen. Daher blieb ich vor allem während der ersten Sitzungen stark auf den Probanden ausgerichtet und für ihn jederzeit ansprechbar, während ich mich auf die Reise in die nichtalltägliche Wirklichkeit begab.

Dieses gleichzeitige Halten verschiedener Aufmerksamkeiten ist eine Fähigkeit, die sich mit zunehmender Professionalität bei jedem Menschen einstellt. Ein professioneller Musiktherapeut beispielsweise kann gleichzeitig auf seinem Instrument ein Musikstück improvisieren und sich seinem Klienten in Gespräch und Gesang zuwenden.

Auf der anderen Seite der Wirklichkeit wurde ich von meinem spirituellen Begleiter zu den Seelenteilen geführt, die an dem jeweiligen Tag zurückgeholt werden sollten. Manchmal kam es vor, dass kein Seelenteil zurückgeholt wurde, weil die Integration des vorigen Teils noch nicht genügend fortgeschritten war oder weil die zurückgebliebene Seele des Patienten im Körper durch aktuelle Geschehnisse im Heimalltag nicht zur weiteren Verarbeitung alter Traumata bereit war. Diese Informationen sowie mögliche Aufgaben zur Integration wurden mir stets von meinem spirituellen Helfer mitgeteilt.

Nach dem Einhauchen und dem Fixieren des Seelenteils mit Hilfe der Rassel gab es noch Zeit, um Fragen des Patienten zu beantworten oder um zuzuhören, wenn die Behandlung die Erinnerung an bestimmte Geschichten aus dem Leben geweckt hatte.

Klassischerweise gibt es bei der STR immer Aufgaben zur Integration des Seelenteils, doch im Rahmen dieser Studie wurden nur selten Aufgaben gegeben. Dies hängt damit zusammen, dass die Demenzpatienten aufgrund ihres geschwächten Kurzzeitgedächtnisses nicht dazu in der Lage sind, sich an die Aufgaben zu erinnern. Die Einbeziehung des Pflegepersonals oder der Angehörigen scheiterte an dem erhöhten Arbeitsaufwand, den die Betreuung dieser Aufgaben mit sich gebracht hätte.

Besonderheiten oder Aufgaben wurden nach der Sitzung dem Pflegepersonal, den Angehörigen oder den Betreuern mitgeteilt.

Die Untersuchungsergebnisse werden im folgenden Kapitel als Prozessbeschreibungen zusammengefasst und diskutiert. Die Beschreibungen orientieren sich jeweils am Einzelfall. Die Hypothesenprüfung bezieht sich auf die vier vorliegenden Einzelfälle und verfolgt nicht den Anspruch auf Repräsentativität. Aufgrund der nicht vorhandenen Kontrollgruppe und der geringen Probandenzahl könnten die Hypothesen selbst bei positiven Testergebnissen nicht bewiesen werden. Sie dienen dieser Diplomarbeit lediglich als richtungweisende Leitgedanken.

Die Hypothesen lauten:

- A) Die Gehirnarteriosklerose ist eine psychosomatische Krankheit.
- B) Die Schwächung der kognitiven Funktionen Demenzkranker ist eine Folge von Seelenteilverlust. Daher hat die STR einen stärkenden Einfluss auf die kognitiven Funktionen.

4. Auswertung der Ergebnisse

4.1. Die Behandlung von Herrn W.

Beim ersten Treffen mit Herrn W. erlebe ich ihn als humorvoll und heiter. Die demenzielle Symptomatik macht sich in Wortfindungsstörungen, Konzentrationsschwäche, Schwäche des Kurzzeitgedächtnisses und gestörter zeitlicher Orientierung bemerkbar. Ein Gespräch ist dennoch möglich. Herr W. klagt über seine Ängste, die Nazis könnten wieder stärker werden. Er mache sich Sorgen um seine ausländischen Mitbürger, und er erzählt bewegt von einem traumatischen Erlebnis während seiner Soldatenzeit, als ein Kamerad an den Folgen einer Schusswunde in seinen Armen starb.

Herr W. ist sehr aufgeschlossen und vertrauensvoll bezüglich der Studie und äußert den Wunsch, daran teilzunehmen.

Eine Woche später werden die ersten Leistungsprüfungstests durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen das Vorliegen eines leichtgradigen demenziellen Syndroms.

Wiederum eine Woche später findet die erste STR statt. Zwei Seelenteile seiner Kindheit aus Situationen des Verlassen- und Alleinseins sowie ein Seelenteil aus der zuvor beschriebenen Kriegssituation werden zurückgeholt.

Herr W. konnte während der Behandlung entspannen und erzählte im Anschluss wie ein Wasserfall über seinen Vater und seine Mutter, dass sie eigentlich viel zu alt für ein Kind gewesen seien, erzählt über sein Dasein als Einzelkind und Einzelgänger und über seine Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft.

An dieser Stelle wird der direkte Bezug der Gesprächsthemen zu den traumatischen Situationen deutlich, aus denen die Seelenteile geholt wurden, obwohl ich Herrn W. keine Informationen über die Seelenteile gegeben hatte.

Beim nächsten Treffen wurde keine STR durchgeführt, stattdessen erzählte Herr W. über seine innere Auseinandersetzung mit seinen Eltern, besonders mit seinem Vater. Dies könnte als Integrationsprozess der vor 14 Tagen zurückgeholt Seelenteile gedeutet werden. Herr W. hat keine konkrete Wirkung der Behandlung gespürt, wenn

es auch angenehm gewesen sei. Aber er helfe der Forschung durch seine Teilnahme und wolle daher die Behandlung weiter fortführen.

Ich interveniere bei diesem Treffen nicht aktiv therapeutisch, sondern bleibe auf der Position des Zuhörers.

Ende April ist Herr W. durcheinander und traurig, weil seine Frau im Krankenhaus ist und nicht klar sei, woran sie leide. Ich gehe nach einem kurzen Gespräch sofort zur STR über. Ein weiterer Seelenteil aus der Soldatenzeit kehrt zurück.

Nach der Behandlung ist Herr W. entspannter und aufgeweckter. Er erzählt ausgiebig über seine Soldatenzeit in Afrika und ist dabei kaum zu bremsen. Seine Rückmeldung auf die Behandlung lautet diesmal: „Ja, da passiert auf jeden Fall etwas, ich kann nur nicht beschreiben, was eigentlich genau. Das ist so ein bisschen, als würde man träumen und ganz woanders sein, aber wenn ich wieder hier bin, kann ich mich nicht daran erinnern, was ich geträumt habe.“

Die Leiterin des Sozialen Dienstes gibt die Rückmeldung, dass Herr W. am Abend sehr entspannt und gelassen wirkte, ganz verändert gegenüber der depressiven Stimmung am Vormittag. Er habe sich noch lange mit einem anderen Bewohner unterhalten.

Zwei Wochen später fand wiederum keine STR statt, weil die Integration des vorigen Teils noch nicht genügend fortgeschritten war und weil die Seele des Patienten im Körper durch aktuelle Geschehnisse im Heimalltag nicht zur weiteren Verarbeitung alter Traumata bereit war.

Mir fallen bei Herrn W. Wortfindungsstörungen und zum Teil sprunghaftes Denken wie bei den ersten Treffen auf. Herr W. erzählt wieder, dass seine Eltern eigentlich zu alt für ein Kind gewesen seien. Es mache ihm Sorgen, dass seine Frau immer noch im Krankenhaus liege. Außerdem habe er Angst, dass nach der kommenden Landtagswahl die Nazis wieder an die Macht kämen.

Bei der nächsten Behandlung hole ich wieder einen Seelenteil aus der Soldatenzeit zurück. Ich sah Herrn W. als Soldaten sehr einsam und, weil er anders war als die anderen, konnte er auf einer Herzesebene keinen Kontakt zu seinen Kameraden finden.

Herr W. ist völlig begeistert: „Das hätte ich nicht gedacht, dass ich so etwas auf meine alten Tage noch erleben darf. Dass es so etwas gibt!“ Er fragt mich wissbegierig nach Erklärungen für die Wirksamkeit der Behandlung.

Ich stelle Herrn W. die Aufgabe, jeden Abend in sein Herz zu spüren und zu erkunden, wie sich sein Lebenswille anfühle. Die Aufgabe stelle ich gerade in dieser Form, weil meinem Empfinden nach ein großer Teil von Herrn W.'s Lebenswillen damals mit dem Seelenteil verloren ging und jetzt erst für ihn wieder ganz fühlbar werden wird – nach 60 Jahren.

Herr W. macht sich beim nächsten Treffen weiterhin Sorgen um seine Frau, die ihn wegen ihrer Depressionen nicht mehr täglich besucht. Es ginge ihm nicht besonders gut. Die Zusammenarbeit mit mir gebe ihm Halt und er spüre eine Wirkung, wenn er sie auch nicht genau fassen könnte. Die vor 14 Tagen gestellte Aufgabe war ihm zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr bewusst.

Die Leiterin des Sozialen Dienstes erzählt, dass Herrn W.'s Nachbarin Frau S. wegen Halluzinationen in die Psychiatrie eingewiesen wurde. Das führe bei Herrn W. in den letzten drei Tagen zu Unruhe. Er bringe sich rund um die Uhr in das Wohnbereichsgeschehen ein und ginge sogar der Nachtwache zur Hand.

Herr W. ist sehr lebhaft, spricht flüssig mit wenigen Wortfindungsstörungen und erzählt wieder die Geschichte von der Erschießung des Soldaten, der in seinen Armen starb. Er erzählt Einzelheiten, die er bisher noch nicht erwähnt hatte. Dies könnte entweder darauf hinweisen, dass durch die STR weitere Erinnerungen zurückgekehrt sind oder aber ein Zeichen von wachsendem Vertrauen zu mir sein, dass ihm erlaubt, intimere Details mitzuteilen.

Aufgrund der unruhigen Situation im Wohnbereich verschieben wir die Behandlung um einige Tage.

Herr W. ist vier Tage später sehr müde. Er freut sich auf die Behandlung, sie tue ihm psychisch gut. Heute kommt ein Seelenteil zurück, der verloren ging, als Herr W. aus dem Krieg zurückkam und ihm klar wurde: „Mama ist tot und ich werde sie nie wieder sehen.“ Beim Einhauchen ins Herzchakra stöhnt Herr W. auf und greift mit seiner linken Hand nach seinem Herzen. Es findet an diesem Tag kein weiteres Gespräch statt.

Zwei Wochen später beginnt Herr W. damit zu erzählen, dass er beim Überlegen über diese Behandlung zu dem Ergebnis gekommen ist, dass es so etwas geben kann. Er könne es sich zwar nicht erklären, doch es sei etwas daran. Auf die Frage nach seinen Sorgen antwortet er, er habe zwar immer noch Sorgen, aber er kenne jetzt auch Wege, damit umzugehen. Er scheint dabei optimistisch.

Aus Gründen mangelnder Belastbarkeit wird an diesem Tag keine STR durchgeführt. Stattdessen gebe ich Herrn W. Gelegenheit zu erzählen. Er nimmt das Angebot an und erzählt nochmals von der Situation mit dem sterbenden Soldaten. Zum ersten Mal erwähnt Herr W. Schuldgefühle darüber, dass es seinen Kameraden und nicht ihn selbst getroffen hat. Wiederum erinnert er mehr Details als bisher, jetzt erzählt er auch von der Beerdigung des gefallenen Kameraden. Erinnerungen kämen hoch, an die er schon seit Ewigkeiten nicht mehr gedacht habe.

Diese Aussage unterstützt die Vermutung, dass es sich bei den auftauchenden Details der Geschichte um die Wirkungen der STR handelt.

Vierzehn Tage später kehrt ein 15-jähriger Seelenteil zurück aus einer Schulsituation, in der er missverstanden und böse beschuldigt wurde. Ich teile Herrn W. mit, dass er vielleicht in den nächsten Tagen ein paar jugendliche Bedürfnisse haben könnte, denen er nachgehen solle, zum Beispiel Schabernack treiben. Ich erzähle ihm, dass ich eine Blockade aufgelöst hätte, die im Alter von 15 Jahren entstanden ist. „Das ist ja unglaublich!“ staunt er und lacht. „Da haben sie mich mit meiner Jugend verbunden. Wenn das von außen jemand rational betrachten würde, der würde denken, wir seien bekloppt. Aber ich glaube zu spüren, dass es hilft, dass ich mich daran festhalten kann, dass da was dran ist.“

Es entsteht durch einen Urlaub meinerseits eine Behandlungspause von vier Wochen.

Nach meinem Urlaub sind seit Behandlungsbeginn drei Monate vergangen. Herr W. erinnert sich an mich und fragt, wie es im Urlaub gewesen sei. Das zweite Testverfahren wird durchgeführt.

Die Testergebnisse liegen etwa auf demselben Niveau wie vor drei Monaten.

Der nächste Seelenteil, der zurückkehrt, ist 9-10 Jahre alt und ging während einer schlimmen Kinderkrankheit verloren. Herr W. ist sehr erstaunt über diese Information

und stark zum Nachdenken angeregt. Er fragt ausführlich danach, was genau ich gemacht hätte und wie das funktionieren könne. Er habe tatsächlich mit 9 oder 10 Jahren Diphtherie gehabt, was eine sehr schwierige Zeit gewesen sei.

Herr W. ist sehr wach, gesammelt, seine Sprache ist flüssig und er lacht viel. Ob er allerdings tatsächlich im Alter von 9 oder 10 Jahren Diphtherie gehabt hat, lässt sich natürlich nicht sicher beweisen, da aus den Vorkriegszeiten keine ärztlichen Dokumente mehr vorliegen und seine Erinnerungsfähigkeit geschwächt ist. Dennoch ist die positive Gestimmtheit von Herrn W. und sein Vertrauen ein kleiner Erfolg für mich.

Bei meinem nächsten Besuch treffe ich ihn sehr agil an. Er legt sich sofort auf das Bett, schließt die Augen und schläft während der Behandlung ein, was sein Vertrauen zu mir zeigt.

