



Masterarbeit

im Master-Studiengang Gerontologie (M.Sc.)

Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts

Draft integral concept on dementia

vorgelegt von
Bettina Wichers
21425615

Die Arbeit wurde betreut von
Prof. Dr. Sabine Engel

Göttingen, 03.10.2011

Die Tatsache, dass mein Studium abgeschlossen ist und diese Arbeit fertiggestellt vor mir liegt, ist nicht selbstverständlich, und es gibt zahlreiche Menschen, die mich auf diesem Weg hierher begleitet haben. Bei all ihnen möchte ich mich bedanken:

Sabine Engel, Professorin für Psychogerontologie an der Universität Erlangen, danke ich für die Bereitschaft, dieses Thema als Masterarbeit zu akzeptieren, für das große Interesse, mit der sie den Entstehungsprozess verfolgt und begleitet hat und insbesondere für das Vertrauen in mich und mein Forschungsvorhaben.

Ich bedanke mich bei meinen Unterstützerinnen in der letzten Arbeitsphase, die verschiedene Teile dieser Arbeit kritisch auf sachliche oder fachliche Mängel gelesen haben: Annette Rulle, Barbara Wichers-Sonnabend, Marit Friedrich, Alexandra Retkowski und Regine Drewniak. Peter Sonnabend unterstützte mich mit seiner Souveränität im Umgang mit der englischen Sprache, auch bei ihm bedanke ich mich.

Meiner Schwester Barbara und ihrem Mann Peter sei zudem gedankt für ein „Forschungswochenende“ in ihrem Haus, an dem ich mich mit meinem Computer und meiner Literatur ungestört zurückziehen konnte, derweil sie meinen Sohn betreuten. Dieses Wochenende mit „all inclusive“-Service war enorm hilfreich zur Überwindung eines Tiefpunkts im Forschungsprozess.

Diese Arbeit ist der Schlusspunkt eines berufsbegleitenden Aufbau-Studiums, und um dieses zu bewältigen, konnte ich auf die Unterstützung von zwei Menschen zählen: Peter Smolka danke ich für die großzügige Gastfreundschaft in Erlangen, und Christian Fleck dafür, dass er Florian bei der Bewältigung der Umbrüche, die mein Studium für ihn mit sich brachte, unterstützt hat.

Insbesondere aber danke ich Florian, meinem Sohn, für die Lebensfreude, die er trotz der zuletzt starken Auswirkungen dieser Arbeit auf unser kleines Familiensystem ausgestrahlt hat. Dass er in den letzten Wochen zunehmend die Konzentration und die Zeit, die ich für die Arbeit aufwendete, als Mangel an Aufmerksamkeit für sich beklagte, ist berechtigt und macht deutlich, dass ein integraler Forschungsprozess mehr beinhalten muss als eine integrale Forschungsmethodologie.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
2 Forschungsstand zu Definitionen und Konzepten der Demenz	9
2.1 Definitionen: Was ist Demenz?	10
2.2 Konzepte und Modelle der Demenz	14
2.3 Zusammenfassung	16
3 Die Integrale Theorie nach Wilber	17
3.1 Grundlagen der Integralen Theorie	18
3.1.1 Das Quadranten-Modell	20
3.1.2 Linien der Entwicklung	22
3.1.3 Ebenen der Entwicklung	23
3.1.4 Typen	25
3.1.5 Zustände	26
3.1.6 Zusammenfassung der Strukturelemente der Integralen Theorie	27
3.2 Integraler Methodologischer Pluralismus	28
3.2.1 Geltungsansprüche in den Quadranten	28
3.2.2 Methodologischer Pluralismus: Quadranten und Zonen	31
3.2.3 Die drei Stränge der Erkenntnis	36
3.3 Zusammenfassung: Integral forschen	38
4 Grundannahmen für ein integrales Demenz-Konzept	39
4.1. Holon Demenz	40
4.2 Fokus dieser Arbeit	41
4.3 Begriffsklärungen	43
4.4 Erkenntnisleitender Forschungsrahmen	45
4.4.1 Vorgehensweise bei der Entwicklung des Entwurfs eines integralen Demenz-Konzepts	46
4.4.2 Vorgehensweise bei der Überprüfung eines integralen Demenz-Konzepts	48
5 Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts	49
5.1 Innerlich-individuelle Dimension der Demenz	49
5.1.1 Linien	51
5.1.2 Ebenen, Zustände und Typologien	53
5.1.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der innerlich-individuellen Dimension	54

5.2 Äußerlich-individuelle Dimension der Demenz.....	56
5.2.1 Linien	56
5.2.2 Ebenen, Zustände und Typen	59
5.2.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der äußerlich-individuellen Dimension	60
5.3 Innere kollektive Dimension der Demenz	62
5.3.1 Linien	62
5.3.2 Ebenen, Typen und Zustände	64
5.3.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der innerlich-kollektiven Dimension	65
5.4 Äußerlich-kollektive Dimension der Demenz	66
5.4.1. Linien	66
5.4.2 Ebenen, Typologien und Zustände	68
5.4.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der äußerlich-kollektiven Dimension ...	69
5.5 Zusammenfassung: Grundstrukturen eines integralen Demenz-Konzepts	71
6 Empirische Überprüfung des integralen Demenz-Konzepts	75
6.1. Ergebnisse der Literaturanalyse	75
6.2 Zusammenfassung der Befunde	77
6.3 Auswertung.....	79
7 Die Integrale Theorie als Basis eines Demenz-Konzepts. Abschließende Diskussion	81
Quellenverzeichnis	83
Abbildungsverzeichnis	98

1 Einleitung

Nach wie vor gibt es ein medizinisch geprägtes Bild von Demenz als Krankheit oder Störung, das nicht nur in der medizinischen Fachliteratur (Förstl, 2009a; Mahlberg & Gutzmann, 2009a) vertreten ist, sondern sich bis in Politik (BMFSFJ, o.J.) und Interessenvertretungen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2008) hineinzieht. Auch die ‚öffentliche Meinung‘ wird von diesem Bild geprägt, denn auch in den Medien zeigt sich oftmals ein medizinisch dominiertes Verständnis von Demenz, wie man anhand eines ‚Streifzugs‘ durch die Online-Portale bekannter Zeitschriften wie *Stern* oder *Spiegel* oder auch von Tageszeitungen von der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* bis zu *Bild* feststellen kann. Fernsehmagazine verzichten ebenfalls nicht auf die ‚medizinische Expertise‘, wenn sie Demenz zum Thema haben (Quarks & Co, 2010).

Doch es gibt auch neue Ansätze über Demenz, wie unter anderem von Peter Whitehouse (Whitehouse & George, 2009), der als ehemaliger maßgeblicher Wissenschaftler in der pharmakologischen Demenzforschung den *Mythos Alzheimer* ‚enttarnt‘ und sein Modell der Gehirnalterung dem medizinischen Konzept von Demenz als Krankheit entgegensetzt. Auch Richard Taylor, ein von Demenz Betroffener, hat mit seiner autobiografischen Publikation *Alzheimer und ich* und der darin provokativ aufgestellten These „Die Alzheimer-Krankheit gibt es überhaupt nicht!“ (Taylor, 2008, 36) für ein sich allmählich wandelndes Bild von Demenz gesorgt.

In Deutschland haben zwei Kongresse bzw. Tagungen zu Demenz im Jahr 2010 gezeigt, dass sich das Bild von ‚der Demenz‘ derzeit in einem Wandlungsprozess befindet. Auf dem *Dementia Fair Congress* im April 2010 in Nürnberg wurde Helga Rohra, Mitglied des Vorstands der Alzheimer-Gesellschaft München und Demenz-Betroffene, während ihres Vortrags über ihre Erlebnisse mit der Diagnosestellung und dem Weg in die Öffentlichkeit noch von einem Mediziner der Lüge bezichtigt, da sie seiner Meinung nach aufgrund ihrer Artikulationsfähigkeit nicht von einer Demenz betroffen sein könne. Auf der öffentlichen Tagung des Deutschen Ethikrates über das Thema *Demenz - Ende der Selbstbestimmung?* in Hamburg im November 2010 konnte man wiederum Helga Rohra erleben, wie sie mit Vertretern aus Wissenschaft und Politik als selbstverständliche Gesprächspartnerin an der abschließenden Podiumsdiskussion teilnahm (Deutscher Ethikrat, 2010). Nimmt man diese beiden Ereignisse aus der Position der außenstehenden Kongress- und Tagungsteilnehmerin zusammen, so vollzog sich innerhalb weniger Monate in der Akzeptanz von Frau Rohra als ‚sachkompetente Person‘ ein Wandel von einer von der wissenschaftlichen Fachwelt nicht akzeptierten Betroffenen zu einer von der wissenschaftlichen Fachwelt selbstverständlich einbezogenen Gesprächspartnerin.

Das Bild von Demenz scheint sich also zumindest nach den hier referierten Sachverhalten in einem allmählichen Wandel zu befinden. Doch bleibt dabei eine Frage bisher unbeant-

wortet: Was ist Demenz? Denn auch wenn die öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit sich langsam für ein verändertes Bild von Demenz öffnet, so scheint sich an der medizinischen Definitionshoheit noch nicht viel geändert zu haben, wie Wetzstein (2005a), Whitehouse und George (2009) und Wißmann und Gronemeyer (2008) zeigen. Lässt sich Demenz weiterhin als Störung definieren, wenn Betroffene und Wissenschaftler an einem Tisch miteinander diskutieren?

Die genannten Beispiele sollen stellvertretend stehen für eine Vielfalt an Perspektiven, Meinungen und teilweise kontroversen Standpunkte in der derzeitigen Diskussion der Frage: *Was ist Demenz?* Bisher gibt es kein Modell, keine Theorie, kein Konzept, das eine Antwort geben kann, der alle beteiligten Personen und Gruppen zustimmen können. Es gibt bisher auch kein Modell, das in seiner Reichweite umfassend genug ist, die unterschiedlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse und fachlichen wie persönlichen Positionen mit einander zu verbinden und in einem Erklärungsansatz zusammenzuführen.

Die Integrale Theorie nach Ken Wilber (2005a, 2006) nimmt für sich in Anspruch, das zu sein: umfassend, verbindend und scheinbar widerstreitende Positionen zusammenführend. Als eine Theorie des Bewusstseins, die auf der Arbeit zahlreicher Theoretiker der Philosophie und Bewusstseinsforschung aufbaut (McIntosh, 2009; Wilber, 2006a), und die sich in ihrer Struktur als ein mehrdimensionales Modell zeigt (Wilber, 2005a, 43), bietet sie sich als theoretische Grundlage für die Zusammenführung der verschiedenen Konzepte, Modelle und Meinungen zu Demenz an mit dem Ziel eines übergreifenden, umfassenden Demenz-Konzepts, das es in dieser Form bisher nicht zu geben scheint.

Diese Arbeit verfolgt den erkenntnistheoretischen Anspruch, auf der Basis der Integralen Theorie einen *Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept* zu entwickeln, mit dem das Phänomen Demenz in seinen vielfältigen Bezügen so dargestellt werden kann, dass möglichst viele der bisher konträr erscheinenden Positionen zu Demenz einbezogen werden können. Es soll geprüft werden, inwiefern eine Synthese von Demenz und Integraler Theorie möglich und sinnvoll sein kann, und inwiefern die Integrale Theorie geeignet ist, das Phänomen Demenz in möglichst umfassender Weise abzubilden.

Kapitel 2 bietet dafür einleitend unter der Fragestellung *Was ist Demenz?* eine Orientierung über den aktuellen Forschungsstand zu Definitionen und Konzepten der Demenz. In Kapitel 3 wird eine Einführung in die Integrale Theorie gegeben, mit einem kurzen Überblick über Entstehungsgeschichte, (wissenschaftliche) Rezeption und theoretischen Hintergrund. Eine Übersicht über die Strukturelemente und den Integralen Methodologischen Pluralismus als Grundlage des weiteren Vorgehens in dieser Arbeit schließt sich an. In Kapitel 4 werden die Voraussetzungen für die anschließende erkenntnistheoretische Erarbeitung der Grundstrukturen eines integralen Demenz-Konzepts geschaffen, indem Forschungsgegenstand, Begrifflichkeiten und Vorgehensweise detailliert beschrieben werden. In Kapitel 5 wird geprüft, ob es mithilfe der Integralen Theorie als erkenntnistheoretischem Leitfaden möglich ist, Demenz in seiner Mehrdimensionalität zu beschreiben

und damit einen Entwurf für ein *integrales Demenz-Konzept* zu entwickeln. Kapitel 6 überprüft das Resultat des vorhergehenden Kapitels mit einer Literaturanalyse auf seine Aussagekraft. Eine Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 7 unter der Fragestellung, inwiefern die Integrale Theorie geeignet erscheint, als Grundlage für ein Demenz-Konzept herangezogen zu werden. Des Weiteren soll die theoretische Vorgehensweise dieser Arbeit kurz reflektiert und mit einem Ausblick auf mögliche weitere Forschung abschließend diskutiert werden.

Zwei Begriffsklärungen sind abschließend noch notwendig:

Die Personen, die im Zentrum der Betrachtung wissenschaftlicher Forschung um Demenz stehen, werden in dieser Arbeit als *Menschen mit Demenz* (Wißmann & Gronemeyer, 2008) oder als *Betroffene* bezeichnet. Die Bezeichnung *Betroffener* stammt aus dem Bereich der Sozialen Arbeit und meint Menschen, die den Anlass, der sie zu Betroffenen macht, in der Regel als unangenehm empfinden (Wikipedia, Betroffene). Die Verwendung des Begriffes bleibt dennoch ungenau, denn auch die *Angehörigen* von Menschen mit Demenz empfinden ihre Situation oftmals als unangenehm (Engel, 2008) und sind daher ‚betroffen‘. Daher ist eine Präzisierung notwendig: Die Bezeichnung *Betroffene* wird in dieser Arbeit ausschließlich für die Gruppe der demenziell veränderten Menschen, der Menschen mit Demenz verwendet.

Eine weitere Vorbemerkung scheint für die Verwendung von *Wikipedia* notwendig: In dieser Arbeit wird *Wikipedia* als enzyklopädische Informationsquelle genutzt. In der Wissenschaft existieren Vorbehalte gegenüber der wissenschaftlichen Relevanz und Qualität von Wikipedia-Artikeln (vgl. u.a. Nentwich, 2009; König, 2009), daher sollen hier kurz Standpunkt und Vorgehensweise im Umgang mit Wikipedia-Quellen erläutert werden.

Wikipedia wird über ihre eigenen Leitlinien als enzyklopädisches Projekt definiert (Wikipedia, Wikipedia). Sie ist damit keine wissenschaftliche Literatur, sondern gibt als Enzyklopädie den Stand wissenschaftlicher Positionen wieder. Zahlreiche Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen arbeiten an Wikipedia-Artikeln mit, die Qualität der Artikel ist in vielen Bereichen hoch (König, 2009). Die Artikel können jedoch auch offensichtliche oder subtile Qualitätsmängel haben (König, 2009; Weber, 2005), so dass eine persönliche Qualitätsüberprüfung der Artikel vor einer Verwendung im wissenschaftlichen Kontext angeraten ist.

In dieser Arbeit werden Artikel der deutschen oder englischen *Wikipedia* herangezogen, die sich durch eine fachliche inhaltliche Diskussion auszeichnen (zur Diskussionskultur als Qualitätsmerkmal vgl. Haber in Staas, 2010) als auch zum Zeitpunkt des Aufrufs keine Einträge zur Qualitätssicherung enthalten (vgl. dazu Wikipedia, Enzyklopädie/Qualitätssicherung in der Wikipedia). Des Weiteren werden Wikipedia-Artikel überwiegend zur Definition von Begriffen und zur Darstellung eines aktuellen Diskussionsstandes genutzt.

Da es keine klaren Vorgaben für die Zitation von *Wikipedia* gibt, wird folgende Vorgehensweise gewählt: Als Angabe erfolgt nach ‚Wikipedia‘ der vollständige Artikelname ohne Jahresangabe, im Quellenverzeichnis wird nach ‚Wikipedia. Artikelname‘ das Datum der verwendeten Artikelversion genannt. Damit lässt sich der verwendete Informationsgehalt anhand der Versionsgeschichte eines Artikels auch nach langen Zeiträumen nachvollziehen.

2 Forschungsstand zu Definitionen und Konzepten der Demenz

Viele Fachbücher über Demenz beginnen mit den grundlegenden, von einem großen Teil der wissenschaftlichen Gemeinschaft als gültig anerkannten medizinischen Fakten über Entstehung und Verlauf einer sogenannten demenziellen Erkrankung (u.a. Förstl, 2009a; Mahlberg & Gutzmann, 2009a). Zahlen über Prävalenz und Inzidenz eröffnen verschiedene Fachartikel über Demenz, z.B. über Prävention (Laske, 2007), pflegerische Betreuungskonzepte (Nocon, Roll & Schwarzbach et al., 2010) oder über Bewegungsangebote für Menschen mit Demenz (ProAlter, 2011). Informationen über Demenzformen, über derzeitige und zukünftige Kosten der Betreuung von Menschen mit Demenz, über Risikopotentiale und Präventionsmöglichkeiten sind in vielen Medien regelmäßig zu finden, Recherchen auf den Online-Portalen von *Spiegel*, *Stern* und *Focus*, aber auch von *Bild* ergeben eine hohe Anzahl von Artikeln zu Demenz. Allen Quellen gemeinsam ist, dass zwar ausführlich über Details berichtet, aber selten die Frage beantwortet wird: Was ist Demenz eigentlich, was ist dieses Phänomen, das so dominierend in das Gesundheitssystem, die Medien und vor allem in den Alltag so vieler Menschen eingebrochen ist? Dieses Kapitel gibt einen kleinen Überblick über aktuelle Antworten auf diese Frage.

Das vorrangige Interesse dieser Arbeit gilt *nicht* den vielzitierten Details. Vielmehr soll der Versuch gewagt werden, einen Überblick über Demenz in ihrer Gesamtheit zu erlangen. Es soll versucht werden, Demenz in möglichst vielen Facetten ihrer Erscheinung zu beschreiben und zu erfassen. Dazu gehören *auch* Details wie Epidemiologie, Symptomatik und Therapie, aber sie sind letztlich nur von geringerem Interesse in Hinblick auf ein umfassendes Gesamtbild der Demenz in ihren möglicherweise viel weiter gefächerten Bezügen bis hin zu Rechtswissenschaften, literaturwissenschaftlicher Forschung, städteplanerischer und architektonischer Aspekte und vielem mehr. Daher sei für die allgemeine Datenlage zu Demenz vorerst auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen (Förstl, 2009a; Kastner & Löbach, 2007; Kieckebusch, 2010; Mahlberg & Gutzmann, 2009a). Soweit im Rahmen dieser Arbeit notwendig, wird auf die entsprechenden Daten später zurückgegriffen werden.

Die Frage *Was ist Demenz?* lässt sich nicht mit einer einfachen, allgemeingültigen Formulierung beantworten. Dennoch ist es eine Frage, die nahezu alle in das Phänomen Demenz involvierten Personen umtreibt: Was ist Demenz? Wie kann man dieses Phänomen beschreiben, erklären, erforschen und vielleicht sogar beseitigen? Was ist es? Eine Krankheit? Oder ist vielmehr ein ganz normales Altersphänomen (Plemper, 2010; Whitehouse & George, 2009)? Vermehrt melden sich in den letzten Jahren Stimmen, die auf die zunehmende Dämonisierung der angeblichen Krankheit Demenz und die einseitige Besetzung der Deutungshoheit über dieses Phänomen durch die medizinische Fachwelt aufmerksam machen (Dammann & Gronemeyer, 2009; Wetzstein, 2005a; Whitehouse & George, 2009; Wißmann & Gronemeyer, 2008).

Dem derzeitigen Forschungsstand zu den genannten Fragen wird sich im Folgenden aus zwei Richtungen genähert: Zum einen wird der derzeitige Stand an Definitionen der Demenz betrachtet, um einen Überblick zu gewinnen, wie die Frage *Was ist Demenz?* in der aktuellen wissenschaftlichen, praxisbasierten und allgemeinen Diskussion beantwortet wird, und welche Strömungen und Wissenschaftsbereiche diese Antworten geben. Zum anderen wird die Forschungslandschaft nach Theorien, Modellen und Konzepten der Demenz gesichtet, die möglichst mehrere Aspekte der Demenz umfassen, um eine Orientierung über den derzeitigen Stand der Forschung über die Demenz in ihrer Gesamtheit zu bekommen.

Einleitend muss darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen dieser Arbeit Demenz nicht in verschiedene Formen differenziert wird. Erkenntnisleitend ist für diese Arbeit das Phänomen Demenz an sich, in all seinen Facetten und Bezügen, nicht vorrangig differenziert nach speziellen Symptomen, Ätiologien und Therapien.

2.1 Definitionen: Was ist Demenz?

Die Herausforderung einer Antwort auf die leitende Frage dieses Kapitels beginnt bereits bei der Begrifflichkeit: Demenz, mit seiner aus dem lateinischen Wort *dementia* übertragenen ursprünglichen Bedeutung „ohne Geist“ (Wißmann & Gronemeyer, 2008, 52), ist ein inhaltlich nicht leicht umschreibbarer Begriff, der zudem von vielen Menschen meist synonym mit Alzheimer verwendet wird (Engel, 2011). Eine abstrakte Definition von Demenz scheint es bisher nicht zu geben, die Begriffsbestimmung ist entweder durch Begriffe wie „Jahrhundertkrankheit“, „Abschied vom Ich“ und ähnliches (Wetzstein, 2005a, 11) emotional bestimmt oder erfolgt vielfach über die Diagnosekriterien der medizinischen Leitwissenschaft, wie von Wetzstein (2005a) in ihrer Studie zur Ethik der Alzheimer-Demenz konstatiert wird.

Demenzdefinitionen mit einer möglichst weitreichenden Gültigkeit sind an verschiedenen Stellen in Literatur und anderen Medien zu erwarten: In der Grundlagenliteratur zu Demenz, von Interessenvertretungen beteiligter Gruppen, von Forschungsinstitutionen und gesundheitspolitischen Organen.

Als maßgebliche Leitdefinition können derzeit die Definitionen der World Health Organization (WHO) in der International Classification of Diseases (ICD-10) (DIMDI, 2010) und der American Psychiatric Association (APA) im Diagnostic and Statistic Manual (DSM-IV) (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) angesehen werden. Wetzstein (2005a, 42) spricht von einer gewissen Monopolstellung beider Institutionen bei der Klassifikation von Krankheiten. Nach Ansicht von Wißmann & Gronemeyer (2008) spiegeln diese Klassifikationssysteme wider „was Grundlage für das medizinische Denken und Handeln ist“ (Wißmann & Gronemeyer, 2008, 33). So kann davon ausgegangen werden, dass sie auch für die Demenzforschung als leitende definatorische Instanzen angesehen werden können.

ICD-10: Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. [...] (DIMDI, 2010)

DSM-IV: Das Hauptmerkmal einer Demenz ist die Entwicklung multipler kognitiver Defizite, wobei eine Gedächtnisstörung und mindestens eine der folgenden kognitiven Einbußen vorhanden sein müssen: Aphasie, Apraxie, Agnosie oder eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen. [...] (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003)

Bei aller Unterschiedlichkeit (Wetzstein, 2005a; Wißmann & Gronemeyer, 2008), die in den hier vorliegenden Auszügen der Definitionen nicht zum Tragen kommen, beantworten beide Institutionen die Frage *Was ist Demenz?* mit einer Beschreibung von Demenz als ein *Syndrom*, deren Leitsymptome die kognitiven Störungen sind (Wißmann & Gronemeyer, 2008).

Auf der Website der Deutschen Alzheimer-Initiative (2008), die als die übergeordnete Interessenvertretung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in Deutschland angesehen werden kann, findet man eine Definition von Demenz nach den Suchschritten ‚Alzheimer-Krankheit/Demenz‘ und ‚Häufige Fragen und Antworten‘:

*Die Demenz zählt zu den häufigsten Gesundheitsproblemen im höheren Lebensalter. Der Begriff „Demenz“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet wörtlich übersetzt „weg vom Geist“ oder auch „ohne Geist“. Man versteht darunter in unterschiedlicher Zusammensetzung auftretende Störungen geistig-seelischer Leistungen, wie Gedächtnisstörungen und Denkschwierigkeiten bei klarem Bewusstsein, Sprachstörungen, Veränderungen der Stimmungskontrolle und der sozialen Verhaltensweisen, wodurch die Bewältigung des Alltags sehr erschwert wird. Demenzerkrankungen können viele Ursachen haben, wobei die **Alzheimer-Krankheit** [...] die häufigste ist [...]. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2008, Hervorhebung im Original)*

Auch hier stehen die Gedächtnisstörungen im Mittelpunkt, die nach dem hier vorliegenden Verständnis durch die Alzheimer-Krankheit (und andere Erkrankungen) hervorgerufen werden. Hier wird also eine Kausalität benannt: Erst tritt die Alzheimer-Krankheit auf, durch welche dann die Störungen verursacht werden.

Der Wegweiser Demenz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (o.J.) gibt eine Erklärung des Begriffes in dem Bereich ‚Medizinischer Hintergrund‘/ ‚Demenzerkrankung‘.

Demenz ist ein Oberbegriff für mehr als 50 Krankheitsformen. Sie verlaufen unterschiedlich, führen alle jedoch langfristig zum Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit. Die Ursachen für Demenzerkrankungen sind vielfältig. Zu unterscheiden ist

grundsätzlich zwischen primären und sekundären Demenzen. Eine sekundäre Demenz ist Folge einer anderen, bereits vorhandenen Grunderkrankung. (BMFSJF, o.J.)

Die Antwort auf die Frage *Was ist Demenz?* ist in diesem Kontext eine rein medizinisch basierte Aussage, die sich auf die Nennung der verschiedenen Krankheitsbilder reduziert. Deutlich wird die Demenz als *Krankheit* benannt.

Das Kompetenznetz Demenzen (o.J.) zielt als Forschungsverbund von vor allem psychiatrischen Kliniken in seiner Begriffsbestimmung der Demenzen ebenso auf den Krankheitsbegriff ab. Die folgende Definition auf der Internetpräsenz des Kompetenznetzes ist vor allem für Menschen mit Demenz und ihre Begleiter gedacht. Für das Fachpublikum wird keine eigene Definition gegeben, sondern auf zahlreiche Richtlinien verwiesen.

Demenzen sind Erkrankungen, die zum Verlust von geistigen und körperlichen Fähigkeiten führen, so dass die betroffenen Personen in fortgeschrittenen Stadien kein eigenständiges Leben mehr führen können. (Kompetenznetz Demenzen, o.J.)

Demenz-Support Stuttgart (2010a) gibt keine wörtliche Definition von Demenz auf der eigenen Internetpräsenz. Die größtmögliche Annäherung an eine Form von Definition, die man dort finden kann, findet sich als Teil der Philosophie der Einrichtung, die sich als „Mittlerin und Moderatorin zwischen den an der Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderung Demenz beteiligten, höchst unterschiedlichen Akteursgruppen, Professionen, Fachrichtungen und Perspektiven“ (Demenz Support Stuttgart, 2010a) versteht. Eine medizinische Definition oder eine Definition eines Störungsbildes sucht man vergeblich.

Demenz konfrontiert uns mit weichenstellenden sozialen und kulturellen Herausforderungen. Tatsächliche Verbesserungen werden sich nur dann erreichen lassen, wenn wir uns von eingefahrenen Wahrnehmungsmustern und herrschenden Haltungen verabschieden. (Demenz Support Stuttgart, 2010a)

Eine Definition dessen, was Demenz ist, findet man auch auf der Internetpräsenz der Aktion Demenz e.V. (o.J.a) nicht. Eine Antwort auf die Frage *Was ist Demenz?* wird aber im Esslinger Aufruf der Initiative (Aktion Demenz, o.J. b) deutlich, fokussiert dabei aber die Menschen mit Demenz, nicht die Demenz ‚an sich‘:

*Menschen mit Demenz sind Bürger! [...]
Menschen mit Demenz gehören dazu! [...]
Menschen mit Demenz haben Rechte! [...]
Menschen mit Demenz gehen uns alle an! [...]
Menschen mit Demenz brauchen unsere Phantasie! [...] (Aktion Demenz, o.J. b)*

Hier wird ein bürgerschaftliches bzw. zivilgesellschaftliches Verständnis von Demenz deutlich.

Als eine Zusammenfassung dieser Definitionen und Positionen zur Demenz erscheint da der Kommentar von Wetzstein (2006), die als Vertreterin einer ethischen Perspektive auf Demenz die Absolutierung des medizinischen Blickwinkels auf die Gesamtdebatte kritisiert: „Ein für die Medizin absolut angemessenes biomedizinisches Konzept der Demenz fand nun allerdings, gewissermaßen über eine vermeintliche naturwissenschaftliche Objektivität, Eingang in den gesellschaftlichen Diskurs über Demenz.“ (Wetzstein, 2006, 39). In den hier vorliegenden Definitionen und Standpunkten zu Demenz wird die Dominanz dieses biomedizinischen Konzepts sichtbar. Viele Institutionen, die in die Thematik involviert sind, beziehen sich auf einen Krankheitsbegriff als Charakteristikum der Demenz und stellen insbesondere die Gedächtnisstörungen in den Mittelpunkt. Dennoch unterscheiden sich mit der Demenz Support Stuttgart und Aktion Demenz zwei Institutionen deutlich von diesem Konzept, so dass von einer generellen Dominanz der Diskussion durch die medizinische Definition nicht mehr gesprochen werden kann, auch wenn diese in der hier vorliegenden Auswahl an Definitionen deutlich überwiegt.

Ein kurzer Überblick über einige Definitionen und Begriffsklärungen in gerontologischen und demenzspezifischen Grundlagenwerken soll klären, inwiefern das bisher entstandene Bild einer medizinisch dominierten, an Krankheits- oder Störungsbildern orientierten Definition auch in diesem Bereich vertreten wird, oder ob hier ein anderes Bild entsteht.

In ihrer *Einführung in die Gerontologie* sehen Wahl und Heyl (2004) Demenzen als eine Erkrankung. Förstl (2009a) bezieht sich in dem Grundlagenwerk *Demenzen in Theorie und Praxis* bei der Beantwortung der Frage *Was ist Demenz?* auf die ICD-10 und beschreibt das Demenzsyndrom als „eine sekundäre Verschlechterung einer vorher größeren geistigen Leistungsfähigkeit“ (Förstl 2009b, 4). Mahlberg und Gutzmann (2009b) sprechen in *Demenerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen* ebenfalls von Erkrankungen. Kieckebusch (2010) differenziert in ihrer *Psychologischen Demenzdiagnostik*, bei einer Demenz gehe es „im engeren Sinne nicht um eine Krankheit, eher um eine zunehmende Beeinträchtigung mentaler Leistungen bzw. um einen hirnorganisch bedingten pathologischen Abbau“ (Kieckebusch, 2010, 17). Die *S3-Leitlinie Demenzen*, an deren Entwicklung auch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft beteiligt war, formuliert: „Demenerkrankungen sind definiert durch den Abbau und Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen.“ (DGPPN & DGN, 2009, 11). Damit ist die hier zitierte Fachliteratur in ihren Grundlagenwerken relativ eindeutig an einem Krankheits- bzw. Störungsbegriff orientiert.

Ein Blick auf die Betroffenenperspektive gibt abschließend einen kleinen Einblick in die Tatsache, dass ein medizinisch dominiertes Bild nicht für alle am Phänomen Demenz beteiligten Personen hilfreich oder ausreichend ist. Auch Menschen mit Demenz werden zuerst mit den klassischen Definitionen der Demenz konfrontiert. So sagt Taylor (2008), ein früh von Demenz betroffener amerikanischer Psychologe, Demenz sei „ein Symptommuster, das auf eine Erkrankung oder eine Kombination mehrerer Erkrankungen schließen lässt“ (Taylor, 2008, 36), formuliert aber wenig später: „Von meinem Stand-

punkt aus betrachtet, von dem einer Person, die mit dieser Diagnose [Alzheimer, B.W.] lebt, wird der Bezeichnung, dem Namen und den meist mit dem Leiden einhergehenden Symptomen viel zu viel Bedeutung beigemessen, den Menschen dagegen, die die Krankheit haben, zu wenig.“ (Taylor, 2008, 42). Aus der Innensicht einer Demenz ist der Versuch einer Definition, wie er hier aus wissenschaftlicher Sicht versucht wird nachzuvollziehen, zumindest für einige Betroffene anscheinend irrelevant.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Wetzsteins (2005a) Forschungsergebnisse, in denen sie einen Mangel an abstrakten Definitionen konstatiert, nach wie vor aktuell zu sein scheinen, ebenso wie die von ihr festgestellte Dominanz eines medizinischen Modells. „Wer die öffentliche Auseinandersetzung über Alzheimer-Demenz in den Medien verfolgt, dem fällt folgendes auf: Alzheimer-Demenz erscheint als ein rein medizinisches Problem, für das allein Ärzte als kompetent betrachtet werden.“ (Wetzstein, 2005a, 38). Demenz scheint vielfach nicht mehr zu sein als eine Störung, eine Krankheit. Andere Aspekte wie beispielsweise der von der Demenz Support Stuttgart und der Aktion Demenz vertretene bürgerschaftliche Ansatz rücken erst langsam in den Blickwinkel der (wissenschaftlichen) Auseinandersetzung.

Vertiefend soll daher im Folgenden der Forschungsstand zu Demenz-Konzepten als weiterführende Erklärungsmodelle betrachtet werden.

2.2 Konzepte und Modelle der Demenz

Über die reine Begriffsbestimmung hinaus, wie sie im vorangehenden Abschnitt dargestellt wurde, gibt es zahlreiche ausführliche Erklärungsmodelle für Demenz. In Anlehnung an Wetzstein (2005a) wird für diese folgend der Begriff des Demenz-Konzepts verwendet. In Wetzsteins Studie zu einer Ethik der Demenz (2005a) wurde der Forschungsstand zu Konzepten der Demenz referiert, so dass diese Arbeit an diesen Ergebnissen anknüpfen kann. Wie sich bereits im vorangehenden Abschnitt zeigte, hat sich seit 2005 nur wenig an Wetzsteins Erkenntnissen über die Begriffsbestimmung der Demenz geändert.

Wetzstein (2005a) setzt sich ausführlich mit dem Begriff eines Demenz-Konzepts auseinander. So identifiziert sie unter anderem Demenz-Konzepte der konstruktivistischen Tradition, die sie ablehnt, da keine moralische Differenzierung von verschiedenen Positionen möglich sei (Wetzstein, 2005a, 15). Weiterhin nennt sie Konzepte von und in der Tradition Tom Kitwoods, die sie als gemäßigt konstruktivistisch ebenso ablehnt, unter anderem, da das dem medizinischen Modell entgegengesetzte Modell in der Realität nicht umsetzbar erscheine (Wetzstein, 2005a, 15). Neuere Ansätze von Post und Whitehouse, denen sie eine ähnliche (also ethisch orientierte) Zielrichtung wie ihrem eigenen Konzept attestiert, unterliegen nach Ansicht Wetzsteins jedoch dem Mangel, „dass sie sich nicht der Mühe unterziehen, Kriterien des gegenwärtigen Demenz-Konzeptes systematisch herauszuarbeiten“ (Wetzstein, 2005a, 15). Dominierend ist ihren Forschungen zufolge ein rein medizinisches Demenz-Konzept, auch wenn sie an späterer Stelle aner-

kennt, dass es auch in der Medizin Ansätze gibt, sich für Erkenntnisse z.B. aus der Sozialpsychologie zu öffnen (Wetzstein, 2005a).