Heute kehrt bei der STR ein Teil zurück, der im Todesmoment seines Kameraden im 2. Weltkrieg vom Körper getrennt wurde. Mit dem heutigen Seelenteil kommt eine Vielzahl kleinerer Seelenteile zurück, die als Folge des Kriegstraumas im Laufe seines weiteren Lebens verloren gingen. Meinem Empfinden nach ist damit die Heilung der Kriegssituation abgeschlossen. Tatsächlich erzählt Herr W. an diesem Tag zum letzten Mal in meinem Beisein über die Begebenheit des sterbenden Kameraden in Afrika.

Mit dem Personal wird abgesprochen, dass Herr W. zwischen den Behandlungen auf die Seelenteile aufmerksam gemacht werden soll.

Von diesem Zeitpunkt an kommen keine Seelenteile mehr aus konkreten Situationen zurück. Die STR ändert sich dahingehend, dass sich mir nun die Seele als Ganzes zeigt. Ich sehe sie als farbiges, kugelförmiges Hologramm mit sich schier unendlich fortsetzenden Kristallmustern. Bei den folgenden STRen hole ich keine Seelenteile mehr zurück, sondern verstärke die Anbindung der Seele als solche an den Körper durch das wiederholte Einhauchen des sich in Farbe leicht ändernden Hologramms.

Die Gespräche mit Herrn W. handeln kaum mehr von Themen aus der Vergangenheit. Die Themen sind fast ausschließlich aktuelle Probleme aus dem Heimalltag oder familiären Umfeld des Herrn W.

4.1.1. Ergebnisse der Testverfahren (Herr W.)

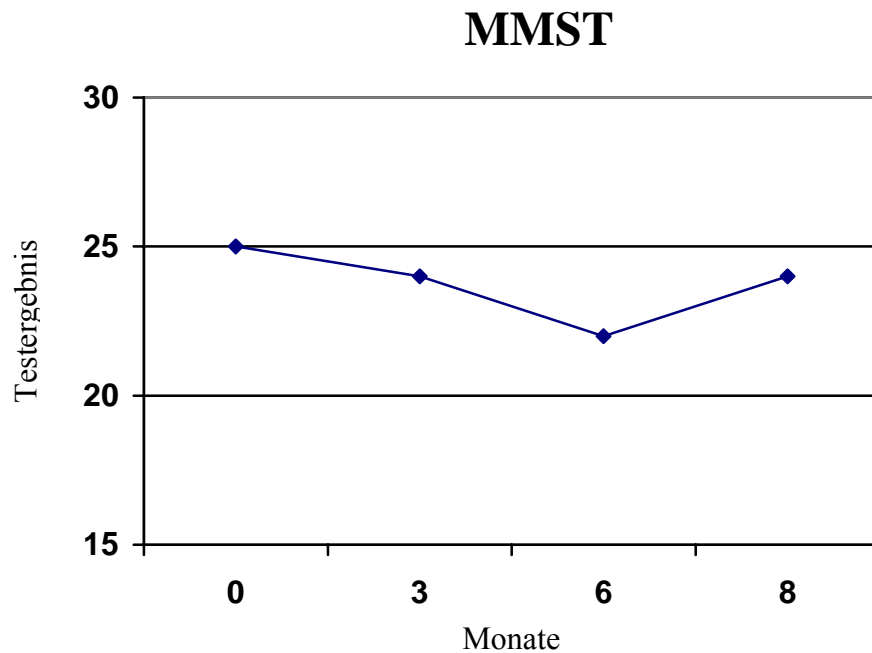


Abbildung 1: MMST-Werte von Herrn W.

Der MMST-Score von Herrn W. weist auf ein leichtgradiges demenzielles Syndrom hin. Seine Punktzahl fällt in den ersten sechs Monaten um drei Punkte ab, ist aber nach acht Monaten wieder um zwei Punkte gestiegen. Insgesamt zeigt sich also in einem Zeitraum von acht Monaten ein Leistungsabfall um einen Punkt. Der Erhebungszeitraum des MMST erstreckt sich bei Herrn W. über acht statt sechs Monate, da die Datenerhebung nach sechs Monaten durch einen Alarm auf der Etage des Pflegeheimes gestört wurde. Ich vermutete, dass Herr W. durch den Lärm in seiner Konzentration eingeschränkt war und wiederholte daher nach zwei Monaten zur Kontrolle den Test. Eine Behandlung war in der Zwischenzeit noch ein Mal durchgeführt worden.

Da die Demenz eine progredient verlaufende Krankheit ist, bezeugt der verzögerte Abfall der globalen kognitiven Leistungsfähigkeit eine positive Veränderung des Krankheitsbildes während der Untersuchungszeit.

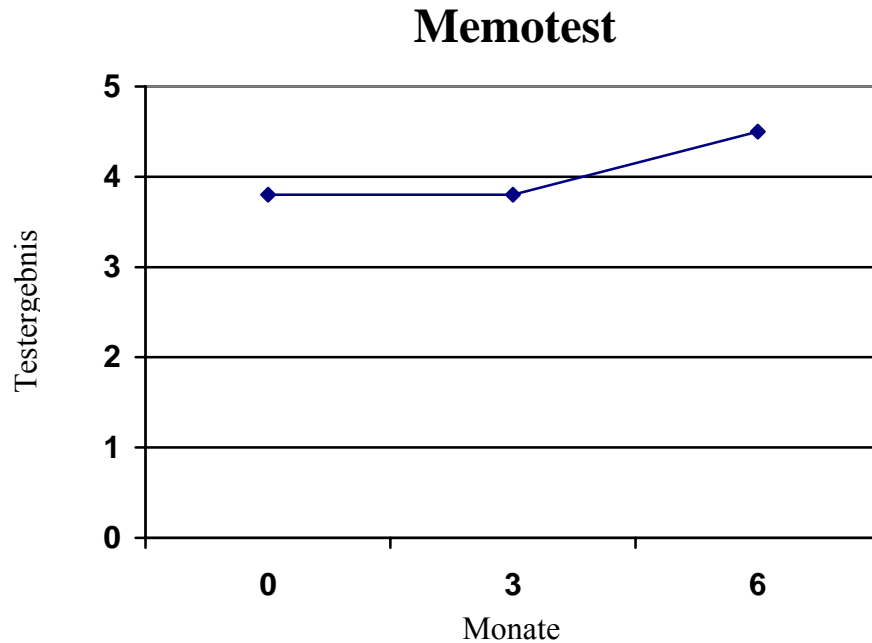


Abbildung 2: Memotest-Werte von Herrn W.

Auch die Ergebnisse des Memo-Tests zeigen eine positive Veränderung. Im Normalverlauf der Krankheit würde eine Abnahme der verbalen Merkfähigkeit stattfinden, doch die Leistungsfähigkeit von Herrn W. bleibt nach drei Monaten konstant und ist sogar nach einem halben Jahr gesteigert.

Zu erwägen ist, ob das von Herrn W. regelmäßig besuchte Gedächtnistraining Einfluss auf die Ergebnisse des Memo-Tests genommen haben könnte. Es handelt sich hierbei um ein wöchentlich stattfindendes etwa 45-minütiges Gruppenangebot, bei dem Aufmerksamkeits- und Gedächtnisübungen im Kreis von 8-15 Menschen angeboten werden.

Dem ist jedoch entgegenzustellen, dass die Wirksamkeit der Konzentrations- und Gedächtnisübungen noch wenig belegt ist und üblicherweise „ein solcher Trainingseffekt kaum [...] zu ökologisch relevanten Leistungssteigerungen führt.“ (Markowitsch / Calabrese 2003, 84) Das Angebot wird daher meist nicht mit dem Ziel der Gedächtnissteigerung durchgeführt, sondern dient der Anregung der Kommunikation und der Aktivierung. Es legt weder den speziellen Fokus auf die Leistungssteigerung der verbalen Merkfähigkeit, noch wird es dem Anspruch gerecht, auf den Einzelnen mit seinen persönlichen Schwächen einzugehen.

Meiner Meinung nach ist daher der Einfluss des Gedächtnistrainings als nicht relevant einzuschätzen.

Ein weiterer Einwand wäre, dass die Verbesserung der Werte Folge eines Lerneffektes durch die wiederholte Testdurchführung sein könnte. In der vorliegenden Untersuchung wurden jedoch abwechselnd die Parallelformen A und B im Abstand von drei Monaten verwendet. Von einem Lerneffekt kann daher nicht ausgegangen werden.

Die vorliegenden Ergebnisse des Memo-Tests sind also mit großer Wahrscheinlichkeit die Folge der Behandlung.

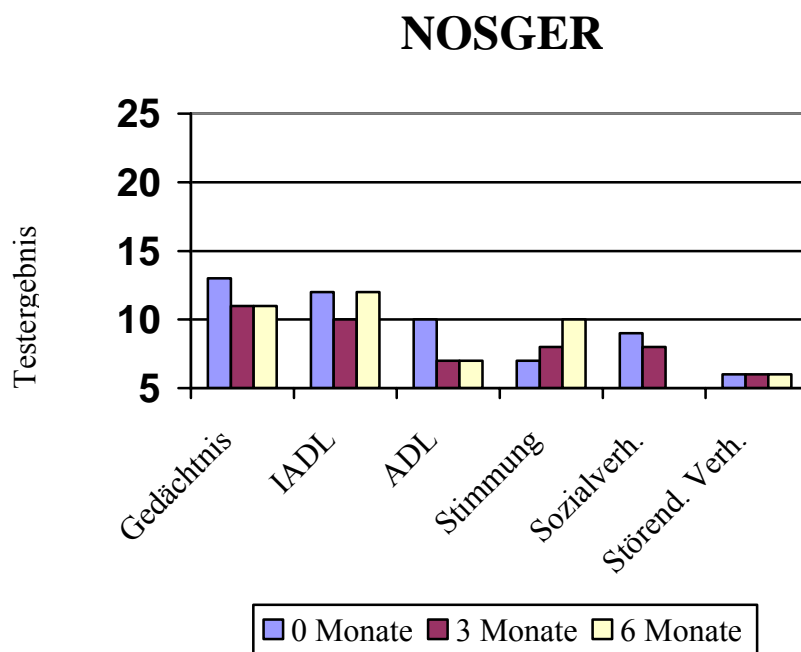


Abbildung 3: NOSGER-Werte von Herrn W.

Für die ersten fünf NOSGER-Dimensionen liegt der Übergang zur Störung des Verhaltens im Wertebereich zwischen 10 und 12 Punkten. (Für die Dimension „Störendes Verhalten“ liegen keine Vergleichswerte zu gesunden Altersprobanden vor.) Insgesamt liegen die Werte des Fremdwahrnehmungstest des Verhaltens von Herrn W. also im gesunden Bereich. Ohne bestehende Diagnose der Demenz wäre aufgrund der leichten Gedächtnisstörung und der beginnenden Pflegebedürftigkeit eine genauere Differentialdiagnostik zu empfehlen. Doch da eine diagnostizierte vaskuläre Demenz vorliegt, kann das Ergebnis als Zeugnis einer Demenz im Anfangsstadium gewertet

werden. Die NOSGER bezeugt im Verlauf eine leichte Verbesserung des Gedächtnisses, eine konstante Leistungsfähigkeit im Bereich der komplexen Alltagsaktivitäten (IADL) und eine Verbesserung der Funktionen der Selbständigkeit (ADL). Die Stimmung von Herrn W. wird als leicht verschlechtert bewertet, während sich sein Sozialverhalten aus Sicht der Leiterin des sozialen Dienstes verstärkt. Herr W. fällt zu keinem Zeitpunkt der Studie durch störendes Verhalten auf.

Fünf der sechs NOSGER-Dimensionen zeigen einen konstanten Verlauf bzw. eine Verbesserung der Werte, was bei einer normalerweise fortschreitend verlaufenden Krankheit als Erfolg zu bewerten ist. Da die Stimmung erst ab einem Wert größer als zwölf in den Bereich der Depression fällt und Herr W. mit einem Wert von 10 auch am Ende der Studie noch als gesund eingestuft wird, kann die NOSGER trotz der Stimmungsverschlechterung von sieben auf zehn insgesamt einen positiven Verlauf während des Behandlungszeitraums bestätigen.

4.2. Die Behandlung von Frau A.

Bei unserem ersten Treffen Mitte Mai 2005 ist Frau A. sehr kommunikativ mit nur leichten Wortfindungsstörungen. Ich kann eine leichte Vergesslichkeit und Desorientiertheit feststellen.

Frau A. klagt vor allem über die Konflikte in der Familie. Zu zweien ihrer Söhne habe sie keinen Kontakt mehr.

Die 81-jährige glaubt an Gott und die Kraft der Gebete, findet den alternativen Ansatz daher sehr schön. Ich sei ihr sehr sympathisch und sie wolle sich bis zum nächsten Mal überlegen, ob sie an der Studie teilnehmen möchte.

Eine Woche später war Frau A. schon ungeduldig auf dem Gang hin- und hergelaufen und sehr erfreut, mich zu sehen. Sie wolle gerne mitmachen. Sie spricht kurz aktuelle familiäre Probleme an, bevor wir mit den Leistungsprüfungstests beginnen. Die Ergebnisse weisen der Diagnose entsprechend auf eine Demenz im Anfangsstadium hin.

Anfang Juni findet die erste STR statt. Frau A. klagt wieder über die Familiensituation und über Schmerzen im rechten Fuß. Während der Behandlung kann sie gut entspannen

und die Fußschmerzen lassen nach. Ein etwa 3-jähriger Seelenteil, der Gewalt erfahren hat, kommt wieder, nachdem ich dem kleinen Mädchen versichere, dass alles vorbei ist und im jetzigen Leben von Frau A. die Gefahr von Gewalterfahrung nicht besteht.

Zwei Wochen später teilt mir die Pflegedienstleitung des Heimes mit, wie begeistert Frau A. von mir sei. Sie freue sich sehr auf die Treffen und ihr ginge es etwa zwei bis drei Tage lang nach den Treffen besser. Danach nehme die Wirkung allerdings wieder ab.

Die vorige Behandlung habe Frau A. gut getan und auch dem chronisch schmerzenden Rücken ginge es seitdem besser.

Während der heutigen STR schläft Frau A. nach kurzer Zeit vertrauensvoll ein. Ein etwa 50-jähriger Seelenteil kehrt zurück, der den Körper wegen emotionaler und körperlicher Überlastung im familiären Umfeld verlassen hatte. Später stellt sich heraus, dass zu dieser Zeit Frau A.'s Mann starb.

Frau A. soll als Aufgabe Kontakt mit ihrem Schutzengel pflegen. Dies sei eine sehr vertraute Übung, sie rufe ihren Engel Zeit ihres Lebens in schwierigen Situationen und fühle sich von ihm sehr beschützt.

Beim nächsten Treffen berichtet sie mir fröhlich, dass sie sich bei ihrer Familie über zu wenig Besuch beschwert habe. Das hätten ihre Kinder eingesehen und sogar versucht, den verschollenen Sohn zu überreden, die Mutter zu besuchen. Der habe sich zwar weiterhin auf stur gestellt, aber wenigstens wisse sie jetzt, dass es ihm gut gehe und wo er wohne. An den Engelkontakt habe sie nicht gedacht, aber Tags zuvor bei der Rosenkranzandacht habe sie sich plötzlich an alle Lieder erinnert, die sie früher in der Kirche gesungen hätte. Da habe sie Mut gehabt, als einzige alle Lieder mitzusingen. Die anderen hätten sie alle ganz erstaunt angesehen und seien begeistert gewesen. Das habe so richtig gut getan! Die Lieder habe sie jahrelang nicht im Kopf gehabt und auch nicht mehr gekannt.

Bei der diesmaligen STR kehren zwei Seelenteile aus der Zeit der ersten Schwangerschaft von Frau A. zurück. Ein Seelenteil war meiner Wahrnehmung nach wegen sexueller Gewalterfahrung, der andere während der Geburt des ersten Kindes verloren gegangen.

Frau A. fühlt sich nach der Behandlung erfrischt und beseelt. Sie wünscht sich, noch einmal die Tests zu machen, um ihr Gehirn zu trainieren!

Nach vierwöchiger, urlaubsbedingter Pause erwartet mich Frau A. im Foyer des Hauses. Voller Freude steht sie auf und erzählt ihrer Nachbarin stolz, dass ich ein Student sei und sie besuche. Sie fragt mich, wie mein Urlaub gewesen sei.

Sie klagt wieder über starke Rückenschmerzen, aber weniger als sonst über ihre Familiensituation. „Ich sag’ dann lieber gar nichts und lasse sie machen, sonst gibt das nur wieder so viel Ärger.“

Heute findet nur die Harmonisierung der Aura statt, da kein Seelenteil zurückkehren möchte. Stattdessen führe ich den Memo-Test durch, welcher eine deutliche Verbesserung der verbalen Merkfähigkeit zeigt. Um zu überprüfen, ob es sich dabei um eine grundsätzliche Verbesserung handelt oder um eine kurzzeitige Folge der Harmonisierung der Aura, werde ich beim nächsten Treffen den Memo-Test in seiner Parallelform erneut durchführen, ohne vorher schamanisch zu intervenieren.

Beim folgenden Treffen begrüßt mich Frau A. mit den Worten: „Wie gut, dass sie kommen, ich habe es wieder so mit dem Rücken, furchtbar. Und voriges Mal hatte ich den ganzen Tag keine Probleme mehr!“

Frau A. zeigt heute deutlich Demenzsymptome: flüchtige Gedanken, Wortfindungsstörungen und Lücken im Kurzzeitgedächtnis.

Das Ergebnis des Memo-Tests ist deutlich niedriger als vor 14 Tagen, als der Test direkt im Anschluss an die schamanische Behandlung durchgeführt wurde. Trotzdem konnte ein Abfall der Leistung innerhalb von dreieinhalb Monaten verhindert werden, denn das heutige Testergebnis ist identisch mit dem erreichten Wert vor Behandlungsbeginn.

Während der folgenden STR zeigen sich mir ein 2-jähriges und ein 4-jähriges Mädchen und teilen mir mit, dass sie regelmäßig von der alten Frau A. begrüßt werden wollen. Es offenbart sich mir keine bestimmte traumatische Situation. Ich hauche die beiden Seelenteile in das Herz- und das Scheitelchakra ein. Frau A. freut sich riesig über die Nachricht, dass die Kleinen zurückgekehrt sind.

Zwei Wochen später lehnt Frau A. eine Behandlung zunächst ab. Sie sei zurzeit sehr unzufrieden und wütend über ihre abhängige Situation im Altenheim. Sie klagt über pochende Kopfschmerzen, die schon länger spürbar sind. Erst bei der Frage nach den kleinen Mädchen scheint sie sich an die vorige Behandlung zu erinnern. Die körperliche Wirkung war für sie am eindrucklichsten. Nach der Behandlung habe ihr Rücken wieder zwei Tage lang nicht wehgetan.

Während der Harmonisierung der Aura verschwinden die Kopfschmerzen. Zwei Seelenteile kehren zurück, etwa 7-jährig und 45-jährig. Das Einhauchen findet am Kreuzbein- und am Nabelchakra statt. Bei der 7-jährigen erkenne ich keine genaue Situation, doch als Aufgabe soll Frau A. zum Frühstück hin und wieder Zuckerbrot essen, um den kindlichen Teil in ihr jetziges Leben zu integrieren. Die 45-jährige Frau A. litt an Überforderung wegen einsetzender Menopause, Erziehung von fünf Kindern und mangelnder Unterstützung durch ihren Mann.

Ich fordere die alte Frau A. auf, wegen der Kopfschmerzen einen Arzt zu konsultieren und benachrichtige auch das Personal. Frau A. hat als Kind gerne Zuckerbrot gegessen und will die Aufgabe gerne erfüllen. Mit dem Personal spreche ich ab, dass Frau A. bei der Morgenpflege an den kleinen Seelenteil erinnert wird und beim Frühstück Zuckerbrot essen darf.

Aufgrund eines eigenen Krankenhausaufenthaltes findet die nächste Behandlung erst vier Wochen später statt. Frau A. erwartet mich wieder ungeduldig und fröhlich.

Doch in der Zwischenzeit waren weder das kleine Mädchen präsent, noch hatte Frau A. Zuckerbrot gegessen. Nur als sie einmal wieder starke Rückenschmerzen hatte, habe sie an mich gedacht und sich gewünscht, dass ich sie behandeln würde.

Anscheinend sind Aufgaben in dieser Form nicht praktikabel. Ich habe die Vermutung, das Personal stehe unter ständigem zeitlichem Druck und nehme die Wichtigkeit der Aufgaben nicht so ernst.

Frau A. ist heute sehr desorientiert und verwechselt Ereignisse aus ihren Träumen mit tagsüber erlebten Geschehnissen.

Bei der STR kehrt heute Frau A. als ganz junges Baby zurück. Es gibt keine Aufgaben zur Integration.

Nach 14 Tagen macht Frau A. wieder einen besseren Eindruck. Es sind zwar Demenz-Symptome vorhanden, nämlich leichte Wortfindungsstörungen und leichte

Desorientiertheit, doch nicht so stark ausgeprägt wie bei unserem vorigen Treffen. Dennoch führe ich keine STR durch, da Frau A. an diesem Tag keine Kapazität zur Integration eines weiteren Seelenteils hat.

Weitere 14 Tage später finde ich Frau A. in Tränen aufgelöst. Sie hat Erinnerungen aus der Kriegszeit, die sie wie in der Gegenwart erlebt. Sie ist sehr aufgebracht, findet ihr Zimmer nicht und hat Angst, für verrückt erklärt zu werden.

Nach einiger Zeit wünscht sie eine Behandlung, während der sie sich beruhigt. Ich hole Seelenteile in nicht personifizierter Form zurück und halte noch eine Weile in Stille ihre Hand. Frau A. möchte nach einiger Zeit alleine gelassen werden.

Meine Vermutung ist, dass Frau A. während eines nächtlichen Traums Kriegserinnerungen wieder erlebt und durch diesen Schrecken Seelenteilverlust erlitten hat. Das Personal berichtet nämlich, dass ihr Zustand seit dem Aufwachen in der Nacht so schlecht gewesen sei.

Mitte November findet die letzte STR statt und im Anschluss die abschließenden Test-Verfahren. Heute kehrt ein Seelenteil zurück, über den ich keine genauen Angaben machen kann.

Frau A. erscheint wieder etwas gesammelter, hat sich aber noch nicht ganz von dem demenziellen Schub vor zwei Wochen erholt.

Als ich Frau A. zum Abschlussgespräch besuchen möchte, lehnt Frau A. ein Treffen ab, da sie noch andere Termine habe. Das Personal erklärt mir, Frau A. sei eifersüchtig, da sie erfahren habe, dass ich außer ihr auch noch eine andere Frau im Heim besuche. Vielleicht, so vermute ich, ist sie auch mit dem Abschiedsprozess überfordert.

Einige Wochen später kann sich Frau A. doch noch einmal auf ein Treffen einlassen, bei dem sie sich sehr herzlich für meine Hilfe bedankt und mir Gottes Segen und Glück wünscht.

4.2.1. Ergebnisse der Testverfahren (Frau A.)

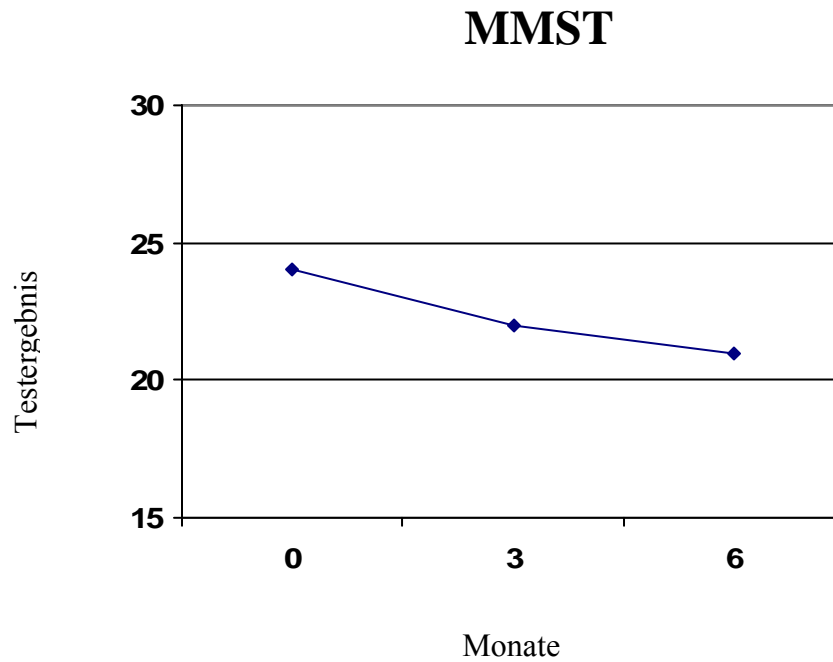


Abbildung 4: MMST-Werte von Frau A.

Die MMST-Werte liegen bei Frau A. erwartungsgemäß im Bereich einer Demenz im Anfangsstadium. Im Verlauf zeigen die Werte den für die Krankheit üblichen Abfall. Bei Frau A. ist auf der globalen Ebene der kognitiven Leistungsfähigkeit also keine Behandlungswirkung messbar.

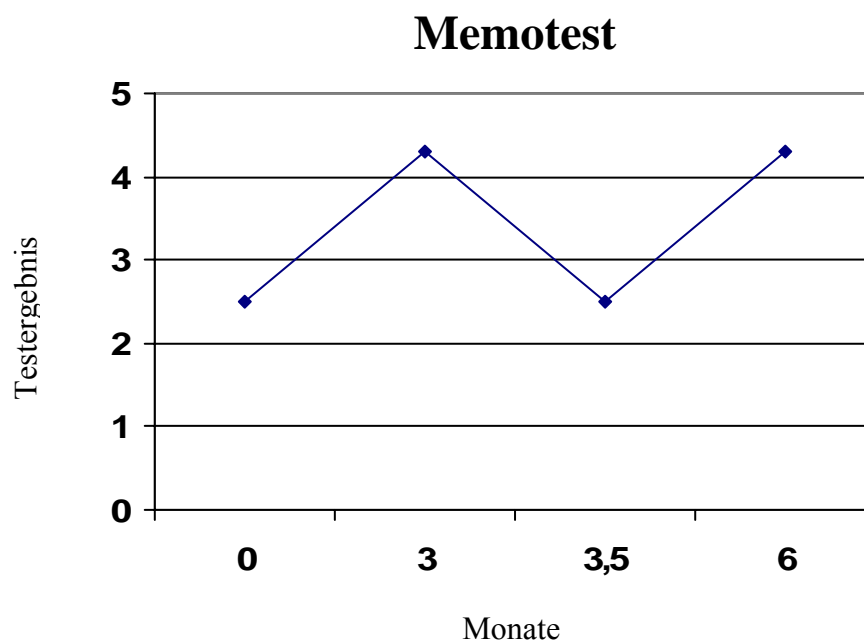


Abbildung 5: Memotest-Werte von Frau A.

Die verbale Merkfähigkeit von Frau A. hatte sich nach drei Monaten der Behandlung so stark verbessert, dass ich überprüfen wollte, ob eine grundsätzliche oder eine kurzzeitige Verbesserung des Gedächtnisses vorlag. Da der Memo-Test in einer A- und einer B-Form durchführbar ist, war es möglich, nach zwei Wochen mit der Parallelförm erneut zu testen, ohne dass ein eventueller Lerneffekt das Ergebnis verfälscht hätte. Während das Verfahren beim zweiten Test direkt nach der Behandlung durchgeführt worden war, testete ich Frau A. nach dreieinhalb Monaten ohne vorherige schamanische Behandlung.

Das dritte Testergebnis zeigt denselben Wert wie vor dem Behandlungsbeginn.

Die vierte und letzte Messung nach sechs Monaten wurde wieder in direktem Anschluss an die STR durchgeführt und ergab wieder eine starke Verbesserung der verbalen Gedächtnisleistung.