Sie [Wetzsteins Studie, B.W.] geht von der These aus, dass dem Problemkomplex Alzheimer-Demenz gegenwärtig ein durch naturwissenschaftliche Charakteristika bestimmtes Demenz-Konzept zugrunde liegt. Dieses gegenwärtige Demenz-Konzept speist sich zunächst aus medizinischen Aussagen zur Demenz und hat von hierher Implikationen und Konsequenzen. Da die Medizin, indem sie ihrem eigenen Auftrag der Diagnostik von Krankheiten und Heilung oder Linderung von Leiden nachgeht, niemals voraussetzungslos über Phänomene handelt, liegen dem gegenwärtigen Demenz-Konzept notwendig Beschränkungen zugrunde. Wird dieses vermeintlich umfassende Konzept in die Öffentlichkeit übertragen, erfährt das Phänomen Alzheimer-Demenz eine bedeutsame Reduktion. (Wetzstein, 2005a, 16)

Wetzstein ist nicht allein mit dieser Kritik des medizinisch dominierten Demenz-Konzepts. Auch Wißmann und Gronemeyer (2008) fordern eine kritische Diskussion von ICD-10 und DSM-IV, und formulieren als Ziel „eine breit geführte Debatte um eine neue und ganzheitliche Demenzdefinition, die Grundlage aller gesellschaftlichen Gruppen, nicht allein der Medizin sein müsste“ (Wißmann & Gronemeyer, 2008, 33). Dammann und Gronemeyer (2009) begründen ihre Kritik an der Medizin und dem milliardenschweren Geschäft mit der Demenz folgendermaßen:

Bis heute konnten keine eindeutigen biologisch-organischen Ursachen bei der Mehrzahl der an „Hirnleistungsstörungen“ leidenden Menschen ausgemacht werden, so dass die meisten Demenzdiagnosen in Wahrheit Deutungen sind, also nichts als die Interpretation von Symptomen. (Dammann & Gronemeyer, 2009, 12)

Schließlich ‚enttarnen‘ Whitehouse und George (2009) den *Mythos Alzheimer*, beziehen eindeutig Stellung gegen die Deutungshoheit der Medizin in Sachen Demenz und sprechen sich für ein verändertes Demenz-Konzept aus, das in ihrem Fall daraus besteht, die von der Medizin als Demenz definierten Veränderungen als Teil normaler Gehirnalterung anzunehmen und das eigene Leben entsprechend darauf auszurichten (Whitehouse & George, 2009).

Betrachtet man die alternativ angebotenen Konzepte und Modelle, so ist festzustellen, dass die jeweiligen Autoren sich zwar in ihrer Konzeptentwicklung von der medizinischen Definitionshoheit abwenden, dem bisherigen Modell jedoch neue Konzepte gegenüberstellen, die oftmals auch in einer perspektivischen Haltung verhaftet sind, wie beispielsweise Wißmann und Gronemeyer (2008) mit ihrem zivilgesellschaftlichen Ansatz, und Whitehouse und George (2009) mit ihrem Ansatz der Gehirnalterung.

Gemeinsam aber haben alle neueren Konzepte (Wetzstein, 2005a; Whitehouse & George, 2009; Wißmann & Gronemeyer, 2008), dass sie einen ganzheitlichen, integrativen Ansatz fordern und weitere relevante Wissenschaften einbezogen sehen wollen.

Demenz kann nicht die Angelegenheit einer einzigen oder weniger Disziplinen sein. Demenz geht alle an! Ethik, Medizin, Kultur, Philosophie, Pädagogik, Soziologie, Pflege, Theologie, Psychologie und Anthropologie: Sie alle haben einen gleichberechtigten Beitrag zum Diskurs zu leisten. Wissenschaftler, Politiker und Pflegepraktiker, pflegende Angehörige, bürgerschaftlich Engagierte, Menschen mit Demenz, Jung und Alt: Sie alle sind aussagefähig. (Wißmann & Gronemeyer 2008, 76)

Sowohl die Ansätze von Wetzstein (2005a) mit einer theologisch-ethischen Ausrichtung als auch von Wißmann und Gronemeyer (2008) mit ihrem zivilgesellschaftlichen Leitbild sind wichtige Ansätze auf dem Weg zu einem umfassenden Demenz-Konzept. Sie lassen jedoch Aspekte außen vor, die ebenso wichtige Bestandteile des Phänomens Demenz sind, wie z.B. ökonomische oder volkswirtschaftliche Themen (Kiencke, Rychlik, Grimm & Daniel, 2010), die Frage nach der räumlich-architektonischen Integration der Demenz (Marquardt, 2006) oder die literarische Verarbeitung des Phänomens (Schnell & Mitzkat, 2006). Die hier vertieft betrachteten Konzepte (Wetzstein, 2005a; Whitehouse & George, 2009; Wißmann & Gronemeyer, 2008) sind somit umfassend in ihrer perspektivischen Ausrichtung, jedoch nicht weitreichend genug, um möglichst vielen Aspekten des Phänomens Demenz Raum zu geben bzw. Verknüpfungspunkte auch für Randthemen zu bieten. Anzumerken ist jedoch, dass keines der genannten Konzepte für sich diesen Anspruch erhebt.

2.3 Zusammenfassung

Basierend auf den Erkenntnissen einiger Studien konnte in diesem Kapitel gezeigt werden, dass in der derzeitigen fachlichen wie allgemeinen Diskussion ein medizinisch dominiertes Bild vorherrscht, das jedoch - auch dieses konnte ansatzweise gezeigt werden - nicht ausreichend ist, den Belangen aller Beteiligten und der Herausforderung Demenz auf allen Ebenen begegnen und entsprechen zu können. In den Definitionen einiger wichtiger Institutionen im Kontext der Demenz konnte eine Dominanz eines medizinischen Krankheitskonzepts der Demenz gefunden werden. Sowohl darin als auch insbesondere in den grundlegenden Richtlinien (ICD-10, DSM-IV, S3-Richtlinie Demenzen) dominieren Begriffe wie Störungen, Krankheit und Abbau (vgl. Kap. 2.1). Ähnliches gilt für die Fachliteratur (vgl. Kap. 2.1). Neuere Ansätze von Konzepten, welche die Dominanz der Medizin aufheben wollen, sind vorhanden, bleiben jedoch weiterhin einer perspektivischen Sichtweise verbunden (vgl. Kap. 2.2).

Im folgenden Kapitel soll nun mit der Integralen Theorie ein theoretisches Modell vorgestellt werden, das für sich den Anspruch erhebt, derart umfassend zu sein, dass es weitgehend alle Aspekte eines Sachverhalts integrieren oder verknüpfen kann.

3 Die Integrale Theorie nach Wilber

Im vorangehend dargelegten Forschungsstand wurde deutlich, dass bei den herkömmlichen Demenz-Konzepten ein medizinisches Verständnis von Demenz dominiert. Verschiedene Bereiche scheinen bisher ausgeblendet zu bleiben, bzw. sind von einer wissenschaftlichen Forschung nur wenig erfasst worden, wie Wissenschaftler, Menschen mit Demenz und Interessenvertretungen zunehmend monieren (Taylor, 2008; Wetzstein, 2005a; Whitehouse & George, 2009; Wißmann & Gronemeyer, 2008).

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Entwurf für ein Demenz-Konzept zu entwickeln, das möglichst viele Perspektiven integrieren kann. Um die unterschiedlichen Sichtweisen von Menschen mit Demenz, Angehörigen und Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen, von behandelnden Ärzten, Pflegenden, aber auch anderen Beteiligten zu berücksichtigen, braucht es einen multidimensionalen Rahmen, der viele Perspektiven gleichberechtigt zulässt und einbezieht.

Die *Integrale Theorie nach Ken Wilber* (2001a, 2006a) erhebt für sich den Anspruch einer Mehrdimensionalität, die es ermöglicht, bisher konkurrierende Sichtweisen und Konzepte wissenschaftlicher Forschung, praktischer Tätigkeit wie auch individueller Erfahrungen in ein Erklärungsmodell einzubeziehen.

Das Wort integral bedeutet umfassend, einschließend, nicht marginalisierend, umarmend. Integrale Ansätze versuchen in jedem Feld genau das zu sein: die größtmögliche Anzahl von Perspektiven, Stilen und Methodologien in eine kohärente Sicht des Gegenstandes einzubeziehen. In gewissem Sinn sind integrale Ansätze „Meta-Paradigmen“ oder Wege einer bereits existierenden Anzahl verschiedener Paradigmen in ein wechselbezügliches Netzwerk sich gegenseitig bereichernder Ansätze zusammen zu bringen. (Wilber, zitiert nach Esbjörn-Hargens, 2009, 1)

Die Integrale Theorie ist eine seit Beginn der 1980er Jahre stark wachsende Strömung innerhalb des großen Bereiches integraler Studien, die auf den Arbeiten des amerikanischen Philosophen Ken Wilber aufbaut (zur Unterscheidung von integraler Theorie und integralen Studien vgl. Esbjörns-Hargens, 2009). Ausgehend von den Arbeiten vorangehender integraler Theoretiker wie beispielsweise Teilhardt de Chardin und Jean Gebser (McIntosh, 2009) entwickelte Wilber in zahlreichen Veröffentlichungen sein integrales Erklärungsmodell für Bewusstseinsphänomene (u.a. Wilber, 2001, 2005a, 2006, 2007). Das Modell ist auch unter der Bezeichnung integraler Ansatz, Quadranten-Modell oder AQAL (*all quadrants, all levels*) bekannt, und wird zunehmend in verschiedenen Professionen und Wissenschaftsbereichen angewendet (Esbjörn-Hargens, 2009; Integral Research Center, 2009). In den letzten Jahren wird die Integrale Theorie auch in der deutschen Forschung zunehmend rezipiert (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2004; Weinreich, 2005; Küpers, 2006; Wittrock, 2008).

Auch wenn die Integrale Theorie von vielen Theoretikern und Anwendern als *Theorie* verstanden wird, ist doch anzumerken, dass sie oftmals als *Weltanschauung* bezeichnet wird (Wikipedia, Integrale Theorie), und zahlreicher Kritik in Bezug auf Wissenschaftlichkeit unterliegt (vgl. dafür u.a. die Diskussionsseiten der deutschen und englischen Wikipedia-Artikel zur Integralen Theorie; Wikipedia, Diskussion:Integrale Theorie; Wikipedia, Integral Theory; Wikipedia, Talk:Integral Theory). Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Kritikern der Integralen Theorie wird exemplarisch auf McFarlane (2000), McIntosh (2009) und Meyerhoff (2006) hingewiesen.

Diese Arbeit knüpft trotz dieser Kritik an die zunehmende Akzeptanz und Anwendung der Integralen Theorie im deutschen wie internationalen Wissenschaftsbetrieb an (siehe vorstehende Quellenangaben). Sie will mit der Anwendung der Theorie als erkenntnisleitendem Modell einen Beitrag zu einem erweiterten Blick auf Demenz, nicht zu einer grundsätzlichen Diskussion der Integralen Theorie nach Wilber leisten.

In dieser Arbeit soll die Integrale Theorie als erkenntnistheoretischer Leitfaden für die theoretische Erarbeitung eines Demenz-Konzepts dienen, das den Rahmen bietet, die verschiedenen Strömungen und Erklärungsmodelle rund um das Phänomen Demenz zusammenzuführen. Um die Theorie in ihrem Anspruch eines umfassenden Ansatzes (Wilber, 2007) als Rahmen für ein integrales Demenz-Konzept darzustellen, wird sie zuerst in ihren Grundelementen beschrieben, ohne dass bereits Bezüge zum Themenbereich Demenz hergestellt werden. Während in Kapitel 3.1 die Grundlagen der Integralen Theorie dargestellt werden, wird Kapitel 3.2 die Möglichkeiten der wissenschaftlichen Anwendung darlegen. Kapitel 3.3 gibt eine Zusammenfassung der Integralen Theorie hinsichtlich eines integralen Forschungsprozesses.

3.1 Grundlagen der Integralen Theorie

Eine Grundannahme der Integralen Theorie ist das *evolutionäre Prinzip* als Grundlage aller Phänomene, die sich seit dem *Big Bang*, dem nahezu alle Wissenschaften als Ausgangspunkt allen Seins auf der Erde zustimmen, entwickelt haben (Wittrock, 2008).

Evolution ist [...] ein unglaublicher Prozess der Selbsttranszendenz: Sie besitzt die höchsterstaunliche Fähigkeit, über das hinauszugehen, was vorher war. Evolution ist also zum Teil ein Transzendenzprozess, der das Vorangegangene einschließt und unfasslich neue Komponenten hinzufügt. Der Drang zur Selbsttranszendenz ist damit dem Gewebe des Kósmos eingebaut. (Wilber, 1999, 44 f.)

Weiterhin wird davon ausgegangen, dass Evolution sich stets in Richtung zunehmender Komplexität mit zunehmender Differenzierung und zunehmender Strukturierung bewegt, wobei die neu entstehenden höheren Ebenen stets die unteren Ebenen einbeziehen und transzendieren (Wilber, 2006a, 83ff.).

Das Konzept des *Holons* ist eine weitere Grundannahme der Integralen Theorie (Wilber, 2006a). Es besagt, dass sowohl in biologischen als auch in sozialen Kontexten keine voneinander völlig unabhängigen Entitäten existieren, wobei *Entität* verstanden werden kann als Sammelbegriff für alles, was ist, oder auch als das „unspezifizierte Dasein von etwas“ (Wikipedia, Entität). Die einzelnen Daseinsformen sind immer als einzelne Teile in ein Ganzes eingebettet und bestehen gleichzeitig als Ganzes aus verschiedenen Teilen, die wiederum jeweils eigenständige Ganze (und Teile) sind. „Jede dieser Entitäten ist weder ein Ganzes noch ein Teil, sondern ein Ganzes/Teil, ein Holon.“ (Wilber, 1999, 50). Jedes Holon steht in einer hierarchischen Beziehung zu seiner übergeordneten Ebene (von der es einbezogen und transzendiert wird) und zu seiner untergeordneten Ebene (deren verschiedene Teile es einbezieht und transzendiert). Diese Hierarchie von Ganzen, die Teil eines anderen Ganzen sind (Wikipedia, Holon) wird auch *Holarchie* genannt. Entwicklung geschieht nach diesem Verständnis durch Einschließung und Transzendenz des Vorhergehenden (Wilber, 2005a). Alle höher entwickelten Entitäten (wie beispielsweise der Mensch) sind aus kontinuierlicher Transzendenz ‚niedrigerer‘ Entitäten (Atome, Zellen) hervorgegangen, ohne dass diese aufgehört haben zu existieren, sondern in die höher entwickelte Form eingeschlossen wurden.

Aus den Erkenntnissen über Holons und Holarchien ergab sich die weitere Schlussfolgerung, dass alle Holons in vier Dimensionen erscheinen. Alle Holons haben eine individuelle und eine kollektive Ausprägung. „Wo es zum Beispiel ein individuelles Bewusstsein gibt, dort gibt es auch eine kollektive Kultur, der dieses Individuum angehört. Und wenn das Bewusstsein eines Individuums in einer Kultur sich entwickelt, dann entwickelt sich auch die Kultur als Ganzes.“ (McIntosh, 2009, 228). Jedes Holon hat weiterhin eine Innendimension und eine Außendimension, die sich stets in gegenseitiger Abhängigkeit weiterentwickeln. „Wilber erkannte auch, dass mit einer Zunahme der Komplexität des Äußeren eines biologischen Organismus eine Zunahme der Komplexität des Bewusstseins dieses Organismus einhergeht.“ (McIntosh, 2009, 225). Kurz: Es gibt stets ein Innen und ein Außen, ein Singular und ein Plural. Mit einander verflochten bilden sie vier Dimensionen der Wirklichkeit ab, „vier nicht aufeinander reduzierbare Perspektiven [...], die in Betracht gezogen werden müssen, wenn man jeglichen Sachverhalt oder Aspekt der Realität zu verstehen versucht.“ (Esbjörn-Hagens, 2009, 2). Die Mehrperspektivität der Realität ist demzufolge eine weitere integrale Grundannahme, wobei davon ausgegangen wird „dass jede Begebenheit, während sie entsteht, diese vier grundlegenden Dimensionen aufweist“ (Wilber, 2007, 203) und sich in diesen vier Dimensionen kontinuierlich entfaltet (Wilber, 2007).

Zusammenfassend hat die integrale Theorie zum Ziel, die verschiedensten Theorien, Methodologien und Strömungen zu einem Sachverhalt zusammenzutragen, so dass dieser aus mehreren gleichberechtigten Perspektiven betrachtet werden kann. Ursprünglich auf Erkenntnissen aus der Bewusstseinsforschung und Psychologie (Wilber, 2001b) basierend, verbindet die integrale Theorie „die signifikanten Erkenntnisse aus allen wesentlichen

menschlichen Erkenntnisdisziplinen miteinander, einschließlich sowohl der Natur- und Sozialwissenschaften, als auch der Kunst- und Geisteswissenschaften.“ (Esbjörn-Hargens, 2009, 1). Dafür bedient sie sich sogenannter Strukturelemente, die die Entwicklung von Holons bzw. Entitäten des Bewusstseins in verschiedenen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen differenzieren und verdeutlichen. Entwicklung findet nach dem Verständnis der Integralen Theorie in den bereits im Zusammenhang der Holons identifizierten vier Bereichen statt, die Quadranten genannt werden. In diesen laufen jeweils Entwicklungsprozesse in unterschiedlichen Eigenschaften über verschiedene Entwicklungsphasen ab (Weinreich, 2007, 2). Die integrale Terminologie verwendet für diese Eigenschaften den Begriff der Linien und nennt die Phasen Ebenen. Die Erkenntnis, dass Entwicklung in bestimmten Bereichen oftmals nach bestimmten Mustern (Typen) abläuft, und zeitlich begrenzte, wechselnde Zustände im oder um die Entität herum das Geschehen beeinflussen, vervollständigt das integrale Verständnis von Entwicklung. Somit ergeben sich fünf Strukturelemente (Quadranten, Linien, Ebenen, Typen und Zustände), die gemeinsam ein Modell zur Beschreibung der Wirklichkeit eines einzelnen Phänomens darstellen. Sie werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

3.1.1 Das Quadranten-Modell

Mit dem Quadranten-Modell der Integralen Theorie (Abb. 1) hat Wilber ein grafisches Modell entwickelt, das einen gut verständlichen Rahmen für das derzeit praktizierte integrale Denken, Forschen und Handeln bietet. Es wird trotz einiger Kritik (z.B. McFarlane, 2000) von vielen integralen Theoretikern als derzeit bestes Modell zur Erklärung des integralen Bezugsrahmens angesehen (Esbjörns-Hargens, 2009). Kritik insbesondere am äußerlich-kollektiven Quadranten äußert McIntosh (2009), sagt aber selbst an gleicher Stelle: „Trotz seiner Begrenzungen können wir, denke ich, das Quadranten-Modell weiter benutzen, wenn wir es nicht zu wörtlich nehmen.“ (McIntosh, 2009, 230). In diesem Sinne sollen das Quadranten-Modell und seine Strukturelemente, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden, hier verstanden werden als erkenntnistheoretischer Leitfaden für einen Denk- und Forschungsprozess, nicht als wortwörtlich zu befolgendes Dogma.

Das Quadranten-Modell (Abb. 1) visualisiert, dass ein jeder Sachverhalt bzw. ein Holon in die vier im vorangegangenen Abschnitt hergeleiteten Bereiche differenziert wird, die hier Quadranten genannt werden: Die oberen Quadranten stehen für die individuellen, die unteren Quadranten für die kollektiven Anteile. Die linken Quadranten stehen für die innerlichen, die rechten Quadranten für die äußerlichen Aspekte eines Holons.

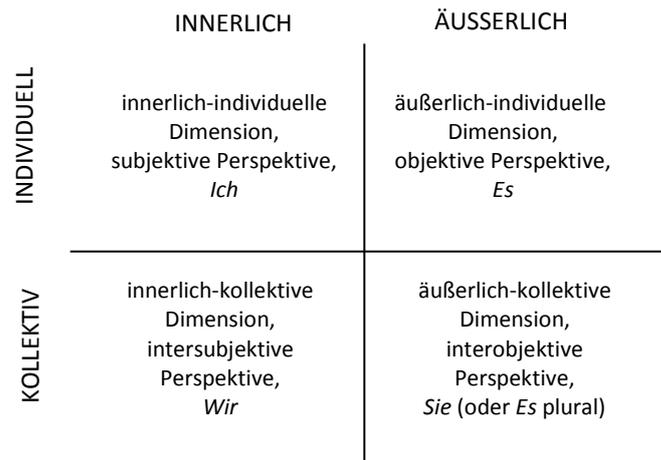


Abb. 1: Quadranten-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Wilber 200; Esbjörn-Hargens 2009

Der obere linke Quadrant bezieht sich auf die Aspekte eines Holons aus der *innerlich-individuellen Perspektive*. Dieser Bereich repräsentiert die inneren, nur der Introspektion zugänglichen Prozesse, und wird in den meisten integralen Arbeiten besonders ausführlich behandelt. Phänomene wie „Bewusstsein“ (Wilber, 2001a,b) und „Meditation“ (Wilber, 2007), die in der integralen Bewegung intensiv praktiziert und erforscht werden, werden diesem Quadranten zugeordnet. Hier geht es um die subjektiven Prozesse, um das ‚Ich‘.

Im oberen rechten Quadranten finden sich die Aspekte eines Holons aus der *äußerlich-individuellen Perspektive*. Dies ist der Bereich der beobachtbaren Verhaltensweisen und äußerlich wahrnehmbaren Sachverhalte auf der individuellen Ebene, der Bereich der objektiven Aspekte, das ‚Es‘. Dieser Quadrant zeigt, „wie ein individuelles Ereignis von außen aussieht.“ (Wilber, 2007, 40).

Der untere linke Quadrant beschäftigt sich mit der *innerlichen Perspektive kollektiver Phänomene*. Hier werden alle kulturellen, gemeinsam verinnerlichten Aspekte eines Kollektivs betrachtet, es ist der Bereich der intersubjektiven Verständigungen, das ‚Wir‘. „Im unteren linken Quadranten finden wir die kollektiven inneren Bedeutungen, die das Weltbild oder den gemeinsamen Welt-Raum sozialer oder kommunaler Holons ausmachen.“ (Wilber, 2006a, 165).

Der untere rechte Quadrant versammelt alle *äußerlich-kollektiven Aspekte* beieinander, die äußerlich wahrnehm- und messbaren Anteile eines Kollektivs, eines sozialen Systems. Es ist der Bereich der sozialen Umwelt, das ‚Sie‘ (oder auch ‚Es‘ plural genannt). Das Individuum ist hier nur insofern interessant, als es Teil eines bestimmten Netzwerks oder Systems ist, dessen Funktionalität im Mittelpunkt steht. „Der untere rechte Quadrant repräsentiert mit anderen Worten alle äußeren Formen sozialer Systeme, Formen, die man auch sehen kann, die empirisch sind und einen Verhaltensaspekt haben [...]“ (Wilber 2006, 162).

Die Quadranten verdeutlichen damit, dass ‚die Realität‘ in verschiedenen Dimensionen erscheint, und dass man – will man die Realität möglichst umfassend abbilden – sich ihr aus vielen verschiedenen Perspektiven annähern muss. Jeder Quadrant bildet für sich die Wirklichkeit ab, aber eben nicht die ganze Wirklichkeit, sondern einen Aspekt, eine Dimension der Wirklichkeit. In neueren Werken unterscheidet Wilber (2007) zusätzlich zwischen *Quadranten* (die Perspektive eines Subjekts) und *Quadrivia* (die Perspektive auf ein Objekt) und stellt die These auf, dass nur für individuelle Holons Quadranten und Quadrivia (also die Perspektive des Subjekts und die auf das Objekt) möglich sind, Artefakte (beispielsweise eine Cola-Flasche, vgl. Wilber, 2007) jedoch nur aus einer Perspektive auf ein Objekt betrachtet werden können, also keine Quadranten, sondern nur Quadrivia ‚haben‘ (Wilber, 2007, 344). Da die Problematik der Artefakte im Fall des vorliegenden Themas nur von geringerem Interesse ist, wird hier jedoch auf eine weitere Erörterung der Quadrivia verzichtet.

Ähnlich komplex wie durch die Quadrivia wird die integrale Theorie durch die sogenannten *Zonen*, die durch das Hinzufügen einer Außenperspektive zu jedem Quadranten entstehen. Diese in den neueren Arbeiten von Wilber (2007) eingeführten insgesamt acht Zonen werden aufgrund ihrer Relevanz für wissenschaftliche Forschung ausführlicher in Kapitel 3.2 im Rahmen des Integralen Methodologischen Pluralismus dargestellt.

An dieser Stelle wird die Beschreibung der Strukturelemente der Integralen Theorie mit dem Modell der Linien fortgesetzt. Dabei ist zu beachten, dass in dieser Arbeit von der in der Integralen Theorie üblichen Reihenfolge der Beschreibung (erst Ebenen, dann Linien, vgl. Esbjörn-Hagens, 2009; Wilber 2007) abgewichen wird, da es mir für die spätere Anwendung auf Demenz wie auch für das zugrundeliegende Verständnis von Entwicklung als die sinnvollere Reihenfolge erscheint: Entwicklung geschieht in verschiedenen Bereichen (Linien) und erstreckt sich innerhalb dieser über verschiedene Ebenen.

3.1.2 Linien der Entwicklung

Die Linien der Entwicklung, auch Strömungen genannt (Wilber, 2001a), beschreiben das Phänomen, dass innerhalb eines Quadranten Entwicklung in unterschiedlichen Bereichen stattfindet. Individuen können in verschiedenen Fähigkeiten unterschiedliche Entwicklungsniveaus erreichen, Kulturen sind in verschiedenen Bereichen auf einem unterschiedlich hohen Entwicklungsstand, Staaten sind in den einzelnen Bereichen ihrer Organisation unterschiedlich ausdifferenziert.

Entwicklungslinien gibt es in allen Quadranten. „Ein integraler Praktiker kann Linien als Diagnoseinstrument verwenden, um sicher zu stellen, dass diese Aspekte von Einzelpersonen oder Gruppen anerkannt und effektiv angesprochen werden.“ (Wilber, 2001, 9). Die Entwicklungslinien eines Quadranten stehen dabei in Korrelation zu denen anderer Quadranten. So bewirken neurophysiologische Veränderungen im äußerlich-individuellen Bereich Veränderungen in der Bewusstseinslinie im innerlich-individuellen Bereich (und

umgekehrt), was sich wiederum auf Linien in Kultur und System der betroffenen Person auswirkt (Wilber, 2006a). Allerdings bedeutet dies nicht, dass stets eine gleichmäßige Entwicklung in allen Bereichen und in allen Linien vorangeht, im Gegenteil: Entwicklung findet in den verschiedenen Linien in unterschiedlich hohem Maße und in unterschiedlicher Geschwindigkeit statt (Wilber, 2007, 20).

Einige Linien sind notwendige, jedoch nicht hinreichende Voraussetzungen für andere, einige entwickeln sich in engem Verbund. Alles in allem entwickeln sich jedoch viele dieser Strömungen in ihrem eigenen Tempo, mit ihrer eigenen Dynamik, auf ihre eigene Weise. So kann jemand in einigen Linien auf einer relativ hohen Entwicklungsstufe stehen, in anderen auf einer mittleren und in wieder anderen auf einer niedrigen. Die Gesamtentwicklung kann, anders ausgedrückt, ziemlich unausgeglichen sein. (Wilber, 2001a, 58)

Der obere linke Quadrant ist der in der integralen Literatur am besten dokumentierte Bereich hinsichtlich der Linien der Entwicklung (Wilber, 2007). Die Linien in anderen Bereichen werden von Wilber selten detailliert ausgearbeitet; die Rezeption der integralen Theorie durch Esbjörn-Hargens (2009, 11) zeigt jedoch eine Ausdifferenzierung der anderen Quadranten. Die folgende Abbildung 2 zeigt einige exemplarische Linien in den jeweiligen Quadranten.

	INNERLICH	ÄUSSERLICH
INDIVIDUEL	Kognitives Gewahrsein Moralisches Bewusstsein Spirituelle Erfahrungen Zugang zu Emotionen	Neurotransmitter Hirnwellenmuster Skelettmuskelwachstum Nahrungsaufnahme
KOLLEKTIV	Weltsichten Religiöse Übereinkünfte Kulturelle Werte Intersubjektive Dynamiken	Geopolitische Strukturen Ökosysteme Gesetze Architekturstile

Abb. 2: Verschiedene Linien in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Esbjörn-Hargens, 2009

Innerhalb der einzelnen Linien können in der Regel verschiedene Phasen der Entwicklung beschrieben werden. Diese Phasen, die in der Integralen Theorie Ebenen genannt werden, werden im folgenden Abschnitt erläutert.

3.1.3 Ebenen der Entwicklung

Entwicklungsebenen beschreiben das Phänomen, dass die Entwicklung in den einzelnen Linien der verschiedenen Quadranten kontinuierlich (wenn auch in unterschiedlichen Tempi) stattfindet. Wachstum bzw. Entwicklung verläuft in aufeinander aufbauenden Ebenen (Abb. 3). Wilber (2001a) spricht auch von Wellen der Entwicklung, da von einem

eher fließenden Übergang von einer Entwicklungsebene zur nächsten ausgegangen wird. Gelegentlich wird auch der Begriff *Entwicklungsstufen* verwendet. Da jedoch bei einem Entwicklungsprozess selten ein deutlich abgrenzbarer Schritt eine Stufe hinauf oder hinab stattfindet (bzw. gemessen werden kann), scheint der Begriff der Ebenen oder Wellen angemessener, auch wenn das in der folgenden Abbildung 3 dargestellte Ebenen-Modell eine stufenförmige Abfolge von Entwicklungsebenen suggeriert.

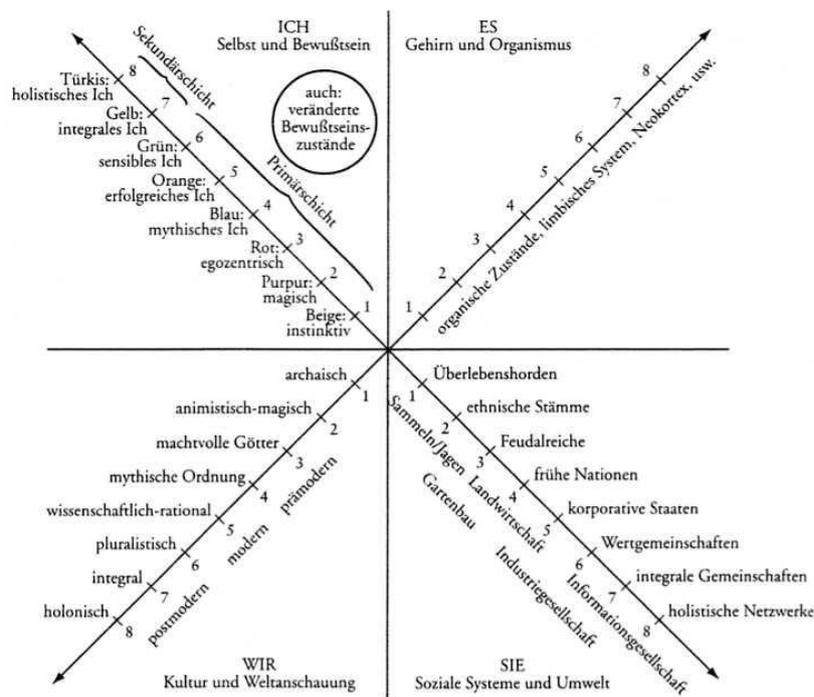


Abb. 3: Typische Ebenen-Modelle der Integralen Theorie, Wilber 2001a

Das in Abbildung 3 an exemplarischen Bereichen dargestellte Modell der Ebenen macht deutlich, dass Realität ein dynamischer Prozess, kein statisch verharrender Zustand ist. Die Ebenen repräsentieren die Entwicklung eines Holons über die Zeit, wobei die Ebenen der linken Quadranten die (zunehmende) Tiefe einer Entwicklung darstellen, die Ebenen der rechten Quadranten die (zunehmende) Komplexität eines Sachverhalts (Esbjörn-Hargens, 2009).

Ebenen oder Wellen in jedem Quadranten stellen eine Holarchie (Hervorhebung im Original, B.W.) dar, eine Art von Hierarchie, in der jede neue Ebene die Grenzen der vorhergehenden Ebenen transzendiert aber die wesentlichen Aspekte genau dieser Ebenen einschließt. Folglich erbt jede Welle die Welle der Vergangenheit und fügt eine neue Organisations- oder Kapazitätsebene hinzu. (Esbjörn-Hargens, 2009, 8)

Eines der bekanntesten Ebenen-Modelle für den oberen linken Quadranten, auf das in der integralen Bewegung zurückgegriffen wird, ist *Spiral Dynamics* (Abb. 4), ein Entwicklungsansatz von Graves (Wilber, 2001a), den insbesondere Beck und Cowan (2008) erwei-

tert haben. Das Modell beschreibt die Entwicklung der Werteorientierung anhand eines sich spiralförmig nach oben erweiternden Modells, in dem Wachstum und Entwicklung als fließender Übergang von einer Ebene zur anderen geschieht (Beck & Cowan, 2008).

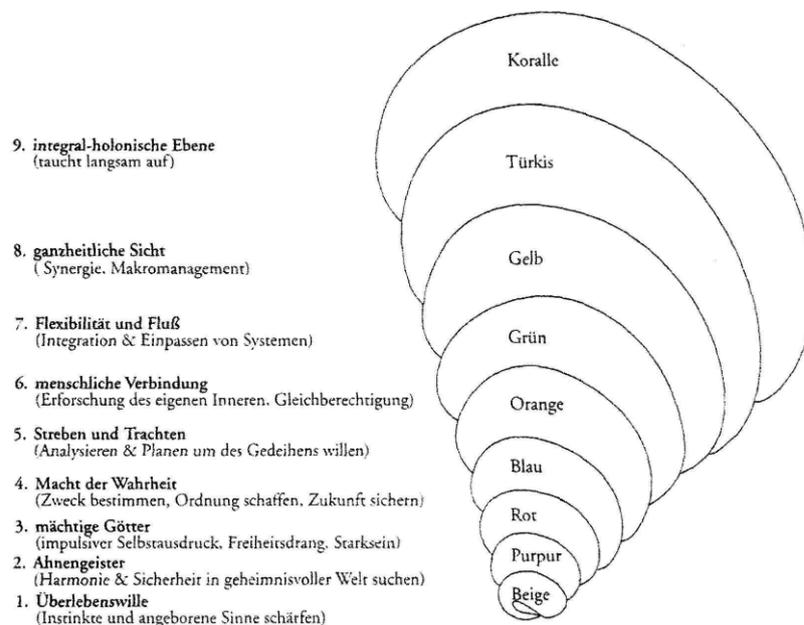


Abb. 4: Spiral Dynamics nach Beck & Cowan, 1995, Wilber, 2001a, 20

Dieses Modell verdeutlicht das Verständnis von Ebenen, nicht Stufen, in denen Entwicklung innerhalb eines Bereiches geschieht.

Entwicklungsprozesse differenzieren sich jedoch nicht nur in Linien und Ebenen, sondern unterscheiden sich ferner, wie im folgenden Abschnitt skizziert werden wird, in bestimmte Typologien, die innerhalb eines jeden Quadranten unterschiedlichster Art sein können.

3.1.4 Typen

In allen Quadranten – und in allen Bereichen der Entwicklung – findet man verschiedene Typologien, die bei der integralen Auseinandersetzung mit einem Sachverhalt berücksichtigt werden müssen. Typologien zeigen sich innerhalb von Linien, Ebenen und Zuständen. Sie bedeuten nichts anderes, als dass innerhalb eines Bereiches zwei oder mehr verschiedene Arten der Entwicklung stattfinden können, die in bestimmter Weise *typisch* sind, also bei Individuen, Holons der gleichen Art und gleichen spezifischen Eigenschaften in bestimmter Weise gleich ablaufen können. „Typologien sind, technisch gesprochen, ein Ausdruck horizontaler Varianz.“ (Habecker, 2010, 8). Die einfachste Typologie für die beiden oberen Quadranten ist die Unterscheidung in männlich und weiblich, also die Geschlechtstypen, ein weiteres, von Wilber (2001a) zitiertes Typen-Modell ist das Enneagramm, eine Persönlichkeitstypologie sufistischer Tradition, die neun verschiedene Typen

an kognitiv-emotionalen Verhaltensmustern differenziert (Palmer, 1991). Jedoch findet man auch in allen anderen Quadranten Typologien (vgl. Abb. 5), die verdeutlichen, dass Entwicklung bei verschiedenen Individuen oder Kollektiven bei Vorliegen bestimmter gleicher Ausgangsbedingungen in definierten Bereichen ähnlich verlaufen kann.