Diese Messergebnisse weisen darauf hin, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Behandlung und dem positiven Messergebnis zu geben scheint und nicht nur die Wirkung regelmäßiger Besuche ist. Die Werte bestätigen auch die Rückmeldung des Pflegepersonals, die besagt, dass die Behandlung eine kurzzeitige starke Verbesserung auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene auslöse, welche aber nach ein bis zwei Tagen wieder schwächer werde.

Ebenfalls schließen diese Ergebnisse, vor allem die Abfolge der Werte nach drei und dreieinhalb Monaten einen möglichen Lerneffekt durch wiederholte Testung aus. Denn das mit nur zwei Wochen Verzögerung gemessene Ergebnis der Testform A liegt weit unter dem kurz vorher gemessenen Ergebnis der Testform B.

Es wäre einzuwenden, dass Frau A. im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Frühstücksguppe zeitweise an einem Gedächtnistraining („Gehirnjogging“) teilnahm. Doch die Wirksamkeit der Konzentrations- und Gedächtnisübungen ist wie in Kapitel 4.1.1 beschrieben bei Demenzpatienten noch kaum belegt. Bei Frau A. wurde entsprechend keine globale Verbesserung der Gedächtnisleistung gemessen, wie die Ergebnisse des MMST und der NOSGER (s.u.) zeigen, sondern ausschließlich die vermutlich kurzzeitige Verbesserung des verbalen Gedächtnisses direkt nach der Behandlung.

Auch wenn die stark verbesserten Messwerte nach drei und sechs Monaten wahrscheinlich nur eine kurzzeitige Gedächtnisstärkung darstellen, lässt das

Messergebnis nach dreieinhalb Monaten darauf schließen, dass insgesamt das verbale Gedächtnis während der Untersuchung gestärkt wurde. Denn der durch die fortschreitende Demenz zu erwartende Abfall der Gedächtnisleistung blieb aus.

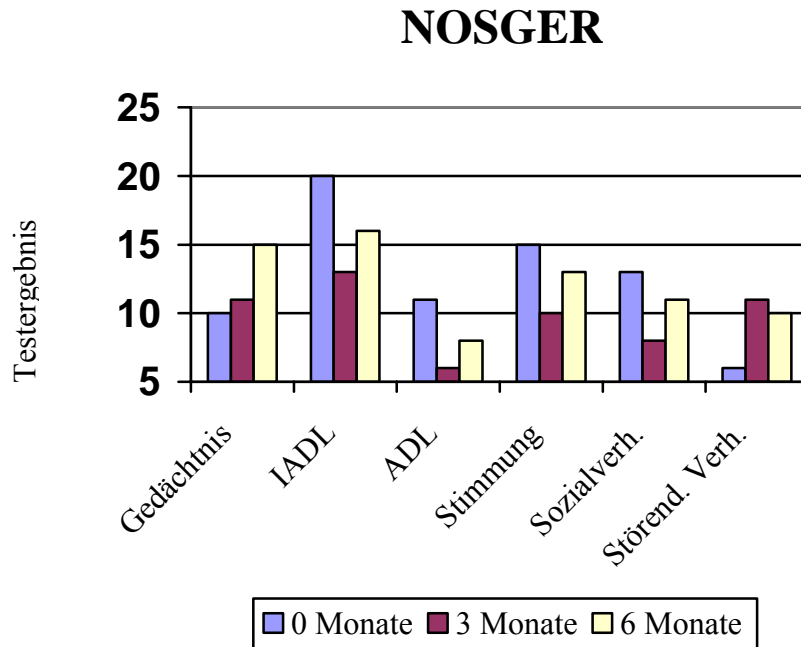


Abbildung 6: NOSGER-Werte von Frau A.

Die Gedächtnisdimension der NOSGER zeigt den MMST bestätigend einen leichten Abfall der Gedächtnisleistung von Frau A. Die Werte liegen bei ihr im Bereich einer leichten Gedächtnisstörung.

Die Alltagskompetenz (sowohl IADL als auch ADL) hat sich während des Behandlungszeitraums verbessert, ebenso Stimmung und Sozialverhalten. Die Funktionen der Selbständigkeit steigerten sich sogar laut Beurteilung des Pflegepersonals aus dem Bereich der erhöhten Pflegebedürftigkeit (Wert >10) in den nur leicht pflegebedürftigen Bereich.

Das störende Verhalten von Frau A. wurde im Laufe der Untersuchung stärker. Zu dieser NOSGER-Dimension existieren keine Vergleichswerte mit gesunden Altersprobanden. Bei genauerer Untersuchung der Items fällt auf, dass sich der höhere Wert bei Frau A. dadurch ergibt, dass sie nach sechs Monaten reizbarer als vorher ist und sich weniger genau an Anweisungen und Regeln hält. Ich würde diese Stärkung des störenden Verhaltens so deuten, dass Frau A. ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse

stärker wahrnimmt und daher weniger gefügig gegenüber Anweisungen ist. Aber ich machte beim Pflegepersonal die Beobachtung, dass der durch die Antriebsarmut und Apathie begründete „Gehorsam“ der alten Menschen als positiv bewertet wird, sofern die Pflege dadurch rascher und reibungsloser verläuft. Vom therapeutischen Standpunkt her gesehen wäre ein stärkeres Ich-Bewusstsein der Patientin trotz des damit verbundenen stärkeren Reibungspotentials als positiv zu bewerten. Dieses gestärkte Selbstbewusstsein mache ich zum Beispiel daran fest, dass sich Frau A. bei ihrer Familie über zu wenig Besuch beschwert, worauf die Familie reagiert und sich die Familiensituation entspannt.

Hier wird die Ungenauigkeit der Fremdwahrnehmungs-Verfahren deutlich, denn es wird immer nur die bevorzugte Beobachtungsebene des Beurteilenden wiedergegeben. Es „wird bei der Analyse des Beurteilungsverhaltens verschiedener Berufsgruppen deutlich, dass beim Globalurteil die Interrater-Reliabilität [Fehler im Originaltext, Anm. d. Verf.] zwischen Pflegepersonal und Ärzten ausgesprochen niedrig sein kann und dies wohl deshalb, weil die Ärzte der Psychopathologie, das Pflegepersonal dagegen eher der beobachteten Alltagskompetenz mehr Gewicht beimessen“. (Gutzmann / Frölich 2003, 91)

4.3. Die Behandlung von Frau L.

Bei meiner ersten Begegnung mit Frau L. erlebe ich sie als sehr herzlich und aufgeweckt, höflich und mit großem „kölschen“ Humor.

Sie hat starke Demenz-Symptome, überspielt Wortfindungsstörungen und Erinnerungslücken. Ich habe den Eindruck, dass sie nicht genau versteht, was es mit dem Forschungsprojekt auf sich hat. Aber sie versteht, dass es eine seelische Behandlung sei und ich sie regelmäßig besuchen würde. Demgegenüber ist sie sehr aufgeschlossen und freut sich auf meinen Besuch. Ich könne jederzeit kommen.

Frau L. hat bei unserem zweiten Treffen meinen Namen vergessen, aber sie habe dieser Tage noch an mich gedacht. Sie klagt darüber, dass sie keinen Besuch bekäme. Niemand aus der Familie komme, sie wolle gar nicht wissen, was dahinter stecke.

Ich werde gefragt, ob ich mit dem Wagen unterwegs wäre. „Nein? Dann können sie sich ja einen genehmigen!“ Daraufhin bietet sie mir in einem verstaubten Milchkännchen etwas Sprudelwasser an.

Nach nochmaliger Erklärung meinerseits, was es mit dem Projekt auf sich habe, ist sie hellauf begeistert, dass ich sie regelmäßig besuchen würde und etwas für ihre Seele tun würde. „Ja glauben sie denn, dass ich eine habe?“ scherzt sie. Sie schenkt mir eine Puppe, die ihr verstorbener Mann seinerzeit gebastelt hat.

Heute führe ich die Leistungsprüfungs-Tests durch, die eine Demenz im mittleren Stadium bestätigen.

Anfang Juni 2005 findet die erste STR statt. Frau L. dachte seit einigen Tagen an mich, weil ich doch versprochen hatte, nach 14 Tagen wiederzukommen. Sie ist froh, dass ich mein Versprechen gehalten habe. Sie spricht viel davon, dass andere Leute sie für „jeck“ halten könnten, dabei sei sie gar nicht jeck, sie sei eben ein bisschen vergesslich. Zur Behandlung möchte sich Frau L. nicht auf das Bett legen, dazu sei sie zu angespannt.

Ich hole einen Seelenteil zurück, der das ungefähre Aussehen von Frau L. heute hat, also noch nicht lange von ihr getrennt war. Er hat eine sehr rebellische Ausstrahlung. Frau L. spürt, wie während der Behandlung eine Entspannung durch ihren Körper strömt.

Mitte Juni findet die nächste Behandlung statt. Frau L. freut sich sehr, dass ich komme. Seit dem vorigen Treffen habe sich etwas verändert. Sie könne das nicht genau in Worte fassen, das sei eher irgendwo von innen.

Sie findet meinen bunten Hut schön und würde auch gerne jetzt zu Karneval einmal rausgehen. (Es ist Sommer!) Sie sucht in ihrem Kleiderschrank nach etwas zum Anziehen, was sie mir schenken könnte, findet aber nur eine angebrochene Flasche Sprudelwasser. Die schenkt sie mir mit den Worten: „Davon machen sie sich mal einen schönen Abend!“

Die Behandlung findet auf dem Stuhl statt, und Frau L. kann währenddessen nicht die Augen schließen. Das käme dann mit der Zeit, meint sie, jetzt sei sie zu nervös. Sie merke, dass das mit den Nerven arbeitet.

Bei der STR bringe ich ein fast 4-jähriges Mädchen zurück, das im Wasser war und Angst vor dem Ertrinken hatte. Nach der STR bemerkt Frau L.: „Jetzt haben sie mich

ganz ruhig gemacht. Toll, ich danke ihnen! Sie wissen ja, was ich sonst für eine aufgedrehte Person bin.“

Frau L. schenkt mir beim Verabschieden eine Dose Nivea-Handcrème als Dank.

Beim nächsten Treffen erzählt Frau L., sie habe des Nachts von mir geträumt und sich morgens gedacht, dass die 14 Tage ungefähr um sein müssten.

Sie erzählt mir heute viel aus ihrer Kindheit, dass sie immer etwas anders und vor allem vorlaut gewesen sei. Dies weist auf die Verarbeitung der STR-Behandlung vor 14 Tagen hin. Sie fragt mich drei Mal, wie wir uns kennen gelernt hätten. Das müsse jetzt schon mehrere Wochen her sein.

Die STR findet wieder auf dem Stuhl statt. Ich bringe drei Seelenteile zurück, die mit Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrer Mutter zusammenhängen. Frau L. spürt deutlich ein Kribbeln, so als würden sich ihre Beine bewegen. Das beruhige sie.

Beim Verabschieden schenkt sie mir wieder eine Flasche Sprudelwasser, die sie als Wein deklariert. Zuerst will sie mir einen Teddybären schenken, doch den kann ich nicht annehmen. Er ist neben der Puppe (die sie mir schon geschenkt hat), einigen Fotos und ihrer Kleidung ihr einziger Besitz.

Ich erkläre ihr, dass ich erst in vier Wochen wieder käme, da ich Urlaub machen wolle.

Frau L. begrüßt mich nach dem Urlaub mit den Worten: „Das waren aber lange vier Wochen! Ich habe schon überlegt, ob sie wohl wirklich wieder kommen.“ Diese Erinnerungsfähigkeit ist ungewöhnlich für eine Demenz im mittleren Stadium. Sie strahlt und zeigt ihre Freude darüber, mich zu sehen. Sie weint kurz an meiner Schulter über den Verlust ihres Mannes und darüber, dass er nie böse zu ihr war.

Zur STR legt sie sich heute zum ersten Mal auf das Bett, schließt die Augen und schläft während der Behandlung bald ein. Das Vertrauen ist jetzt scheinbar aufgebaut.

Ich hole einen Seelenteil aus Frau L.'s Küche, der verloren ging kurz nachdem sie telefonisch die Nachricht über den Tod ihres Mannes bekommen hatte. Es kommen viele weitere kleinere Seelenteile zurück, die mit diesem Lebensereignis zusammenhängen.

Beim nächsten Treffen fragt mich Frau L., ob mein Urlaub vier Wochen lang gewesen sei. Erst als ich sie daran erinnere, fällt ihr wieder ein, dass seit dem Urlaub schon eine Behandlung stattgefunden hat. Die Freude, mich zu sehen, ist jetzt jedes Mal sehr groß.

Ihr Zustand zeigt deutliche Demenzsymptome: räumliche und zeitliche Desorientiertheit, Wortfindungsstörungen, Schwäche des Kurzzeitgedächtnisses.

Wir führen zum zweiten Mal die Leistungsprüfungstests durch. Frau L. ist davon überfordert und berichtet mir über Ängste, die sie nachts heimsuchen. Sie habe Angst vor einem großen Mann und wisse oft nicht, ob er real sei oder nur in ihrem Geiste existiere. Ich erkläre ihr die Realität von Träumen aus schamanischer Sicht, wir sprechen über Engel und ich erzähle ihr von Krafttieren, die die Menschen beschützen können. Frau L. hat helle Freude an der Vorstellung. „Ach, dann bin also nicht nur ich jeck!“ lacht sie.

Die Leistungsprüfungstests zeigen leichte Verbesserungen, auffällig beim Fremdwahrnehmungstest ist eine starke Steigerung des „Störenden Verhaltens“ aus Sicht des Pflegepersonals.

Auch wenn kein Zusammenhang beweisbar ist, wundere ich mich nicht über diese Tatsache, denn ich habe die zurückgeholten Seelenteile als rebellisch und eigensinnig erlebt!

Bei meinem Besuch gegen Ende August hatte Frau L. schon gezählt, wie viele Tage sie wohl noch warten müsse. Die Tage mit mir seien besondere Tage, an denen sie sich anders fühle.

Ihre stärkste Gefühlsregung heute ist Trauer über das Alleinsein. Sie weint darüber, dass ihr Großneffe so wenig Kontakt zu ihr hält. Sie sei aber auch ohne Grund traurig, wie sie mir erzählt. Aus ihren verworrenen Aussagen lässt sich schließen, dass es sich um die Trauer über den Verlust ihres Ehemannes handelt.

Die Demenzsymptome zeigen sich heute stark. Es findet keine schamanische Behandlung statt, da Frau L. mit dem Prozess der Integration der bisher zurückgeholten Seelenteile beschäftigt ist.

Aufgrund meines Krankenhausaufenthaltes fiel eine Sitzung aus, und bei unserem nächsten Treffen Ende September ist Frau L. wieder heiter. Sie könne sich über nichts beklagen, es gehe ihr soweit gut. Die Demenzsymptome sind nicht so stark ausgeprägt wie vier Wochen zuvor.

Zur STR legt sie sich mittlerweile vertrauensvoll auf das Bett und schläft wieder während der Behandlung ein. Auf der schamanischen Reise erkenne ich, dass sich der Großteil der Seele von Frau L. immer noch auf der anderen Seite der Wirklichkeit

befindet. Ich bekomme die Information, dass die Behandlung zwar für den verbliebenen Teil der Seele im Körper hilfreich sei, aber die Krankheit schon zu weit fortgeschritten sei und der Sterbeprozess nicht mehr umgekehrt werden könne.

Es kehrt ein Seelenteil zurück, der sich mir als alte Frau zeigt - ungefähr so, wie Frau L. jetzt aussieht.

Zwischen den Treffen mache ich verschiedene schamanische Reisen, um Informationen über das weitere Vorgehen mit Frau L. zu sammeln, bis ich sicher bin, die Behandlung wie bisher weiterführen zu können.

Frau L. hat sich vor unserem folgenden Treffen wieder Sorgen gemacht, dass ich nicht kommen würde. Sie ist sehr gerührt, dass ich doch erscheine, ist sentimental, nimmt mich sofort in den Arm und weint ein bisschen. Insgesamt ist sie jedoch wie immer dankbar, dass sie im Heim so gut versorgt wird.

Sie erzählt lebhaft aber sehr durcheinander. Sie beklagt sich darüber, dass ihr Mann nie aus dem Krieg zurückgekommen sei, dabei starb er erst vor ca. 20 Jahren. Außerdem vertraut sie mir an, dass sie früher von ihrer Mutter geschlagen worden sei, was sie erst heute besser verstehen kann. Vielleicht ist dies eine Folge der STR, die etwa drei Monate zurückliegt, bei der ich die traumatische Beziehung zur Mutter behandelte.

Heute findet keine STR statt, da Frau L. in ihrem heutigen Zustand nicht in der Lage ist, einen neuen Seelenteil zu empfangen.

Am Tage der letzten STR hat Frau L. wieder gezweifelt, ob ich überhaupt noch einmal kommen würde. Die 14 Tage seien ihr ewig vorgekommen. Offensichtlich beginnt Frau L. schon innerlich mit dem Abschiedsprozess. Sie zeigt sich von ihrer typisch gastfreundlichen Seite und bietet mir alkoholische Getränke an, die sie faktisch nicht besitzt.

Bei der heutigen STR, während der Frau L. wieder einschläft, kehrt ein 14-jähriger, sich gegen die Eltern auflehrender Seelenteil aus ihrer Pubertät zurück.

Während des dritten und letzten Leistungsprüfungsverfahrens äußert sich Frau L. mehrfach dahingehend, dass sie sich ängstlicher als sonst fühle. Das liege nicht an mir, aber es wirke sich negativ auf ihre Konzentrationsfähigkeit aus.

Die Ergebnisse zeigen eine leichte Besserung im Vergleich zu denen vor Beginn der Behandlung.

Bei meinem letzten Besuch muss Frau L. sehr weinen. Sie weint aus Freude darüber, dass nie jemand so nett zu ihr gewesen sei wie ich und aus Trauer über den Abschied. Denn ich wäre für sie jetzt wie ein verlorenes Schaf.

4.3.1. Ergebnisse der Testverfahren (Frau L.)

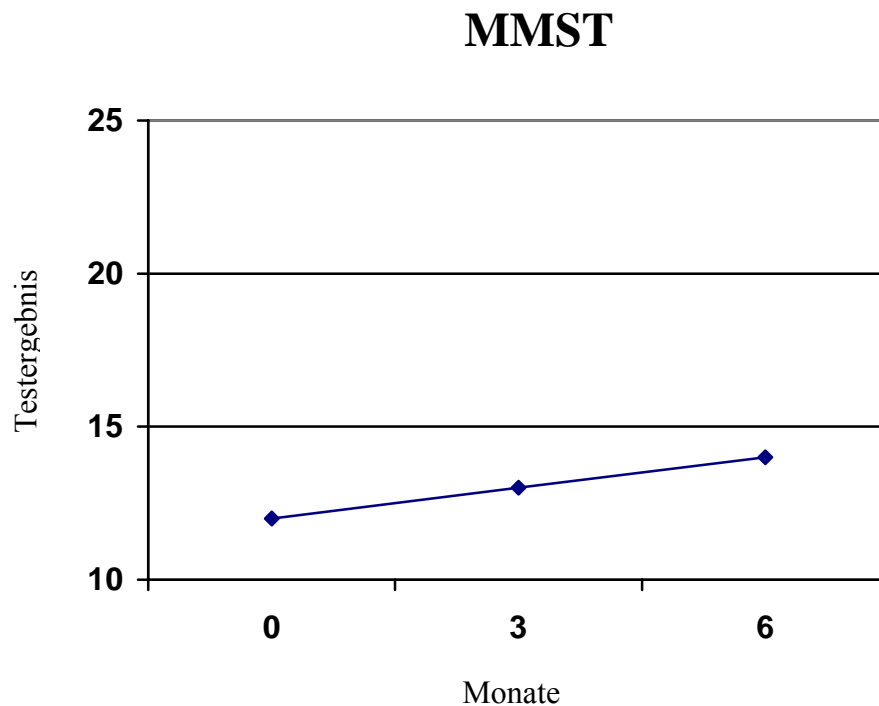


Abbildung 7: MMST-Werte von Frau L.

Bei Frau L. liegt eine mittelschwere Demenz vor. Dies bestätigen die Ergebnisse des MMST, welcher eine mittelgradige Demenz in einem Wertebereich zwischen 10 und 20 Punkten ansiedelt. Sehr ungewöhnlich für eine Demenz in diesem mittleren Stadium ist allerdings die stetige Verbesserung der Werte. Schon ein verzögerter Abfall der Punktzahl könnte als Behandlungserfolg gedeutet werden, vielmehr jedoch eine Steigerung der Punktzahl. Laut MMST kann also eine positive Veränderung während des Behandlungszeitraumes festgehalten werden.

Memotest

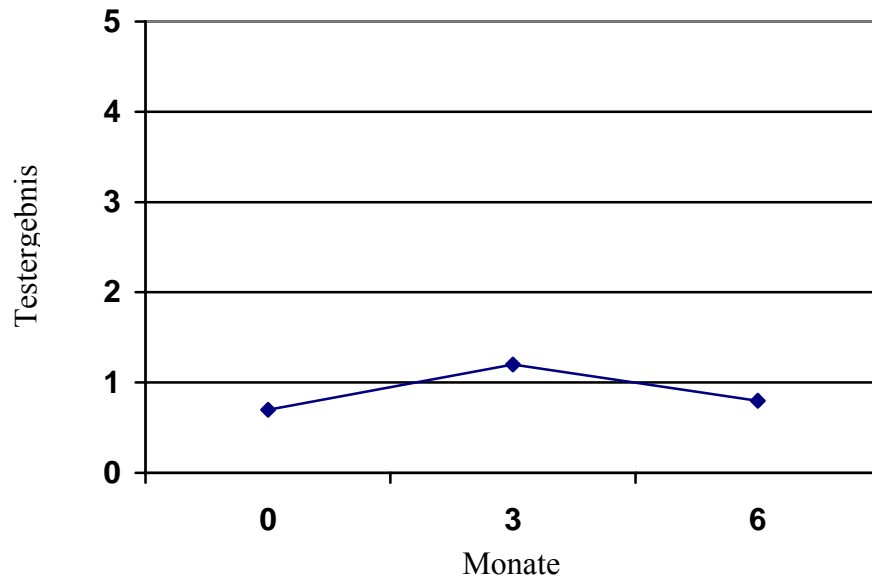


Abbildung 8: Memotest-Werte von Frau L.

Der Memo-Test bestätigt bei Frau L. eine starke Beeinträchtigung der verbalen Merkfähigkeit. Trotzdem konnte der Abfall der Gedächtnisleistung nicht nur verzögert, sondern nach sechs Monaten in eine leichte Steigerung von 0,67 auf 0,83 Punkte umgekehrt werden. Diese Steigerung ist zwar bei einem generell niedrigen Leistungsniveau eher gering, aber gerade im mittleren Stadium dennoch untypisch.

NOSGER

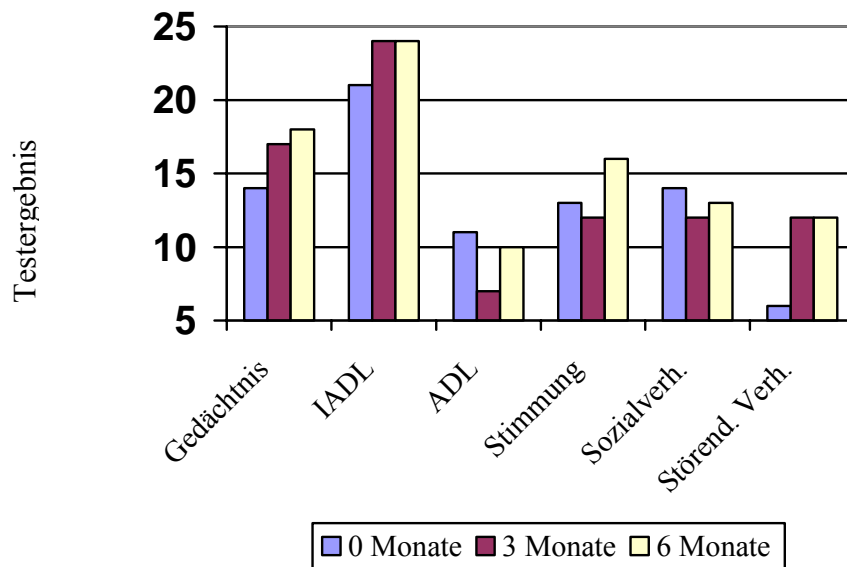


Abbildung 9: NOSGER-Werte von Frau L.

Drei der sechs gemessenen NOSGER-Dimensionen weisen bei Frau L. auf eine für Demenzpatienten untypische Entwicklung ihres Verhaltens hin.

Die Gedächtnisleistung wird im Fremdwahrnehmungs-Verfahren nach sechs Monaten schlechter bewertet als zu Beginn der Untersuchung. Dieses Ergebnis steht scheinbar im Widerspruch zu den Ergebnissen des Memo-Tests, der eine leichte Verbesserung des Gedächtnisses misste. Dies muss aber nicht zwangsläufig einen Widerspruch bedeuten, denn die NOSGER-Dimension „Gedächtnis“ ist als Globalurteil zu verstehen, welches das Kurzzeit- wie auch das Altgedächtnis umfasst. Der Memo-Test hingegen misst ausschließlich die verbale Merkfähigkeit über einen Zeitraum von längstens 15 Minuten. Dass sich die geringe Verbesserung einer speziellen Gedächtnisfunktion nicht auf die allgemeine Gedächtnisleistung einer Probandin im mittleren Demenzstadium auswirkt, ist sogar nahe liegend.

Die komplexen Alltagsfunktionen (IADL) von Frau L. verschlechtern sich zunächst leicht, bleiben aber innerhalb der letzten drei Untersuchungsmonate konstant. Diese Entwicklung kann als verzögerter Abfall und damit als untypischer Verlauf der Demenzerkrankung im mittleren Stadium bewertet werden, insbesondere wenn man die Ergebnisse der Funktionen der Selbständigkeit (ADL) hinzuzieht, die sogar eine geringere Pflegebedürftigkeit am Ende der Behandlung bezeugen.

Während die Stimmung von Frau L. im Laufe der Untersuchung vom Pflegepersonal als schlechter empfunden wird und das störende Verhalten zunimmt, verbessert sich ihr Sozialverhalten, d.h. sie geht etwas häufiger in Kontakt mit Personen in ihrer Umgebung und nimmt an den Vorgängen ihres Umfeldes mehr Anteil.

Die Werte der drei zuletzt beschriebenen NOSGER-Dimensionen stehen meines Erachtens nach in direktem Zusammenhang miteinander. Frau L. wurde sich im Laufe der Behandlung immer mehr ihrer Einsamkeit bewusst und äußerte wiederholt ihre Traurigkeit darüber. Dies spiegelt sich in der vom Personal als schlechter empfundenen Stimmung wieder. Aus dem Gefühl der Einsamkeit heraus versuchte Frau L. stärker, Kontakt mit ihrer Umgebung aufzunehmen, was ebenfalls vom Pflegepersonal in der NOSGER bestätigt wurde. Das zunehmende störende Verhalten ergibt sich bei Frau L. meinem Ermessen nach aus dem erhöhten Reibungspotential, welches verstärkter sozialer Kontakt mit sich führt. Gerade durch ihre direkte „kölsche“ Art treten bei Frau L. im Umgang mit anderen Menschen Missverständnisse auf, die von ihrem Gegenüber als verletzend empfunden werden. Zum Beispiel musste Frau L. gegen Ende der Behandlungszeit eines Nachmittags nach Anweisung des Personals auf ihrem Zimmer

bleiben, weil sie die anderen Bewohner durch ihr Verhalten ärgerte. Frau L. reagierte auf diese Maßnahme mit Unverständnis. „Warum bin denn immer ich die Böse?“ fragte sie.

An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig neben der STR eine therapeutische Begleitung ist, um die gestärkte Präsenz harmonisch in den Lebensalltag der Probandin zu integrieren. Dies wurde aus unter 3.2.1 beschriebenen Gründen bei dieser Untersuchung unterlassen, was sich für Frau L. offensichtlich als Nachteil erwies.