	INNERLICH	ÄUSSERLICH
INDIVIDUELL	Bewusstseins- und Persönlichkeitstypen: maskulin/feminin Enneagramm Lernstile	Verhaltens- und Körpertypen: Blutgruppen Geschlechtstypen Somatotypen Wahrnehmungstypen
KOLLEKTIV	Beziehungs- und Gesellschaftstypen: Typen von Religionen (christlich, hinduistisch, buddhistisch...) Paarbeziehungen (m/f, m/m, f/f)	Organisatorische und systemische Typen: Regierungssysteme Ökosysteme Allgemeine Systeme (offen, geschlossen, dynamisch, statisch, interaktiv)

Abb. 5: Typen in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Habecker, 2010, Esbjörn-Hargens, 2009

Die Berücksichtigung der Auswirkungen einer Typologie auf die Ebenen einer Linie eines Quadranten, gegebenenfalls noch unter Hinzuziehung verschiedener Zustände, nimmt ein Ausmaß an Komplexität an, das theoretisch zwar benennbar, in der Anwendung im Detail aber vermutlich nur sehr aufwändig umsetzbar ist.

Als letztes Strukturelement der Integralen Theorie folgen im nächsten Abschnitt die Zustände als Element von zeitlich wechselnden innerlichen wie äußerlichen Rahmenbedingungen für Entwicklungsprozesse.

3.1.5 Zustände

Das Strukturelement der Zustände, der letzte Bestandteil des integralen Konzepts, ist vielleicht das im Wissenschaftsbereich umstrittenste Element der integralen Theorie, wie z.B. Belschners (2010, 107) Erfahrungen im Rahmen der Bestrebungen, die Transpersonale Psychologie in den Wissenschaftsbetrieb zu integrieren, zeigen. Zustände können in allen vier Quadranten identifiziert werden, wie Abbildung 6 exemplarisch zeigt.

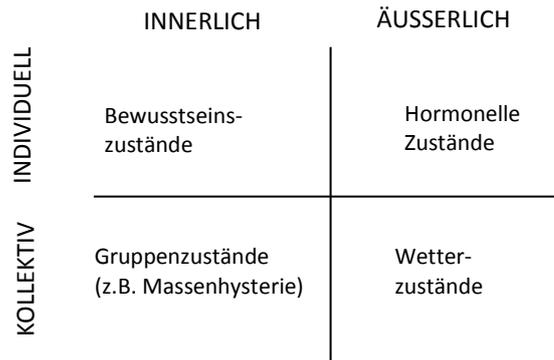


Abb. 6: Exemplarische Zustände in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Esbjörn-Hargens, 2009

Esbjörn-Hargens (2009) beschreibt die Zustände - auf alle vier Quadranten bezogen - als „zeitweilige Erscheinungen von Realitätsaspekten“ (Esbjörn-Hargens, 2009, 12) und stellt ferner fest: „Sie neigen auch dazu miteinander unvereinbar zu sein.“ (ebd.). Wachzustand und Tiefschlaf schließen einander aus, ebenso sind Schneesturm und Sonnenschein meist miteinander unvereinbare Zustände, dies gilt auch für viele Zustände in anderen Quadranten.

In Wilbers Schriften haben die verschiedenen Bewusstseinszustände vor allem im äußerlich-individuellen Quadranten ihren Platz.

Das Einbeziehen von Zuständen ist für Praktiker nützlich, weil unsere inneren und äußeren Realitäten sich ständig wandeln – alle möglichen Zustandsveränderungen geschehen im Verlaufe des Tages in uns und in unseren Umfeldern. Das Einbeziehen von Zuständen erlaubt uns zu verstehen, wie und warum viele dieser Veränderungen stattfinden. (Esbjörn-Hargens, 2009, 13)

Für den subjektiven Quadranten wird in der Integralen Theorie insbesondere auf die natürlichen Bewusstseinszustände verwiesen: grobstofflicher Wachzustand, subtile Traumzustände, kausal-formlose Zustände, Zustand des Zeugen und das nichtduale Gewahrsein (Wilber, 2007, 111f.). Für die anderen Quadranten finden sich in der integralen Literatur kaum differenzierte Zustandsmodelle.

3.1.6 Zusammenfassung der Strukturelemente der Integralen Theorie

In den vorangehenden Abschnitten wurden die grundlegenden Elemente der Integralen Theorie nach Wilber dargestellt. Sie bilden das Grundgerüst, anhand dessen ein Sachverhalt strukturiert und die Verknüpfungen seiner einzelnen Elemente untereinander dargestellt werden können. Der Weg geht dabei von einer Differenzierung in vier große Bereiche der Wirklichkeit, die Quadranten (Kap. 3.1.1) oder auch Dimensionen genannt, weiter zu den verschiedenen Linien (Kap. 3.1.2) als den Bereichen, in denen Entwicklung innerhalb eines jeden Quadranten stattfindet. Innerhalb dieser Linien ist Entwicklung ein pro-

zesshaftes Geschehen, dass sich in der Regel über verschiedene Ebenen (Kap. 3.1.2) beschreiben lässt. Zu guter Letzt differieren diese Entwicklungsprozesse wiederum abhängig davon, innerhalb welches Typus (Kap. 3.1.4) sie stattfinden und welchen Zuständen (Kap. 3.1.5) sie unterliegen.

Der Ansatz des Integralen Methodologischen Pluralismus (Wilber, 2007), der im folgenden Abschnitt erläutert wird, zeigt nun auf, welche Bedeutung diese Elemente innerhalb wissenschaftlicher Forschung haben und in welcher Form sie genutzt werden können.

3.2 Integraler Methodologischer Pluralismus

Der Ansatz des Integralen Methodologischen Pluralismus (IMP) (Wilber, 2006b; Wilber, 2007; Wittrock, 2008) bietet den Rahmen, um die Anwendung der in Kapitel 3.1 dargestellten Integralen Theorie und ihrer Strukturelemente auf konkrete Arbeits- und Erkenntnisfelder zu erleichtern. Vor diesem Hintergrund ist die Integrale Theorie auch in der wissenschaftlichen Forschung nutzbar, da IMP den Weg integraler Erkenntnis nachvollziehbar und überprüfbar macht. Eine strikte Trennung zwischen Quadranten-Modell und Integrale Methodologischer Strukturalismus, wie es durch die strukturell notwendige Untergliederung dieser Arbeit möglicherweise erscheinen mag, gibt es nicht, vielmehr ist IMP die Erweiterung und Differenzierung des Quadranten-Modells.

Zum Integralen methodologischen Pluralismus (IMP) gehören unter anderem mindestens acht grundlegende und offenbar nicht reduzierbare Methodologien, Richtlinien oder Paradigmen für den Erwerb reproduzierbaren Wissens (oder verifizierbarer, wiederholbarer Erfahrungen). Die grundlegende Behauptung der Integralen Theorie von AQAL lautet, dass jeder Ansatz, der eines dieser acht Paradigmen auslöst, ausgehend von dem menschlichen Wissen, das uns zu diesem Zeitpunkt zuverlässig zur Verfügung steht, kein wirklich adäquater Ansatz ist. (Wilber, 2007, 57).

Über die acht Zonen hinaus, die in Kapitel 3.2.2 vorgestellt werden, lassen sich auch die Geltungsansprüche in Kapitel 3.2.1 als Kriterium für die Zuständigkeiten verschiedener Erkenntnistraditionen als Teil des IMP ansehen, ebenso wie die Vorgehensweise integraler Erkenntnis, die mit den *drei Strängen* in Kapitel 3.2.3 beschrieben wird. Dieser Abschnitt beginnt mit den Geltungsansprüchen, da sie als grundlegend für die anschließende Integration der Zonen in das integrale Modell angesehen werden können.

3.2.1 Geltungsansprüche in den Quadranten

Aus den dargelegten Strukturelementen resultiert für integrale Forschung die Forderung, jeden Sachverhalt aus vier miteinander verwobenen Perspektiven zu betrachten. Diese vier Perspektiven werden durch verschiedene Schulen repräsentiert, die bisher eher als Konkurrenz denn als Partner in der Wissenschaft in Erscheinung traten. Stellvertretend nennt Wilber (2005a) Wissenschaftstraditionen und Vertreter theoretischer Positionen,

die ihren Standpunkt als Vertreter der ‚Wahrheit‘ vor allem auch durch Abgrenzung von anderen Methodologien und Traditionen formuliert haben.

Jeder Ansatz liefert gewissermaßen eine ‚Ecke‘ des Kósmos. Jeder von ihnen sagt etwas sehr Wichtiges über verschiedene Aspekte der bekannten Welt aus. Und keiner von ihnen kann ohne schwere oder gewaltsame Brüche, Verzerrungen und Entwertungen auf einen anderen reduziert werden. (Wilber, 2005a, 41)

Unbestritten ist, dass alle Wissenschaftsbereiche wichtige Erkenntnisse in ihren Zuständigkeitsbereichen erbracht haben (Wilber, 2005a, 41). Abbildung 7 gibt einen Überblick über einige Wissenschafts- wie allgemeine Erkenntnistraditionen der jeweiligen Quadranten.

	INNERLICH	ÄUSSERLICH
INDIVIDUELL	Psychoanalyse Tiefenpsychologie Buddhismus Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung	Empirismus Behaviorismus Skinners Theorie der operanten Konditionierung Naturwissenschaften (Biologie, Physik)
KOLLEKTIV	Kuhns Paradigmenbegriff Hermeneutik Soziologie Max Webers	Systemtheorie Soziologie Karl Marx Ökologisch-evolutionäre Sozialtheorie

Abb. 7: Einflussreiche Schulen in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Wilber, 2005a

Kritisiert wird durch die Vertreter der Integralen Theorie, dass die verschiedenen Erkenntnistradition für sich in Anspruch nehmen, die Wahrheit für das Ganze zu erfassen, ohne zu erkennen oder einzugestehen, dass ihre Erkenntnis zwar ‚wahr‘ ist, diese Wahrheit aber nur für einen bestimmten Bereich mit bestimmten Injunktionen und Methodologien gültig ist (was in der Integralen Theorie auch als *Quadrantenabsolutismus* bezeichnet wird; Wilber, 2006b).

Als repräsentative methodologische Zugänge für die beiden inneren Quadranten nennt Wilber Interpretation und Hermeneutik, er nennt die Wissenschaft in diesen Bereichen auch die ‚weiten Wissenschaften‘. Die methodologischen Zugänge, die stellvertretend für die beiden rechten Quadranten genannt werden, sind die Empirie und der Positivismus; diese Wissenschaftstraditionen werden als die ‚engen Wissenschaften‘ charakterisiert (Wilber, 2001a). Alle Quadranten haben unterschiedliche Geltungsansprüche an die Erkenntnisgewinnung, womit sich Wilber auf die Theorie der Geltungsansprüche von Habermas bezieht (Wilber, 2005a, vgl. Abb. 8).

Jedem dieser „vier Quadranten“ ist eine bestimmte Art von Wahrheit oder ein, mit Habermas' Ausdruck, „Geltungsanspruch“ zu eigen, das heißt, eine andere Art und Weise, Daten und Evidenz zu sammeln und zu sichten. [...] Wenn ich sage, dass keine ihrer jeweiligen Wahrheiten verworfen oder verkürzt werden kann, dann bedeutet dies auch, dass keiner dieser Quadranten auf die übrigen reduziert werden kann. (Wilber, 2005a, 42)

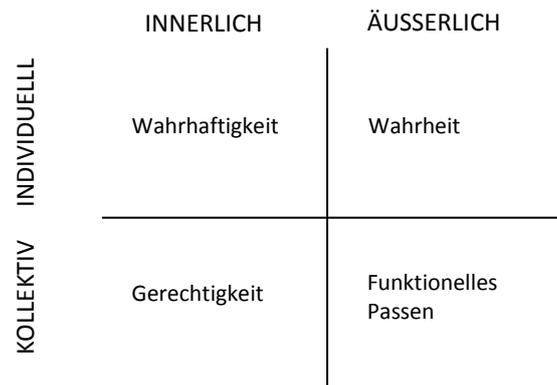


Abb. 8: Geltungsansprüche nach Habermas, eigene Darstellung in Anlehnung an Wilber, 2005a

Für den *innerlich-individuellen Quadranten* führt Wilber unter anderem Freud, C.G. Jung, Jean Piaget, aber auch Aurobindo und Gautama Buddha als Repräsentanten der Erkenntniswege dieses Quadranten an (Wilber, 2001a, 2005a). Er bezeichnet ihn als „Ort der ‚inneren‘ Wissenschaften“ (Wilber, 2006a, 161), als dessen wichtigste Erkenntnistraditionen unter anderem die Psychoanalyse und die Phänomenologie genannt werden. Der Geltungsanspruch nach Habermas für eine innerlich-individuell forschende Wissenschaft ist die *subjektive Wahrhaftigkeit*. Es geht hier nicht um die Gewinnung objektiver Daten. Forschung bedient sich in diesem Quadranten subjektiver Daten, die aus dem inneren Erleben von Individuen gewonnen werden. „Der Geltungsanspruch liegt hier weniger darin, ob meine Aussagen mit äußeren Tatsachen übereinstimmen, sondern darin, dass ich etwas Wahres über meinen eigenen inneren Zustand aussagen kann.“ (Wilber, 2005a, 44).

Als konkrete Erkenntnistraditionen des *äußerlich-individuellen Quadranten* werden Behaviorismus, Neurologie, Physik und Biologie genannt (Wilber, 2005a).

Verhalten kann man sehen, es ist empirisch, und deshalb geht es in empirischer Wissenschaft immer nur um das Verhalten von Holons, seien es Atome, Gase, Fische oder Menschen; sie möchte nichts mit Introspektion zu tun haben, wo es um so etwas Gegenstandsloses wie das Innere geht. (Wilber, 2005a, 38)

Für diesen Bereich der empirischen Wissenschaften gilt der Geltungsanspruch der *Wahrheit*. Wilber (2005a, 52) spricht in Anlehnung an Habermas von einer propositionalen Wahrheit, die dadurch ‚wahr‘ wird, dass sie mit einem objektiven Sachverhalt überein-

stimmt. Dieser Geltungsanspruch gilt nicht nur in großen Bereichen der Wissenschaft, sondern entspricht auch dem üblichen Verständnis von Wahrheit der meisten Menschen im Alltagsleben. Wahr ist, was in irgendeiner Weise nach definierten Kriterien gemessen werden kann. „Propositionale Wahrheit ist so allgemein, dass man sie auch mit Wahrheit schlechthin gleichsetzt.“ (Wilber, 2005a, 43). Wenn Menschen also in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen von Wahrheit sprechen, ist in der integralen Terminologie die Wahrheit des oberen rechten Quadranten gemeint – eine Wahrheit, die sich auf messbare, objektive Daten stützt.

Wie schon im innerlich-individuellen Quadranten sind die methodologischen Zugangsweisen zum *innerlich-kollektiven Quadranten* interpretativ und hermeneutisch, konkrete Wissenschaftstraditionen sind beispielsweise Ethnologie und Ethik. Der Geltungsanspruch dieses Bereiches heißt *Gerechtigkeit*. Wissenschaften dieses Quadranten bewegen sich im intersubjektiven Raum, in dem versucht wird „zu verstehen, wie Subjekte in einem Akt gegenseitigen Verständnisses zusammenpassen“ (Wilber, 2005a, 47). Ausgehend von der These, dass für eine funktionierende Gemeinschaft zwischen zwei oder mehr Individuen ein gemeinsamer kultureller, ethischer und moralischer Raum erforderlich ist (ebd.), fragt wissenschaftliches Erkenntnistreben in diesem Quadranten danach, wie eine für alle Individuen wachstumsfördernde Koexistenz gestaltet und beeinflusst werden kann. „Dieser intersubjektive Raum [...] ist ein wesentliches Element unseres Menschseins, ohne dass es unsere individuellen Identitäten nicht gäbe und ohne dass wir keine objektiven Wirklichkeiten wahrnehmen könnten.“ (Wilber, 2005a, 48).

Die Methodologien des *äußerlich-kollektiven Quadranten* sind wiederum empirisch und positivistisch, viele Bereiche der Soziologie, die Ökonomie und insbesondere die Systemtheorie sind typische Wissenschaftstraditionen in diesem Quadranten. Der empirischen Methodologie entsprechend ist der Geltungsanspruch dieses Quadranten das *funktionelle Passen*. „Das aus einer empirischen Haltung betrachtete objektive Verhalten des ganzen gesellschaftlichen Aktionssystems bildet die Messlatte, nach der Wahrheiten in diesem Bereich beurteilt werden.“ (Wilber, 2005a, 47).

Ausgehend von den Geltungsansprüchen beschreibt der folgende Abschnitt die Quadranten mit den Zonen als Ausdruck von Innen- und Außensicht auf den jeweiligen Gegenstand.

3.2.2 Methodologischer Pluralismus: Quadranten und Zonen

In seinen neuesten Arbeiten differenziert Wilber (2007) die Quadranten vor allem hinsichtlich wissenschaftlicher Erkenntniswege zusätzlich in eine Innensicht und eine Außensicht, aus der die Phänomene des jeweiligen Quadranten wahrgenommen werden (ausführlich vgl. Wittrock, 2008) und benennt diese acht entstehenden Perspektiven als *Zonen* (Wilber, 2007, 63), denen er stellvertretend bestimmte Methodologien zuordnet, wie in Abbildung 9 beispielhaft dargestellt ist.

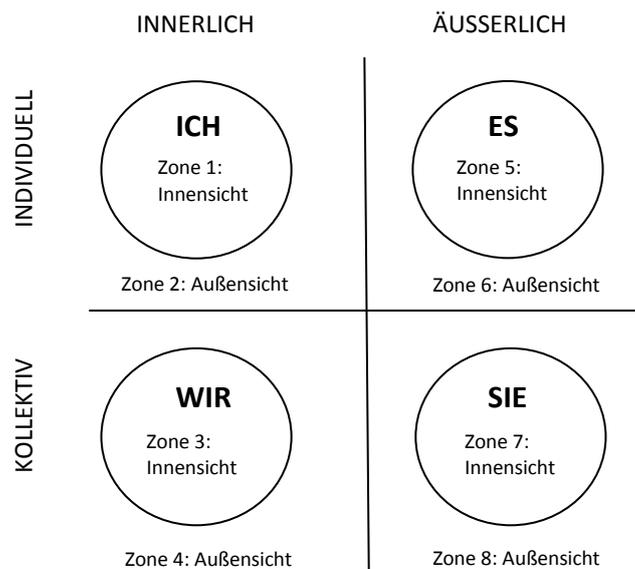


Abb. 9: Zonen im Quadranten-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Esbjörn-Hargens, 2009

Zu beachten ist bei der Darstellung in Abbildung 9, dass die Nummerierung der Zonen (in Anlehnung an Wilber, 2007, 61) zuerst den beiden linksseitigen, also innerlichen, dann den beiden rechtsseitigen, äußerlichen Quadranten, folgt, während in allen anderen Zusammenhängen des Quadranten-Modells in der Integralen Theorie, auch in vielen Veröffentlichungen Wilbers (2001, 2007) erst die oberen, individuellen, dann die unteren, kollektiven Quadranten thematisiert werden. Kurz gefasst: Bei den Zonen verläuft die Nummerierung erst links, dann rechts, bei allen anderen Zusammenhängen folgt die Betrachtung in der Regel der Reihenfolge erst oben, dann unten. Der letztgenannten Reihenfolge folgt mit Ausnahme von diesem Kapitel auch diese Arbeit.

3.2.2.1 Methodologien der innerlich-individuellen Dimension

Die Forschung im oberen linken Quadranten beschäftigt sich mit dem inneren Erleben von Individuen und steht damit vor der Herausforderung, dass die zu erforschenden Strukturen in der Außenwelt nirgendwo sichtbar werden (Wilber, 2007, 84). Diese Herausforderung wird besonders im ersten Bereich deutlich, denn in Zone 1 beschäftigt sich Forschung mit *der Innensicht auf die inneren Phänomene eines individuellen Holons*. Die exemplarische Methodologie dieser Zone ist die Phänomenologie, aber auch Introspektion, Meditation oder Kontemplation werden als Methodologien dieser Zone angesehen (Wilber, 2007, 60). Erkenntnisse der Zone 1 werden oftmals aus der Erforschung von Bewusstseinszuständen gewonnen. „Alle diese Methodologien betrachten die Objekte im Strom des Bewusstseins, *wie sie sich von selber her zeigen*.“ (Wittrock, 2008, 49, Hervorhebung im Original). Aus Sicht von Vertretern rechtsseitiger, empirischer Forschung mindert dieser Bereich den wissenschaftlichen Anspruch der integralen Theorie, da hier die (wissenschaftliche) Erkenntnis im Subjekt selbst liegt, und weder durch objektive Kriterien noch durch die Bewertung des Forschers selbst zustande kommt. For-

scher oder Forscherin ist hier stattdessen das Individuum selbst, das sich selbst betrachtet.

Der größere Bereich der wissenschaftlichen Forschung im inneren, individuellen Bereich will das Nicht-Sichtbare für die Forschung in irgendeiner Form sichtbar, fassbar machen, und bedient sich so zumeist einer *Außenperspektive auf das innere Erleben des individuellen Holons*. Diesen Forschungsbereich nennt Wilber Zone 2 und ordnet ihm als stellvertretende Methodologie den Strukturalismus zu. „Wenn Sie diese Realitäten erforschen, betrachten Sie sie ‚von außen‘ und erleben sie nicht zwangsläufig von innen.“ (Wilber 2007, 84). Innere Prozesse und Vorgänge des Individuums wie Werteorientierung, religiöse Orientierung, emotionale Entwicklung etc. werden dabei durch den Forscher (oder das sich selbst von außen beobachtende Subjekt selbst) bestimmten Strukturen zugeordnet, die verschiedene Ebenen von Ausprägungen des jeweiligen Prozesses beinhalten. Typische strukturalistische Ansätze, die diesen Quadranten erforschen, sind die Arbeiten von Kegan zu Bewusstseinsentwicklung (Wilber, 2007), Gilligans Ansatz zur weiblichen Moral (Wilber, 2006a) und Graves Spiral-Dynamics-Modell zur Werteentwicklung von Individuen (Beck & Cowan, 2008, vgl. Kap. 3.1.3). Es ist zudem die Zone, die in vielen Werken Wilbers (2006, 2007, 2009) als Beispiel für Entwicklungslinien herbeigezogen wird. Erforscht werden die Strukturen, denen Individuen in bestimmten innerlichen Phänomenen folgen, „man beschreibt, welchen unsichtbaren Regeln die Phänomene gehorchen, die sich als Phänomene dem Bewusstsein als ‚unmittelbar gegeben‘ zeigen.“ (Wittrock, 2008, 51). In der Zone 2 ordnen Forscher, einfach formuliert, die inneren Erfahrungen eines Individuums bestimmten Ebenen eines Strukturmodells zu.

3.2.2.1 Methodologien der innerlich-kollektiven Dimension

Von den innerlich-individuellen Aspekten wendet sich das Modell mit der Zone 3 den innerlich-kollektiven Aspekten eines Holons zu, in der es um die wissenschaftliche Betrachtung der *Innenperspektive der inneren Erfahrung eines kollektiven Holons* geht. Als Leitmethodologie dieser Zone wird die Hermeneutik benannt, die sich damit beschäftigt, das ‚gefühlte Wir‘, den Raum der Intersubjektivität zu beschreiben. „[...] ihr Gegenstand ist das konkrete Wir des Verstehens.“ (Wilber, 2007, 217). Intersubjektivität, das sind die Emotionen, Gedanken, Einsichten und Werte, die eine Gruppe oder zumindest die überwiegende Mehrheit seiner Mitglieder teilt, wobei ein einzelnes Individuum ohne die Mitglieder seiner Gruppe dieses ‚Wir‘ niemals fühlen, diese Erfahrungen nicht machen könnte. Als Forscher nimmt man hier Teil an den inneren Erfahrungen der Gruppe und muss die Erfahrungen in einem hermeneutischen Zirkel interpretierend verstehen, denn nur von innen her kann das ‚Wir‘ erfasst werden.

[...] von innen ist dieses „Wir“ eine gefühlte Bedeutung, ein Konglomerat von Signifikanten, keine Syntax, sondern Semantik, keine Struktur, sondern ein Sehnen, keine Grammatik, sondern ein Raum von gemeinsamen Gefühlen, Visionen, Wünschen und Konflikten [...]. (Wilber, 2007, 215)

Der *Außersicht auf die innerlichen Erfahrungen eines kollektiven Holons* widmet sich die Zone 4, für die Wilber als beispielhafte Methodologie die Ethnomethodologie nennt. „Ethnomethodologische Forschung liefert präzise Beschreibungen der Methoden, die von Mitgliedern einer Gesellschaft, Gruppe oder Gemeinschaft verwendet werden, um das zu tun, was auch immer sie tun.“ (Wikipedia, Ethnomethodologie). Wilber (2007) nennt beispielhaft weiterhin Archäologie, Genealogie, Kulturanthropologie, Poststrukturalismus und Semiotik. Alle Bereiche und Methodologien haben zum Ziel, das ‚gefühlte Wir‘ in benennbaren Kategorien und Strukturen (Grammatik, Syntax etc.) zu erfassen und zu systematisieren.

Sie beschäftigen sich mit den Codes, Konventionen und Regeln, welche sozialen Interaktionen zugrunde liegen [...], solange wir von dem Verständnis ausgehen, dass alle fühlenden Wesen – nicht nur Menschen – ethnische oder soziale Gruppen haben. (Wilber, 2007, 215)

Dem ‚Wir‘ aus einer Außenperspektive schreibt Wilber den Status des schwer Sichtbaren zu, etwas, das zumeist nur in Begriffen und Kategorien eines ‚Sie‘, also aus einer äußerlich-kollektiven Perspektive erfasst wird, was aber die innerlichen Komponenten, das ‚gefühlte Wir‘ ignoriert.

Das Innere eines Wir können wir fühlen, aber das Äußere eines Wir müssen wir uns aus Abstand und über einen längeren Zeitraum hinweg ansehen, um seine Bedeutung und seine Struktur ganz erfassen zu können. (Wilber, 2007, 215)

Die Beschreibung der Intersubjektivität von außen erfordert die Teilnahme der Forscherin an der Gruppe selbst, das Erleben der Innenperspektive des Wir, um die Muster der Interaktion dann von außen her in Kategorien und Strukturen beschreiben zu können.

3.2.2.3 Methodologien der äußerlich-individuellen Dimension

Das Interesse der im Quadranten-Modell rechtsseitig zugeordneten Wissenschaften liegt auf den beobachtbaren Vorgängen und den objektiven Daten, deren Faszination seiner Meinung nach besonders in der Einfachheit der mit ihnen verbundenen Annahmen begründet ist.

I see sensorimotor objects out there; those objects (and probably those objects alone) are real; therefore true knowing consists of following the behavior of those objects as carefully as I can: that is, true knowing consists of making an accurate map of a pre-given nature. (Wilber, 2006c)

Im oberen rechten Quadranten werden in der Zone 5 die *äußeren Phänomene eines individuellen Holons aus der Innensicht* beschrieben – „die Sicht von außen auf das Innere eines objektiven Organismus“ (Wilber, 2007, 235). Als stellvertretende Methodologie nennt Wilber zumeist die Autopoiesis nach Maturana und Varela (1987), die aus dem Inneren des Organismus heraus zu beschreiben versucht, wie sich dieser entwickelt bzw.

selbst erzeugt. Diese Form wissenschaftlicher Erkenntnis unterscheidet sich deutlich von der vorherrschenden, von außen beschreibenden empirischen Methodologie der Zone 6, und zwingt den Forscher zu einer quasi ‚organisch-empathischen‘ Haltung, ohne einen dialogischen Zugang zum Forschungsobjekt zu haben. Die Welt des zu untersuchenden Holons wird nicht mehr aus den Begrifflichkeiten des umgebenden Systems (welches durch den Wissenschaftler repräsentiert wird) beschrieben, sondern es wird versucht, die Weltsicht des Holons aus den organischen Gegebenheiten zu rekonstruieren (viele Riechzellen bei einer Tiergattung deuten auf eine olfaktorische Weltinszenierung hin, also auf eine Rekonstruktion einer Welt, die stärker aus olfaktorischen Signalreizen denn aus visuellen Signalreizen besteht).

Man beachte, dass auch hier davon ausgegangen wird, dass sich der biologische Organismus als autopoietisches System seine Welt ‚inszeniert‘, d.h. er nimmt nicht einfach ‚die Welt‘ über die Sinne auf, sondern co-kreiert das Erleben seiner spezifischen Um-Welt. (Wittrock 2008, 57)

Andere Methodologien dieser Zone sind beispielsweise die Soziobiologie oder die Neurophänomenologie, in der aus der Aktivität in bestimmten Gehirnarealen auf bestimmte Erlebnis-inhalte geschlossen wird, ohne dass der Proband selbst befragt wird.

In der Zone 6, ebenfalls im oberen rechten Quadranten angesiedelt, ist die Empirie die vorherrschende Methodologie, welche die *äußeren Phänomene eines individuellen Holons aus der Außenperspektive* erforscht. Diese Perspektive dominiert die derzeitige Wissenschaftslandschaft, was von Wilber (2007) kritisch angemerkt wird. Dieser einflussreiche Forschungsbereich ist nach integralem Verständnis zwar wichtig, wird aber in seiner Bedeutung vom traditionellen Wissenschaftsbetrieb überschätzt, Wilber (2005a, 53f) spricht vom *Flachland-Reduktionismus*, welcher Erkenntnis auf die Perspektive der dritten Person, des ‚Es‘ (oder ‚Sie‘) reduziert und die Perspektive der ersten Person ignoriert. Wissenschaftsbereiche dieses Quadranten sind im Bereich der Bewusstseinsforschung unter anderem die Neurowissenschaften, die mithilfe von Magnetresonanztomografie und Positronen-Emissions-Tomografie Aufbau und Zustände des Gehirns erforschen (Wilber, 2007), aber auch die Physik, Chemie und Biologie.

3.2.2.4 Methodologien der äußerlich-kollektiven Dimension

Der Bereich der äußerlich-kollektiven Phänomene, unten rechts, widmet sich den Mustern zwischen Objekten (Wittrock, 2008) im Gegensatz zu den Mustern zwischen Subjekten, die im unteren linken Quadranten (Zone 3 und 4) beobachtet werden. Der untere rechte Quadrant wird zuerst repräsentiert durch die Zone 7, welche die *Innenperspektive auf die äußeren Vorgänge eines kollektiven Holons* wiedergibt. Als zentrale Methodologie nennt Wilber die soziale Autopoiesis Luhmanns, „die Sicht aus dem Inneren des sozialen Systems“ (Wilber 2007, 238), wobei vor allem die Interaktionen zwischen den individuellen Holons eines sozialen Holons in ihrer Entwicklung aus sich selbst heraus betrachtet werden. „Die Übertragung des Autopoiesis-Begriffs [von Maturana und Varela, 1987, vgl.

Kap. 3.2.2.3, B.W.] auf den Phänomenbereich des Sozialen hat zur Konsequenz, dass soziale Gebilde als geschlossen operierende Einheiten beschrieben werden, die sich mittels der rekursiven Produktion ihrer Elemente selbst erzeugen und erhalten.“ (Kneer & Nassehi, 1993, 65). Nach Luhmanns Verständnis (Kneer & Nassehi, 1993) sind Eingriffsmöglichkeiten auf das System von außen damit äußerst begrenzt. Wissenschaft in diesem Verständnis sucht weniger nach Wegen der Beeinflussung des Systems, sondern gibt eine Beschreibung der Mechanismen der Selbsterhaltung auch unter Umwelteinflüssen, auch mit dem Hintergrund, Risiken und Gefahren der (selbstreferentiellen) Entwicklung, aufzuzeigen.

Zone 8, die Außensicht der *äußeren Phänomene eines kollektiven bzw. sozialen Holons* ist schließlich der Forschungssektor der klassischen Systemtheorie. Hier werden die Strukturen und Manifestationen der Interaktionen von Individuen von außen, aus einer objektivierbaren Sicht heraus in ihrer Relevanz für das System beschrieben. „Ein soziales (unten rechts) Holon setzt sich zusammen aus seinen Mitgliedern plus deren ausgetauschten Artefakten.“ (Wilber, 2007, 240). Im Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses stehen Prozesse, Regelkreisläufe (Kybernetik), Funktionen und Strukturen, die für den Systemerhalt oder eine Systemveränderung notwendig sind (Miller, 1999). Das Individuum ist nur relevant in seiner Funktionalität und Passung in das System. Die Integrale Theorie nennt beispielsweise die Chaostheorie als Vertreterin dieser Zone (Wilber, 2007), ergänzt werden können die verschiedenen systemtheoretischen Ansätze der Ökonomie und der Sozialwissenschaften.

3.2.3 Die drei Stränge der Erkenntnis

Die so genannten drei Stränge der Erkenntnis sind die allen bekannten Wissenschaften vertrauten Schritte der Injunktion, der Wahrnehmung und der Bestätigung (Wilber, 2001a, 90), die für Wissenschaft in allen vier Quadranten gültig sind. Der wissenschaftliche Erkenntnisprozess beginnt stets mit einer Anleitung, einer Vorschrift, der *Injunktion*, wie die Datenerhebung vor sich zu gehen hat. Dabei divergieren Arten und Formen des Experiments: Für den Vergleich von Meditationserlebnissen muss eine Übereinstimmung über die Vorgehensweise hinsichtlich Meditationspraxis, Rahmenbedingungen und anderes vorhanden sein. Für die Wirksamkeitsprüfung von Medikamenten oder anderen Substanzen müssen standardisierte Testreihen durchgeführt werden. Für die Betrachtung von kulturspezifischen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz muss nach definierter Vorgehensweise Feldforschung betrieben werden. Und für den Vergleich der Gesundheitssysteme muss man nach vorheriger Planung in definierten Kontexten bestimmte Daten erheben. Jede Zone hat ihre eigenen methodologischen Vorgaben, die Art und Durchführung von Injunktion, Datenverarbeitung und Verifizierung bestimmen.

Die *Wahrnehmung* geschieht durch die Datengewinnung im Experiment, das der Injunktion entsprechend auch aus einer Selbstbeobachtung im oberen linken Quadranten bestehen kann. Diese Daten können entsprechend der übergeordneten Methodologie

(Zone) unterschiedlicher Natur sein. „Alle gute Wissenschaft - sei sie eng oder weit - ist bis zu einem gewissen Grad in Daten oder erfahrenen Beweisen verankert.“ (Wilber, 2001a, 90). Auch bei der Bearbeitung der gewonnenen Daten gelten die Regeln des Erkenntnisweges, dessen Injunktion maßgeblich für die Daten ist (Wilber, 2001a).

Im letzten Schritt erfolgt die *Überprüfung*, die eine Widerlegung oder Bestätigung der Ausgangsthese beinhaltet. Durch die Injunktion ist die grundsätzliche Vorgehensweise der Erkenntnisgewinnung für alle bis zu einem gewissen Maße wiederhol- und überprüfbar.