Für die ersten fünf NOSGER-Dimensionen liegt der Übergang zur Störung des Verhaltens im Wertebereich zwischen 10 und 12 Punkten. Da zur NOSGER-Dimension „Störendes Verhalten“ keine Vergleichswerte zu gesunden Altersprobanden existieren, kann nicht beurteilt werden, inwieweit der Abschlusswert „12“ eine Störung des Verhaltens anzeigt oder noch als gesund beurteilt werden kann. Nach meiner Beurteilung ist dieser Wert aus oben beschriebenen Gründen eine Bestätigung des gestärkten Ich-Bewusstseins von Frau L. Doch bei dieser Bewertung handelt es sich um meine bevorzugte therapeutische, subjektive Sichtweise.

4.4. Die Behandlung von Frau D.

Auch Frau D. begegnet mir bei unserem ersten Treffen als humorvoll. Sie ist mir gegenüber offen, aufgeschlossen und höflich, doch lehnt eine Teilnahme am Projekt ab, da sie zu alt sei und bald sterben werde, ihr schmerzten jetzt schon alle Knochen. Sie könne mir nicht von Hilfe sein. Sie sieht und hört nicht gut, erkennt das Personal nicht wieder, verwechselt und vergisst die Namen. Zum Teil vertuscht sie diese Vergesslichkeit, zum Teil macht sie Witze darüber, zum Teil beschreibt sie sich selbst auf Grund dessen als „dummes Ding“.

Nachdem ich ihr genauer das Projekt erkläre und die seelische Fürsorge, die im Zentrum stehe, entscheidet sich Frau D. mitzumachen und ist gegen Ende des Gesprächs sehr fröhlich und in Vorfreude auf das nächste Treffen.

Frau D. erkennt mich zehn Tage später zuerst nicht wieder und erinnert sich auch nicht an ein Forschungsprojekt. Sie könne mir nicht helfen, da sie bald sterben werde. Doch während wir in ein persönliches Gespräch einsteigen, erinnert sie sich an mich und die Untersuchung. Daraufhin führe ich die Leistungsprüfungstests durch. Bei einem der

Tests soll die Probandin einen vollständigen Satz schreiben. Frau D. schreibt: „Ich mag Sie leiden.“

Die Ergebnisse zeigen eine Demenz im Anfangsstadium mit einer stark gestörten verbalen Merkfähigkeit.

Am Tag der ersten STR erinnert sich Frau D. wieder zunächst nicht an mich, doch nach kurzer Zeit fällt ihr ein, dass sie bei dem Test den Satz „Ich mag Sie leiden.“ geschrieben habe. Das sei ihr im Nachhinein sehr peinlich gewesen, so etwas gehöre sich eigentlich nicht. Aber sie vertraue mir.

Sie lässt sich im Sitzen auf eine erste Behandlung ein, öffnet aber zwischendurch die Augen und hat Schwierigkeiten zu entspannen. Die Behandlung wird durch Herrn P. gestört (Sozialarbeiter), der ohne zu klopfen hereinkommt und einen Mantel in den Schrank hängt. Etwas später wünscht Frau D.: „Lassen sie uns besser aufhören, gleich kommen die mit dem Mittagessen herein.“

Trotzdem war eine STR möglich. Es gab keine Informationen bezüglich des Alters, doch hatte der Seelenteil Gewalt erfahren.

Bei einem Telefonat mit der Betreuerin von Frau D. erfahre ich, dass mich Frau D. in Gesprächen positiv erwähnt und mich sympathisch finde.

Beim folgenden Besuch erkennt mich Frau D. sofort, kann sich allerdings nicht an meinen Namen erinnern.

Bezüglich der Heilbehandlung erzählt sie, dass sie etwas irritiert gewesen sei. Zwischendurch sei mehrmals die Tür aufgegangen, schließlich sei ein Mann hereingekommen, das habe sie völlig herausgerissen. Außerdem sei ihr die Behandlung nicht christlich genug gewesen. Wir unterhalten uns ein wenig, doch Frau D. wünscht keine erneute STR.

14 Tage später geht es Frau D. körperlich und geistig so schlecht, dass sie kein Gespräch mit mir führen könne, und sie führt mich auch nicht wie sonst aus dem Zimmer. Sie entschuldigt sich und schimpft, sie gehöre nicht in ein Pflegeheim sondern ins Krankenhaus. Das sei kein lebenswürdiger Zustand. Sie wolle einfach sterben.

Das Pflegepersonal informiert mich darüber, dass Frau D. zurzeit außer ihrer Betreuerin niemanden an sich heranlasse.

Bei unserem nächsten Treffen, das wie immer mit dem sozialen Dienst abgesprochen ist, hat Frau D. gerade Besuch von ihrer Betreuerin. Dieser passt es überhaupt nicht, dass ich gerade jetzt komme: „Wir haben uns so intensiv unterhalten, können sie nicht ein anderes Mal wiederkommen?“ Dennoch wird mir ein Glas Wasser angeboten und ich darf für einen Moment das Zimmer betreten.

Frau D. beklagt sich wieder über Schmerzen im Körper und ihren lebensunwerten Zustand. Sie möchte einfach sterben und auch keinen Besuch mehr empfangen. Wir verbleiben so, dass ich demnächst bei Frau D. selbst anrufe, die seit neuestem ein Telefon besitzt, um zu fragen, ob sie Besuch empfangen möchte.

Nach dem Treffen gibt Frau D. dem Personal die Mitteilung, dass der junge Student nicht mehr kommen solle. Davon erfahre ich allerdings erst nach unserem nächsten Treffen.

Einen Tag vor dem folgenden Treffen rufe ich an und verabrede mich mit Frau D.

Wieder geht es ihr sehr schlecht. Frau D. will einfach sterben. Ich nehme starke innere Aggressionen wahr bis hin zur Verzweiflung. Der Zustand in diesem Heim sei unerträglich. Das Personal sei ungebildet bis auf wenige Ausnahmen. Die anderen Bewohnerinnen seien schon verwirrt, bevor sie einzögen. Man könne sich mit niemandem unterhalten, es gebe keine Betreuung. Ständig gebe es Krach, fast nie sei es ruhig. Im Zimmer gebe es keine Privatsphäre, ständig kämen Menschen ohne zu klopfen einfach herein.

Frau D. erinnert sich mittlerweile durchgängig an meinen Namen, nennt mich „Herr Schumacher“. Sie erinnert sich an das Projekt und an die Behandlung vor sechs Wochen. „Damit das bei mir wirkt, muss es ganz andere Voraussetzungen geben. Unter diesen Umständen in diesem Heim ist das nicht möglich.“

Auf meine Frage, ob sie sich auf eine kurze Behandlung einlassen könne, antwortet sie überraschenderweise zustimmend. Ich bringe einen großen Seelenteil, der noch vor der Geburt von Frau D. verloren gegangen war. Ich bekomme von meinem spirituellen Helfer die Aufgabe, Frau D. jetzt alleine zu lassen. Ich wünsche ihr alles Gute und verabschiede mich. Frau D. stehen die Tränen in den Augen, ihr Gesicht ist rot und sie

begleitet mich noch zur Tür mit den Worten: „Danke, Herr Schumacher, für ihren Besuch. Machen sie weiter so! Bis zum nächsten Mal.“

Zwei Wochen später geht es Frau D. wieder schlecht. Sie könne und wolle nichts machen, außer den Tod abzuwarten. Deshalb sehe sie auch keinen Grund mehr in unseren Treffen. Ich solle meine Zeit nicht mit jemand so Undankbarem verschwenden wie ihr. Sie begleitet mich noch zur Tür und bittet mich, nicht wiederzukommen. Mich berührt ihre Klarheit und Ehrlichkeit, ich fühle Trauer über das frühe Ende unserer Bekanntschaft, finde es aber wichtig, ihre Entscheidung zu akzeptieren.

Die Testverfahren werden nach drei Monaten von Frau D.'s Betreuerin durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Besserung der Gedächtnisleistung.

Nach weiteren drei Monaten ist es selbst der Betreuerin nicht möglich, die abschließenden Tests durchzuführen. Daher bleiben die Ergebnisse dieser Fallstudie unvollständig.

4.4.1. Ergebnisse der Testverfahren (Frau D.)

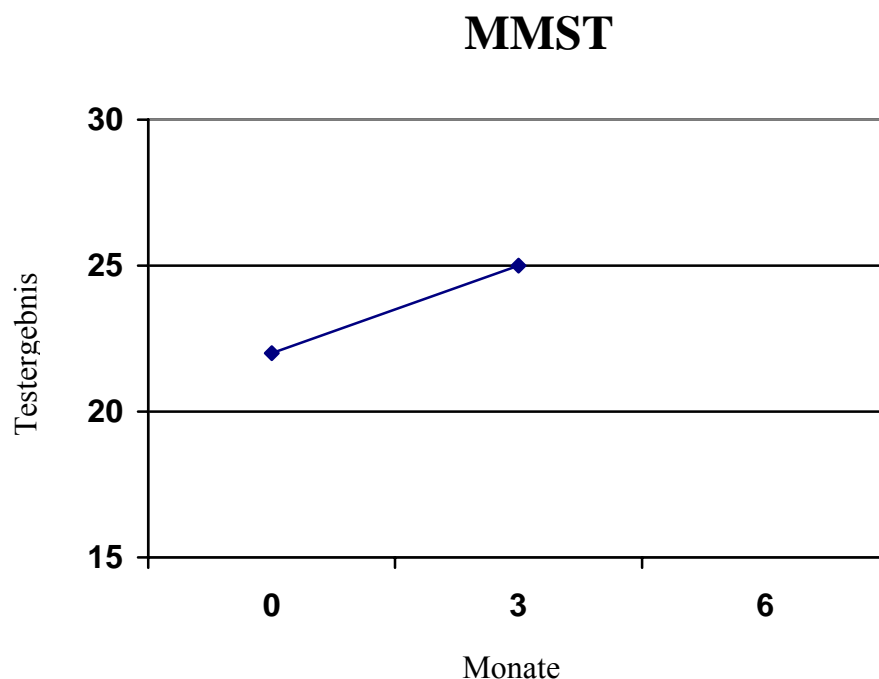


Abbildung 20: MMST-Werte von Frau D.

Der MMST zeigt bei Frau D. nach drei Monaten Behandlungszeit eine für Demenz untypische Verbesserung der Testergebnisse um 3 Punkte.

Die Ergebnisse sind wenig aussagekräftig, da die Behandlung nach drei Monaten auf Wunsch von Frau D. abgebrochen wurde.

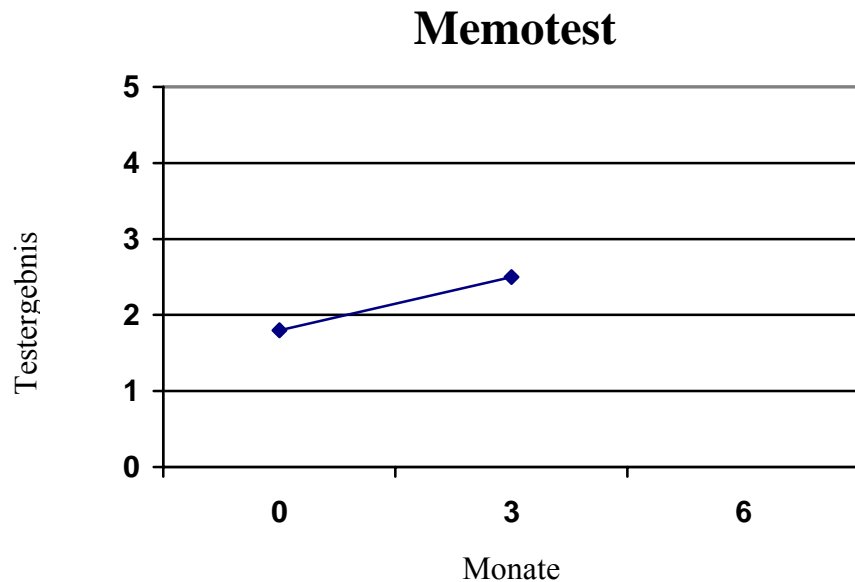


Abbildung 13: Memotest-Werte von Frau D.

Auch die Ergebnisse des Memo-Tests zeigen einen für Demenz untypisch positiven Verlauf. Die Steigerung der verbalen Merkfähigkeit von Frau D. kann aber aus oben genannten Gründen nicht in die Auswertung mit einfließen.

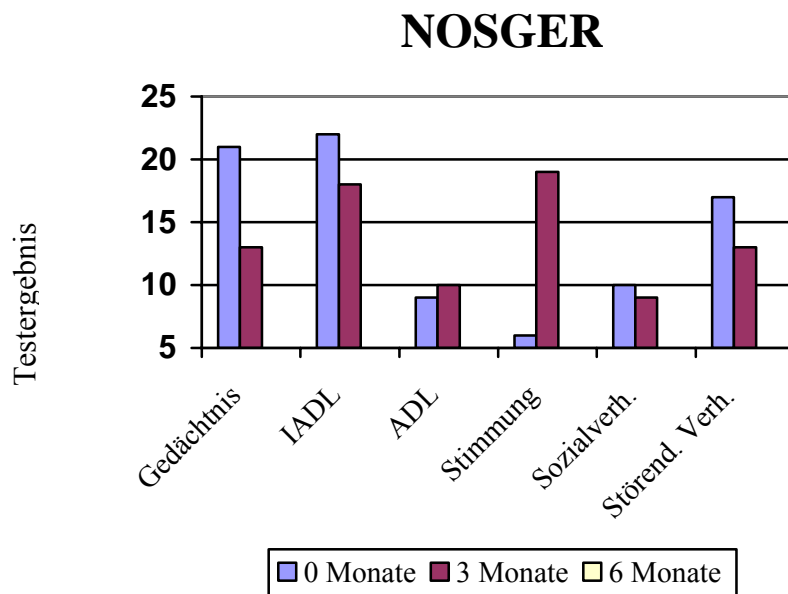


Abbildung 12: NOSGER-Werte von Frau D.

Die NOSGER zeigt laut Einschätzung der Betreuerin von Frau D. eine deutliche Besserung der Gedächtnisleistung sowie eine Zunahme der komplexen Alltagsfunktionen. Die Funktionen der Selbständigkeit hingegen nahmen leicht ab. Lag die Stimmung von Frau D. zu Beginn der Studie noch im gesunden Bereich, so wurde nach drei Monaten eine zunehmende depressive Verstimmtheit wahrgenommen. Die Dimensionen „Sozialverhalten“ und „Störendes Verhalten“ zeigten jeweils eine Verbesserung der Werte am Ende des Untersuchungszeitraums.

Insgesamt betrachtet zeigt die Skala eine tendenzielle Abnahme der Störungen, jedoch eine deutliche Zunahme depressiver Verstimmtheit. Aus oben genannten Gründen können die Ergebnisse wiederum nicht in die Auswertung einbezogen werden.

4.5. Diskussion

4.5.1. Praktische Durchführung

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass ein starker Effekt der STR nur kurze Zeit anhält und nur sehr langsam zu einer dauerhaften Stabilisierung führt. Dies könnte daran liegen, dass die Integration der Seelenteile im Gegensatz zur STR-Behandlung bei nicht-dementen Menschen auf einer ausschließlich unbewussten Ebene stattfindet und in der Zeit zwischen den Behandlungen nicht therapeutisch begleitet wird.

Aus diesem Grunde gab ich doch vereinzelt Aufgaben für die Zeit zwischen den Behandlungen, um den Integrationsprozess mehr ins Bewusstsein zu holen. So sollte Frau A. beispielsweise hin und wieder Zuckerbrot essen, wie sie es als Kind gerne gehabt hatte. Auf diese Weise sollte sie regelmäßig an einen schönen Aspekt ihrer Kindheit erinnert werden, um einen kindlichen Seelenteil nach der STR in den Alltag zu integrieren. Auch vermutete ich, dass sich die Behandlungswirkung so verlängern ließe, da die Probandin geistig und emotional auch zwischen meinen Besuchen mit der STR in Kontakt bleiben würde.

Doch wie vermutet war die Durchführung aufgrund der Gedächtnisschwäche für die Probanden nicht möglich. Das Pflegepersonal half trotz wiederholter Bitte von Seiten des Sozialen Dienstes kaum bei der Umsetzung der Aufgaben. Mein Eindruck ist, dass dies neben der zeitlichen Belastung auch an Voreingenommenheit gegenüber der

angewandten Methode lag. Vielleicht hätte das Personal noch genauer über die angewandte Methode aufgeklärt werden müssen.

Zum anderen könnte der Grund der nur langsam fortschreitenden Stabilisierung darin liegen, dass die Folgen des Seelenteilverlustes auf der körperlichen Ebene schon zu starke Störungen hervorgerufen haben. Eine anhaltende Symptomstabilisierung bedürfte möglicherweise einer längeren oder früher ansetzenden Behandlung.

In einer größer angelegten Studie könnten die Angaben zu den zurückgeholt Seelenteilen genauer mit den Biographien der Probanden abgeglichen werden, um die Ursachen der seelischen Faktoren bei der Demenzerkrankung noch detaillierter zu erforschen. In dieser Form der Untersuchung war es kaum möglich, mit den Angehörigen über die Seelenteile zu sprechen, da es nicht angemessen war, die Kinder einer Probandin beispielsweise über den möglichen sexuellen Missbrauch der Mutter zu befragen. Mit größerem zeitlichen Aufwand wäre es aber möglich, genauere Recherchen bezüglich der Vergangenheit der Probanden anzustellen.

4.5.2. Untersuchungsdesign

Ein grundlegender Mangel dieser Untersuchung ist das Fehlen einer Kontrollgruppe. Dies zeigt sich besonders gut am Beispiel von Frau A. Nach drei Treffen, von denen nur bei einem eine STR durchgeführt wurde, beschreibt die Pflegedienstleitung aber eine Besserung nach den Treffen allgemein. Dies weist darauf hin, dass die positive Wirkung vielleicht nicht an der schamanischen Behandlungsmethode sondern an meinen Besuchen und der damit verbundenen Zuwendung und Entspannung liegt.

Die Entwicklung der Memo-Test-Ergebnisse weist wiederum darauf hin, dass die positiven Messergebnisse doch in direktem Zusammenhang mit der schamanischen Behandlung stehen und nicht eine bloße Folge regelmäßiger Besuche sind.

Methodisch wäre es nötig gewesen, eine Gruppe von Demenzpatienten in den gleichen Abständen zu besuchen, ohne die STR durchzuführen. Dann erst hätte man im Vergleich der Testergebnisse feststellen können, ob die Entwicklungen eine Folge der STR oder der menschlichen Zuwendung sind. Möglich ist, dass beide Komponenten Einfluss auf die psychophysische Situation der alten Menschen haben. Es wäre zu untersuchen, in welchem Maße die jeweilige Komponente Einfluss nimmt.

Es zeigt sich bei der Behandlung von Frau A. eine weitere Schwäche des Versuchsdesigns. Vom wissenschaftlichen Standpunkt her müsste überprüft werden, ob schon eine Harmonisierung der Aura allein den besseren Test-Wert nach drei Monaten verursacht oder ob dieser erst in Zusammenhang mit den zuvor durchgeführten STRen zustande kommt. Um genauere Ergebnisse zu erzielen, hätte man die STR ohne vorherige Balancierung durchführen müssen. Dies ist technisch aber nicht durchführbar, da sich die Seelenteile nicht in ein unbalanciertes System integrieren lassen und daher die Harmonisierung ein unverzichtbarer Teil der STR ist.

In einer möglichen weiterführenden Studie müsste neben der Kontrollgruppe ohne schamanische Behandlung auch eine Kontrollgruppe beobachtet werden, die ausschließlich eine Harmonisierung der Aura erfährt. Nur so könnte der Einfluss der STR von den Wirkungen der anderen Behandlungsschritte differenziert werden.

4.5.2.1. Effizienzkriterien

Im Laufe der Behandlung wurde mir klar, dass mein Fokus zu Beginn der Untersuchung auf dem Effizienzkriterium der Symptomminimierung lag. Das Funktionieren des alten Menschen in der Gesellschaft gemessen anhand seiner Gedächtnisleistung und seinen Alltagskompetenzen (ADL, IADL), wie es das Ziel der medikamentösen Demenztherapie ist, hatte ich für die STR übernommen. Um die Wissenschaftlichkeit der Studie zu gewähren, sollte der Erfolg der Studie an den Ergebnissen so genannter Leistungsprüfungstests festgemacht werden. Erst als ich verstand, wie sehr die Menschen von der Behandlung profitierten, ohne dass dabei das Fortschreiten der Demenz umgekehrt würde, wurde mir die Einseitigkeit des Versuchsdesigns bewusst. Aus meiner heutigen Sicht kann es bei einer Demenztherapie nicht primär darum gehen, die Symptome zu minimieren.

Meine Wahl war auf die Messung von kognitiven Leistungen gefallen, da ihre Störung als zentrales Symptom der Demenzerkrankung beschrieben wird. Außerdem war ich von einer Behandlungswirkung auf die Gedächtnisleistung ausgegangen, was sich ja bei den behandelten Menschen bestätigt hat.

Trotzdem würde ich mich von dieser Art der Testverfahren in zukünftigen Untersuchungen distanzieren, da sie meiner Erfahrung nach dem Menschen nicht

gerecht werden. Zum einen erzeugen sie während der Durchführung großen Stress bei den Probanden, zum anderen lassen sie in ihrer Defizitorientiertheit eine funktionalisierende Haltung erkennen, mit der Menschen im Falle von Krankheit und im Alter häufig konfrontiert sind. In einer weiterführenden Studie würde ich den Fokus der Behandlungsevaluation daher auf die Messung der Lebensqualität legen.

4.5.3. Hypothesen

Die von den Patienten beschriebenen Erlebnisse entsprechen den in der Literatur beschriebenen Entwicklungen nach einer STR: Es wird mehrfach von körperlichen Reaktionen berichtet, z.B. vom Verschwinden von chronischen Schmerzen, von Entspannung und Kribbeln. Und bei drei Probanden tauchen alte Erinnerungen auf, die schon lange nicht mehr im Bewusstsein waren. Ob diese Entwicklung direkt mit der STR in Zusammenhang steht, lässt sich mit Hilfe der vorliegenden Studie letztlich nicht beweisen aufgrund der geringen Probandenzahl und einer fehlenden Kontrollgruppe.

Es kann allerdings folgendes festgehalten werden.

Zu Hypothese A)

Die Gehirnarteriosklerose ist eine psychosomatische Krankheit.

Die qualitative Prozessbeschreibung zeigt vor allem bei Frau A. den starken Einfluss der seelischen Behandlung auf den Körper im Allgemeinen. Die durch die psychometrischen Verfahren bestätigte untypische Symptomentwicklung bei allen Probanden bekräftigt die Vermutung, dass es sich bei der Demenz um eine psychosomatische Krankheit handeln könnte. Auch wenn die Hypothese durch das Versuchsdesign nicht bewiesen werden kann, weisen die Ergebnisse schon nach 6-8 Monaten auf das starke heilerische Potential seelischer Interventionsformen bei der Demenz hin.

Letztendlich kann diese Studie natürlich keine Aussage darüber treffen, ob das demenzielle Syndrom körperlich oder seelisch ausgelöst wurde.

Zu Hypothese B)

Die Schwächung der kognitiven Funktionen Demenzkranker ist eine Folge von Seelenteilverlust. Daher hat die STR einen stärkenden Einfluss auf die kognitiven Funktionen.

Die Messergebnisse des Memo-Tests zeigen bei allen Probanden den direkten Einfluss der seelischen Behandlung auf die Gedächtnisleistung. Obwohl kein spezielles Training des verbalen Kurzzeitgedächtnisses stattgefunden hat und vor allem das Kurzzeitgedächtnis im beginnenden Krankheitsverlauf abnimmt (vgl. Neumann et al. 2003, 46), konnte in jedem Fall eine Verlangsamung des progredienten Verlaufs und bei Herrn W. und Frau A. sogar eine kurzzeitige Steigerung dieser kognitiven Funktion erreicht werden. Da die schamanische Behandlung nonverbal verläuft und sich meine Handlung darüber hinaus hauptsächlich auf das Zuhören beschränkte, ist die Steigerung der verbalen Merkfähigkeit wahrscheinlich eine Folge der STR.

Es bleibt aber ungeklärt, ob die Kraft der Seelenteile oder die Harmonisierung der Aura zu einer höheren Konzentrationsfähigkeit führte. Denn die Ergebnisse von Frau A. nach drei und dreieinhalb Monaten zeigen, dass eine Stärkung des verbalen Kurzzeitgedächtnisses durch die bloße Harmonisierung der Aura ausgelöst wurde. Da aber die Harmonisierung der Aura und das Zurückholen der Seelenteile Hand in Hand gehen, dass heißt eine Harmonisierung nur begrenzt möglich ist, wenn große Seelenteile fehlen, wird die Hypothese durch die Ergebnisse nicht widerlegt. Hierzu müsste bewiesen werden, dass auch nach längerer Zeit schon eine alleinige Harmonisierung der Aura die kognitiven Fähigkeiten verbessert.

Nur eine längerfristig angelegte Studie mit einer Kontrollgruppe, die ausschließlich eine Harmonisierung der Aura erfährt, würde diese Frage klären können. Daher kann die Hypothese B nicht mit Sicherheit bestärkt werden.

Auch wenn die Testergebnisse von Frau D. auf einen stärkenden Einfluss der seelischen Behandlung hinweisen, kann aufgrund der abgebrochenen Behandlung keine Aussage über eine mögliche Bestätigung der Hypothesen gemacht werden. Dies würde die Wissenschaftlichkeit der Arbeit in Frage stellen.

4.5.4. Schlussfolgerungen

Während der Behandlungszeit verstärkte sich bei mir die Vermutung, dass es sich beim demenziellen Syndrom um zwei verschiedene Bewegungen der Seele handelt, die zusammen ein stetiges Fortschreiten der Symptomatik verursachen.

Auf der einen Seite liegt der schon ausführlich beschriebene Seelenteilverlust vor. Auf der anderen Seite findet im Alter im Rahmen des Sterbeprozesses natürlicherweise eine Loslösung der Seele vom Körper statt. Meine Beobachtung in diesem Falle ist, dass durch den großen Teil der Seele außerhalb des Körpers ein verfrühter Sog in die nichtalltägliche Wirklichkeit entsteht, ohne dass die Seele den Körper ganz loslassen kann. Der durch den Seelendrift verursachte Bewusstseinsverlust betrifft zuerst die höheren, danach die niederen Chakren, d.h. zuerst die mit dem Gehirn verbundenen Funktionen wie Gedächtnis und Denken (Scheitel- und Stirnchakra), dann den Selbstaussdruck, die Sprache und Kreativität (Halschakra), dann die Gefühlswelt (Herzchakra), schließlich das Bewusstsein für die eigene Person (Nabelchakra), die Kraft, Entscheidungen treffen zu können und überhaupt zu handeln (Kreuzbeinchakra) und zuletzt die lebenserhaltenden Körperfunktionen, die Lebenskraft selbst (Wurzelchakra am Beckenboden).⁵

Tatsächlich entspricht der progrediente Verlauf der Demenz wie in Kapitel 2.1 beschrieben diesen Stationen.

Die westliche Forschung wird diesen Ergebnissen zufolge weiterhin vergeblich nach einem Medikament gegen die Demenz forschen, weil es eben kein Heilmittel gegen den Tod gibt.

In der Behandlung der Demenz spiegelt sich der medizinische Umgang mit dem Sterben wieder – unter allen Umständen körperliches Leben so lange wie möglich aufrechtzuerhalten – bei dem die seelischen Aspekte als zweitrangig eingestuft werden. Die anhaltenden Diskussionen um die Patientenverfügungen machen zudem deutlich, dass unsere Gesellschaft noch keine Haltung zu diesem Thema gefunden hat, die den Sterbenden und ihren Angehörigen wirklich gerecht wird.