Eine Gemeinschaft von Gleichgesinnten [...] - oder von solchen, die die beiden ersten Faktoren (Injunktion und Daten) angemessen nachvollzogen haben - gibt wohl die beste Möglichkeit zur Überprüfung, und jede gute Wissenschaft tendiert dazu, sich zwecks Bestätigung oder Widerlegung an eine Gemeinschaft sachkundiger Gleichgesinnter zu wenden. (Wilber, 2001a. 90)

Überträgt man dies auf praktische Forschungsbereiche, so sind hier Abweichungen zu erwarten: Während ein einfacher Gedächtnistest mit vorbereitetem Testmaterial für die meisten Anwender relativ einfach durchzuführen ist, die Injunktion also von einer möglichst großen Gruppe befolgt werden kann, ist dies bei Untersuchungen zur Meditationspraxis, die auf höchst individuellen und von außen kaum beeinflussbaren Mechanismen beruht, schwieriger. Da aber für alle vier Wirkungsbereiche auch verschiedene Geltungsansprüche existieren, macht es letztlich keinen Unterschied, ob Daten aus einem Gedächtnistest oder einer Meditationserfahrung gewonnen werden, solange sie dem Geltungsanspruch des jeweiligen Quadranten gerecht werden.

Damit gelten die drei Stränge der Erkenntnis für Wissenschaft in allen Quadranten mit ihren entsprechenden Geltungsansprüchen. Streng genommen müssen bei den drei Strängen auch die unterschiedlichen Entwicklungsebenen, beispielsweise der beteiligten Forscher, des umgebenden Systems o.ä. berücksichtigt werden. Die Anwendung der Injunktion durch einen Meditationsnovizen wird andere Ergebnisse erbringen als durch die eines Zen-Meisters (Ebenen der Entwicklung), Menschen mit einer hoch entwickelten kognitiven und moralischen Entwicklungslinie werten Interviews zu moralischen Beurteilungen möglicherweise anders aus als kognitiv weniger entwickelte Personen (Linien), Männer und Frauen haben unter Umständen andere Wahrnehmungen bei der Anwendung eines Experiments und kommen aufgrund anderer Erfahrungskontexte zu anderen Ergebnissen (Typen) und schließlich sind auch die Zustände zu berücksichtigen bei einem integralen Erkenntnisweg: In welchem Zustand geschah die Befolgung der Injunktion? In meditativer Versenkung, im Traum oder im Wachzustand?

Zu beachten sind bei der dreischrittigen Vorgehensweise integraler Forschung die drei Prinzipien des Integralen Methodologischen Pluralismus (Wilber, 2006b). Die *Nicht-Ausschließung* bedeutet die grundsätzliche Bereitschaft, in jedem Beitrag eine Relevanz für den zu erforschenden Sachverhalt zu erkennen, auch wenn er möglicherweise sehr klein

sein mag („no human mind can produce 100 % error“, Wilber, 2006b, 22). Unter *Entfaltung* wird die Berücksichtigung des holarchischen Prinzips der Einschließung und Transzendierung auch bei der Generierung neuen Wissens verstanden, was auch bedeutet, alte Paradigmen zu hinterfragen und neue zuzulassen (Wittrock, 2008). Und schließlich verlangt eine integrale Forschung die Beachtung einer genauen *Inzenierung*, also Beachtung der Injunktionen, der Vorgaben der jeweiligen Methodik, damit innerhalb ihres Geltungsanspruchs die entsprechenden Daten reproduziert werden können (Wilber, 2006b).

3.3 Zusammenfassung: Integral forschen

Zusammenfassend stellt die Integrale Theorie an einen integralen Forschungsprozess den Anspruch, möglichst alle Strukturelemente in den wissenschaftlichen Erkenntnisprozess mit einzubeziehen.

Die Injunktion des Integralen Methodologischen Pluralismus erfordert die Orientierung des Erkenntnisgegenstandes an den Strukturen der Quadranten (Kap. 3.1.1) bzw. Dimensionen, wobei unterschiedliche Geltungsansprüche zu beachten sind. Eine Berücksichtigung der jeweiligen Außen- und Innensicht mit ihren verschiedenen Erkenntniswegen (Kap. 3.2.2) ergänzt diese Orientierung. Die Injunktion verlangt ferner, den Erkenntnisgegenstand nach den verschiedenen Linien (Kap. 3.1.2) zu differenzieren, in denen Entwicklung über verschiedene Ebenen stattfindet. Die Ausprägung der Entwicklung auf den verschiedenen Ebenen (Kap. 3.1.3) der jeweiligen Linien ist weiterhin darzustellen. Schließlich erfordert die integrale Vorgehensweise, die unterschiedlich typische (Kap. 3.1.4) und von zeitlich begrenzten Zuständen (Kap. 3.1.5) beeinflusste Ausprägung der Entwicklung zu berücksichtigen.

All diese Aspekte miteinander zu verknüpfen und Querverbindungen möglichst transparent aufzuzeigen, macht die wissenschaftliche Arbeit mit dem integralen Ansatz aus. Dabei gilt das Prinzip, dass zuerst einmal keine Erkenntnisse auszuschließen sind (*Nicht-Ausschließung*, vgl. Kap. 3.2.3), weiterhin ist die Bereitschaft, tradierte Methoden und Paradigmen zu hinterfragen, um neues Wissen generieren zu können (*Entfaltung*, vgl. Kap. 3.2.3), Voraussetzung für integrale Forschung. Die Wege der anhand verschiedener Methoden vorgenommenen Datengewinnung (*Wahrnehmung*, vgl. Kap. 3.2.3) sind dabei so zu gestalten, dass eine Überprüfung als letzter Schritt des Forschungsprozesses möglich ist.

Auf Grundlage dieses theoretischen Ansatzes werden im folgenden Kapitel Grundbegriffe und Grundannahmen diskutiert, die für eine Anwendung der Integralen Theorie auf Demenz relevant sind.

4 Grundannahmen für ein integrales Demenz-Konzept

In den vorangehenden Kapiteln wurde gezeigt, dass es einen Mangel an umfassenden Demenz-Konzepten gibt (vgl. Kap. 2.2), verbunden mit einer Dominanz der Demenzdiskussion durch die medizinisch-verhaltensorientierten Wissenschaften (vgl. Kap. 2.1). Diese Dominanz wird von verschiedenen Gruppierungen, von Fachleuten (Whitehouse & George, 2009; Wissmann & Gronemeyer, 2008), aber auch von einigen von Demenz betroffenen Personen (Taylor, 2008) zunehmend kritisiert.

Es herrscht eine Vielzahl an Diagnosen, Kriterien, Therapieformen, Betreuungsansätzen und Meinungen vor, ohne dass bisher wirklich gesicherte Erkenntnisse über die Ursachen der Demenz vorliegen (Wißmann & Gronemeyer, 2008). Eine sinnvolle Nutzung von Querverbindungen und Synergien verschiedenster Erkenntnisse scheint mühsam bis fast unmöglich. Aus dieser Unübersichtlichkeit an Daten resultierte die Grundannahme, die zur Themenstellung dieser Arbeit geführt hat: Es gibt bisher wenige Demenz-Konzepte, deren Rahmen weit genug gefasst ist, um möglichst viele verschiedene Erkenntnisse über Demenz sinnvoll zu verknüpfen und ihre Zusammenhänge strukturiert zu verdeutlichen. Es fehlt der Überblick, eine Metatheorie im Sinne einer übergeordneten Theorie, die die vorhandenen Erkenntnisse zusammenführt.

Vorgehend wurde ferner gezeigt, dass die integrale Theorie einen Rahmen bietet, einen Sachverhalt aus wissenschaftlicher Sicht umfassend, unter Einbeziehung bisher gegensätzlicher Standpunkte zu beschreiben (vgl. Kap. 3).

Die grundlegende These dieser Arbeit lautet, dass die Integrale Theorie geeignet ist, um anhand ihrer Strukturelemente und Vorgaben des Integralen Methodologischen Pluralismus ein integrales Demenz-Konzept zu entwickeln, das so umfassend ist, dass eine große Anzahl an Erkenntnissen zur Entität Demenz innerhalb des konzeptionellen Rahmens verknüpft und eingebunden werden können. Ziel ist es daher, einen Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept zu erstellen, das ein Grundgerüst für eine Beschreibung der Demenz nach integralen Kriterien bietet.

Demenz integral zu betrachten folgt dem Anspruch dessen, was die Integrale Theorie sein will: Eine ‚Theorie von allem‘ (*Theory of Everything*, englischer Originaltitel von *Ganzheitlich Handeln*, Wilber, 2001a). Nimmt man diesen Anspruch ernst, ist es konsequent, die Integrale Theorie vor die Herausforderung zu stellen, nicht nur eine vorwärts-aufwärts gerichtete Bewusstseinsentwicklung, sondern auch das Phänomen eines scheinbar regredierenden Bewusstseins anhand ihrer Strukturelemente beschreiben zu können. Hierin wird auch die besondere Herausforderung dieser Arbeit liegen: Ein Bewusstseinsphänomen, das als besonderes Merkmal die Rückentwicklung des (kognitiven) Bewusstseins hat bzw. zu haben scheint, in einen Ansatz zu übertragen, der sich bisher zumeist durch die Arbeit an der Entwicklung von höheren Bewusstseinsstufen auszeichnet (Wilber, 2007).

Bevor jedoch anhand von Erkenntnissen aus Theorie und Praxis der Demenzbegleitung und Demenzforschung ein integrales Demenz-Konzept skizziert werden kann, gilt es zuerst, die notwendigen Konsequenzen aus den integralen Forderungen zu ziehen und zu prüfen, welchen Grundvoraussetzungen ein integrales Demenz-Konzept gerecht werden muss.

4.1. Holon Demenz

Vor einer Anwendung des integralen Modells auf Demenz ist zu klären, ob sich Demenz überhaupt für eine integrale Betrachtung eignet, deren eine Grundannahme besagt, dass Evolution stets eine zunehmende Komplexität der beteiligten Entitäten beinhaltet (vgl. Kap. 3.1). Zuerst einmal scheinen sich die Begriffe Demenz und Entwicklung auszuschließen, da nach der überwiegenden Erkenntnis über Demenz im Zusammenhang mit diesem Phänomen stets eine Rückentwicklung stattfindet: Eine Rückentwicklung der kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz (Engel, Mück & Lang, 2009), zunehmend auch ihrer Einbindung und Teilhabe an der Gesellschaft (Wißmann & Gronemeyer, 2008), und organisch eine Rückentwicklung ihrer Nervenzellen und ihres Gehirns (Holthoff, 2009). Selbst integrale Theoretiker ordnen Menschen mit Demenz im letzten Stadium der untersten Stufe in ihrem Entwicklungsmodell zu (Beck & Cowan, 2008; Wilber, 2001a). Vereinfachung statt zunehmende Komplexität scheint hier vorzuherrschen. Wie kann man also ein dem evolutionären Prinzip scheinbar entgegenlaufendes Phänomen mit einem theoretischen Ansatz beschreiben, der eine vorwärts-aufwärts strebende Evolution als Grundbedingung seines Ansatzes sieht?

Eine erste Antwort gibt eine Grundannahme des integralen Ansatzes, wie sie Weinreich (2005) in seinem Ansatz einer Integralen Psychotherapie formuliert: „Die Integration widersprüchlicher Aspekte einer Ebene kann jeweils nur von einer höheren Entwicklungsebene aus geschehen.“ (Weinreich, 2005, 28). Demenz ist auf eine Art widersprüchlich: Rückentwicklung (in Form einer neurodegenerativen Erkrankung) geschieht in einem von Entwicklung (in Form zunehmender individueller Bewusstheit wie auch wachsendem Niveau medizinisch-neurowissenschaftlicher Forschung) gekennzeichneten Umfeld, ohne dass die Ursachen für die Rückentwicklung bisher wirklich ergründet werden konnten (Wißmann & Gronemeyer, 2008). Diese Widersprüchlichkeit der Demenz aufzulösen wird vielleicht erst auf einer höheren Entwicklungsebene möglich sein, die alle derzeitigen Kenntnisse einbezieht und transzendiert. Entwicklung zu mehr Komplexität und Tiefe, wie es dem integralen Ansatz entspricht, ist daher in allen Bereichen notwendig, um dem Phänomen Demenz begegnen zu können.

Entscheidend für die Relevanz der Demenz für eine integrale Betrachtung bleibt letztlich die Tatsache, dass Demenz ein Prozess ist, der auch (aber nicht nur) in einem bewussten, fühlenden Menschen stattfindet - in seinem Körper, in seinem Bewusstsein, in seinen Beziehungen und in seiner Umwelt. Die betroffenen Menschen bleiben bis zuletzt Menschen im Sinne eigenständiger Personen, auch wenn es darüber ethisch unterschiedlich

begrenzende Ansichten gibt (Wetzstein, 2005b). Sie sind und bleiben also Holons, die Ganze und Teile sind. Somit ist Demenz ein Teil menschlicher Evolution und menschlichen Bewusstseins und kann daher als Holon angesehen werden.

Doch auch Demenz als eigenständiges Phänomen kann als Holon betrachtet werden, wenn man nicht die ‚Krankheit‘ bzw. die demenziellen Veränderungen in einem individuellen Menschen, sondern das Phänomen an sich in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt. Hier liegt der Fokus auf der demenziellen Veränderung, auf dem, was Demenz ausmacht und was sich durch Demenz verändert auf jeder Ebene (vgl. zu den einzelnen Punkten u.a. Mahlberg & Gutzmann 2009a):

- die einzelne Nervenzelle, die abstirbt,
- die Teil eines Gehirnareals ist, dessen Funktionalität zunehmend eingeschränkt ist und das sich schließlich zurückbildet,
- das Teil eines Individuums ist, welches aufgrund dieser zunehmenden Veränderungen zunehmend das Erinnerungsvermögen und vieles mehr verliert,
- das wiederum Teil der Gesellschaft ist, die durch den Ausfall, sozialen Rückzug und Pflegebedürftigkeit dieses Mitglieds eingeschränkt ist (wobei hier ein Wechsel von der individuellen Dimension zur kollektiven Dimension erfolgt, was "äquivalente (aber nicht identische) Dimensionen einer Begebenheit" (Wilber, 2007, 203) sind.)

4.2 Fokus dieser Arbeit

Was ist also das Holon, das es zu betrachten gilt? Hier zeigt sich die erste Herausforderung des integralen Modells, der Komplexität einer (vermeintlichen) Krankheit wie Demenz einen ausreichend tiefen Rahmen zu bieten, der alle Facetten gleichberechtigt erfassen kann. Bleibt man bei der medizinisch besetzten Begriffsbestimmung, ist es möglich, eine einzelne Demenzform in den Fokus zu stellen, was sich, wie in Abbildung 10 vereinfacht gezeigt, in den Quadranten folgendermaßen darstellen würde:

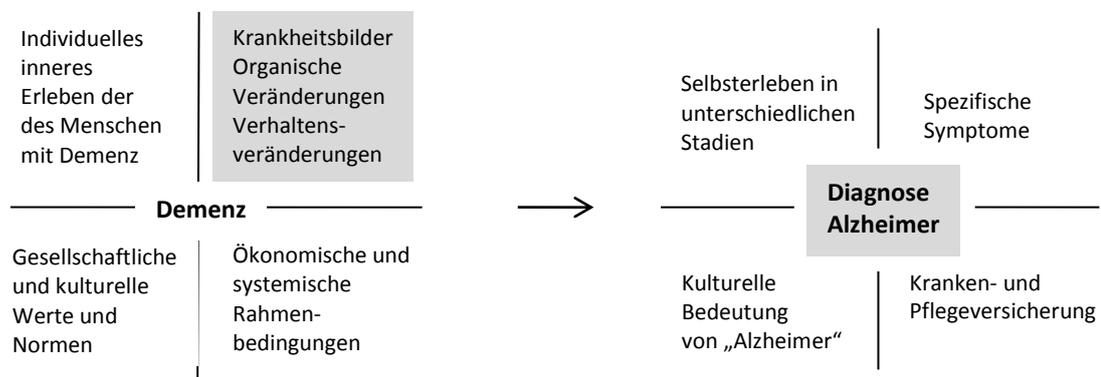


Abb. 10: Aspekte des äußerlich-individuellen Quadranten als eigenständiges Holon¹

¹ Diese und alle folgenden Abbildungen in dieser Arbeit sind eigene Darstellungen der Autorin.

Stellt man dagegen den einzelnen Menschen mit Demenz als Holon in den Mittelpunkt, ergeben sich die in Abbildung 11 dargestellten relevanten Aspekte in den Quadranten:

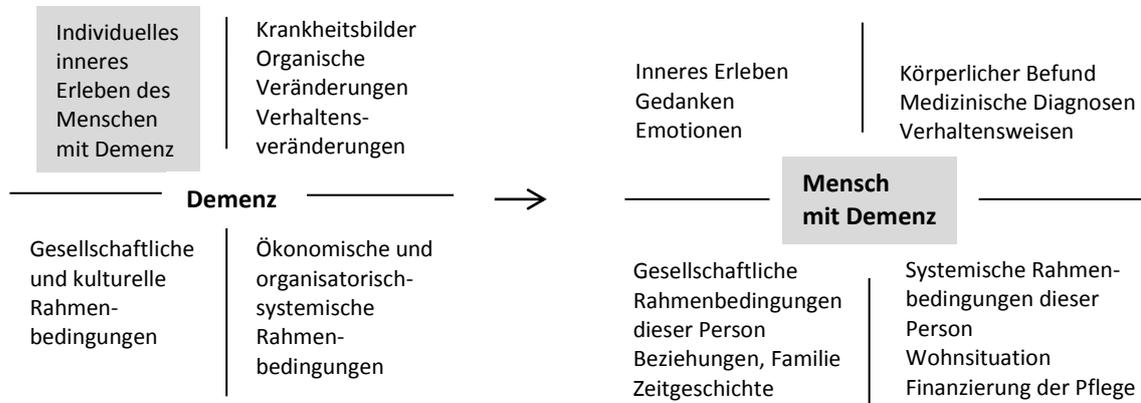


Abb. 11: Aspekte des innerlich-individuellen Quadranten als eigenständiges Holon

Mit den in Abbildung 10 und 11 dargestellten Vorgehensweisen bleibt man jedoch in einzelnen Aspekten des Phänomens Demenz verfangen, stellt im ersten Fall eine medizinische Diagnose des oberen rechten Quadranten, und im zweiten Fall den Erkrankten in seinen individuellen wie sozialen Bezügen in den Fokus der Betrachtung. Eine weitere Fokussierung wäre entsprechend die Betrachtung der Demenz in der einer religiösen Gemeinschaft (als ein Aspekt des innerlich-kollektiven Quadranten, vgl. Abb. 12) oder im System Altenheim (als ein Aspekt des äußerlich-kollektiven Quadranten, vgl. Abb. 13).

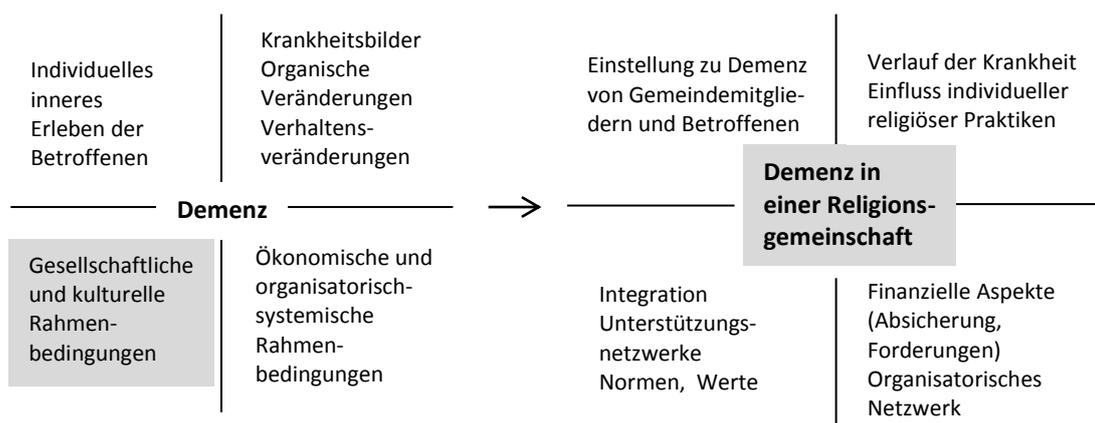


Abb. 12: Aspekte des innerlich-kollektiven Quadranten als eigenständiges Holon

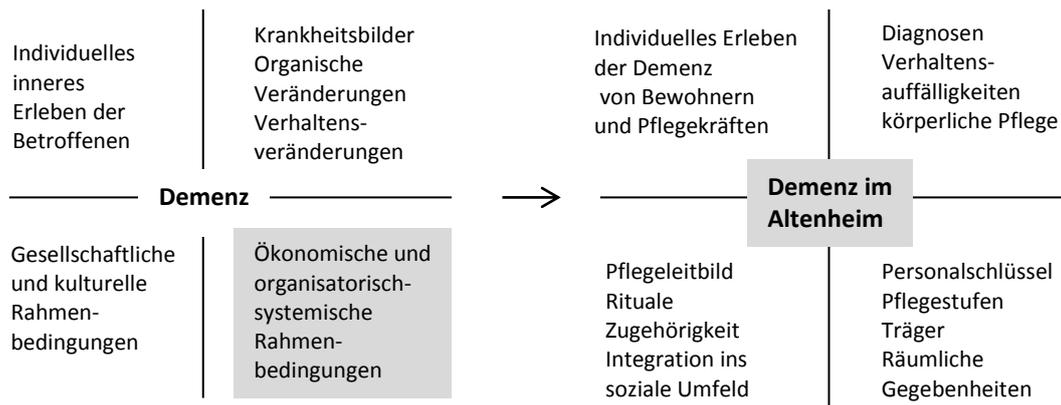


Abb. 13: Aspekte des äußerlich-kollektiven Quadranten als eigenständiges Holon

Ziel dieser Arbeit ist jedoch ein Demenz-Konzept, das weitreichender ist und Raum bietet für viele weitere Aspekte der Demenz: Semantische Bedeutung, kulturelle Rezeption, persönliches Erleben von Menschen mit Demenz, subjektive Außenwahrnehmung Angehöriger, organische Entwicklung und medizinische Diagnosen, versicherungsrechtliche und finanzielle Bedeutung, ethische Relevanz und politische Positionen, pharmakologische Therapien oder pflegerische Betreuungskonzepte. Daher muss ein umfassender und gleichzeitig abgegrenzter Begriff der Demenz als Grundlage dieses Konzepts definiert werden.

4.3 Begriffsklärungen

Demenz wird in dieser Arbeit verstanden als ein Phänomen rund um die durch die ICD-10 der WHO (DIMDI, 2010) definierten Krankheitsbilder der Demenz in all seinen kulturellen, systemisch-organisatorischen, individuellen und organischen Bezügen. Demenz wird für diese Arbeit ausdrücklich *nicht* als Krankheit definiert, sondern als Begriff, der derzeit bestimmten mit den ICD-10 Kriterien verbundenen organischen Veränderungen und Verhaltensweisen von betroffenen Menschen zugeschrieben wird.

Die Definition der Demenz in der ICD-10 ist die Grundlage vieler Standardwerke über Demenz (Förstl, 2009a; Mahlberg & Gutzmann, 2009b), von Forschungsvorhaben und Publikationen. Sie kann derzeit als die einzige weltweit gültige Definition der Entität Demenz angesehen werden, deren Kriterien jedoch schon nicht mehr dem neuesten Forschungsstand entsprechen (zur Diskussion vgl. WHO, 2007). Da die in Vorbereitung befindliche Neuauflage als ICD-11 jedoch noch nicht bekannt ist, wird diese Version definitorische Grundlage dieser Arbeit sein.

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emoti-

onalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. [...] (DIMDI, 2010)

Aus integraler Perspektive ist zu berücksichtigen, dass in diesem Fall individuelle innerliche wie äußere Vorgänge durch eine Institution mit weltweitem Einfluss definiert werden, die Betrachtung also den äußerlich-kollektiven Einfluss berücksichtigen muss. Demenz wird durch ein System definiert, das sich zwar auf Wissen von Fachleuten stützt, die Perspektiven aus allen Quadranten vertreten, dennoch aber immer auch institutionellen Zwängen unterliegt. Bei der WHO als ‚Definitionsmacht‘ ist weiterhin zu bedenken, dass die Institution dazu verpflichtet ist, die Interessen und Belange aller beteiligten Menschen zu vertreten (Wetzstein, 2005a), und daher aus Gründen der Gültigkeit der Definition für möglichst alle beteiligten Nationen immer etwas allgemeiner in seiner Definition bleiben wird, als ein national orientierter und stärker auf Forschung ausgerichteter Verband (Wetzstein, 2005a) wie die American Psychiatric Association (APA).

Hier wird der Geltungsanspruch des äußerlich-kollektiven Quadranten, das funktionelle Passen, deutlich: eine weltweit gültige Demenzdefinition muss ausreichend offen sein, dass sie für alle beteiligten Gesundheitssysteme funktional ist. Die Demenzkriterien der DSM-IV der APA sind in dieser Hinsicht differenzierter, da sie sich als vorrangig national orientierte Organisation auf einen stärker beschränkten (wenn auch kulturell immer noch breit gefächerten) Personenkreis beziehen können. Insbesondere aufgrund der weltweiten Gültigkeit der ICD-10-Kriterien sollen diese hier Grundlage der Arbeit sein.

Eine weitere wortwörtliche Definition des Begriffes Demenz soll hier unterbleiben, da jegliche definitorische Annäherung bereits eine Festlegung auf den Fokus eines bestimmten Erkenntnisweges beinhaltet. Durch die ICD-10-Definition wird bereits eine Vor-Festlegung auf eine medizinische Definition vorgenommen; dieser Widerspruch ist jedoch vorerst nicht aufzulösen und so ergibt sich der Anspruch an den Forschungsprozess, diesen Tatbestand sensibel zu berücksichtigen.

Bisher wurde in dieser Arbeit für Demenz zumeist der Begriff *Phänomen* als Beschreibung verwendet, doch muss auch dies im Sinne einer genauen Wortbedeutung konkretisiert werden: Demenz wird in dieser Arbeit sowohl in seiner Erscheinung als *Phänomen* als auch als *Noumenon* berücksichtigt, also sowohl als das der sinnlichen Wahrnehmung zugängliche Ereignis (Wikipedia, Phänomen) wie auch als das Gedachte an sich, das „mit dem Geist zu erkennende“ (Wikipedia, Noumenon) im Sinne Platons. Damit wird gleichzeitig den in Bezug auf das Quadranten-Modell rechtsseitigen (Phänomen) als auch den linksseitigen (Noumenon) Erkenntniswegen Rechnung getragen. Als übergeordneter Begriff wird hier die *Entität* im philosophischen Verständnis des Begriffs gewählt, die als „unspezifiziertes Dasein von etwas“ (Wikipedia, Entität) definiert ist. Demenz als Entität zu begreifen bedeutet daher, sie als ‚etwas Da-Seiendes‘ anzuerkennen, ohne ihre Natur bereits bestimmen zu können. Eine dermaßen offene Begriffsbestimmung ermöglicht,

sich von bisherigen Definitionen zu lösen und wirklich offen alle Aspekte einzubeziehen, die messbaren ebenso wie die denkbaren.

Zu klären ist ferner die Bezeichnung Quadrant oder Dimension, die von Wilber meist synonym verwendet wird (vgl. Kap. 3.1.1). Im Zusammenhang mit der Entität Demenz erscheinen die Dimensionen der Demenz die sprachlich eingängigere Begrifflichkeit zu sein als die Quadranten der Demenz. Daher wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit meist die Bezeichnung *Dimension* dem Begriff des Quadranten vorgezogen.

Schließlich steht noch die nähere Betrachtung des Konzept-Begriffs aus, der Inhalt und Ergebnis dieser Arbeit charakterisieren soll. Der Begriff *Demenz-Konzept* wird mit Bezug auf Wetzstein (2005a) gewählt, in deren Studie der Begriff (wieder) in die Demenzdiskussion eingebracht wurde. Sie gibt in ihrer Studie zwar einen Überblick über die inhaltlichen Vorläufer des Demenz-Konzepts (Wetzstein, 2005a), definiert jedoch nicht Charakter und Ausmaß eines Konzepts. Auch in der enzyklopädischen Literatur sind kaum tiefgehende Definitionen zu finden. Als „[stichwortartigen] Entwurf, erste Fassung einer Rede oder Schrift, Plan“ definiert es Meyers Großes Taschenlexikon (1992), in der Wikipedia findet sich Konzept unter anderem als ‚ersten Entwurf oder als Vorstufe einer Theorie‘ beschrieben (Wikipedia, Konzept). Der Deutsche Wortschatz der Universität Leipzig (Deutscher Wortschatz, 2011) schließlich bietet als Synonym unter anderem das *Denkmodell* an.

Fasst man diese Definitionen und Synonyme zusammen und überträgt sie auf den hier vorliegenden Rahmen, so lässt sich ein Demenz-Konzept als ein Denkmodell als Vorstufe einer Theorie definieren. Ein integrales Demenz-Konzept wird daher in dieser Arbeit verstanden als ein *Denkmodell über die Entität Demenz auf der Basis der Integralen Theorie*.

Vor dem Hintergrund der Begriffsklärungen wird nun im folgenden Abschnitt der erkenntnisleitende Forschungsrahmen dieser Arbeit dargestellt.

4.4 Erkenntnisleitender Forschungsrahmen

In dieser Arbeit werden nach integralem Verständnis (vgl. Kap. 3) alle Erkenntniswege zugelassen, die einem der vier Quadranten zugerechnet werden können, und die Anteil an der Beschreibung und Erforschung der Entität Demenz haben. Ziel eines integralen Demenz-Konzepts ist auch die Integration von unterschiedlichen Erkenntnisbereichen, so dass nicht nur wissenschaftliche Forschungsergebnisse, sondern auch Erkenntnisse nicht-wissenschaftlicher Professionen, Angehörigenvertretungen und vor allem auch der Menschen mit Demenz selbst, weiterhin beispielsweise mediale Beiträge unterschiedlicher Art (Literatur, Filme, Internetseiten) und Erfahrungen verschiedener Personengruppen mit Demenz einzubeziehen sind. Relevant für den Einbezug der Erkenntnisse und Ergebnisse einer beteiligten Person, Gruppe oder Institution ist zuerst einmal nicht die wissenschaftliche Güte, sondern die Frage, ob die Erkenntnis dem Geltungsanspruch (Kap. 3.2.1) des jeweiligen Quadranten gerecht wird. Das Ideal eines integralen Demenz-Konzepts wäre

somit ein Gesamtbild der Entität Demenz, das alle Strömungen einbezieht und die Anteile jedes Beitrags würdigt.

Um die zu Beginn des Kapitels genannte These der Eignung der Integralen Theorie als Modell für ein integrales Demenz-Konzept zu überprüfen, wird in zwei Schritten vorgegangen. In einem ersten Schritt ist ein integrales Demenz-Konzept in seinen Grundzügen zu entwickeln sein, welches dann in einem zweiten Schritt auf seine Reichweite im Sinne einer Offenheit für möglichst viele Erkenntnisse über Demenz überprüft werden soll. Beide Schritte sollen folgend detaillierter in ihren methodischen Details erläutert werden.

4.4.1 Vorgehensweise bei der Entwicklung des Entwurfs eines integralen Demenz-Konzepts

Im ersten Schritt der theoretischen Erarbeitung und Überprüfung eines integralen Demenz-Konzepts soll in Kapitel 5 aus den Grundlagen, die in den vorangehenden Kapiteln dargelegt wurden, ein *Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept* entwickelt werden. Für den ersten Abschnitt der Methodik werden folgend unter Berücksichtigung der Implikationen des Integralen Methodologischen Pluralismus (Kap. 3.2) Kriterien für ein Demenz-Konzepts auf der Basis des integralen Ansatzes formuliert.

1. Ein integrales Demenz-Konzept soll Erkenntnisse zur Entität Demenz der jeweils relevanten Methodologien/ Zonen aus allen Quadranten der Integralen Theorie (vgl. Kap. 3) zusammentragen. Dabei soll - wo möglich - die Verwobenheit dieser vier Perspektiven miteinander aufgezeigt werden.
2. Ein integrales Demenz-Konzept soll in allen Quadranten möglichst umfassend relevante Linien, Ebenen, Typen und Zustände der Demenz einbeziehen.
3. Ein integrales Demenz-Konzept soll ferner nicht nur die Entität Demenz selbst, sondern auch die Perspektive möglichst vieler Beteiligter (Menschen mit Demenz, Angehörige, Pflegepersonal, Forscher) einbeziehen.

Für die Erarbeitung eines integralen Denkmodells bzw. eines integralen Konzepts bieten folgende Fragen, die sich aus den Implikationen der Strukturelemente und des Integralen Methodologischen Pluralismus ergeben, Anhaltspunkte für die wissenschaftliche Vorgehensweise:

- Was sind die Themenbereiche in diesem Quadranten?
- Welche Wissenschaftsbereiche, Fachgebiete, Professionen und Institutionen haben ihren Schwerpunkt in den Erkenntniswegen dieses Quadranten?
 - Welche Linien werden in dieser Dimension differenziert? Wie wird dabei vorgegangen?
 - Welche Linien sind weiterhin denkbar in diesem Quadranten?
 - Welche Ebenen zeigen sich in diesem Quadranten?

- Welche Ebenen können darüber hinaus relevant sein? Welche Zusammenhänge können zu anderen Linien und Ebenen möglich sein?
- Welche Typologien sind in diesem Bereich zu finden?
- Welche Typologien sind ferner denkbar in diesem Bereich?
- Welche Zustände werden von den jeweiligen Methodologien berücksichtigt?
- Welche Zustände sind weiterhin möglich in diesem Quadranten und werden bisher noch nicht berücksichtigt?
- Welche Korrelationen zu anderen Bereichen zeigen sich im jeweiligen Quadranten?

Für den *Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts* geben insbesondere die Fragen hinsichtlich der Quadranten und Linien den orientierenden Rahmen. Exemplarisch wird an einigen Linien jedes Quadranten das Spektrum einer integralen Sicht auf Demenz gezeigt und anhand von Datenmaterial aus der Demenzforschung belegt werden. Dafür wird weitgehend auf online zugängliche Quellen aus den Datenbanken GeroLit und Medline, auf einige Grundlagenwerke der aktuellen Demenzliteratur (u.a. Förstl, 2009; Mahlberg & Gutzmann, 2009) und auf Quellen aus den Veröffentlichungen des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe und der Demenz Support Stuttgart zurückgegriffen.

Der integrale Ansatz mit seinen vielschichtigen Strukturelementen birgt die Gefahr, den roten Faden in der Vielfalt von Perspektiven, Linien und Ebenen zu verlieren. Daher wird sich diese Arbeit an folgender Rangfolge an Strukturelementen orientieren:

- Quadranten als oberstes Strukturelement,
- Einige exemplarische Linien als Bereiche der Entwicklung innerhalb der Quadranten,
- Übersicht über einige Ebenen, Zustände und Typologien,
- Übersicht über die Zonen als Bereiche unterschiedlicher Methodologien.

Der Fokus dieser Arbeit liegt damit innerhalb der Quadranten auf der exemplarischen Darstellung einiger Linien der Entwicklung der Entität Demenz. Einzelne Beispiele für Ebenen, Typologien und Zustände werden hinzugezogen. Die Darstellung einer möglichen Relevanz der Zonen konzentriert sich auf einen orientierenden Überblick.

Folgend wird Demenz weitgehend in den kulturellen und systemischen Strukturen der Bundesrepublik Deutschland betrachtet. Vereinzelt Beispiele aus Schottland oder den USA ergänzen dies, wenn es im deutschen Sprachraum bzw. Wissenschaftsbereich dafür noch keine äquivalenten Erkenntnisse oder Strukturen gibt. Auf eine zusätzliche Differenzierung nach unterschiedlichen kulturellen und systemischen Aspekten (soweit sie die kulturelle Vielfalt innerhalb Deutschlands überschreiten) wird hier verzichtet.

4.4.2 Vorgehensweise bei der Überprüfung eines integralen Demenz-Konzepts

Die These, dass ein integrales Demenz-Konzept den theoretischen Rahmen bietet, um möglichst umfassend eine Vielzahl an Erkenntnissen über Demenz in seine Struktur einzubinden, soll in Kapitel 6 überprüft werden.