⁵ Genaueres zu den Chakren und den mit ihnen verbundenen Bewusstseinssebenen bei Flaming Crystal Mirror (1999a, 157-164); Kathrein (2001, 37ff) sowie Sharamon / Baginski (1997)

Die Demenz scheint nach dem heutigen Ergebnisstand dieser Studie keine Krankheit zu sein, die man heilen kann, weil die Demenz eine Form des Sterbens ist und der Tod nicht umgangen werden kann. Dadurch, dass die Seele über einen so langen Zeitraum aus dem Körper hinausdriftet und ihn nicht schlagartig verlässt, entstehen die körperlichen Symptome an den Stellen, an denen sich die Seele als erstes zurückzieht. Bei der Gehirnatrophie handelt es sich demnach um das Absterben eines Körperteils, den die Seele nicht mehr belebt.

Diese Hypothese kann hier nicht weiter untersucht werden. Doch vielleicht wird in einer Folgestudie darüber berichtet.

5. Fazit

Wenn ich auf die Zeit zurückblicke, in der diese Arbeit entstanden ist, war ein bedeutender Moment der, in dem mir klar wurde, dass die Behandlung zwar der Seele gut tue, aber nicht den Verlauf der Demenz umkehren könne. Zuerst dachte ich, dass also die Behandlung ein Misserfolg sei, weil das medizinische Ziel – kognitive Leistungsfähigkeit wiederherstellen – nicht erreicht werden kann. Im Laufe der folgenden Wochen aber begriff ich, dass ich die Eingangs von Walter und Haas zitierte Sichtweise der Demenz als die „Geisel des Alters“ ein Stück weit übernommen und den schamanischen Blickwinkel verloren hatte. Der Schamane sieht die Krankheit nie als Geisel sondern immer als Lehrer und Chance für einen Übergang zu etwas Neuem. In der Auseinandersetzung mit der Demenz wurde für mich deutlich, dass die Demenz einen Übergang in die nichtalltägliche Wirklichkeit schafft. Dieser ist nach meiner heutigen Sicht bei Auftreten der demenziellen Symptomatik schon in einen Prozess des Sterbens übergegangen, der sich über mehrere Jahre hinzieht. Diese Tatsache wird in der heute üblichen Therapie meist völlig außer Acht gelassen. Es wird versucht, den alten Menschen wieder funktions- und gesellschaftsfähig zu machen, indem das kognitive Leistungsniveau oft durch bloße Medikamentengabe wieder in den Bereich des „Normalen“ gebracht werden soll. Dass es sich bei dem Patienten um einen sterbenden Menschen handelt, wird weder von Angehörigen noch von Medizinern gerne gesehen.

Auch mir war nicht bewusst, dass bei allen vier Probanden ein Sterbeprozess vor sich ging, welchem in der Behandlungsform Beachtung geschenkt werden sollte. Die STR, wie sie bei Kindern und Erwachsenen angewandt wird, kann also nicht ohne weiteres auf die Behandlung Älterer übertragen werden.

In jedem Einzelfall muss geprüft werden, ob ein Sterbewunsch oder Lebenswille vorliegt. Bei einem intensiven Wunsch zu sterben wie bei Frau D. kann der Fokus der STR nicht auf der Anbindung der Seele in der alltäglichen Wirklichkeit liegen. Der Fokus sollte in diesem Fall auf dem friedvollen und würdevollen Begleiten des Sterbens liegen, also dem Begleiten aus der alltäglichen Wirklichkeit heraus. Beim Vorliegen eines Lebenswillens muss geklärt werden, ob die körperlichen Voraussetzungen für die Wiederanbindung der Seele noch gegeben sind, was bei Frau L. nicht der Fall war. Wie die Behandlung von Frau L. aber deutlich macht, kann selbst

in diesem Fall eine STR hilfreich sein, indem der Fokus auf der Auflösung von Verwirrung und Stress liegt. So konnten kognitive Fähigkeiten und Selbständigkeit gestärkt und die Lebensqualität verbessert werden, was ihre persönlichen Reaktionen auf die Behandlung zeigen.

In jedem Fall wurde deutlich, dass Angehörigenarbeit und die Einbeziehung der Pflegenden zwingend notwendig sind. Hier sollte der Fokus auf einer therapeutischen Begleitung liegen, bei der bestehende Abhängigkeiten und Erwartungen gelöst werden.

Zwei Fragen konnten durch diese Studie nicht beantwortet werden und bleiben für mich offen. Was ist die Ursache für die demenzielle Form des Sterbens bei so vielen Menschen in unserer Gesellschaft? Und welche Behandlungsform wird sowohl dem Patienten selbst wie auch seinen Angehörigen in einer Weise gerecht, sodass der Stress gelöst wird und der Sterbeprozess in Würde und Frieden geschehen kann?

Erste Ergebnisse zu diesen Fragen liegen zum heutigen Zeitpunkt schon vor, jedoch handelt es sich bisher wieder um Hypothesen, die in weiterführender Forschung untersucht werden müssten. Bezüglich der Ursache der Erkrankung ergab sich aus den schamanischen Reisen, dass bei allen Probanden eine bestimmte ablehnende Haltung gegenüber dem eigenen Schicksal vorliegt, die aufgrund ungelöster Traumata entsteht. Ursache der Demenz wäre damit auf der seelischen Ebene ein Verdrängungsmechanismus dem eigenen Leben gegenüber, der zur vermehrten Abspaltung von Seelenteilen führt und schließlich im Alter zur Unfähigkeit, den eigenen Tod bewusst zu erleben.

Eine schamanisch-therapeutische Behandlung müsste also neben der Seelenteilrückholung besonderen Fokus auf das Annehmen des Schicksals und die Auseinandersetzung mit dem Tod legen sowohl beim Patienten als auch bei den Angehörigen.

Die vorliegende Studie zeigt, dass weitere Grundlagenforschung betrieben werden müsste, bevor eine schamanisch-therapeutische Behandlung als Ergänzung zur bisher üblichen medikamentösen Therapie eingesetzt werden kann. Die Methode müsste in verschiedenen Evaluationsschritten noch stärker operationalisiert werden, so dass eine leichte Schulung von Therapeuten möglich wird.

Nach meinem Ermessen kann aber eine so modifizierte Behandlungsform sicherlich zu einer sinnvollen Ergänzung der herkömmlichen Demenztherapie werden.

Es bleibt abzuwarten, ob in unserer Gesellschaft Mittel für die Erforschung schamanischer Methoden freigesetzt werden. Bisher ist dies aufgrund von Vorurteilen und Unwissenheit nicht der Fall. Aber vielleicht kann diese Studie einen kleinen Beitrag dazu liefern, Vorurteile abzubauen und den Blickwinkel der Schulmedizin für die verborgenen Schätze des Schamanismus öffnen.

6. Literatur

Adler, Georg / Ihl, Ralf. (2003). Elektrophysiologische Verfahren in der Gerontopsychiatrie. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Barner, Claudia / Dear Tribe Metis Medicine Society. (2000). The Thirty Sacred Laws. Part 1: The Universal and Cosmic Laws. USA.

Barner Corva, Claudia / Dear Tribe Metis Medicine Society. (2002). The Thirty Sacred Laws. Part 2: The Magickal Laws. USA.

Berger, Hans. (1937). Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. XII. Mitteilung. Arch Psychiatr Nervenkr. 106, S. 165-87.

Bickel, Horst. (2003). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Bigl, Volker. / Arendt, Thomas. (2003). Morphofunktionelle Hirnveränderungen im Alter und bei altersassoziierten Leistungsstörungen. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Brunner, Christof / Spiegel, René. (1990). Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. In: Zeitsch. Klin. Psychologie. Band 19, S. 211-229.

Castaneda, Carlos. (1975). Reise nach Ixtlan. Die Lehre des Don Juan. München.

Ehrhardt, T. / Hampel, H. / Hegerl, U. / Möller, H.-J. (1998). Das Verhaltenstherapeutische Kompetenztraining VKT - Eine spezifische Intervention für Patienten mit einer beginnenden Alzheimer-Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Band 31, S. 112-119.

Eliade, Mircea. (1999). Schamanismus und archaische Ekstasetechnik. Frankfurt am Main. (10. Aufl.)

Flaming Crystal Mirror, Mary. (1999a). Süße Medizin. Die Lehren der Twisted Hairs. Band 1. Tübingen.

Flaming Crystal Mirror, Mary. (1999b). Süße Medizin. Die Lehren der Twisted Hairs. Band 2. Tübingen.

Folstein M.F. / Folstein S.E. / Mc Hugh P.R. (1975). „Mini Mental State“. A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: Journal of Psychiatric Research. Band 12, S. 189-198.

Grond, Erich. (1998). Pflege Demenzkranker. Hagen.

Gutzmann, Hans. / Frölich, Lutz. (2003). Klinische Untersuchung und Psychometrie. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Harner, Michael. (1995). Der Weg des Schamanen. Ein praktischer Führer zu innerer Heilkraft. Genf. (2. Auflage)

Hautzinger, Martin. (2003). Verhaltenstherapie. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Hering, Ewald. (1921). Über das Gedächtnis als eine allgemeine Funktion der organisierten Materie. Vortrag gehalten in der feierlichen Sitzung der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien am 30. Mai 1870. Leipzig. (3. Auflage)

Heuft, Gereon / Kruse, Andreas / Radebold, Hartmut. (2000). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alternspsychotherapie. Bern.

Hinzpeter, Alwin. (1973). Physik als Hilfswissenschaft. Studienbuch für die Grundausbildung der naturwissenschaftlichen und medizinischen Berufe. Teil 2: Wellenlehre. Göttingen.

Hüther, Gerald. (1999). Die Evolution der Liebe. Göttingen.

Ihl, Ralf. (2003). Tests und Skalen. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Ingerman, Sandra. (2004). Die schamanische Reise. Ein spiritueller Weg zu sich selbst. Kreuzlingen/München.

Ingerman, Sandra. (2005). Auf der Suche nach der verlorenen Seele. Der schamanische Weg zur inneren Ganzheit. Kreuzlingen/München.

Johannes. (1984). Das Johannesevangelium. In: Senfkornbibel Luther. Stuttgart.

Kathrein, Satyam S. (2001). Das Reiki Praxisbuch. Die 7 neuen tibetischen Reiki-Übungen. Bad Aibling.

Kessler, Josef / Markowitsch, Hans-J. / Denzler, Petra. (1990). Der Mini-Mental-Status-Test. Manual. Weinheim.

Keyserling, Arnold. (1995). Vorwort. In: Harner, Michael. Der Weg des Schamanen. Ein praktischer Führer zu innerer Heilkraft. Genf. (2. Auflage)

Krämer, Günter. (1996). Alzheimer-Krankheit. Stuttgart.

Lübeck, Walter / Petter, Frank Arjava / Rand, William Lee (2000). Das Reiki-Kompendium. Aitrang.

Markowitsch, Hans-J. / Calabrese, Pasquale. (2003). Neuropsychologie des Gedächtnisses. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und – psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Mayring, Philipp. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim. (5. Auflage)

Müller, Ulrich. (1999). Die Genetik der Alzheimer-Krankheit. www-Dokument: http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37&no_cache=1&file=10&uid=224 (12.10.2005)

Neumann, Manuela / Kretschmar, Hans A. / Schlegel, Jürgen. (2003). Neuropathologie des Seniums und altersassoziierter Erkrankungen. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Palmowski, Winfried. (2002). Beratung und Kooperation. In: Werning, Rolf / Balgo, Rolf / Palmowski, Winfried / Sassenroth, Martin. Sonderpädagogik. Oldenburg. S. 341-388.

Prabhavananda, Swami / Isherwood, Christopher. (1998). Gotterkenntnis. Die Yoga-Sutras des Patanjali. Berlin.

Radebold, Hartmut / Hirsch, Rolf D. (2003). Tiefenpsychologische/psychoanalytische Behandlungsverfahren. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und – psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Saint-Exupéry, Antoine de. (2004). Der Kleine Prinz. Mit Zeichnungen des Verfassers. Düsseldorf. (14. Auflage)

Sandbrink, R. / Beyreuther, K. (1997). Alzheimer-Krankheit. Wenn die Amyloid-Sanduhr läuft. In: Neuroforum. o.J., 3., S. 84-99.

Schaaf, A. / Kessler, J. / Grond, M. / Fink, G.R. (1992). Memo-Test. Manual. Weinheim.

Sharamon, Shalila. / Baginski, Bodo J. (1997). Das Chakra-Handbuch. Aitrang.

Spiegel, René. (2005). NOSGER. In: Weyer, Geerd / Collegium Internationale Psychiatriae Sclavaru (CIPS), (Hrsg.). Internationale Skalen für Psychiatrie. Göttingen. (5. völlig überarb. und erw. Auflage)

Spiegel, R. / Brunner, C. / Ermini-Fünfschilling, D. / Monsch, A. / Notter, M. / Puxty, J. / Tremmel, L. (1991). A new behavioural assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). In: Journal of the American Geriatrics Society. Band 39, S. 339-347.

Symptome der Arnold-Chiari II-Malformation. Wissenschaftliche Tagung des wissenschaftlichen Beirates der ASbH in Fulda vom 30.11. bis 1.12.01. www-Dokument: <http://www.paritaet.org/asbh/hydrocephalus/symptome2.pdf> (20.12.2005)

Tölle, Rainer / Windgassen, Klaus. (2003). Psychiatrie, Berlin Heidelberg New York. (13. überarb. und erg. Auflage)

Uccusic, Paul. (1993). Der Schamane in uns. Schamanismus als neue Selbsterfahrung, Hilfe und Heilung. München.

Walter, Jochen / Haass, Christian. 2003. Molekulare Zellbiologie der Alzheimer-Demenz. In: Förstl, Hans (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und – psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart. (2., akt. u. erw. Auflage)

Zumstein, Carlo. (2001). Reise hinter die Finsternis. Aus der Depression zur eigenen Schamanenkraft. Kreuzlingen München. (2. Aufl.)