Dafür sollen die Daten einer Stichprobe von Publikationen über Demenz einer wissenschaftlichen Datenbank mithilfe einer Literaturanalyse kategorisiert und ausgewertet werden. Die Kategorienbildung erfolgt dabei anhand des Strukturmodells der Quadranten der Integralen Theorie, auf der Basis der in Kapitel 5 gewonnenen Erkenntnisse über die Grundstrukturen eines integralen Demenz-Konzepts. Zu überprüfen ist dabei die mit der Hauptthese dieser Arbeit verknüpfte These, dass ein integrales Demenz-Konzept eine Reichweite bietet, mit der möglichst umfassend verschiedene Erkenntnisse über Demenz einbezogen und verknüpft werden können. Methodisch soll diese Reichweite überprüft werden, indem detailliert geprüft wird, ob jede Publikation einer beliebigen Stichprobe an Demenzliteratur mindestens einer Dimension eines integralen Demenz-Konzepts zugeordnet werden kann.

Es soll dabei ferner überprüft werden, welche Relationen zwischen den gewonnenen Daten der jeweiligen Quadranten sichtbar werden, und ferner ob die in Kapitel 2 diskutierte und von verschiedenen Autoren (Wetzstein, 2005; Wißmann & Gronemeyer, 2008) behauptete Dominanz der Medizin über die Demenz-Diskussion mithilfe des integralen Modells darstellbar ist.

Das folgende Kapitel widmet sich jedoch zuerst der Erarbeitung eines Entwurfs für ein integrales Demenz-Konzept.

5 Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts

In diesem Kapitel soll auf der Basis der in Kapitel 3 dargestellten Integralen Theorie und anhand der in Kapitel 4 beschriebenen Grundannahmen und methodischen Vorgehensweisen ein Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept skizziert werden.

Wenn alle Wissenschaftsbereiche ihren gleichberechtigten Anteil an der Erklärung der Wirklichkeit haben (vgl. Kap. 3.2), dann muss ein integrales Demenz-Konzept den theoretischen Raum bieten, alle involvierten Wissenschaften und Handlungsansätze zu integrieren und gleichberechtigt nebeneinander zu stellen. Will man Demenz in allen Dimensionen und Perspektiven darstellen, ist es dafür - wie vorangehend gezeigt - notwendig, nicht einzelne Aspekte der Demenz, sondern die Entität selbst in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung zu stellen

Für die jeweiligen Quadranten lassen sich als Übersicht die in Abbildung 14 aufgeführten Leitwissenschaften identifizieren.

	INNERLICH	ÄUSSERLICH
INDIVIDUELL	Psychologie Gerontologie Pflege- wissenschaft	Medizin Geriatrie Pharmakologie Gerontopsychiatrie
KOLLEKTIV	Soziologie Ethik Religions- wissenschaft	Wirtschafts- wissenschaften Politikwissenschaft Public Health

Abb. 14: Einige der beteiligten Wissenschaften im jeweiligen Quadranten

Im Folgenden verläuft die Betrachtung der Entität Demenz entlang der Reihenfolge vom oberen linken zum oberen rechten Quadranten, danach vom unteren linken zum unteren rechten Quadranten, also von den individuellen zu den kollektiven Aspekten der Demenz.

5.1 Innerlich-individuelle Dimension der Demenz

Im innerlich-individuellen Quadranten werden Daten aus dem inneren Erleben von Individuen gewonnen, anhand vielfältiger Erkenntniswege wie „Meditation und Kontemplation, introspektiver Psychologie, psychoanalytischer Bestrebungen, schamanischen Reisen, der Phänomenologie der Aufmerksamkeit, Traumanalyse und Körperarbeit“ (Wilber, 2002). Wissen über die innerlich-individuelle Perspektive der Demenz wird durch die Psychologie und die Gerontologie, aber auch durch die Altenpflege und die Pflegenden selbst generiert, zunehmend ergänzt von autobiografischen Berichten von Menschen mit Demenz wie von Angehörigen.

Im Bereich des innerlich-individuellen Quadranten geht es um das Erleben einer Demenz *von innen her* mit dem Geltungsanspruch der Wahrhaftigkeit (vgl. Kap. 3.2). Welche Gefühle hat ein Mensch mit Demenz und wie verändern diese sich im Verlauf der Erkrankung? Was für Gedanken haben Menschen in Bezug auf Demenz? Wie verändern sich Selbstbild und Wahrnehmung im Laufe einer Demenz, von direkt betroffenen Menschen, aber auch von begleitenden Angehörigen? Welche Gefühle haben Begleiter und andere beteiligte Personen, Ärzte, Pflegende, Nachbarn, aber auch Politiker, die gesundheitspolitische Entscheidungen treffen, bezüglich Demenz? Auch in ihnen ‚existiert‘ Demenz in Form von Gedanken, Ängsten, Hoffnungen und Wertvorstellungen. Diese Perspektiven der Demenz sind nicht minder relevant, denn sie prägen den Umgang mit Demenz und damit wiederum auch das Selbsterleben, die Gedanken und Gefühle der Menschen mit Demenz selbst entscheidend mit (Kruse 2010).

Exkurs: Gedanke, integral betrachtet

Nach Wilber (2005a) ist der Gedanke an sich ein innerer Vorgang, ein Vorgang des Geistes bzw. des Bewusstseins, der Teil des inneren Gewahrseins eines Menschen ist, aber kein empirisch beobachtbarer Vorgang. Empirisch zu erfassen sind die neurophysiologischen Korrelate, Hirnwellenmuster, bestimmte Stoffwechselaktivitäten und Verhaltensweisen, von Veränderungen in der Physiognomie über Anstieg des Blutdrucks bis hin zu konkreten Tätigkeiten, die mit einem Gedanken verbunden auftreten können.

Vielleicht stellt man sogar eines Tages fest, dass beides zwei verschiedene Aspekte derselben Sache sind, dass sie parallel, dualistisch, interaktiv oder was auch immer sind, aber im Augenblick ist das Entscheidende, dass sich das eine nicht ohne Rest auf das andere reduzieren lässt, weil, was auch immer man im Übrigen aussagen kann, sie doch phänomenologisch etwas völlig Verschiedenes sind. (Wilber, 2005a, S. 38f.)

Jedoch sind auch die kollektiven Quadranten an der inhaltlichen Ausprägung des einzelnen Gedanken beteiligt, indem jeder Gedanke eines Individuums auf einem Erfahrungshorizont basiert, der sowohl durch die umgebende Gesellschaft (innerlich-kollektiv) als auch durch das System (äußerlich-kollektiv), dessen Teil es ist, geprägt ist. Einen Überblick über mögliche Einflüsse jedes Quadranten auf den innerlich-individuellen Vorgang *Gedanke* zeigt Abbildung 15. Die verschiedenen Perspektiven sind damit zwar getrennt, aber dennoch miteinander verwoben: Ein innerlich-individueller Vorgang muss aus seiner Perspektive gesehen und geprüft werden (Geltungsanspruch), er unterliegt jedoch ständig Beeinflussungen aus den anderen Quadranten und ist damit letztlich ein Produkt aller Quadranten (Wilber, 2005a).

Mein Gedanke ist im Grunde nicht ein Gedanke, sondern ein Holon mit vier nicht voneinander zu trennenden Aspekten (die intentionale, die Verhaltens-, die kulturelle und die soziale Seite) mit ihren je eigenen Geltungskriterien (subjektive Wahr-

haftigkeit, objektive Wahrheit, intersubjektive Angemessenheit und interobjektives funktionelles Passen). (Wilber, 2006a, 181)

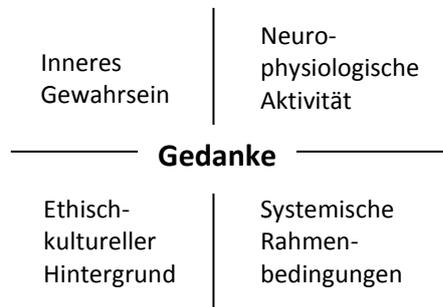


Abb. 15: Gedanke, integral betrachtet

Eine differenzierte Berücksichtigung des *Gedanken* als Teil der Kognition im Zusammenhang der Entität Demenz ist daher angeraten, kann in dieser Arbeit jedoch nur ansatzweise berücksichtigt werden. Als Annahme für diese Arbeit gilt daher, dass der Gedanke an sich ein Ereignis im innerlich-kollektiven Quadranten ist, der Korrelate in allen anderen Quadranten hat (Wilber, 2005a, 2006).

Der nächste Abschnitt gibt nun eine Orientierung über die demenz-relevanten Linien des innerlich-individuellen Quadranten.

5.1.1 Linien

Dieser Abschnitt beschreibt die Bereiche, die Linien, in denen Entwicklung innerhalb der innerlich-individuellen Dimension der Demenz stattfindet. Da die Linien dieses Quadranten in der Integralen Theorie theoretisch gut begründet sind (Wilber, 2005a, 2006, 2007), und da davon ausgegangen wird, dass die Bereiche des innerlich-individuellen Bewusstseins sich nicht grundsätzlich, sondern nur graduell unter dem Einfluss demenzieller Veränderungen unterscheiden, kann für ein integrales Demenz-Konzept auf die Vorgaben der Integralen Theorie in diesem Bereich zurückgegriffen werden.

Als orientierender Maßstab werden einige Linien einer innerlich-individuellen Entwicklung herangezogen, wie sie Wilber in seinen verschiedenen Werken skizziert (2001a, 2007). Linien symbolisieren hier die unterschiedlichen Entwicklungsbereiche eines Individuums im innerlichen Bereich (vgl. Kap. 3.1.2), die bewusst nicht auf Menschen mit Demenz reduziert werden, sondern auch die Perspektiven möglichst vieler involvierter Personen berücksichtigen. Abbildung 16 zeigt exemplarisch einige Linien der Integralen Theorie, die auch für die Entität Demenz im innerlich-individuellen Bereich relevant sein können.

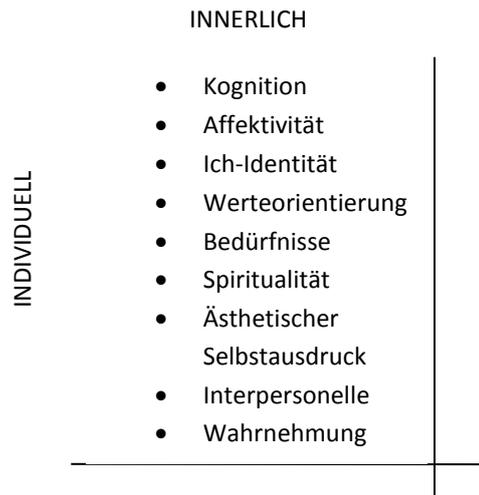


Abb. 16: Einige Linien der innerlich-individuellen Dimension der Demenz

Überträgt man die in Abbildung 16 genannten Linien auf Demenz, ergeben sich folgende exemplarische Aspekte eines integralen Demenz-Konzepts:

Die **kognitive Linie** fragt danach, wie die betreffende Person das, was Demenz ist, wahrnimmt. Was nimmt die Person wahr, was weiß sie über Demenz, was sind ihre Gedanken darüber? Erkenntnisse zu dieser Linie liegen unter anderem aus der Forschung zur Krankheitseinsicht von Menschen mit Demenz (Engel, 2011), der Einsicht und dem Kenntnisstand von Ehepartnern (Franke, 2005) oder aus der Forschung über „das Phänomen der ‚professionellen Resistenz‘ gegen die Früherkennung“ (Pentzek, Fuchs & Abholz, 2005, 502) von Hausärzten vor.

Die **affektive Linie** fragt nach den Emotionen hinsichtlich der Demenz. Hierzu liegen unter anderem autobiografische Daten von Betroffenen (Taylor, 2008; Zimmermann, 2009) und Daten aus Interviewstudien mit Betroffenen (Engel, 2011) vor. Bei Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium demenzieller Veränderung ist das Assessmentinstrument H.I.L.D.E. (Becker, Kruse, Schröder & Seidl, 2005) eine Methode zur Datenerhebung. Zu berücksichtigen ist ebenso die emotionale Situation von Angehörigen (Engel, 2008).

Für die **Linie der Ich-Identität** mit der Frage nach dem Verständnis des eigenen Selbst unter dem Einfluss der Demenz ergeben sich Erkenntnisse aus autobiografischen Zeugnissen (Taylor, 2008), aber unter Umständen auch aus den Ansätzen der Prä-Therapie, deren Ziel es ist, stark demenziell veränderten Menschen „wieder eine Beziehung zu sich selbst [...] zu ermöglichen.“ (Pfeifer-Schaupp, 2009, 336).

Für die **Linie der Werteorientierung** wird in der Integralen Theorie vielfach auf das Spiral Dynamics-Modells zurückgegriffen (Wilber, 2001, 2007). Die Relevanz für Demenz zeigt sich in der beispielhaften Nennung von Menschen mit Demenz für die unterste Stufe dieses Entwicklungsmodells (Beck & Cowan, 2008, Wilber, 2001a). Die Übertragung der Ori-

entierung bietenden Wertemuster dieses Modells auf Menschen mit Demenz und andere in Demenz involvierte Personen steht jedoch noch aus.

Für die **Linie der Bedürfnisse** wird zumeist Maslows Modell der Bedürfnispyramide herangezogen (Wilber, 2007). Daten zur Relevanz der Bedürfnisebenen finden sich bei Höwler (2008) für Angehörige und Begleiter von Menschen mit Demenz. Für die Erfassung von Bedürfnissen von Menschen mit Demenz eignet sich in besonderem Maß das Bedürfnismodell von Kitwood (Kaufmann, 2010).

Die **spirituelle Linie** fragt nach den spirituellen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz (Müller-Hergl, 2007) oder auch von Angehörigen (Radzey, 2007). Auch hier kann möglicherweise das Modell Spiral Dynamics relevant sein, das Erklärungsansätze für die spirituellen Bedürfnisse stark demenziell veränderter Menschen anbietet (Küstenmacher, Haberer & Küstenmacher, 2011).

Die **Linie des ästhetischen Selbstausdrucks** muss unter anderem die ästhetischen Ausdrucksweisen von Betroffenen in ihrer Verarbeitung der Demenz berücksichtigen. Zimmermann (Quarks & Co, 2010), ein Demenz-Betroffener, der das Malen als Ausdrucksform für sich entdeckt hat, Museumsbesuche von Menschen mit Demenz (Jonas, 2009) und die Schaffensphasen von bekannten Künstlern wie z.B. Willem de Kooning (Shenk, 2005), die auch unter dem Einfluss einer demenziellen Veränderung ihre künstlerische Aktivität fortsetzten - diese Beispiele stehen für Aspekte einer ästhetischen Dimension der Demenz von innen her.

Im Bereich der **interpersonellen Entwicklungslinie** geht es um die eigene Wahrnehmung von interpersonellen Aspekten unter dem Einfluss von Demenz. Sterin (2002) gibt einige Hinweise, wie sich Demenz innerlich-individuell auf der interpersonellen Linie für Menschen mit Demenz äußern kann. Kruse (2010) weist daraufhin, dass sich eine negativ oder belastend getönte Haltung eines Menschen zu einem ‚Demenzkranken‘ als eine massive Störung in der Kommunikation erweisen kann, die der auch stark demenziell veränderte Mensch deutlich spürt.

5.1.2 Ebenen, Zustände und Typologien

Für einige der vorangehend genannten Linien lassen sich **Ebenen** identifizieren, die die Entwicklung über die Zeit in diesem Bereich darstellen. So ist für die Linien der moralischen Entwicklung nach Maslow (vgl. Wilber, 2007) und der Werteorientierung (Beck & Cowan, 2008) die Entwicklung über verschiedene Ebenen bereits impliziert. Für die kognitive Linie lässt sich am Beispiel der Krankheitseinsicht von Menschen mit Demenz eine Entwicklung über die Zeit beobachten, die sich von einem Bewusstsein, dass sich etwas verändert hat, über ein Bewusstsein, dass Veränderungen ‚nicht normal‘ sind bis zu einem Bewusstsein, dass die Veränderungen ein Zeichen einer Demenz sind, erstrecken können (Engel, 2011).

Auch die Schweregrade der Demenz nach ICD-10 (Förstl, 2009b), ein objektiv überprüfbarer Aspekt der äußerlich-individuellen Dimension können als Ebenen-Modell mit Auswirkung auf die Linien in der innerlich-individuellen Dimension verstanden werden. Ein demenzieller Prozess bringt es mit sich, dass im Gegensatz zu den üblichen integralen Beschreibungen von Entwicklungsebenen (Esbjörn-Hargens, 2009) hier keine zunehmenden Ebenen von innerlich-individueller Tiefe bzw. äußerlich-individueller Komplexität zu finden ist, sondern dass mit (objektiv) zunehmendem Schweregrad eine Verlangsamung und Verschlechterung der Kognition anhand verschiedener kognitiver Fähigkeiten im äußerlich-individuellen Bereich beschrieben werden (Förstl, 2009b; Engel, Mück & Lang, 2009). Aus der Erkenntnis, „dass mit einer Zunahme der Komplexität des Äußeren eines Organismus eine Zunahme der Komplexität des Bewusstseins dieses Organismus einhergeht“ (McIntosh, 2009, 225), lässt sich damit möglicherweise der Umkehrschluss ziehen, dass mit der durch die objektiven Schweregrade repräsentierten Abnahme der Komplexität des Organismus eine nur subjektiv überprüfbare Abnahme der Komplexität des innerlich-individuellen Bewusstseins verbunden sein könnten. Für diese These kann jedoch keinerlei Beleg vorgelegt werden, sie wird hier aufgeführt im Sinne einer Überlegung von bisher noch nicht aufgedeckten Zusammenhängen, wie es die Methodologie in Kapitel 4.2 mit vorsieht.

Exemplarisch für Zustände in der innerlich-individuellen Dimension sei hier der Zustand der Orientiertheit bzw. Desorientiertheit mit seinen vier Ausprägungen zeitlich, räumlich, situativ und in Bezug auf die Person (Engel, Mück & Lang, 2009) genannt, ferner der Einfluss von Neuroleptika (Wolter, 2009) und der Tageszeit wie z.B. beim Sun-Downing-Phänomen (Mahlberg & Kunz, 2009), die sich jeweils in typischer, hier nicht näher auszuführender Weise auf die verschiedenen Linien dieser Dimension, sprich auf die verschiedenen innerlich-individuellen Fähigkeiten von Menschen mit Demenz wie anderen Personen auswirken können.

Bei den Typologien können unter anderem die Demenzformen (Mahlberg & Gutzmann, 2009a), die Geschlechtsrollen (für Ärzte vgl. Groll, 2008; für pflegende Angehörige vgl. Neumann, 2009), möglicherweise aber auch Persönlichkeitstypen die Ausprägung der jeweiligen Linie bzw. Fähigkeit beeinflussen.

5.1.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der innerlich-individuellen Dimension

Die Integrale Theorie unterscheidet jeweils zwei Sichtweisen auf den Untersuchungsgegenstand, für die innerlich-individuelle Dimension werden meist Phänomenologie als Methodologie der Innensicht (Zone 1) und Strukturalismus als Methodologie der Außensicht (Zone 2) genannt (vgl. Kap. 3.2.2.1). Den in der Integralen Theorie als Oberbegriffe der Zonen genannten Methodologien (Wilber, 2007) wird in dem Bewusstsein gefolgt, dass diese nur allgemein auf die Prinzipien der jeweiligen Zonen hinweisen (dies gilt auch für die an späterer Stelle folgenden Erläuterungen der Zonen in den anderen Quadranten). Für einen Überblick über diese Bereiche werden sie jedoch als ausreichend angesehen.

Abbildung 17 gibt einen Überblick über beide Perspektiven des innerlich-individuellen Quadranten und mögliche Erkenntnisschwerpunkte hinsichtlich der Entität Demenz.

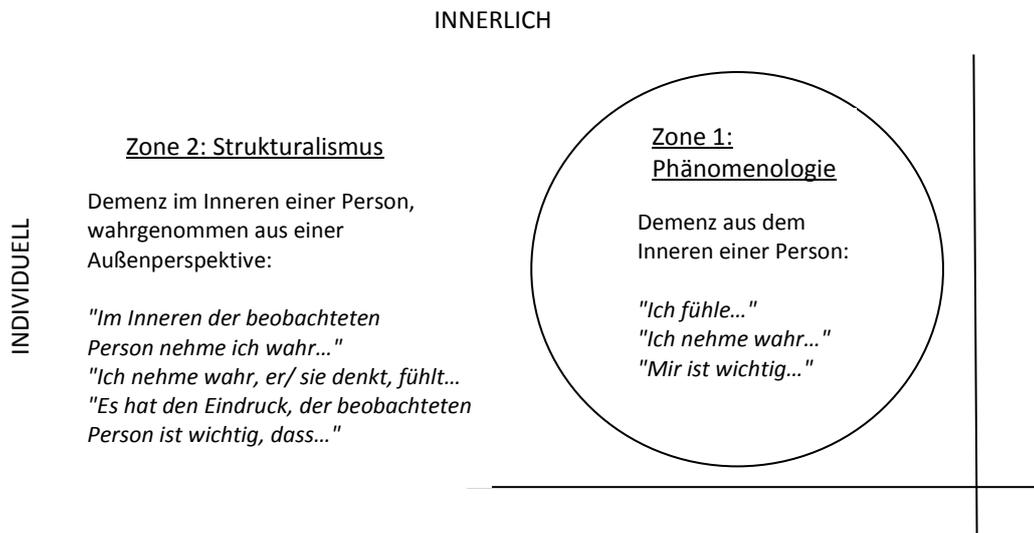


Abb. 17: Mögliche Fragestellungen der Zonen im innerlich-individuellen Quadranten

In Bereich der **Phänomenologie (Zone 1)** geht es um die Erfassung des innerlich-individuellen Seins einer Demenz aus der Innensicht des Individuums (vgl. Kap. 3.2.2.1). Als Daten können autobiografische Berichte von Menschen mit Demenz (Taylor, 2008), aber auch von anderen Personen aus dem Umfeld der Demenz angesehen werden. Nur ein von Demenz (direkt oder indirekt) betroffener Mensch kann aus der Introspektion heraus eine wahrhaftige Auskunft darüber erteilen, wie sich Demenz *von innen her* zeigt und anfühlt. Phänomenologische Erkenntnis bedeutet, dass außenstehende Forscher oder Begleiter die Berichte des Menschen mit Demenz (der im integralen Sinne der eigentliche Forscher ist, indem er das Datenmaterial als Bericht aus seinem inneren Erleben produziert) als individuelles Zeugnis hermeneutisch interpretieren, aber nicht nach objektiven Kriterien messen und kategorisieren können.

Die innerlich-individuelle Dimension der Demenz aus der Außensicht wird mit **strukturalistischen Methoden (Zone 2)** erhoben. Der Unterschied zu den Daten der Zone 1 liegt darin, dass die (qualitativen) Daten des Subjekts, also beispielsweise des Menschen mit Demenz, über das innerliche Erleben, die Wahrnehmung, moralische Beurteilung oder ästhetische Empfindung der Demenz von Außenstehenden (Pflegerinnen, Wissenschaftler) oder durch bewusste Selbstbeobachtung anhand von Strukturen (z.B. Kategorien, Mustern, Ebenen) eingeschätzt und gewertet bzw. interpretiert werden (vgl. Kap. 3.2.1.2). Das Bedürfnismodell von Kitwood bzw. seine Erweiterung durch Kaufmann (2010) sind Beispiele für strukturalistische Methoden im Kontext der Demenz.

Zusammenfassend zeigt dieser kurze Überblick über die beiden Sichtweisen auf die innerlich-individuelle Dimension der Demenz, dass der gleiche Sachverhalt (repräsentiert durch die Linien) aus verschiedenen Sichtweisen betrachtet werden kann und dass aus Sicht der

Integralen Theorie beide Sichtweisen gleichberechtigt berücksichtigt werden müssen, da sie jeweils Anteil an der Wahrheitsfindung haben.

5.2 Äußerlich-individuelle Dimension der Demenz

Vom innerlich-individuellen Erleben der Demenz wendet sich das Interesse nun dem äußerlich-individuellen Quadranten zu. Im Mittelpunkt (wissenschaftlicher) Erkenntnis steht *Demenz, wie sie in der körperlichen Dimension eines Individuums erscheint*: mit den organischen Veränderungen ebenso wie mit den konkret beobachtbaren Verhaltensweisen. Die meisten Erkenntnistraditionen dieses Quadranten werden der Zone 6 nach Wilber zugeordnet, sie betrachten also die äußerlich-individuelle Dimension der Demenz aus einer Außensicht und beschreiben diese Vorgänge in objektiven Begriffen. Neben der Medizin, den verwandten Neurowissenschaften und der verhaltensorientierten Psychologie haben die äußerlich orientierten Aspekte der Pflegewissenschaften, die Pharmazie, und alle verwandten empirischen Wissenschaften ihren Anteil an der Erkenntnisgewinnung für den äußerlich-individuellen Bereich, dessen Geltungsanspruch die Wahrheit ist (vgl. Kap. 3.2.1).

In der Demenzforschung gilt die Medizin als Leitwissenschaft, und die Forschungsergebnisse aus diesem Sektor haben einen hohen Stellenwert in der wissenschaftlichen wie auch praktischen Betrachtung der Demenz (vgl. Kap. 2). Diese hohe Wertschätzung der unbestreitbar wichtigen medizinischen Erkenntnisse resultiert jedoch oft in dem Phänomen des Quadranten-Absolutismus (Wilber, 2009), also in der Verallgemeinerung und Überschätzung der Daten eines Bereiches und der damit verbundenen Marginalisierung von Erkenntnissen anderer Erkenntnistraditionen. Viele Forscher dieses Bereiches sehen sich in einem Kampf gegen eine „Geißel des 20. und 21. Jahrhunderts“ (Haass, 2006, 19), der nur durch verstärkten Einsatz medizinischer Forschung zu gewinnen ist. Mit der Quadrantendifferenzierung gibt die Integrale Theorie der Medizin und ihren verwandten Wissenschaften den Raum, den sie definieren kann, ohne dass sich hiermit automatisch ein definitorischer Einfluss auf die Erkenntnisbereiche der anderen Quadranten ergibt.

Fragen in diesem Quadranten sind: Wie zeigt sich Demenz auf organischer Ebene? Welche Prozesse, welche Veränderungen sind zu beobachten? Was für Verhaltensweisen zeigen Menschen mit Demenz? Was ist das Spezifische der Demenz, das objektiv wahrnehmbar und beschreibbar ist? Demenz zeigt sich möglicherweise als Entität auch in körperlichen Merkmalen oder Verhaltensweisen von Begleitern, Angehörigen und anderen involvierten Personen. Für die Darstellung der Grundstrukturen eines integralen Demenz-Konzepts wird sich die Ausarbeitung jedoch weitgehend auf die äußerlich-individuellen Aspekte von direkt von Demenz betroffenen Menschen konzentrieren.

5.2.1 Linien

Die Integrale Theorie nennt für den äußerlich-individuellen Quadranten exemplarisch folgende Linien: organische Strukturen, Neuronensysteme, Neurotransmitter, Hirnwellen-

muster, Skelettmuskulaturwachstum, Nahrungsaufnahme und kinästhetische Fähigkeiten (Esbjörn-Hargens, 2009). Fragt man nach der Relevanz dieser Linien für Demenz, lassen sich wie in Abbildung 18 dargestellt grob drei Linien unterscheiden, in denen Demenz sich aus der objektiv wahrnehmbaren Dimension eines Individuums zeigt, hier nur auf die objektiven Faktoren eines Menschen mit Demenz bezogen: In körperlich-organischen Merkmalen, in Fähigkeiten und in Verhaltensweisen.

Abweichend von der integralen Sichtweise von Linien werden, wie in Abbildung 18 gezeigt, in diesem Quadranten drei übergeordnete Linien der Demenz gesehen, die sich in weitere Bereiche ausdifferenzieren lassen. Diese sind teilweise als Teilaspekte (also ‚Linien der Linien‘), teilweise als Ebenen-Modelle anzusehen. Die Frage ist, ob der Organismus als Ebenen-Modell (Moleküle - Zelle - Organe - Organismus) einer einzelnen Linie zu verstehen ist, oder als verschiedene Linien der körperlichen Entwicklung, die sich über verschiedene Ebenen erstrecken (molekulare Prozesse, die sich in anderen Tempi entwickeln als zelluläre Strukturen, die wieder anderen Mechanismen unterliegen als die Entwicklung verschiedener Organe). Sie wird hier zugunsten eines Modells mehrerer Linien, auf denen Entwicklung über mehrere Ebenen beobachtet wird, beantwortet.

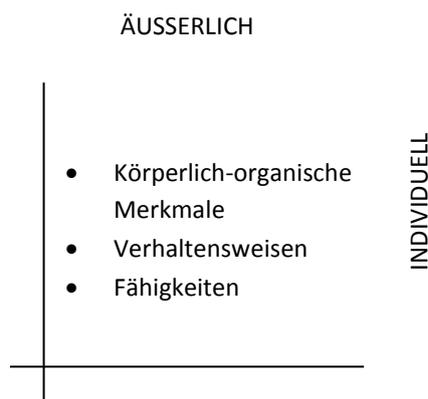


Abb. 18: Einige Linien der äußerlich-individuellen Dimension der Demenz

Für die **körperlich-organische Linie** der Demenz liegen bereits zahlreiche Daten vor (Förstl, 2009a; Mahlberg & Gutzmann, 2009a). Diese werden im Folgenden verallgemeinernd für die Entität Demenz gezeigt, statt wie in der Medizin üblich bestimmten Demenzformen (Mahlberg & Gutzmann, 2009a) zugeordnet. Die Demenzformen sind nach integralem Verständnis als Typen, nicht als Linien der Demenz zu verstehen, wie weiter unten erläutert werden wird. In der empirischen Forschung findet man (ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben) folgende Faktoren im Kontext von Demenz im äußerlich-individuellen Quadranten:

- Molekulare und zelluläre Ebene: β -Amyloid-Plaques, hyperphosphiliertes Tau-Protein, Lewy-Bodies, Prione
- Organische Ursachen: Normaldruckhydrozephalus, Mikroangiopathien, Tumore

- Externe Faktoren: Alkoholabusus, Vergiftungen, Schädelverletzungen, Vitaminmangel (Mahlberg & Gutzmann, 2009a).

Diese Linien werden in ihrer Entwicklung von verschiedenen Zuständen, wie medikamentöse Therapien (Benkert, Hautzinger & Graf-Morgenstern, 2007) oder Tageszeit (z.B. Sundowning-Phänomen, Mahlberg & Kunz, 2009) beeinflusst. Desweiteren hängt die Ausprägung dieser Faktoren von Typologien wie Geschlechtertypen (Neumann, 2009), Demenzformen (Mahlberg & Gutzmann, 2009a) oder genetische Dispositionen (Jessen, 2009b) ab. Einige dieser Aspekte werden in Kapitel 5.2.2 noch vertieft dargelegt werden.

Die **Linie der Verhaltensweisen** der Demenz lässt sich unter anderem anhand der pflegewissenschaftlichen Theorie der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) von Juchli (Köther & Gnam, 1995) ausdifferenzieren hinsichtlich der empirischen Datenlage in diesem Bereich. Exemplarisch werden im Folgenden einige Daten dieses Bereiches für die ATLs „Ruhens und Schlafen“, „Sich bewegen“ und „Kommunizieren“ (Köther & Gnam, 1995) gezeigt.

Die äußerlich-individuelle Dimension der Demenz wird im Bereich des *Ruhens und Schlafens* besonders in der Forschung rund um Schlafstörungen (Mahlberg, 2009) und zirkadiane Rhythmusstörungen von Menschen mit Demenz (Mahlberg & Kunz, 2009) deutlich.

Der Aktivitätsbereich *Sich bewegen* zeigt Daten unterschiedlichster Quellen, von Radtouren mit Demenzerkrankten (Schabacher, 2011) bis zur wissenschaftlich evaluierten Kombination aus Gedächtnistraining und psychomotorischem Training des SimA-Programms (Oswald, 2004). Bei diesem Thema liegt die Querverbindung zu einem anderen, hier nicht weiter berücksichtigten Aspekt der äußerlich-individuellen Dimension der Demenz nahe: Bewegung ist einer der Faktoren, der sich nach zahlreichen Studien als präventiver Faktor für Demenz erweist (Müller, 2008).

Mit dem Tätigkeitsbereich *Kommunizieren* ist hier das Kommunikationsverhalten gemeint, also die Fähigkeit des Menschen mit Demenz, zu kommunizieren. Zahlreiche Studien widmen sich dem Bereich der nonverbalen Kommunikation von Menschen mit Demenz (Sachweh, 2009), des Weiteren äußert sich Demenz auf der äußerlich-individuellen Ebene auch insbesondere in Sprachstörungen wie Aphasie und Apraxie [Quelle]. Ein integrales Demenz-Konzept sollte durch die Bedingtheit der Kommunikation in fortgeschrittenen Phasen der Demenz darüber hinaus das kommunikative Verhalten von Angehörigen (Engel, 2006) bzw. Pflegende oder Begleiter allgemein (Powell 2009) berücksichtigen.

Zur **Linie der Fähigkeiten** gehören neben den Aspekten der sensorischen Fähigkeiten wie z.B. Höreinschränkungen (Jonas, 2008), auch ein positiv besetzter Fähigkeiten-Begriff, wie er beispielsweise in dem Angebot von Tanznachmittagen für Menschen mit Demenz in einer Tanzschule deutlich wird (Arp, 2011).

Auch die Ergebnisse von Betroffenen in **Demenz-Screenings** (z.B. Mini-Mental-Status-Examination, MMSE, Engel, Mück & Lang, 2009) kann nach integralem Verständnis **als**

eine Ausprägung der Linie der Fähigkeiten angesehen werden. Die Fähigkeit, eine geometrische Figur abzuzeichnen (Engel, Mück & Lang, 2009) ist aus medizinisch-psychologischer Sicht eine Aussage über die Ausprägung der ‚Krankheit‘ oder des ‚Störungsbildes‘ Demenz, nach integralem Verständnis jedoch ‚nur‘ die Ausprägung einer bestimmten Fähigkeit eines einzelnen Menschen. Die Interpretation als Demenz-Diagnose kommt erst durch die von den Entwicklern des jeweiligen Screenings gesetzten Auswertungskriterien zustande; ohne den zugrundeliegende Kriterienkatalog (ein Einflussfaktor der äußerlich-kollektiven Dimension der Demenz) kann die Fähigkeit auch aus Sicht der empirischen Wissenschaften nicht als Ausdruck einer Demenz interpretiert werden.

5.2.2 Ebenen, Zustände und Typen

Das Ebenen-Modell des Demenz-Schweregrades wurde in seinem Einfluss auf die innerlich-individuellen Faktoren der Demenz bereits beschrieben (vgl. Kap. 5.1.2). Im äußerlich-individuellen Quadranten zeigt sich ein zunehmender Schweregrad bei einem Menschen mit Demenz unter anderem in objektiv feststellbaren Veränderungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Förstl, 2009b).

Die Fähigkeiten von Menschen mit Demenz in Demenz-Screenings (vgl. Kap. 5.2.1) lassen sich ebenfalls als Ebenen-Modelle interpretieren. Bestimmte Fähigkeiten, die in einem Screening geprüft werden (z.B. bestimmte sprachliche Leistungen, vgl. Engel, Mück & Lang, 2009) kennzeichnen die Bereiche im Individuum, in denen demenzielle Entwicklung stattfindet. Diese werden durch die Testergebnisse als Ebenen, d.h. Modelle der Entwicklung über die Zeit, dargestellt. Hier scheint die in Kapitel 4 angedeutete Herausforderung auf, eine abwärts im Sinne einer Regression verlaufende Entwicklung mit den Strukturen eines Modells darzustellen, das an vorwärts-aufwärts gerichteter Entwicklung orientiert ist.

Als ein Aspekt der Zustände der Demenz im äußerlich-individuellen Bereich können die medizinisch-pharmakologischen Therapiemöglichkeiten angesehen werden. Für die medizinische Wissenschaft einer der Schwerpunkte der Forschung, zeigen sich die medikamentösen Therapeutika aus integraler Sicht als Zustandsbereiche, in denen sich die Entität Demenz unterschiedlich zeigt. Arzneimittel sind keine Linie des äußerlich-individuellen Quadranten (sie sind nicht Teil des Individuums), noch sind sie Ebenen der Demenz im äußerlich-individuellen Bereich, denn sie sind nicht Teil der Entwicklung der Demenz über die Zeit, sondern wirken von außen auf diese Entwicklung ein. Sie sind also in ihrem Einfluss auf Demenz als „zeitweilige Erscheinungen von Realitätsaspekten“ (Esbjörn-Hargens, 2009, 12, vgl. Kap. 3.1.5) zu verstehen, denn sie verändern bestimmte molekulare oder neuronale Muster des Organismus, werden aber nicht Teil desselben (vgl. dazu auch Kap. 5.2.3.1). Damit wird die medikamentöse Therapie der Demenz, die in Wissenschaft und Forschung einen großen Teil der Aufmerksamkeit einnimmt, in der Betrachtungsweise des äußerlich-individuellen Quadranten der Integralen Theorie zu einem Faktor unter vielen anderen. Sie ist jedoch ein Artefakt der (kollektiven) medizinisch-naturwissenschaftlichen

Demenz-Forschung, und hat daher ihren eigenen Stellenwert im äußerlich-kollektiven Bereich (vgl. Kap. 5.4.1).

Die Demenzformen sind eine der grundlegenden Typologien der Entität Demenz im äußerlich-individuellen Bereich. Sie sind ein wissenschaftlich anerkanntes Differenzierungsmodell (Mahlberg & Gutzmann, 2009a) über die Ausprägungen des Verhaltens und der organischen Veränderungen eines von Demenz betroffenen Menschen. In Anlehnung an Habecker (2010) sind die Demenztypen als Ausdruck der Varianz demenzieller Prozesse auf horizontaler Ebene zu verstehen, d.h. sie beschreiben die zahlreichen typischen Entwicklungswege eines demenziellen Prozesses, der stets ähnlich, aber mit typischen Variationen hinsichtlich der Linien, Ebenen und Zustände dieses Bereiches verläuft. Gegebenenfalls gesondert zu betrachtende Typen in diesem Bereich sind die reversiblen Demenzen (Schulz, 2009). Als weitere relevante Typologien für die äußerlich-individuelle Dimension der Demenz können die Geschlechtstypen (Schmidt, Assem-Hilger, Benke et al., 2008) oder genetische Dispositionen (Jessen, 2009b) angesehen werden.

5.2.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der äußerlich-individuellen Dimension

Auch für die Zonen des äußerlich-individuellen Quadranten gilt, dass die genannten Methodologien bzw. Wissenschaftsbereiche in Anlehnung an die Integrale Theorie (Wilber 2007) nur exemplarisch zu verstehen sind. Abbildung 19 gibt folgend einen Überblick über mögliche Fragestellungen der Innen- und der Außensicht auf die äußerlich-individuelle Dimension der Demenz (vgl. Kap. 3.2.2.3).

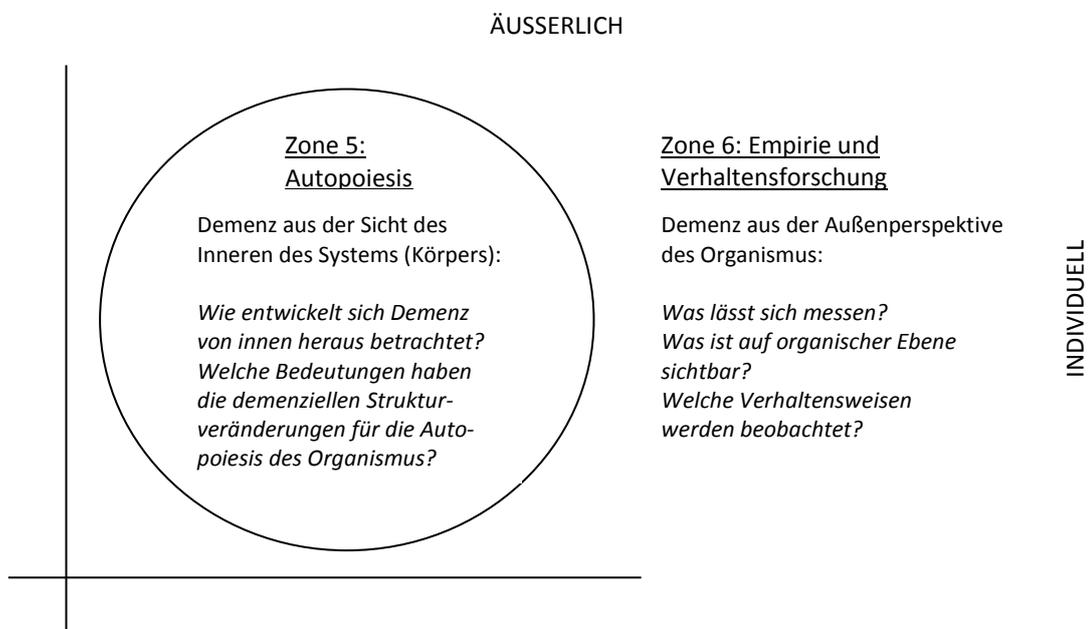


Abb. 19: Mögliche Fragestellungen der Zonen im äußerlich-individuellen Quadranten

Da die **Theorie der Autopoiesis (Zone 5)** als ein Modell für die innere Sicht auf die äußerlichen Veränderungen des Individuums (vgl. Kap. 3.2.2.3) bisher nicht auf Demenz ange-

wendet wurde, kann hier nur eine orientierende Darstellung einer möglichen Relevanz dieser Theorie aufgezeigt werden, ohne dass die Theorie im Detail vorgestellt werden soll. Maturana und Varela (1987) beschreiben das Nervensystem als ein operational geschlossenes System, das die Welt, die es wahrnimmt, ständig selbst ‚hervorbringt‘ in der Weise, dass es nur die Dinge wahrnehmen kann, für dessen Wahrnehmung es auch die Strukturen entwickelt hat. Veränderungen in der Umwelt des Menschen (der im Gegensatz zur Zelle als sogenannter ‚Metazeller‘ betrachtet wird, Maturana & Varela, 1987) werden als *Perturbationen* (Störungen) angesehen, die unabhängig vom Individuum als Teil des Milieus in einem operational verschiedenen System existieren. Das lebende System (der Mensch) ist nun diesen Faktoren nicht einfach ausgeliefert, sondern bestimmt, ob und wie es auf diese Störungen reagiert, „es ist vielmehr die Struktur des Lebewesens, die determiniert, zu welchem Wandel es infolge der Perturbation in ihm kommt.“ (Maturana & Varela, 1987, 106). Milieu und Lebewesen wirken (solange es nicht zu destruktiven Interaktionen kommt) gegenseitig als Perturbationsquellen und lösen Strukturveränderungen aus, die dem jeweils anderen System zur Aufrechterhaltung der Selbstorganisation dient, was als strukturelle Kopplung bezeichnet wird (Maturana & Varela, 1987).

Eine mögliche Relevanz dieser Theorie für Demenz ergibt sich aus folgenden Annahmen: Die strukturelle Veränderung des gesamten Organismus geschieht durch das Nervensystem auf synaptischer Ebene (Maturana & Varela, 1987, 183), und diese Strukturveränderungen sind grundsätzlich der Autopoiesis des gesamten Lebewesens unterstellt (ebd.). Wenn der Organismus jedoch die Strukturveränderungen, die ihm ein weiteres Operieren ermöglichen, nicht mehr selektieren kann, löst er sich auf (Maturana & Varela, 1987, 187). Mechanismen wie die Apoptose der Nervenzellen (Hessenauer, o.J.) sind im Rahmen dieser Theorie möglicherweise als Mechanismen der Auflösung zu verstehen, wenn die Zelle nicht mehr in der Lage wäre, mit Strukturveränderungen auf die Perturbationen des Milieus zu reagieren. Die sich durch Auflösung einzelner Zellen zurückbildenden neuronalen Vernetzungen würden in der Folge zu einer Veränderung der Erfahrung von „der Welt da draußen“ führen, was sich wiederum auf die zukünftige Wahrnehmung der Welt auswirken würde.

Die **empirischen Wissenschaften (Zone 6)** dagegen beobachten und messen als Vertreter der Außensicht auf die äußerlich-individuelle Dimension der Demenz (vgl. Kap. 3.2.2.3) die objektiv wahrnehmbaren Fakten beim einzelnen Individuum (im Gegensatz beispielsweise zur Epidemiologie, die die Ausprägung der Demenz bei einer Population betrachtet, was sich als ein Aspekt der äußerlich-kollektiven Dimension darstellt). Das, was als Demenz angesehen wird, ist das Resultat aus Beobachtungen bestimmter Verhaltensweisen eines bestimmten Individuums, einigen organischen Befunden in Kombination mit Kriterien, die von bestimmten Institutionen (äußerlich-kollektive Dimension) definiert werden. Die empirischen Wissenschaften, unter anderem die Medizin und die verhaltensorientierte Psychologie, konzentrieren sich auf die objektive Messung dieser äußerlich wahrnehmbaren Faktoren. Sämtliche Daten der in Abschnitt 5.2.1 genannten Linien entstam-

men diesem Erkenntnisbereich, so dass an dieser Stelle auf eine darüber hinaus gehende Ausführung verzichtet werden kann.

Zusammenfassend zeigt sich in diesem Quadranten der Kontrast zwischen einer bisher unüblichen, teilweise unbekanntem Sichtweise auf Demenz in der Zone 5 und den bekannten, in der wissenschaftlichen Gemeinde allgemein anerkannten Methoden und Daten zur Demenz in der Zone 6.

5.3 Innere kollektive Dimension der Demenz

Von den individuellen Quadranten wendet sich nun der Fokus hin zu den kollektiven Aspekten der Demenz, das ‚Wir‘ steht hier im Mittelpunkt. Das Erkenntnisinteresse richtet sich auf die innerlichen Vorgänge eines Kollektivs, einer Gemeinschaft oder Gesellschaft, die in irgendeiner Weise in Demenz involviert ist. Die Daten dieses Quadranten werden aus der Beobachtung und Interpretation der Normen, Werte, Regeln und intersubjektiven Verhaltensmuster der jeweiligen Gemeinschaft gewonnen. Beteiligte Wissenschaften sind im weitesten Sinne die Kultur- und Sozialwissenschaften (vgl. Kap. 5.3.3), die z.B. danach fragen, wie sich Demenz auf der innerlich-kollektiven Ebene äußert, oder welche kulturellen Bewältigungsformen unterschiedliche Gesellschaften entwickeln. Die Perspektive wechselt von einer individuell objektiven im äußerlich-individuellen Quadranten nun zu einer intersubjektiven Perspektive der Demenz, zu einer verstehenden Beschreibung des ‚gefühlten Wir‘ der Demenz in der Zone 3 (Kap. 5.3.3.1) bzw. der Systematisierung, einer Beschreibung von außen eben dieses gefühlten ‚Wir‘ in Kategorien der beteiligten Wissenschaften in Zone 4 (Kap. 5.3.3.2). Der Geltungsanspruch dieses Quadranten ist Gerechtigkeit.

5.3.1 Linien

Auch für diesen Bereich werden in der Integralen Theorie relevante Linien genannt: Weltansichten, intersubjektive Dynamiken, linguistische Bedeutungen, kulturelle Werte, kulturelle Hintergrundkontexte, philosophische Positionen und religiöse Übereinkünfte (Esbjörn-Hargens, 2009, 11). Überträgt man diese Vorgaben auf die Entität Demenz, so lassen sich verschiedene Linien als Bereiche der Entwicklung der intersubjektiven Demenz identifizieren, wie sie in Abbildung 20 dargestellt sind.

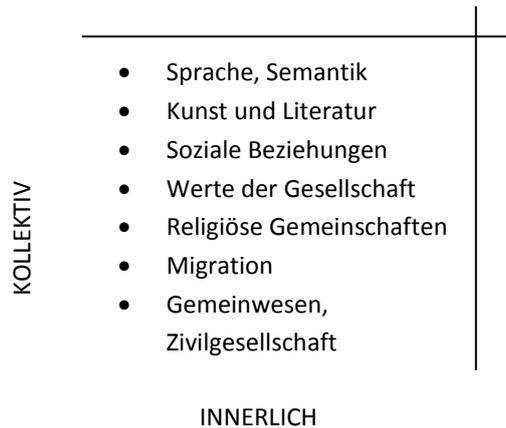


Abb. 20: Einige Linien der innerlich-kollektiven Dimension der Demenz

Exemplarisch sollen hier einige Bereiche anhand ausgewählter Daten skizziert werden, an denen die Entität Demenz als ‚gefühltes Wir‘ (vgl. Kap. 3.2.2.1) zu Tage tritt.

Die **Linie der Sprache** fragt unter anderem nach der semantischen Bedeutung des Begriffs Demenz. Die Entstehung von *Demenz* über den Begriff der Senilität und in Kopplung an den Begriff der Alzheimer-Demenz zeigt Kreuzner (2008). Auf eine Initiative der Regierung in Japan hin wurde eine neue Formulierung für demenzielle Veränderungen gefunden, der die vorherige Bezeichnung mit Bedeutung von ‚dumm‘ und ‚geistlos‘ durch einen Begriff mit der Bedeutung „Herausforderung an die Kognition“ (Whitehouse & George, 2009, 65) ersetzen soll. Auch die von Whitehouse & George (2009) betriebene ‚Enttarnung‘ des *Mythos Alzheimer* fällt in den Bereich der sprachlichen Linie der Entität Demenz. Die kulturell definierten Bezeichnungen für Menschen, die nach medizinischer Definition an einer Demenz ‚erkrankt‘ sind, sind ein weiterer Ausdruck dieser Linie, wie am Begriff der „Menschen mit Demenz“ (Wißmann & Gronemeyer, 2008, 71) deutlich wird.

Ebenso zeigt sich Demenz in der **Linie der Literatur**, wobei es hier nicht um das Artefakt des gedruckten Werkes geht (das wäre ein Aspekt des äußerlich-kollektiven Quadranten), sondern um den Bedeutungsgehalt, den der Leser für sich erschließen kann, womit sich die Erkenntnis im Bereich der hermeneutischen Methodologien bewegt. Als bekanntes Beispiel aus dem Bereich der Belletristik ist Suters (1999) Roman *Small World* zu nennen, des Weiteren haben unter anderem zwei biografische Publikationen von Söhnen über ihre von Demenz betroffenen Väter (Geiger, 2011; Jens, 2009) in der letzten Zeit für Aufmerksamkeit und eine verstärkte öffentliche Rezeption der Demenz über Literatur gesorgt. Einen Überblick über Kinder- und Jugendliteratur zum Thema Demenz gibt Jonas (2006). Ebenfalls relevant hinsichtlich des Transports von kultureller Bedeutung der Demenz können populärwissenschaftliche Publikationen über Demenz sein, wie die Veröffentlichung von Jürigs (2001) über Alzheimer mit dem Untertitel *Spurensuche im Niemandsland*, oder die autobiografische Auseinandersetzung mit Demenz von Taylor (2008).

Die **Linie der sozialen Beziehungen** bietet weiterhin zahlreiche Daten über das ‚gefühlte Wir‘ der Demenz. Hierzu können unter anderem die intersubjektiven Aspekte von Betreuungs- und Begleitungskonzepten gezählt werden, die Empfehlungen geben für die Gestaltung von Beziehungen zu Menschen mit Demenz (Engel, 2006; Feil, 1992; für weitere Konzepte vgl. Myllymäki-Neuhoff, 2009). Des Weiteren finden sich Daten über die intersubjektiven Aspekte vielfacher Beziehungen, wie Angehörige allgemein (Engel, 2007), Ehepartner (Franke, 2005) oder zwischen Enkelkindern und ihren Großeltern unter dem Einfluss einer Demenz (Philipp-Metzen, 2008).

Ein weiterer Aspekt, der in der Forschung bisher noch relativ unberücksichtigt bleibt, ist die **Linie der intersubjektiven Beziehungen zwischen Menschen mit Demenz**, wobei sowohl von Pflegebeziehungen unabhängigen Situationen institutionellen Wohnformen berücksichtigt werden müssten als auch die Beziehungen in Selbsthilfegruppen wie der Scottish Dementia Working Group (o.J.), deren Organisation vollkommen autonom, also ohne Einfluss von ‚gesunden‘ Personen strukturiert ist.

Diese Aufzählung gibt, wie schon bei den vorangehenden Dimensionen der Demenz, bei weitem nicht den Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft, Praxis und bürgergesellschaftlichen Engagements der Demenz wider. Sie ist von daher hier nur exemplarisch zu verstehen für die Bandbreite an Repräsentation der Entität Demenz im innerlich-kollektiven Quadranten.

5.3.2 Ebenen, Typen und Zustände

Exemplarisch soll hier an einigen Linien des vorangegangenen Abschnitts aufgezeigt werden, wie sich aus Sicht eines integralen Demenz-Konzepts die Erkenntnisse in den verschiedenen Linien, also Entwicklungsbereichen der Demenz, auch über verschiedene Ebenen, also Entwicklungsstufen darstellen. Ebenso sollen einige relevante Zustände und Typen aufgezeigt werden.

Im Bereich der Sprache kann die Verwendung des Terminus „Menschen mit Demenz“ in der deutschen Fachliteratur (Wißmann & Gronemeyer, 2009), in der englischsprachigen Fachliteratur „people with dementia“ (Ballenger, 2006), der zunehmend die Verwendung von Begriffen wie „Demenzerkrankte“ (Lind, 2000) oder „Demente“ (Grond, 1997) ablöst, als Ausdruck von Entwicklungsebenen verstanden werden. Die Bedeutung des Begriffs unterscheidet sich weiterhin in unterschiedliche Typen von Kulturen und ethnischen Sprachen. Innerhalb dieser Typen wiederum findet Entwicklung über die Zeit in dem Sinne statt, dass die semantische Bedeutung, die kulturelle Deutung des „Zeichens“ Demenz sich im Laufe der Zeit verändert hat (vgl. die Situation in Japan; Whitehouse & George, 2009). So kann man von den Einzelsprachen als Ebenen-Modellen der Demenz im innerlich-kollektiven Quadranten, differenziert nach Typen, sprechen.,

Einige Typologien der Demenz wurden bereits in der Linie der sozialen Beziehungen deutlich, so unterscheidet sich die Beziehungsdynamik sich unter anderem anhand der Bezie-

hungspartner (Typen), also beispielsweise Enkel oder Ehepartner als Teil der Beziehungsdyade (Franke, 2005; Philipp-Metzen, 2008). Mögliche Zustände könnten - eine für spätere Forschungen zu überprüfende Hypothese - unter anderem Kriege oder humanitäre Katastrophen sein, die sich möglicherweise auf die Integration von Menschen mit Demenz in der Gesellschaft auswirken könnten.

5.3.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der innerlich-kollektiven Dimension

Auch in der innerlich-kollektiven Dimension der Demenz wird zwischen einer Innen- und einer Außensicht auf Demenz unterschieden (vgl. Kap. 3.2.2.1). Abbildung 21 gibt einen orientierenden Überblick über mögliche Fragestellungen der beiden Zonen hinsichtlich einer Erfassung der Intersubjektivität der Demenz.

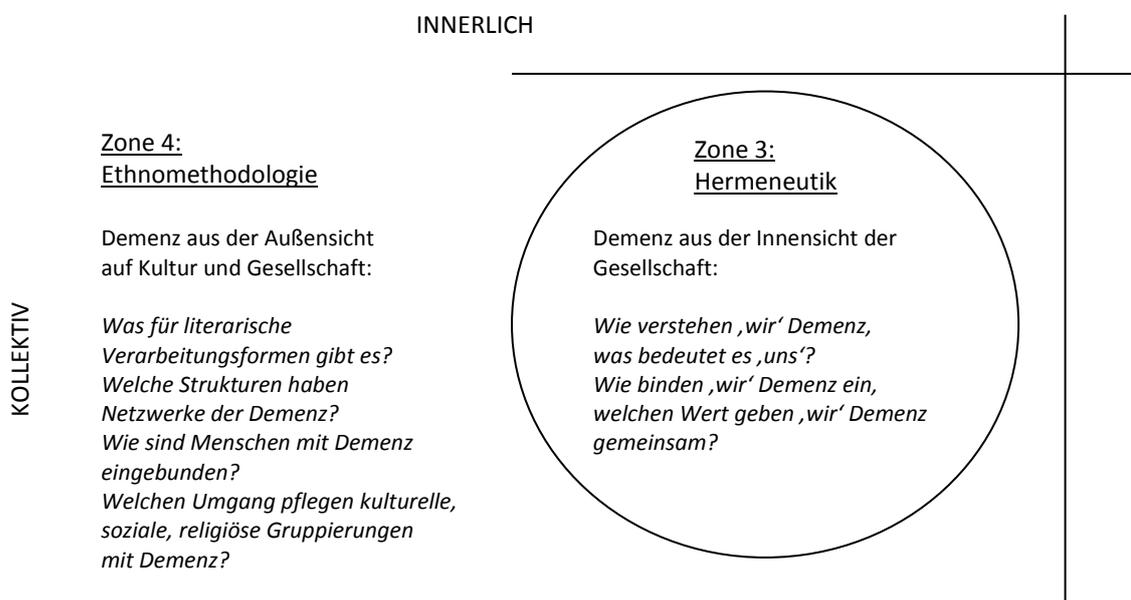


Abb. 21: Mögliche Fragestellungen der Zonen im innerlich-kollektiven Quadranten

Für eine differenzierende **Hermeneutik (Zone 3)** der Intersubjektivität der Demenz scheint es notwendig zu sein, für die unterschiedlichen ‚Kulturen‘ von Gemeinschaften der Demenz unterschiedliche Konstrukte hermeneutischen Verstehens zu entwickeln. Folgt man den Ausführungen Schnells (2008), so ist Demenz auch als Teil einer eigenen (Demenz-) Gesellschaft zu berücksichtigen, da „eine Demenz nicht nur Mangel, Abbau oder Verlust des Geistes bedeutet, sie kann sich auch in einem Anderswerden äußern, das bis zu einer anderen Normalität (Georges Canguilhem) reicht.“ (Schnell, 2008, 80). Unterschieden werden muss demzufolge z.B. zwischen Intersubjektivität zwischen nicht von Demenz betroffenen Personen, in denen die Demenz konstituierendes oder begleitendes Merkmal der Beziehung ist, Intersubjektivität zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen wie im Alltag in Pflegeheimen, und Intersubjektivität zwischen Betroffenen, wobei sowohl Interaktionen zwischen stark demenziell veränderten Menschen in einer Pflegeeinrichtung, aber auch Interaktionen von Menschen mit Demenz in einer selbstorganisier-

ten Selbsthilfegruppe wie der Scottish Dementia Working Group (o.J.) berücksichtigt werden müssen.

Die **Ethnomethodologie (Zone 4)** wird hier stellvertretend für die Methodologien einer Außensicht auf die innerlich-kollektive Dimension der Demenz genannt. Die Integrale Theorie gibt hier wenige Beispiele, die sich für eine offensichtliche Anwendung auf Demenz eignen (Wilber, 2007), die Ethnomethodologie bietet aufgrund der Relevanz des Themas Demenz und Migration sicher Ansatzpunkte. Orientieren kann man sich ferner an der Charakterisierung der Ethnomethodologie von Wilber (2007), die sich „mit den Codes, Konventionen und Regeln, welche sozialen Interaktionen zugrundeliegen“ (Wilber, 2007, 215) beschäftigt, womit die in Kapitel 5.3.1 gezeigten kultur- und sozialwissenschaftlichen Daten dieser Zone zugeordnet werden können.

Zusammenfassend zeigen sich in diesen beiden Zonen die Muster und Beziehungen der jeweiligen sozialen Beziehungen und Bedeutungen sowohl aus dem Inneren des ‚Wir‘, dem ‚gefühlten Wir‘, als auch aus der Außensicht auf das ‚Wir‘, dem ‚beobachteten Wir‘.

5.4 Äußerlich-kollektive Dimension der Demenz

Für diesen letzten Abschnitt eines integralen Demenz-Konzepts, den äußerlich-kollektiven Bereich der Demenz, werden objektive, messbare Daten über Strukturen und Artefakte des Systems, in denen Demenz manifestiert ist, erhoben. Beteiligte Wissenschaftsbereiche sind unter anderem die Wirtschaftswissenschaften, die epidemiologischen Gesundheitswissenschaften, Politik und Rechtswissenschaften. Auch Erkenntnisse aus der Architektur oder praxisbezogene Erkenntnisse aus Innenarchitektur und Gartengestaltung können für die Darstellung der Entität Demenz im äußerlich-kollektiven Quadranten relevant sein. Ferner ist dies der Raum von Prävalenz und Inzidenz, von Zahlen über die kollektive Ausprägung der Demenz. Die ‚Hardware‘ der medizinischen-pharmakologischen Wissenschaften, die für Demenzdiagnostik und -therapie entwickelt wird, zählt weiterhin zu dieser Dimension.

Eine erkenntnisleitende Fragestellung ist in diesem Bereich, wie und wo Demenz im äußerlich-kollektiven Bereich repräsentiert ist. Entsprechend des Geltungsanspruchs dieses Bereiches, dem funktionellen Passen, wird danach gefragt, wo sich Demenz auswirkt, und welche strukturellen Anpassungen notwendig sind, um eine Passung der Demenz zu ermöglichen.

5.4.1. Linien

Auch in diesem Quadranten findet demenz-relevante Entwicklung in vielen Linien statt. Die integrale Literatur verweist für den äußerlich-kollektiven Bereich auf politische Strukturen, Gesellschaftssysteme, Versicherungssysteme, Gesetze und Architekturstile als charakteristische Linien dieser Dimension (Wilber 2001a, Esbjörn-Hargens 2009). Aus dem Geltungsbereich dieses Quadranten, dem funktionellen Passen, kann man als leitende Fragen formulieren: Wo zeigt sich Demenz in systemischen Aspekten? Wo erweist sich

Demenz als funktional, strukturell passend, wo nicht? Was wird getan, um diese Passung zu erreichen?

Die genannten Linien sind auch im Bereich der Demenz von Bedeutung, sind aber weiter zu differenzieren und zu ergänzen, so dass in dieser Arbeit die in Abbildung 22 gezeigten Linien als relevant für die äußerlich-kollektive Dimension eines integralen Demenz-Konzept angesehen werden.

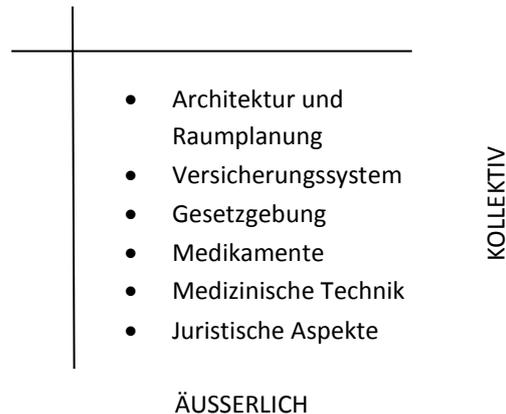


Abb. 22: Exemplarische Linien der Demenz im äußerlich-kollektiven Quadranten

Das **Versicherungssystem ist eine eigene Linie** des Systems, in der Demenz in Erscheinung tritt, als dass es für ein funktionelles Passen aller Teile des Systems (also auch der MmD) notwendige Strukturen entwickeln muss. Dabei findet demenz-relevante Entwicklung unter anderem im Bereich Krankenversicherung (SGB V, BMJ, 2011a) und Pflegeversicherung (SGB XI, BMJ, 2011b) statt. Die verschiedenen Bereiche wie Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) und Pflegegeld (§ 37 SGB XI) bei häuslicher Versorgung von Menschen mit Demenz sind Teil des Systems, deren Aufgabe die Bereitstellung von Strukturen ist, um Demenz als funktionellen Bestandteil des Systems zu gewährleisten.

Die **Linie der juristischen Aspekte** der Demenz widmet sich unter anderem der Frage nach der allgemeinen Geschäftsfähigkeit von Menschen mit Demenz (Schmoeckel, 2010) oder der Testierfähigkeit von Menschen mit Demenz in notariellen Angelegenheiten (Lichtenwimmer, 2010). Jedoch muss dabei beachtet werden, dass es sich hier nicht um ‚Fähigkeiten‘ im Sinne des oberen rechten Quadranten handelt, sondern um das, was aus systemischer Sicht den Menschen mit Demenz als Fähigkeiten zugestanden wird (wobei Juristen hier als Vertreter der systemischen Strukturen verstanden werden).

Eine weitere Linie der äußerlich-kollektiven Dimension der Demenz ist die **Architektur**, hier bezogen über das ‚klassische‘ Altenheim hinaus auf alle (institutionellen) Wohnkonzepte, in denen Menschen mit Demenz betreut werden. Ansätze der Architektur (Marquardt, 2006) und Aspekte der Innenarchitektur wie z.B. die Auswirkung von Beleuchtung auf Menschen mit Demenz (Sust, 2009) sind Ausdruck des Systems, Menschen mit De-

menz in dieses ‚einzupassen‘. In der besonderen Gestaltung von Gärten (Rath, 2004) oder in einfachsten strukturellen Aspekten wie der Position der Sitzplätze in Aufenthaltsräumen von Pflegeheimen (Strunk-Richter & Krämer, 2008) wird der Einfluss von systemischen Strukturen auf die Entität Demenz in ihrer Verwobenheit mit den anderen Dimensionen offensichtlich.

Schließlich sind die strukturellen Daten der Demenz zu nennen, als **Linien epidemiologischer Entwicklung** (Ziegler & Doblhammer, 2009), im Bereich der **Kostenentwicklung im Gesundheitssystem** (Kiencke, Rychlik, Grimm & Daniel, 2010) und die allgemeine **sozio-ökonomische Relevanz** der Demenz (Michel & Niemann, 2002). Für alle Faktoren gilt, dass sie Bereiche systemischer Entwicklung darstellen, in deren Strukturen Demenz zutage tritt. Der Bereich der **medikamentösen Therapeutika** (Benkert, Hautzinger & Graf-Morgenstern, 2007) wurde bereits im äußerlich-individuellen Bereich in seinem Einfluss als temporärer Zustand auf den Organismus erörtert. Dieser Bereich repräsentiert ebenso wie die verschiedenen **bildgebenden Verfahrenstechniken** (Holthoff, 2009) Artefakte des medizinisch-technischen Systems, beide Aspekte sind eigenständige Entwicklungsbereiche der äußerlich-kollektiven Dimension der Demenz.

Des Weiteren können **Richtlinien** (ICD-10, DIMDI, 2010; S3-Leitlinie Demenzen, DGPPN & DGN, 2009) und **Institutionen** (z.B. Demenz Support Stuttgart, 2010a.; Aktion Demenz, o.J. a) im Zusammenhang mit der Entität Demenz als Ausdruck von Linien der Demenz im äußerlich-kollektiven Quadranten angesehen werden (im Gegensatz zu den von ihnen transportierten Bedeutungen und Wertemustern, die Linie des innerlich-kollektiven Quadranten sind).

5.4.2 Ebenen, Typologien und Zustände

Als ein Ebenen-Modell des äußerlich-kollektiven Quadranten kann die Entwicklung der ICD Kriterien der WHO betrachtet werden. Vergleicht man die Entwicklung der Kriterien über die Zeit, so lässt sich auch in diesen Strukturen eine Veränderung der Rahmenbedingungen der Entität Demenz feststellen, unter anderem in Diskussionen der International Advisory Group zu dem in Vorbereitungen befindlichen ICD-11-Katalog, welche die mangelnde Eignung der Kriterien psychischer Erkrankungen für das Pflege und Gesundheitswesen kritisieren (WHO, 2007, 3). Die Advisory Group empfiehlt eine sich teleskopartig aufbauende Struktur der zukünftigen Kriterien für Pflege und Gesundheitsfürsorge als unterster Ebene, darauf aufbauend weiter ausdifferenzierte Kriterien für die klinische Verwendung, auf die nochmals ausdifferenzierte Kriterien für die Verwendung im Forschungssektor aufbauen sollen (WHO, 2007). Somit würden sich bereits bei der Definition der Demenz differenzierte Ebenen ergeben, die für eine verbesserte Anwendbarkeit der Kriterien im jeweiligen Sektor sorgen könnten.

Andere Ebenen-Modelle finden sich im Aus- und Weiterbildungsbereich der Pflegeberufe, unter anderem erkennbar an den „Levels of Knowledge and Skills“ (Scottish Government, 2011), aber auch im deutschen Ausbildungssystem für die Altenpflege mit unterschiedli-

chen Qualifikationsebenen wie den Betreuungsassistenten (GKV, 2008), examinierten Altenpflegehelferinnen (Land Hessen, 2007) und examinierten Altenpflegerinnen (BMJ, 2009).

Die Architektur von Altenheimen schließt mehrere Bereiche ein, in denen Veränderung als Ausdruck einer Entwicklung über die Zeit verstanden werden kann, die auf veränderten Anforderungen bezüglich einer funktionalen Passung des Alterns und insbesondere der Demenz basieren könnten: Im Bereich der Heimarchitektur lässt sich Entwicklung unter anderem beschreiben anhand der sogenannten vier Generationen von Altenheimen (Marquardt, 2006). Diese haben sich mit den systemischen Veränderung und dem immer wieder vorhandenen ‚Anpassungsdruck‘ von System und Demenz kontinuierlich weiterentwickelt, so dass man an der Architektur eines Pflegeheims auch die Anpassung an die Veränderungen im System (vgl. Marquardt, 2006) erkennen kann.

Denkbare Typologien dieses Quadranten sind unter anderem politische Systeme, möglicherweise auch Klimazonen (die sich unter anderem auf Modelle der Heimarchitektur auswirken), Siedlungsräume (rurale oder urbane Strukturen, die sich ebenfalls auf die Heimarchitektur, aber auch auf ökonomische Aspekte der Demenz auswirken können). Da für diese Faktoren jedoch keine Belege erbracht werden können, müssen die typologischen Einflüsse vorerst im hypothetischen Bereich verbleiben.

5.4.3 Innen- und Außensicht der Demenz in der äußerlich-kollektiven Dimension

Auch für die Methodologien und theoretischen Konzepte, die stellvertretend für die Innen- und Außensicht der äußerlich-kollektiven Dimension (vgl. Kap. 3.2.2.4) der Demenz genannt werden, gelten die einschränkenden Anmerkungen der vorangegangenen Kapitel zu diesen Aspekten. Im Folgenden wird die Theorie der Sozialen Autopoiesis exemplarisch für die Zone 7, die Innensicht auf die äußerlich-kollektive Dimension der Demenz, genannt. Die Bezeichnung ‚Systemtheorie‘ als Repräsentantin der Zone 8, der Außensicht auf die systemischen Aspekte der Demenz, ist ebenso nur als Oberbegriff für eine größere Zahl an wissenschaftlichen Richtungen zu verstehen. Abbildung 23 gibt einen ersten Eindruck von den Zonen dieses Quadranten und den leitenden Fragestellungen.

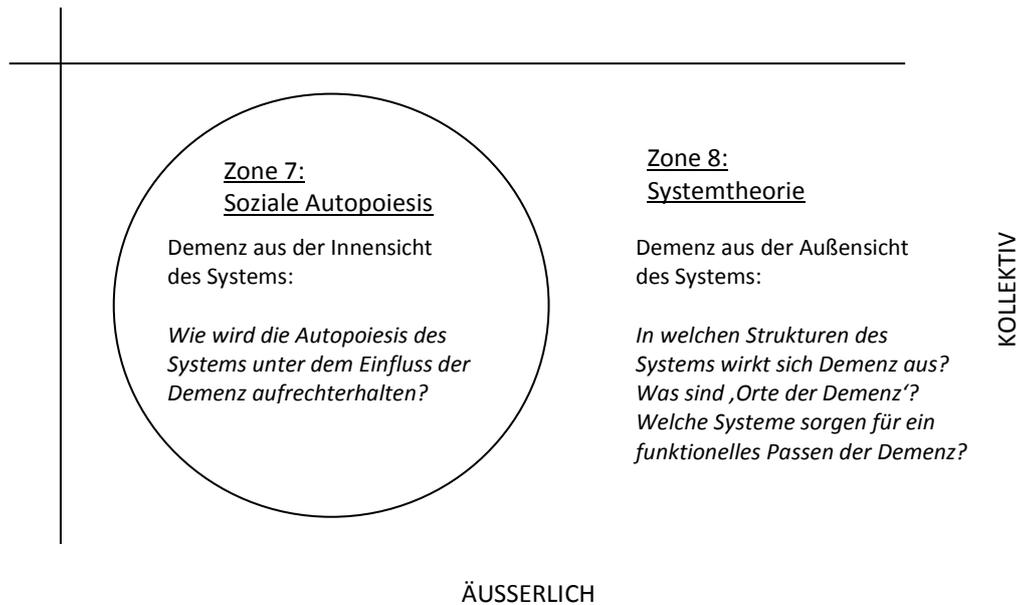


Abb. 23: Mögliche Fragestellungen der Zonen im äußerlich-kollektiven Quadranten

Die **Theorie der sozialen Autopoiesis (Zone 7)** von Luhmann (Kneer & Nassehi, 1993, vgl. Kap. 3.2.2.4) wurde bisher, ebenso wie die Theorie von Maturana und Varela (1987), auf deren Ansatz Luhmann aufbaut, nicht auf Demenz angewendet. Sie soll hier nur grob orientierend in einer möglichen Relevanz für Demenz erläutert werden. Die Theorie der sozialen Autopoiesis unterscheidet zwischen der Autopoiesis unter anderem neuronaler, psychischer und sozialer Systeme (Kneer & Nassehi, 1993, 58), die jeweils getrennt voneinander operieren, d.h. sich selbst reproduzieren. Der Mensch ist nach diesem Verständnis kein einzelnes System, sondern besteht aus einer *Vielzahl an geschlossenen selbstreferenziellen Systemen* (Kneer & Nassehi, 1993, 66). Das psychische wie auch das soziale System sind mit ihrer jeweiligen Umgebung durch strukturelle Kopplung verbunden, der Austausch findet mittels Kommunikation „als nicht weiter auflösbarer Letzteinheiten“ (Kneer & Nassehi, 1993, 65) statt.

Unter der Annahme, dass soziale Systeme selbstreferenzielle Systeme sind, die sich aus sich selbst mittels Kommunikation (zum Kommunikationsbegriff Luhmanns vgl. Kneer & Nassehi 1993) reproduzieren, kann Demenz möglicherweise als ein Resultat einer veränderten Autopoiesis eines an einer Kommunikation beteiligten Bewusstseins angesehen werden: „Ein Gedanke erscheint, aber schon im nächsten Moment taucht er unter und wird durch einen neuen Gedanken ersetzt. Das Bewusstsein hat es also mit einem Dauerzerfall seiner Elemente zu tun.“ (Kneer & Nassehi 1993, 60). Demenz tritt dann in einer basalen Form dadurch zu Tage, dass in diesem Dauerzerfall des Bewusstseins einzelne Elemente nicht mehr reproduziert werden können, weil ein anderes strukturell gekoppeltes System, das neuronale System, bestimmte neuronale Muster nicht mehr reproduzieren kann. (Hier muss jedoch offen bleiben, welche Veränderungen in der strukturellen Kopplung des neuronalen Systems dazu geführt haben mögen, dass diese Muster nicht mehr reproduziert werden). Das Bewusstsein muss nun seine Selbsterhaltung an diese

veränderten Umweltbedingungen anpassen, wodurch es sich selbst in seiner Struktur verändern wird.

Da soziale Systeme in ihrem Selbsterhalt jedoch auf bestimmte Umweltbedingungen angewiesen sind (Kneer & Nassehi, 1993, 69), wirkt sich ein verändertes Bewusstsein als eine dieser Umweltbedingungen direkt auf das System aus: „So würde jede Kommunikation sofort zum Erliegen kommen, wenn nicht mindestens zwei Bewusstseinsysteme daran beteiligt sind.“ (Kneer & Nassehi, 1993, 69). Verändert sich ein Bewusstsein, reizt oder irritiert es damit die Kommunikation als eigenständige, emergente Ordnungsebene (Kneer & Nassehi, 1993) des sozialen Systems, welches sich dann wiederum in seinem Selbsterhalt entsprechend anpassen muss.

Das Gebiet der **Systemtheorie (Zone 8)** kann dagegen bereits auf vielfache Daten zu einer Relevanz der Demenz im System aus der Außensicht (vgl. Kap. 3.2.2.4), zurückgreifen. Die in Kapitel 5.4.1 genannten Ergebnisse zu einigen Linien der äußerlich-kollektiven Dimension der Demenz lassen sich unter einem integralen Verständnis von Systemtheorie subsumieren, das „die Muster und Zusammenhänge der Interaktionen zwischen äußerlichen Objekten (...) aus einer objektiven Sicht beschreibt.“ (Wittrock, 2008, 61). Die objektive Beschreibung der systemischen Strukturen, die eine Funktionalität der Demenz gewährleisten, übernehmen verschiedene in Kapitel 5.4.1 und 5.4.2 genannte Aspekte der äußerlich-kollektiven Dimension der Demenz.

Zusammenfassend zeigt sich hier ein weiteres Mal nach Kapitel 5.2.3 das Phänomen einer bisher nicht erfolgten Anwendung eines methodologischen bzw. theoretischen Blickwinkels auf Demenz in der Zone 7, gegenüber dem wissenschaftlich gut fundierten Bereich der Zone 8, der Systemtheorie mit ihren weit gefächerten speziellen Bezügen.

5.5 Zusammenfassung: Grundstrukturen eines integralen Demenz-Konzepts

In den vorangehenden Abschnitten wurden einige wissenschaftliche Erkenntnisse über die Entität Demenz exemplarisch in die Strukturelemente der Integralen Theorie übertragen. Damit war es möglich, einige Strukturen eines integralen Demenz-Konzepts zu modellieren, dessen Schwerpunkt auf den Quadranten und Linien der Demenz liegen, die in Abbildung 24 zusammen dargestellt werden.

	INNERLICH	ÄUSSERLICH
INDIVIDUELL	<ul style="list-style-type: none"> • Kognition • Affektivität • Ich-Identität • Wertorientierung • Bedürfnisse • Spiritualität • Ästhetischer Ausdruck • Interpersonelle Wahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperlich-organische Merkmale • Verhaltensweisen • Fähigkeiten
KOLLEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache, Semantik • Kunst und Literatur • Soziale Beziehungen • Werte der Gesellschaft • Religiöse Gemeinschaften • Migration • Gemeinwesen, Zivilgesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Architektur und Raumplanung • Versicherungssystem • Gesetzgebung • Medikamente • Medizinische Technik • Juristische Aspekte

Abb. 24: Dimensionen und Linien eines integralen Demenz-Konzepts

Deutlich sichtbar werden in Abbildung 24 die vier verschiedenen Dimensionen der Demenz, die den Wissenschaftsbereichen und Erkenntnistraditionen der jeweiligen Quadranten (vgl. 3.2.1) entstammen und dem Geltungsanspruch des jeweiligen Quadranten (vgl. Kap. 3.2.1) unterliegen.

Die Erkenntnisse über die innerlich-individuelle Dimension der Demenz (vgl. Kap. 5.1) unterliegen dem Geltungsanspruch der Wahrhaftigkeit und geben einen Einblick in das innerliche Erleben bzw. die subjektive Wahrnehmung dessen, was Demenz ist. Der äußerliche-individuelle Bereich unterliegt mit den ihm zugeordneten Wissenschaftsbereichen dem Geltungsanspruch der Wahrheit; die Erkenntnisse dieser Dimension (vgl. Kap. 5.2) geben einen Einblick in die verschiedenen Bereiche der Demenz, wie sie objektiv wahrnehmbar und beschreibbar sind. Für die Erkenntnisse des innerlich-kollektiven Bereichs gilt der Anspruch der Gerechtigkeit; sie zeigen, wie Demenz in Gemeinschaften wahrgenommen, gedeutet und eingebunden ist (vgl. Kap. 5.3). Die äußerlich-kollektive Dimension der Demenz zuletzt zeigt, wie unter dem Geltungsanspruch des funktionalen Passens Demenz organisiert und strukturiert wird (vgl. Kap. 5.4), um ihre Passung im System zu erhalten.

Überträgt man die in den vorangehenden Abschnitten gewonnen Forschungsdaten zu den Linien der Demenz eines jeden Quadranten in ein Quadranten-Modell, ergibt sich ein relativ differenziertes Bild eines integralen Demenz-Konzepts, wie Abbildung 25 zeigt.

	INNERLICH	ÄUSSERLICH
INDIVIDUELL	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitseinsicht • Emotionale Situation von Angehörigen • Selbstverständnis Betroffener • Bedürfnismodell nach Kitwood • Spirituelle Bedürfnisse • Ästhetischer Ausdruck 	<ul style="list-style-type: none"> • Molekulare Aspekte • Organische Ursachen • Externe Auslöser • Bewegung • Ruhen und Schlafen • Kommunikative Fähigkeiten • Sensorische Einschränkungen • Verhalten in Tests und Screenings
KOLLEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung von „Demenz“ • Biografien • Belletristik • Ehe und Großelternschaft • Selbsthilfegruppen • Betreuungskonzepte • Zivilgesellschaftliche Engagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Heimarchitektur • Pflegeversicherung • Geschäfts- und Testierfähigkeit • S3-Leitlinie Demenzen • ICD-10/ ICD-11 • Levels of Knowledge and Skills • Epidemiologie • Krankheitskosten

Abb. 25: Übersicht über detaillierten Aspekte des Entwurfs eines integralen Demenz-Konzepts

Abbildung 25 zeigt damit eine detaillierte Untergliederung der Entität Demenz anhand des Strukturmodells der Linien, wie sie sich in der Literatur entsprechend der in Kap. 4.4 genannten Vorgaben an den Forschungsprozess gezeigt hat. Wie dort begründet wurde, legte diese Arbeit den Schwerpunkt auf die Strukturmodelle der Quadranten und der Linien, während die anderen Aspekte überblicksartig thematisiert wurden.

Zusammenfassend lassen sich also entsprechend der Abbildung 25 als Aspekte der innerlich-individuellen Dimension der Demenz (vgl. Kap. 5.1, für alle im folgenden Abschnitt genannten Daten siehe Quellennachweise in den jeweils genannten Kapiteln) die Krankheitseinsicht sowohl Betroffener als beispielsweise auch in abgewandelter Form von Hausärzten nennen, ferner die emotionale Situation von Angehörigen, das Selbstverständnis von Betroffenen, das Bedürfnismodell von Kitwood, spirituelle Bedürfnisse verschiedener involvierter Personen oder der ästhetische Selbstausdruck von Menschen mit Demenz.

Als Aspekte der äußerlich-individuellen Dimension (vgl. Kap. 5.2) fanden sich molekulare Aspekte, verschiedene Auslöser einer Demenz, Bewegung, Ruhen, Schlafen und Kommunikation als Beispiel für Aktivitäten des täglichen Lebens, sensorische Einschränkungen und das Verhalten von Betroffenen in Tests und Screenings. Hier lag - im Gegensatz zu der innerlich-individuellen Dimension - der Fokus ausschließlich auf der Perspektive der Menschen mit Demenz, nicht auch anderer in Demenz involvierter Personen.

In der innerlich-kollektiven Dimension der Entität Demenz (vgl. Kap. 5.3) liegen Daten zu der (kulturell abhängigen) Bedeutung des Begriffs Demenz vor, weiterhin Biografien von Menschen mit Demenz, ebenso wie belletristische Verarbeitungen des Themas. Ehe und Großelternschaft unter dem Einfluss der Demenz werden nach integralen Kriterien ebenso diesem Bereich zugeordnet wie Selbsthilfegruppen, Betreuungskonzepte oder zivilgesellschaftliches Engagement.

Aspekte des äußerlich-kollektiven Bereichs der Demenz (vgl. Kap. 5.4) fanden sich insbesondere in den Themen Heimarchitektur und Pflegeversicherung, aber auch in den (strukturellen) Fragen zur Geschäfts- und Testierfähigkeit von Menschen mit Demenz, in verschiedenen Leitlinien wie der S3-Leitlinie Demenzen, der Weiterentwicklung im Bereich ICD-10/ ICD-11 oder in Ausbildungsstrukturen wie den schottischen Levels of Knowledge and Skills. Schließlich ergänzten Erkenntnisse aus der Epidemiologie und zu Krankheitskosten diesen Bereich.

Somit ergibt sich ein detailliertes Bild eines Entwurfs für ein integrales Demenz-Konzept auf der Basis von zwei Strukturelementen der Integralen Theorie, den Quadranten bzw. Dimensionen und den Linien der Entwicklung. Demenz geschieht bzw. Demenz ‚ist‘ (im Sinne eines unspezifischen Daseins, vgl. Kap. 4.2) in all diesen Bereichen individueller wie kollektiver, innerlicher wie äußerlicher Entwicklung.

Einzelne Beispiele für eine Anwendung von Ebenen, Zuständen und Typen in ihrer Relevanz für die Entität Demenz ergänzten die Ausführungen in diesem Kapitel. Da sie nur exemplarisch und nicht detailliert ausgeführt wurden, wird auf einen grafischen Einbezug hier verzichtet. Überblicksartig wurde zudem eine Relevanz der Methodologien der verschiedenen Zonen für ein integrales Demenz-Konzept dargestellt. Auch diese werden hier nicht erneut dargestellt, es sei auf die Abbildungen 17, 19, 21 und 23 hingewiesen.

Die Hauptthese dieser Arbeit, die Integrale Theorie sei geeignet für die Erarbeitung eines Entwurfs für ein integrales Demenz-Konzept, das weitgefächerte Erkenntnisse zur Entität Demenz innerhalb des konzeptionellen Rahmen verknüpfen und einbinden kann, kann nach den hier dargelegten Daten als bestätigt gelten. Einen Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept hat diese Arbeit vorgelegt.

Die aufgrund der methodologischen Vorgaben (vgl. Kap. 4) notwendige Reduzierung auf zwei Strukturelemente wird in ihren Auswirkungen auf den Entwurf und die Implikationen für weitergehende Forschungsarbeiten abschließend in Kapitel 7 diskutiert werden.

Das folgende Kapitel 6 widmet sich der empirischen Überprüfung der Reichweite des vorgelegten Entwurfs für ein integrales Demenz-Konzept anhand einer Literaturanalyse.

6 Empirische Überprüfung des integralen Demenz-Konzepts

Nachdem im vorangehenden Kapitel die Hauptthese dieser Arbeit bestätigt werden konnte, soll daran anschließend nun die damit verknüpfte These überprüft werden, dass ein integrales Demenz-Konzept umfassend genug ist, um eine Vielzahl an Erkenntnissen über Demenz in seine Struktur einzubinden (vgl. Kap. 4.4.2).

Um eine aussagekräftige (jedoch nicht repräsentative) Stichprobe der Aspekte im Kontext der Demenz zu erhalten, wurde als Grundlage für die empirische Überprüfung eine Stichprobe der Datenbank Medline gewählt. Ausgewählt wurden alle in Medline verzeichneten Titel unter dem Stichwort *Demenz*, als Filter wurden Publikationen in deutscher Sprache aus 2011 gewählt, um aktuelle Daten überprüfen zu können. Dies ergab eine Stichprobe von 45 Publikationen. Ein Datensatz wurde bei der inhaltlichen Kontrolle wegen fehlendem Demenz-Bezug ausgeschlossen, so dass 44 Datensätze verblieben. Diese wurden nach den von ihnen im Schwerpunkt fokussierten Themen anhand der in Kapitel 5 entwickelten Dimensionen der Demenz (innerlich-individuell, äußerlich-individuell, innerlich-kollektiv, äußerlich-kollektiv) mit einer Literaturanalyse kategorisiert.

6.1. Ergebnisse der Literaturanalyse

Nach Analyse der Datensätze und Auswertungen der Kategorien ergeben sich 11 Datensätze bzw. Publikationen mit einem Schwerpunkt in *einer* Dimension der Demenz (im Weiteren ‚eindimensional‘ genannt), 22 Datensätze mit Schwerpunkten in *zwei* Dimensionen (‚zweidimensional‘) und 11 Datensätze mit Schwerpunkten in *drei* Dimensionen (‚dreidimensional‘). Im Folgenden werden die detaillierten Befunde grafisch dargestellt und beschrieben.

Elf Publikationen sind ‚eindimensional‘ kategorisiert, fokussieren also nur Themenbereiche einer einzelnen Dimension der Demenz nach dem integralen Demenz-Konzept. Abbildung 26 gibt einen Überblick über die Verteilung der eindimensionalen Publikationen in den Quadranten. Während keine Publikation ausschließlich den innerlich-individuellen Bereich fokussiert, thematisieren drei Publikationen den äußerlich-individuellen, und je vier den innerlich-kollektiven und den äußerlich-kollektiven Bereich der Demenz.

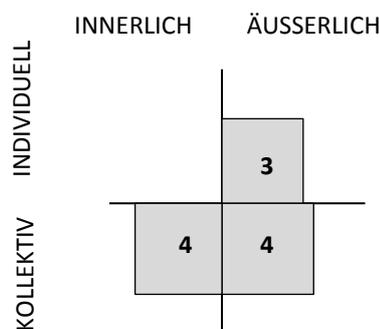


Abb. 26: Eindimensionale Publikationen in den Quadranten

22 der 44 Publikationen haben Schwerpunkte in zwei Dimensionen der Demenz, weisen also auf eine Verknüpfung von zwei Aspekten der Demenz im Sinne eines integralen Demenz-Konzepts hin. Dabei überwiegen Publikationen, die sowohl den äußerlich-individuellen als auch den äußerlich-kollektiven Bereich der Demenz fokussieren, mit 13 Publikationen im Vergleich zu insgesamt neun Publikationen in allen anderen Konstellationen, wie Abbildung 27 zeigt. Vier Publikationen thematisieren Aspekte der beiden innerlichen Dimensionen der Demenz, je zwei Publikationen zielen auf kombinierte Aspekte der beiden individuellen und der beiden kollektiven Dimensionen ab. Eine Publikation verbindet Themen des äußerlich-individuellen und des innerlich-kollektiven Bereiches der Demenz (vgl. Abb. 27).

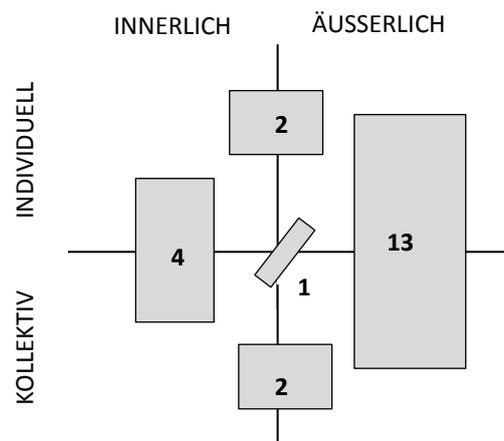


Abb. 27: Anzahl der zweidimensionalen Publikationen in den Quadranten

Weitere elf Publikationen fokussieren Aspekte aus jeweils drei Dimensionen der Demenz, wobei sich ein relativ ausgewogenes Bild in der Verteilung zeigt (Abb. 28). Die Aussagekraft dieser Daten ist aufgrund der starken Überschneidungen und der relativ ausgewogenen Verteilung gering, so dass dieses Ergebnis nicht weiter diskutiert wird. Die Daten fließen jedoch ebenso wie alle vorhergehenden in eine zusammenfassende Auswertung (Abb. 29) ein.

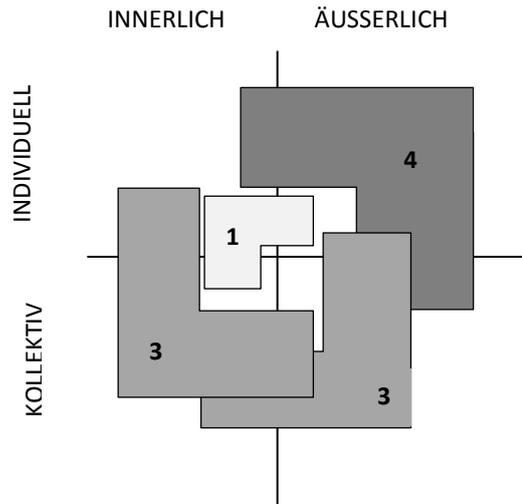


Abb. 28: Verteilung der dreidimensionalen Publikationen

6.2 Zusammenfassung der Befunde

Fast man die gesamte Stichprobe zusammen, werden Aspekte der innerlich-individuellen Dimension insgesamt 15mal, der äusserlich-individuellen Dimension 26mal, 19mal Aspekte der innerlich-kollektiven Dimension und 28mal Aspekte der äusserlich-kollektiven Dimension fokussiert. Einen grafischen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 29.

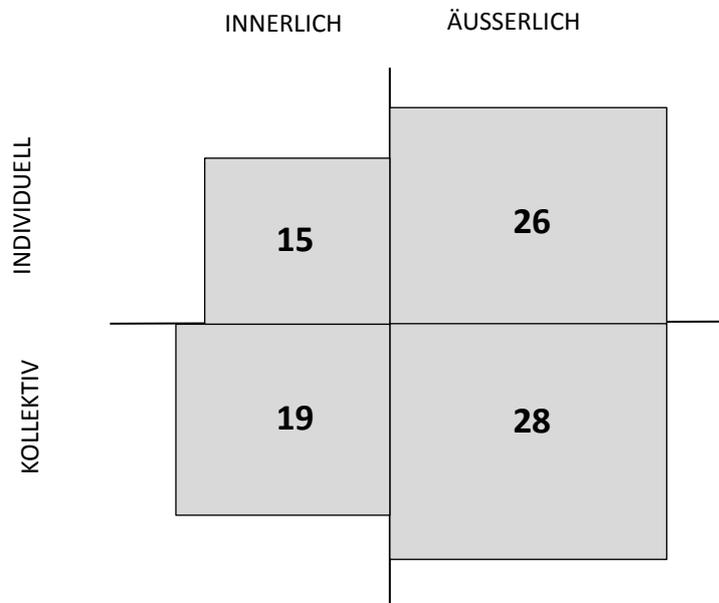


Abb. 29: Anzahl der insgesamt fokussierten Aspekte in den Publikationen in den vier Dimensionen der Demenz

Deutlich wird in dieser Darstellung ein Übergewicht der äußerlichen Dimension der Demenz mit 54 Nennungen gegenüber der innerlichen Dimension der Demenz mit 34 Nennungen. Weiterhin überwiegen die kollektiven Aspekte mit 47 Thematisierungen über die innerlichen Aspekte mit 41 Nennungen. Damit zeigt sich in der Zusammenfassung die gleiche Tendenz wie in den Einzelergebnisse, also eine stärkere Gewichtung der äußerlichen und der kollektiven Aspekte in den analysierten Publikationen. Zu erwähnen ist die Anzahl der Thematisierungen von Aspekten der innerlich-individuellen Dimension der Demenz, die als Einzelthema nicht vorkommen (vgl. Abb. 26) und demzufolge ausschließlich in Kombination mit anderen Aspekten der Demenz thematisiert werden.

Bevor im folgenden Abschnitt diese Ergebnisse detailliert diskutiert werden sollen, zeigt Abbildung 30 noch eine Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Publikationen.

	INNERLICH	ÄUSSERLICH
INDIVIDUELL	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitserleben • Bewusstheit • Arbeitszufriedenheit • Biografie • emotionales Wohlbefinden • Geschlechtsidentität • Spiritualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus • Wanderverhalten • ATL • Parkinson • Gehirn-Pathologie • Manifestationsalter • Störendes Verhalten • Komorbidität
KOLLEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> • Einstellung des Pflegepersonals • Ethik • Soziales Umfeld • Arzt-Patienten-Beziehung • Pflegenden Angehörige • Ehrenamt 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologie • Leitlinien • Pflegeheim • Medikamentöse Therapie • Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen • Gesetzgebung

Abb. 30: Ausgewählte Aspekte der Demenz aus der Stichprobe

Vergleicht man diese Daten mit den Daten in der Zusammenfassung des integralen Demenz-Konzepts in Abbildung 25, so wird deutlich, dass sich die Befunde der Literaturstudie in Kapitel 5 mit den Ergebnissen der empirischen Überprüfung weitgehend überschneiden. Die Abweichungen zeigen, wo vorhanden, dennoch eine große inhaltliche Nähe. Eine detaillierte Erörterung der Befunde erfolgt im folgenden Abschnitt.

6.3 Auswertung

Nach der vorliegenden Studie kann die erste These dieser Arbeit (vgl. Kap. 4.3) auch aus empirischer Sicht als bestätigt gelten: Ein integrales Demenz-Konzept, in Kapitel 5 in seinen Grundzügen skizziert, bietet den Rahmen, alle Aspekte der Demenz, repräsentiert durch eine Stichprobe an Demenz-Publikationen in Kapitel 6, an mindestens einer Stelle des Konzepts zuzuordnen. Alle Datensätze der Stichprobe lassen sich anhand der Kategorien eines integralen Demenz-Konzepts zuordnen, wobei weiterhin eine Differenzierung und Zuordnung nach ein- und mehrdimensionalen Publikationen möglich ist.

Dabei ist eine Dominanz der rechtsseitigen, äußerlichen Dimension gegenüber der innerlichen Dimension der Demenz zu verzeichnen (54 vs. 34 Publikationen, vgl. Abb. 29), daneben aber auch ein Überwiegen der kollektiven Aspekte der Demenz im Vergleich zu den individuellen Aspekten der Demenz (47 vs. 41 Publikationen, vgl. Abb. 29).

Am geringsten vertreten ist in den Publikationen der hier zugrundeliegenden Stichprobe der innerlich-individuelle Bereich der Demenz, was sich sowohl an der Gesamtzahl von 15 Publikationen zeigt, in denen dieser Bereich fokussiert wird (vgl. Abb. 29), als auch an dem Fehlen dieses Bereiches in den eindimensionalen Publikationen (vgl. Abb. 26). Die innerlich-individuellen Aspekte scheinen in dieser Stichprobe nicht im Fokus einer eigenständigen Betrachtung zu stehen.

Wenn auch die absoluten Zahlen im Vergleich zum innerlich-individuellen Bereich nur wenig höher ausfallen (vgl. Abb. 30), so ist doch der innerlich-kollektive Bereich mit 19 Publikationen etwas mehr vertreten, und findet sich in allen Kombinationsformen, ohne besondere Auffälligkeiten. Er ist jedoch insgesamt in weniger als der Hälfte aller Publikationen der Stichprobe vertreten.

Der äußerlich-individuelle Bereich ist mit 26 Thematisierungen in den insgesamt 44 Publikationen der Stichprobe der zweihäufigste Themenbereich, und ist allein zu 50 % davon in Kombination mit dem äußerlich-kollektiven Bereich zu finden (vgl. Abb. 27).

Der äußerlich-kollektive Bereich wird mit 28 Thematisierungen am häufigsten in dieser Stichprobe thematisiert. Er wird vor allem in Verbindung mit dem äußerlich-individuellen Bereich thematisiert (vgl. Abb. 27).

Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die in dieser Stichprobe repräsentierte Demenz-Diskussion einen größeren Schwerpunkt in der äußeren Dimension der Entität Demenz hat. Fragen zu äußerlich-kollektiven Strukturen, die die Demenz „passend“ machen (im Sinnes des zugrundeliegenden Geltungsanspruch) für das umgebende System haben in dieser Stichprobe den höchsten Anteil. Die körperlichen Aspekte und das Verhalten von Individuen im Zusammenhang mit Demenz stehen als äußerlich-individuelle Dimension mit geringfügigem Abstand dahinter.

Mit den Ergebnissen dieser Stichprobe, die in den Abbildungen 26 bis 29 visualisiert wurden, zeigt sich jedoch auch, dass die zweite These hinsichtlich des Nachweises einer Dominanz der Medizin (vgl. Kap. 4.3) anhand der rein numerischen Datenlage nicht bestätigt werden kann. Zwar lässt sich aufgrund der Strukturen des in Kapitel 5 entwickelten Demenz-Konzepts schließen, dass die Dominanz der äußerlichen Dimensionen der Demenz in der Stichprobe mit einer Dominanz medizinischer Erkenntnisse korreliert, aus den Zahlen selbst lässt sich dieses nicht aber ablesen.

Betrachtet man jedoch die differenzierte Datenlage anhand der in der Stichprobe gefundenen Linien der Demenz, wie sie in Abbildung 30 dargestellt ist, zeigt sich Folgendes: Die exemplarisch genannten Daten unter anderem zu Dekubitus, Wanderverhalten und Parkinson (als originäre Betätigungsfelder der Medizin, vgl. Kap. 5.2) in der äußerlich-individuellen Dimension, auf die von den Publikationen fokussiert wurde, sind weitgehend Aspekte der medizinischen oder gerontopsychiatrischen Wissenschaft. Die in der Stichprobe fokussierten Aspekte wie unter anderem Medikamente, Leitlinien und gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen in der äußerlich-kollektiven Dimension der Demenz lassen sich zu einem großen Teil zur Medizin und der Gerontopsychiatrie zuordnen (vgl. Kap. 5.4).

Somit finden sich in der Detailanalyse starke Hinweise für eine Korrelation des Übergewichts an Datensätzen aus diesen Quadranten mit einem Übergewicht an medizinischen Erkenntnissen in diesen Quadranten. Da hier keine konkreten Verteilungen erhoben wurden, kann für diese These jedoch keine eindeutigen Beweise vorgelegt werden. Es wäre dafür notwendig, in einer weiteren Analyse die Kategorien differenzierter anhand der Linien, Ebenen, Zustände und Typologien des integralen Demenz-Konzepts auszuarbeiten und die Stichprobe erneut zu überprüfen. An dieser Stelle wird jedoch darauf verzichtet, da die Bestätigung der ersten These und starke Indizien gegen eine Verwerfung der zweiten These als ausreichende Ergebnisse angesehen werden.

7 Die Integrale Theorie als Basis eines Demenz-Konzepts.

Abschließende Diskussion

Diese Arbeit hatte zum Ziel, einen Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept zu erstellen, der sich an den Strukturmodellen (vgl. Kap. 3.1) und dem Konzept des Integralen Methodologischen Pluralismus (vgl. Kap. 3.2) der Integralen Theorie orientiert. Dieser Entwurf konnte in Kapitel 5 anhand von Daten aus der Demenzforschung und anderen Erkenntnisbereichen über Demenz hergeleitet werden. Kapitel 5.5 zeigt eine grafische Darstellung des Entwurfs anhand der übergeordneten Linien (Abb. 24) und anhand der detaillierten Daten in den einzelnen Dimensionen der Demenz (Abb. 25).

In Kapitel 6 erfolgte die empirische Überprüfung der These, dass ein integrales Demenz-Konzept geeignet sei, Daten eines breiten Erkenntnispektrums über Demenz zu integrieren und zu verknüpfen. Anhand einer Literaturanalyse wissenschaftlicher Publikationen zu Demenz konnte gezeigt werden, dass alle Datensätze mindestens einer Dimension der Demenz, wie sie sich im Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts zeigten (vgl. Kap. 5), zugeordnet werden konnten (vgl. Kap. 6.1). Des Weiteren zeigten die Daten, dass anhand des Entwurfs die Dominanz medizinischer Sachverhalte in der hier repräsentierten wissenschaftlichen Diskussion visualisiert werden konnte (vgl. Kap. 6.3).

Damit bietet die Integrale Theorie nach den hier vorliegenden Erkenntnissen den geeigneten Rahmen, die Entität Demenz in ihrer Mehrdimensionalität darzustellen. Ein integrales Demenz-Konzept hebt damit den perspektivischen Blickwinkel auf, wie ihn einige Demenz-Konzepte einnehmen. Der hier vorgelegte Entwurf zeigt, dass in der Zusammenführung unterschiedlicher Erkenntnistraditionen und Wissenschaftsbereiche ein weitreichendes Bild der Demenz entstehen kann (vgl. Kap. 5.5). Dies ermöglicht, Demenz gleichzeitig aus mehreren Perspektiven zu sehen, und zeigt für alle Perspektiven die grundsätzliche gleiche Anerkennung als relevanter Beitrag zu einem ganzheitlichen Bild von Demenz.

Ferner bietet sich mit dem Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts die Möglichkeit, Erkenntnisschwerpunkte in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion über Demenz darzustellen. In der hier überprüften aktuellen Forschungsliteratur konnte eine Dominanz äußerlicher Aspekte der Demenz gezeigt und anhand des Quadranten-Modells visualisiert werden (vgl. Abb. 26, 27, 29). In der Detailanalyse der von der Forschungsliteratur fokussierten Aspekte der Demenz konnte eine Dominanz medizinischer Aspekte nachgewiesen werden (vgl. Kap. 6.3).

Verschiedene Aspekte eines integralen Demenz-Konzepts wurden in dieser Arbeit in ihrem Potential für eine weitergehende integrale Demenz-Forschung nur angedeutet. Die aufgrund der notwendigen methodischen Einschränkungen (vgl. Kap. 4) nur im Überblick überprüften Strukturelemente der Ebenen, der Zustände und Typologien und auch die

verschiedenen Zonen des Integralen Methodologischen Pluralismus (vgl. Kap. 3.2.2) zeigten Anknüpfungspunkte für weitere Erkenntnisse über Demenz aus integraler Sicht.

Die in Kapitel 4 formulierte Herausforderung, anhand einer auf Vorwärts- bzw. Aufwärtsentwicklung ausgerichteten theoretischen Theorie ein Bewusstseinsphänomen zu beschreiben, das Rückentwicklung inkludiert, wurde durch den Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept bewältigt, die spezifische Thematik wurde jedoch im Detail nicht durch die verwendete Methodik erfasst. Es wird Aufgabe weiterer Forschung sein, insbesondere durch verstärkten Einbezug von Ebenen-Modellen der Frage nach den Zusammenhängen zwischen unterschiedlichen Entwicklungsrichtungen nachzugehen.

In diesem Zusammenhang ist auch Verständnis von Medikamenten als Zustände im äußerlich-individuellen Bereich noch einmal aufzuzeigen, das einen ungewohnten Blick auf die medikamentösen Therapeutika und insbesondere auf die intensive Forschung dahinter wirft: In diesem Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept nehmen die Medikamente einen eher randständigen Platz ein, sie werden als Artefakte des äußerlich-kollektiven Quadranten (vgl. Kap. 5.4.1) verstanden und bewirken als diese Zustandsveränderungen in spezifischen Linien des äußerlich-individuellen Quadranten (vgl. Kap. 5.2.2). Diese Perspektive auf die pharmakologischen Therapeutika wertet die Pharmaforschung und ihre ‚Artefakte‘ nicht ab, relativiert aber ihren Stellenwert - zumindest aus einer integralen Sichtweise.

Hier zeigt sich das Potential eines mit einer erweiterten Methodik zu vertiefenden integralen Demenz-Konzepts: Es sollte an den vielen einzelnen Aspekten der Demenz, wie sie in diesem Entwurf bereits gezeigt wurden, in die Tiefe gehen, nach weiteren Aspekten forschen, in den verschiedenen Linien verschiedene Ebenen detailliert beschreiben, die Einflüsse von unterschiedlichen Zuständen hinterfragen und den Einfluss von Typologien auf die bisher genannten Aspekte im Detail berücksichtigen. Notwendig ist ferner, Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Dimensionen, Linien und Ebenen aufzuzeigen und dort, wo bisher keine Zusammenhänge zu finden sind, zu versuchen, diese aufzuspüren.

Ein umfassendes integrales Demenz-Konzept kann möglicherweise zeigen, wie die Linien und Ebenen der Dimensionen der Demenz miteinander verwoben sind und könnte als Orientierungsrahmen für Praktiker wie Theoretiker hinsichtlich ihres eigenen Standpunkts im Gewebe der Entität Demenz als auch hinsichtlich von anderen Standpunkten, Erkenntnissen und Techniken dienen. Der hier vorgelegte Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts zeigt Ansätze dafür.

Quellenverzeichnis

- Aktion Demenz (o.J. a). *Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz*. [Internetpräsenz]. <http://www.aktion-demenz.de/impressum.html> [19.09.2011].
- Aktion Demenz (o.J. b). *Aufruf: In unserer Kommune - gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz*. <http://www.aktion-demenz.de/images/stories/pdf/Aufruf.pdf> [19.09.2011].
- Arp, A. (2011). Wir tanzen wieder – Demenz und Bewegung. *ProAlter*, 2, 9-11.
- Bachl, M. (2011). Den Würdebegriff täglich mit Inhalt füllen. *Krankenpflege [Schweiz]*, 104 (1), 19-21.
- Bachl, M. (2011). *Licht in dunkle Seelenlandschaft bringen*. *Krankenpflege [Schweiz]*, 104 (5), 18-19.
- Balikci, A. (in Druck). Kultursensible Altenarbeit bei Migranten mit Demenz. Das Herz vergisst nicht. *Pflegezeitschrift*, 64 (8), 464-467.
- Ballenger, J. F. (2006). *Self, Senility, and Alzheimer's Disease in Modern America. A History*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Banzhaf, M., Klarl, B. A.& Braun, B. (2011). Demenz bei Morbus Whipple? Die Bedeutung infektiöser Krankheitsursachen. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 136 (24), 1312-1315.
- Bauer, A. M. (2011). Kachektischer AIDS-Patient mit Soor, Gastritis, Kolitis, Tremor, Nierenversagen... Nach 13 Jahren war die Grenze der Polypharmazie erreicht. *MMW Fortschritte der Medizin*, 135 (18), 45-46.
- Becker, S., Kruse, A., Schröder, J. & Seidl, U. (2005). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 108-121.
- Belschner, W. (2010). *Forschen, erfahrungsbasiert. Eine bewusstseinspsychologische Perspektive*. Kröning: Asanger-Verlag.
- Benkert, O., Hautzinger, M. & Graf-Morgenstern, M. (2007). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Bär, M. & Kruse, A. (2011). Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz: Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (1), 13-18.

- Bornemann-Cimenti, H., Wejbora, M., Michaeli, K., Kern-Pirsch, C., Sandner-Kiesling, A. (2011). Schmerz erfassung bei Demenz. *Der Nervenarzt* 82 (9), 1-6.
- Braun, S. & Kriegeskorte, P. (2011). Ehrenamtliche sorgen für bunte Abwechslung. Aktivierende Gruppenbetreuung für demenzkranke Patienten. *Pflegezeitschrift*, 64 (2), 86-88.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (o.J.): *Demenzkrankung – eine Einführung*. [Internetpräsenz]. <http://www.wegweiser-demenz.de/demenzkrankung.html> [26.08.2011].
- Bundesministerium der Justiz [BMJ] (2009): *Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG)*. [Zuletzt geändert durch Art. 12b G v. 17.7.2009]. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> [16.09.2011].
- Bundesministerium der Justiz [BMJ] (2011a). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)*. [Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 28.7.2011]. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf [25.09.2011].
- Bundesministerium der Justiz [BMJ] (2011b). *Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung*. [Zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 28.7.2011]. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html [25.09.2011].
- Dammann, R. & Gronemeyer, R. (2009). *Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen*. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag.
- Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) (2010a): *Philosophie*. [Internetpräsenz]. <http://www.demenz-support.de/portraet/philosophie> [01.09.2011].
- Demenz Support Stuttgart (2010b): *Ich spreche für mich selbst*. [Internetpräsenz]. http://www.demenz-support.de/arbeitsfelder/teilhabe_und_gesellschaft/ich_spreche_fuer_mich_selbst. [01.09.2011].
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2008): *Was heißt eigentlich „Demenz“ und „Alzheimer“?* [Internetpräsenz]. <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=25> [26.08.2011].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGPPN & DGN] (Hrsg.) (2009). *S3-Leitlinie „Demenzen“ (Kurzversion)*. http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/II_demenz/II-demenz-kurz-170210.pdf [23.06.2011].
- Deutscher Ethikrat (2010). Podiumsdiskussion. [Audioprotokoll]. Deutsche Ethikkommission: *Demenz – Ende der Selbstbestimmung? Öffentliche Tagung, 24.11.2010*. Ham-

burg. [http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/weitere-veranstaltungen /demenz-ende-der-selbstbestimmung](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/weitere-veranstaltungen/demenz-ende-der-selbstbestimmung) [27.08.2011].

Deutscher Wortschatz (2011). *Konzept*. Universität Leipzig. <http://wortschatz.uni-leipzig.de/> [28.09.2011]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2010). *ICD-10-WHO Version 2011. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)*. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf00.htm+> [13.09.2011].

Drach, L. M. (2011). Pharmakotherapie bei Demenz mit Lewy-Körperchen und Parkinson-Demenz. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*, 34 (2), 47-52.

Egidi, G. (2011). Verbesserte ambulante Demenzversorgung. [Kommentar]. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 136 (28-29), 1493.

Engel, S. (2006). *Alzheimer und Demenzen. Unterstützung für Angehörige. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation*. Stuttgart: Trias.

Engel, S. (2007). *Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen*. Münster: LIT Verlag.

Engel, S. (2008). Angehörigenberatung – Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger als ein zentrales Arbeitsfeld der Gerontopsychiatrie. In: W.D. Oswald, G. Gatterer & U.M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*. Wien, New York: Springer, 2. Auflage. 195-212.

Engel, S.; Mück, A., Lang, F.R. (2009). Kognitives Screening. In: R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demnzerkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 122-131.

Engel, S. (2011). *Multiperspektivische Betrachtung der Demenz*. [Vorlesungsskript]. Erlangen: Institut für Psychogerontologie.

Esbjörn-Hagens, S. (2009). *Eine Übersicht integraler Theorie. Ein allumfassendes Bezugssystem für das 21. Jahrhundert*. http://if.integralesforum.org/fileadmin/user_upload/LESESAAL/PDF/Integrale_Theorie_-_S._Esbjoern-Hagens.pdf [10.08.2011].

Feil, N. (1992). *Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen*. Wien: Altern und Kultur.

- Fischer, T., Worch, A., Nordheim, J., Hasselhorn, H. M., Wulff, I. M., Gräske, J., Meye, S. & Wolf-Ostermann, K. (2011). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren. *Pflege*, 24 (2), 97-109.
- Franke, L. (2005). *Demenz in der Ehe : über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung in der psychosozialen Beratung für Ehepartner Demenzkranker*. [Dissertation]. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordId=2304578&fileId=2304583> [30.08.2011]
- Förstl, H. (2009a) (Hrsg.). *Demenzen in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 2. Auflage.
- Förstl, H. (2009b). Was ist Demenz. In: H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 2. Auflage. 4-7.
- Fuhr, R. & Gremmler-Fuhr, M. (2004). *Kommunikationsentwicklung und Konfliktklärung. Ein integraler Gestalt-Ansatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Geiger, A. (2011). *Der alte König in seinem Exil*. München: Carl Hanser Verlag.
- Gemsenjäger, E. (2011). Sind Ethikfachleute im chirurgischen Alltag notwendig? *Der Chirurg*, 82 (19), 80.
- GKV - Spitzenverband der Pflegekassen [GKV] (2008). *Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008)*. https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2008_08_19__%C2%A787b_Richtlinie_2291.pdf [16.09.2011].
- Gogol, M. (2011). Medien: Diagnose und Behandlungsleitlinie Demenz. [Rezension]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (1), 71.
- Gräßel, E., Stemmer, R., Abt, S. M., Eichenseer, B. & Luttenberger, K. (2011). Zweifel ausgeräumt. *Pflegezeitschrift* 64 (4), 201-204.
- Groll, A. E. (2008). *Geschlechtsspezifische Unterschiede in der ambulanten Versorgung von Demenzpatienten. Sekundäranalyse einer postalischen Befragung zur Versorgungssituation von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen*. [Dissertation]. Universität Hamburg. <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/4093/> [01.09.2011].
- Grond, E. (1997). *Altenpflege als Beziehungspflege. Ein interaktionelles Pflegekonzept*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.

- Haass, C. (2006). Alzheimer – das molekulare Uhrwerk einer tickenden Zeitbombe. In Nationaler Ethikrat (Hrsg.), *Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen. Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2005*. Berlin: Nationaler Ethikrat. 19-26.
- Habecker, M. (2010). *Typen*. [Text zusammengestellt von M. Habecker]. *Integral informiert*, 23, 7-24.
- Hanns, S., Born, A., Nickel, W. & Brähler, E. (2011). Versorgungsstrukturen in stationären Pflegeeinrichtungen: Eine Untersuchung in Leipziger Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (1), 33-38.
- Heinemeyer, C. (2011). Diskussion um Demenz-Pflege. [Editorial]. *Pflegezeitschrift*, 64 (1).
- Heinemeyer, C. (2011). Planvoll managen und trotzdem Raum für Versuch und Irrtum lassen. [Editorial]. *Pflegezeitschrift* 64 (6), 321.
- Hessenauer, A. (o.J.). *Apoptosemechanismen und neurodegenerative Erkrankungen. Die Alzheimer-Demenz*. [Power-Point-Präsentation]. http://wwwalt.med-rz.uni-sb.de/med_fak/biochemie/ApoAlz.pdf [09.09.2011].
- Höft, B., Sadeghi-Seradi, A., List, M. & Supprian, T. (2011). Die Einbindung von Menschen mit Demenz und fehlendem Krankheitserleben in ein ambulantes Hilfesystem durch gerontopsychiatrische Hausbesuche. *Psychiatrische Praxis*, 38 (4), 198-200.
- Höwler, E. (2008). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Holthoff, V. (2009). Klassische Bildgebung. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 141-146.
- Integral Research Center (2009). *References of M.A. Theses & Ph.D. Dissertations Using Integral Theory*. <http://www.integralresearchcenter.org/sites/default/files/Dissertations-Theses.pdf> [31.05.2011].
- Jens, T. (2009). *Demenz. Abschied von meinem Vater*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Jessen, F. (2009a). Liquordiagnostik. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 152-156.
- Jessen, F. (2009b). Genetik. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 156-160.
- Jonas, I. (2006). Kinder- und Jugendliteratur zu Demenz. *ProAlter*, 3, 56-58.

- Jonas, I. (2008). Doppelt ausgeschlossen: Menschen mit Demenz und Hörschädigung. *ProAlter*, 3, 33-36.
- Jonas, I. (2009). "Hier kriegt mich keiner mehr weg!". Menschen mit Demenz erleben Kunst im Museum. *ProAlter* 4, 51-54.
- Jürgs, M. (2001): *Alzheimer. Spurensuche im Niemandsland*. München: List Taschenbuch Verlag.
- Kastner, U. & Löbach, R. (2007). *Handbuch Demenz*. München: Urban & Fischer.
- Kaufmann, E. (2010). *Subjektives Wohlbefinden von Menschen mit Demenz – eine qualitative Interviewstudie auf der Basis des Bedürfnismodells von Tom Kitwood*. [Unveröffentlichte Masterarbeit]. Erlangen: Institut für Psychogerontologie.
- Kieckebusch, U. von (2010). *Psychologische Demenzdiagnostik*. München: Ernst Reinhardt.
- Kiencke, P.; Rychlik, R.; Grimm C. & Daniel, D. (2010). Krankheitskosten bei Alzheimer-Demenz. *Medizinische Klinik* 105, 327-333.
- Kneer, G. & Nassehi, A. (1993). *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Eine Einführung. München: Fink
- König, R. (2009). *Wissenschaft in Wikipedia und anderen Wikimedia-Projekten*. ITA-Projektbericht Nr.: A52-2. Wien, Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA). <http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2a52-2.pdf> [01.10.2011].
- Köther, I., Gnam, E. (1995). *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Komarahadi, F. L., Ruf, D., Hüll, M. & Härter, M. (in Druck). Informationsbedarf von Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen für eine evidenzbasierte Internetseite zum Thema Demenz. *Psychiatrische Praxis*. <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/psychiat-praxis/doi/10.1055/s-0031-1276837.pdf> [27.09.2011].
- Kompetenznetz Demenzen (o.J.): *Wissenswertes über Demenzen*. [Internetpräsenz]. <http://www.kompetenznetz-demenzen.de/betroffene/wissenswertes/> [27.08.2011].
- Kreutzner, G. (2008). Demenz und Kultur: Zwei Perspektiven. *DeSSorientiert*, 1. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart. 6-16. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_1_2009_hearing2.pdf [01.09.2011].
- Kruse, A. (2010). Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen – eine fachliche und ethische Herausforderung. [Audioprotokoll]. Deut-

sche Ethikkommission: *Demenz – Ende der Selbstbestimmung? Öffentliche Tagung, 24.11.2010.* Hamburg. <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/weitereveranstaltungen/demenz-ende-der-selbstbestimmung> [27.08.2011].

Küpers, W. (2006). Integrales Lernen in und von Organisationen. *Integral Review* 2, 43-77. [http://integral-review.org/documents/Kupers, Integral Organizational Learning 2, 2006.pdf](http://integral-review.org/documents/Kupers_Integral_Organizational_Learning_2_2006.pdf) [31.05.2011].

Küstenmacher, M., Haberer, T. & Küstenmacher, W. T. (2011). *Gott 9.0. Wohin unsere Gesellschaft spirituell wachsen will.* Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2. Auflage.

Kurz, A. & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt*, 82 (3), 336-342.

Land Hessen (2007). *Hessisches Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflegehilfe und zur Ausführung des Altenpflegegesetzes (Hessisches Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 05.Juli 2007.* http://www.landesrecht-hessen.de/hessenrecht/353_Heilhilfsberufe_Hebammen/353-56-HAltPflG/HAltPflG.htm#%C2%A7_27 [16.09.2011].

Laske, C. (2007). Was schützt vor Demenz? Auf der Suche nach dem geistigen Jungbrunnen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20 (1), 59-67.

Lauter, H. (2011). Ärztliche Suizidassistenz bei Demenzerkrankungen? *Der Nervenarzt*, 82 (1), 50-56.

Lempert, T. & Bschor, T. (2011). Behandlung des M. Alzheimer nach der S3-Leitlinie Demenzen. Cholinesteraseinhibitoren für alle und für immer? [Kommentar]. *Der Nervenarzt*, 82 (1), 90-91

Lichtenwimmer, A. (2010). Geschäfts- und Testierfähigkeit in der Praxis des Notars. In M. Schmoeckel (Hrsg). *Demenz und Recht. Bestimmung der Geschäfts- und Testierfähigkeit.* Baden-Baden: Nomos. 43-56.

Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker.* Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung. <http://www.gerontologischeberatung-haan.de/dokumente/Wissen24LemppA.pdf> [20.09.2011].

Lind, S. (2011). Replik auf die Leserbriefe von Christian Müller-Hergl und Michael Thomsen. [Kommentar]. *Das Missverständnis. Pflegezeitschrift*, 64 (3), 134-136.

Luppa, M., Gentzsch, K., Angermeyer, M. C., Weyerer, S., König, H. H. & Riedel-Heller, S. (2011). Geschlechtsspezifische Prädiktoren von Institutionalisierung im Alter -

Ergebnisse der Leipziger Längsschnittstudie in der Altenbevölkerung (Leila 75 +). *Psychiatrische Praxis*, 38 (4), 185-189.

Mahlberg, R. (2009). Schlafstörungen. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 104-108.

Mahlberg, R. & Gutzmann, H. (2009a). *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Mahlberg, R. & Gutzmann, H. (2009b). Einleitung: Krankheitsbilder. In R. Mahlberg & Gutzmann, H. (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 3-10.

Mahlberg, R. & Kunz, D. (2009). Zirkadiane Rhythmusstörungen. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 216-221.

Marpert, M., Roser, M. (2011). Gedächtnissprechstunden in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 38 (4), 163-165.

Marquardt, G. (2006). *Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen*. [Dissertation]. Dresden: Technische Universität Dresden. http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=985850043&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=985850043.pdf [20.09.2011].

Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. Goldmann-Verlag.

McFarlane, T. J. (2000). *A Critical Look at Ken Wilber's Four Quadrant Model*. <http://www.integralscience.org/wilber.html> [28.06.2011].

McIntosh, S. (2009). *Integrales Bewusstsein und die Zukunft der Evolution. Wie die integrale Weltsicht Politik, Kultur und Spiritualität transformiert*. Hamburg: Phänomen-Verlag.

Meyerhoff, J. (2006): *Six Criticisms of Wilber's Integral Theory*. <http://www.integralworld.net/meyerhoff4.html> [30.05.2011].

Meyers Großes Taschenlexikon (1992). *Konzept*. [24 Bände]. Mannheim: BI Taschenbuchverlag.

Michel, C. & Niemann, A. (2002). Sozioökonomische Bedeutung der Demenz und leichter kognitiver Störungen. *Versicherungsmedizin*, 54, 1, 26-32.

- Miller, T. (1999). *Systemtheorie und Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Stuttgart: Enke
- Müller, K. (2008). Prävention: Wer rastet, der rostet – Bewegung wirkt präventiv gegen Demenz. *DeSSorientiert*, 2, 16-22. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_2_2008_bewegung.pdf [09.09.2011].
- Müller-Hergl, C. (2007). Menschen mit Demenz: Spirituelle Bedürfnisse. *DeSSorientiert*, 2, 23-27. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_2_2007_spiritualitaet.pdf [08.09.2011].
- Müller-Hergl, C. (2011). „Die Welt des Herrn Lind beruht auf Fehlschlüssen.“ [Kommentar]. *Pflegezeitschrift* 64 (1), 6-8.
- Myllymäki-Neuhoff, J. (2009). Wohn- und Betreuungsformen. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 261-271.
- Natale, B., Wohrab, D., Förtsch, B., Kurz, A. & Diehl-Schmid, J. (2011). Die Alzheimer-Demenz mit senilem Beginn - Besonderheiten in Diagnostik, Therapie und Management. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 79 (3), 144-151.
- Nentwich, M. (2009). *Cyberscience 2.0 oder 1.2? Das Web 2.0 und die Wissenschaft*. ITA-manuscripts 11. Wien, Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA). <http://www.oeaw.ac.at/ita/ita-manus.htm> [01.10.2011].
- Neumann, E.-M. (2009). Exkurs 2: Geschlechtsrollenunterschiede. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.): *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 285-290.
- Nocon, M., Roll, S., Schwarzbach, C., Vauth, C., Greiner, W. & Willich, S.N. (2010). Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz. Ein systematischer Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43 (3), 183-189.
- Nufer, T. W. & Spichiger, E. (in Druck). Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben. Eine qualitative Studie. *Pflege*, 24 (4), 229-237.
- Palmer, H. (1991). *Das Enneagramm. Sich selbst und andere verstehen lernen*. München: Knauer.
- Pentzek, M., Fuchs, A. & Abholz, H.H. (2005). Die Einstellung der Hausärzte zu Demenzen. Kognitivem affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde*, 24, 499-506.

- Pernecky, R., Alexopoulos, P., Schmid, G, Sorg, C., Förstl, H., Diehl-Schmid, J. & Kurz, A. (2011). Kognitive Reservekapazität und ihre Bedeutung für Auftreten und Verlauf der Demenz. *Der Nervenarzt*, 82 (3), 325-335.
- Pfeifer-Schaupp, U. (2009). Prä-Therapie in der Altenpflege. Neue Zugänge zu Menschen mit schwerer Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42 (4), 336-341.
- Philipp-Metzen, H. E. (2008). *Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz. Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Philipp-Metzen, H. E. (in Druck). Die Enkelgeneration in der familialen Pflege bei Demenz: Erfahrungen und Bilanzierungen. Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (5).
- Plemper, B. (2010). Ist Alzheimer eine Krankheit? *Psychologie heute*, 5, 65-71.
- Powell, J. (2009). *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- ProAlter (2011). Wer rastet, der rostet. Bewegungsangebote für Menschen mit Demenz. [Einleitung Schwerpunkt Demenz und Bewegung]. *ProAlter*, 43 (2), 8.
- Radzey, B. (2007). Angehörige: Spiritualität als Ressource der Entlastung? *DeSSorientiert*, 2, 28-26. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_2_2007_spiritualitaet.pdf [08.09.2011].
- Rapp, M. A., Hellweg, R. & Heinz, A. (2011). Die Bedeutung depressiver Symptome bei beginnender Demenz vom Alzheimer-Typ im höheren Lebensalter. *Der Nervenarzt*, 82 (9), 1140-1444
- Rath, B. (2009). Eine grüne Idylle für Menschen mit Demenz. *ProAlter*, 1, 9-15.
- Reith, W. & Essig, M. (2011). Neurodegenerative Erkrankungen und Demenz. *Der Radiologe*, 51 (4), 264-265.
- Riedel, O., Dodel, R., Deuschl, G., Förstl, H., Heuser, I., Oertel, W., Reichmann, H., Riederer, P., Trenkwalder, C. & Wittchen, H. U. (2011). Demenz und Depression determinieren Pflegebedürftigkeit bei Morbus Parkinson: Untersuchung an 1449 Patienten im ambulanten Versorgungssektor in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 82 (8), 1012-1019.
- Ruppert, N. (2011). Harn- und Stuhlinkontinenz bei Menschen mit einer Demenzerkrankung: „Wo war doch gleich die Toilette?“. *Pflegezeitschrift*, 64 (6), 334-337.

- Oswald, W. D. (2004). Kognitive und körperliche Aktivität. Ein Weg zur Erhaltung von Selbstständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse? *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17 (3), 147-159.
- Quarks & Co (2010). *Alzheimer – Kampf gegen das Vergessen*. [WDR Fernsehmagazin vom 13.04.2010]. <http://www.wdr.de/themen/global/webmedia/webtv/getwebtv.phtml?ref=70090> [01.07.2011].
- Sachweh, S. (2009). Non-verbale Kommunikation. *DeSSorientiert*, 1-2, 6-21. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2_2009_hearing2.pdf [01.09.2011].
- Saller, M. (2011). Innovative Bewegungsbetten helfen bei Schlafstörungen – Indikationsbezogene Varianten berücksichtigen individuelle Bedürfnisse. *Pflegezeitschrift*, 64 (4), 252.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.) (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schabacher, C. (2011). Erleben im Hier und Jetzt. ADFC-Radtour mit Demenzerkrankten. *Radwelt. Das ADFC-Magazin*, 4, 20-23.
- Schmidt, R., Assem-Hilger, E., Benke, T., Dal-Bianco, P., Delazer, M. & Ladurner, G. (2008). Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz. *Neuropsychiatrie*, 22 (1), 1–15
- Schmidt, S. G., Palm, R., Dichter, M. & Hasselhorn, H. M. (2011). Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen. *Pflege*, 24 (2), 85-95.
- Schmoeckel, M. (2010). Demenzerkrankungen als gesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe für Juristen. In M. Schmoeckel (Hrsg.), *Demenz und Recht. Bestimmung der Geschäfts- und Testierfähigkeit*. Baden-Baden: Nomos. 13-23.
- Schönknecht, P., Sattler, C., Toro, P. & Essig, M. (2011). Klinik und bildgebende Diagnostik neurodegenerativer Demenzen. *Der Radiologe*, 51 (4), 278-284.
- Schnell, M. W. & Mitzkat, A. (2006). „Demenz“ als Thema in der Literatur: Durch den Text zur Person. *Pflegezeitschrift*, 1, 21-24.
- Schnell, M. W. (2008). Fremdheit der Demenz – Grenze der Geisteswissenschaften. In Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag. 77-82.

- Schulte, S., Annicotte, I., Mowitz, A., Zerres, M., Braun, U., Joeres, U. & Jaehde, R. (2011). Pharmazeutische Betreuung eines Parkinson-Patienten mit orthostatischer Dysregulation. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*, 34 (7), 250-256.
- Schulz, J. G. (2009). Seltene Ursachen. In R. Mahlberg & H. Gutzmann (Hrsg.), *Demenzkrankungen erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 67-74.
- Scottish Dementia Working Group (o.J.). *About us*. [Internetpräsenz]. <http://www.sdwg.org.uk/home/about-us-sdwg/> [16.09.2011].
- Scottish Government (2011). *Promoting Excellence: A framework for all health and social services staff working with people with dementia, their families and carers*. Edinburgh. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/350174/0117211.pdf> [16.09.2011].
- Shenk, D. (2005). *Das Vergessen. Alzheimer: Portrait einer Epidemie*. Leipzig: Europa-Verlag.
- Staas, C. (2010). Je umstrittener, desto besser. Was taugen die Geschichtsartikel der Online-Enzyklopädie Wikipedia? Ein Gespräch mit dem Historiker Peter Haber. *Zeit Online*, 10.07.2010. <http://www.zeit.de/2010/28/Wikipedia-Daten> [01.10.2011].
- Stephan, I., Amthor, L. (2011). Tanzen im Sitzen: Lebensqualität und Gesundheitstraining: Singen, schwingen, schunkeln. *Pflegezeitschrift*, 64 (6), 338-340.
- Sterin, G. J. (2002). Essay on a word. A lived experience of Alzheimer's disease. *Dementia*, 1, 7-10.
- Strunk-Richter, G. & Krämer, A. (2008). Vom Schicksal der Sitzordnung. *ProAlter*, 4, 26-29.
- Sust, C. (2009). Auswirkungen unterschiedlicher Beleuchtungen auf Demenzkranke. Erste Ergebnisse einer Studie. *ProAlter*, 3, 27-32.
- Suter, M. (1999). *Small World*. Zürich: Diogenes Verlag.
- Taylor, R. (2008). *Alzheimer und Ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Thomsen, M. (2011). „Man muss nicht jede Kuh vertreiben, die dem Demenzkranken begegnet.“ [Kommentar]. *Pflegezeitschrift*, 64 (1), 12-13.
- Voigt-Radloff, S. & Hüll, M. (2011). Alltagsbewältigung bei Demenz: Medikamentöse und nicht medikamentöse Interventionen zeigen kleine Effekte auf heterogenen Skalen. *Psychiatrische Praxis* 38 (5), 221-231.

- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallesch, C. W. (2011). Alzheimer-Krankheit und senile Demenz. [Editorial]. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 79 (3), 137.
- Weber, S (2005). Kommen nach den "science wars" die "reference wars"? Wandel der Wissenskultur durch Netzplagiate und das Google-Wikipedia-Monopol. *Telepolis [Online-Magazin] vom 29.09.2005*. <http://www.heise.de/tp/artikel/20/20982/1.html> [01.10.2011]
- Weinreich, W. M. (2005). *Integrale Psychotherapie. Ein umfassendes Therapiemodell auf der Grundlage der Integralen Philosophie nach Ken Wilber*. Leipzig: Araki-Verlag.
- Weinreich, W. M. (2007). *Integrale Psychotherapie*. http://integrale-psychotherapie.de/Resources/Integrale_Psychotherapie_R_Artikel.pdf [01.09.2011].
- Werner, S. (2011). Bewegung bei Menschen mit Demenz. Autonomie respektieren. *Pflegezeitschrift*, 64 (4), 205-206.
- Werner, S. (in Druck). Demenz: Reflexionen zur Sterbebegleitung. „Der Tod berührt ihn nicht im Kern. *Pflegezeitschrift*, 64 (9), 528-531.
- Wetzstein, V. (2005a). *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Wetzstein, V. (2005b). Alzheimer-Demenz. Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 51, 27-40.
- Wetzstein, V. (2006). Alzheimer-Demenz: Entstehung eines Krankheitsbegriffs. In Nationaler Ethikrat (Hrsg.), *Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen. Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2005*. (37-48). Berlin: Nationaler Ethikrat.
- World Health Organization [WHO] (2007): *Meeting of the International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders 24 – 25 September 2007, Geneva, Switzerland*. http://www.who.int/mental_health/evidence/icd_summary_report_sept_2007.pdf [24.06.2011].
- Whitehouse, P.J. & George, D. (2009). *Mythos Alzheimer. Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wikipedia. *Diskussion: Integrale Theorie*. [Version vom 25.09.2011]. http://de.wikipedia.org/wiki/Diskussion:Integrale_Theorie
- Wikipedia. *Entität*. [Version vom 18.08.2011]. <http://de.wikipedia.org/wiki/Entität>.

- Wikipedia. *Ethnomethodologie*. [Version vom 31.05.2011]. <http://de.wikipedia.org/wiki/Ethnomethodologie>
- Wikipedia. *Holon*. [Version vom 20.08.2011]. <http://de.wikipedia.org/wiki/Holon>
- Wikipedia. *Integrale Theorie*. [Version vom 25.09.2011]. http://de.wikipedia.org/wiki/Integrale_Theorie
- Wikipedia. *Integral Theory*. [Version vom 25.09.2011]. http://en.wikipedia.org/wiki/Integral_Theory
- Wikipedia. *Konzept*. [Version vom 27.09.2011]. <http://de.wikipedia.org/wiki/Konzept>
- Wikipedia. *Noumenon*. [Version vom 18.08.2011]. <http://de.wikipedia.org/wiki/Noumenon>
- Wikipedia. *Phänomen*. [Version vom 18.08.2011]. <http://de.wikipedia.org/wiki/Phänomen>
- Wikipedia. *Talk:Integral Theory*. [Version vom 25.09.2011]. http://en.wikipedia.org/wiki/Talk:Integral_Theory
- Wikipedia. *Wikipedia:Enzyklopädie/Qualitätssicherung in der Wikipedia*. [Version vom 01.10.2011]. http://de.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Enzyklopädie/Qualitätssicherung_in_der_Wikipedia
- Wikipedia. *Wikipedia*. [Version vom 02.10.2011]. <http://de.wikipedia.org/wiki/Wikipedia>
- Wilber, K. (o.J.). *Excerpt G: Toward A Comprehensive Theory of Subtle Energies*. In M. Haber: *Ken Wilber: Reinkarnation*. <http://integralesleben.org/il-home/il-integralesleben/anwendungen/religion-spiritualitaet/reinkarnation/> [14.09.2011].
- Wilber, K. (1999). *Eine kurze Geschichte des Kosmos*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 3. Auflage.
- Wilber, K. (2001a). *Ganzheitlich handeln. Eine integrale Vision für Wirtschaft, Politik, Wissenschaft und Spiritualität*. Freiamt: Arbor-Verlag.
- Wilber, K. (2001b). *Integrale Psychologie. Geist – Bewusstsein – Psychologie – Therapie*. Freiamt: Arbor-Verlag.
- Wilber, K. (2005a). *Das Wahre, Schöne, Gute. Geist und Kultur im 3. Jahrtausend*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 2. Auflage.
- Wilber, K. (2006a). *Eros, Kosmos, Logos. Eine Jahrtausend-Vision*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch-Verlag, 4. Auflage.

- Wilber, K. (2006b): *Excerpt B: The Many Way We Touch. Three Principles Helpful for Any Integrative Approach.* http://www.kenwilber.com/writings/read_pdf/84 [22.09.2010].
- Wilber, K. (2006c). *Excerpt A: An Leading Age at the Leading Age.* http://www.kenwilber.com/writings/read_pdf/83 [22.09.2011].
- Wilber, K. (2007). *Integrale Spiritualität. Spirituelle Intelligenz rettet die Welt.* Kösel-Verlag: München.
- Wilber, K. (2009). *Integrale Vision. Eine kurze Geschichte der integralen Spiritualität.* München: Kösel-Verlag.
- Wingenfeld, K, Seidl, N. & Ammann, A. (2011). Präventive Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, 44 (1),* 27-32.
- Wißmann, P. & Gronemeyer, R. (2008). *Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift.* Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Wittrock, D. (2008). *Perspektiven inter- und transdisziplinärer Kooperation im Lichte des integralen methodologischen Pluralismus Ken Wilbers.* [Masterarbeit]. Bremen. http://integralesleben.org/fileadmin/user_upload/LESESAAL/PDF/Transdisziplinaritaet_und_IMP_DW.pdf [27.08.2011].
- Wolter, D. K. (2009). Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen. Eine Übersicht. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 22 (1),* 17–5.
- Ziegler, U. & Doblhammer, G. (2009). Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Gesundheitswesen, 71,* 281 – 290
- Zimmermann, C. (2009). „Es gibt ein Leben nach der Diagnose!“. Interview mit P. Wissmann. *Pflegen: Demenz, 1,* 6-9.

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Quadranten-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Wilber 2009, Esbjörn-Hargens 2009
- Abb. 2 Verschiedene Linien in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Esbjörn-Hargens, 2009
- Abb. 3 Typische Ebenen-Modelle der Integralen Theorie, Wilber 2001a
- Abb. 4 Spiral Dynamics nach Beck & Cowan, 1995, Wilber, 2001a, 20
- Abb. 5 Typen in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Habecker, 2010, Esbjörn-Hargens, 2009
- Abb. 6 Exemplarische Zustände in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Esbjörn-Hargens, 2009
- Abb. 7 Einflussreiche Schulen in den Quadranten, eigene Darstellung in Anlehnung an Wilber, 2005a
- Abb. 8 Geltungsansprüche nach Habermas in den Quadranten, eigene Darstellung
- Abb. 9 Zonen im Quadranten-Modell, eigene Darstellung in Anlehnung an Esbjörn-Hargens, 2009
- Abb. 10 Aspekte des äußerlich-individuellen Quadranten als eigenständiges Holon
- Abb. 11 Aspekte des innerlich-individuellen Quadranten als eigenständiges Holon
- Abb. 12 Aspekte des innerlich-kollektiven Quadranten als eigenständiges Holon
- Abb. 13 Aspekte des äußerlich-kollektiven Quadranten als eigenständiges Holon
- Abb. 14 Einige der beteiligten Wissenschaften im jeweiligen Quadranten
- Abb. 15 Gedanke, integral betrachtet
- Abb. 16 Ausgewählte Linien der innerlich-individuellen Dimension der Demenz
- Abb. 17 Mögliche Fragestellungen der Zonen im innerlich-individuellen Quadranten
- Abb. 18 Einige Linien der äußerlich-individuellen Dimension der Demenz
- Abb. 19 Mögliche Fragestellungen der Zonen im äußerlich-individuellen Quadranten
- Abb. 20 Einige Linien der innerlich-kollektiven Dimension der Demenz
- Abb. 21 Mögliche Fragestellungen der Zonen im innerlich-kollektiven Quadranten
- Abb. 22 Exemplarische Linien der Demenz im äußerlich-kollektiven Quadranten
- Abb. 23 Mögliche Fragestellungen der Zonen im äußerlich-kollektiven Quadranten
- Abb. 24 Dimensionen und Linien eines integralen Demenz-Konzepts
- Abb. 25 Übersicht über die detaillierten Aspekte des Entwurfs eines integralen Demenz-Konzepts
- Abb. 26 Eindimensionale Publikationen in den Quadranten
- Abb. 27 Anzahl der zweidimensionalen Publikationen in den Quadranten
- Abb. 28 Verteilung der dreidimensionalen Publikationen
- Abb. 29 Anzahl der insgesamt fokussierten Aspekte in den Publikationen in den vier Dimensionen der Demenz
- Abb. 30 Einige Aspekte der Demenz aus der Stichprobe

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass ich die vorgelegte Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe. Die vorgelegte Arbeit wurde weder in gleicher noch in ähnlicher Form publiziert und auch bei keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Alle Ausführungen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Göttingen, 03.10.2011

Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts

- Zusammenfassung –

Hintergrund: Sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der öffentlichen Diskussion herrschen unterschiedliche, teilweise widerstreitende Meinungen über die Frage: Was ist Demenz? Dabei ist eine Dominanz eines medizinischen Demenz-Konzepts zu beobachten. Erste bürgerschaftliche Ansätze der Demenz erscheinen als ein Gegenmodell, eine Zusammenführung der verschiedenen Perspektiven ist noch nicht sichtbar.

Ziel: Auf der Basis der Integralen Theorie nach Wilber sollte ein Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept entwickelt und in seiner Reichweite überprüft werden.

Vorgehensweise: Das Quadrantenmodell und die Strukturelemente der Integralen Theorie gaben zusammen mit den Implikationen des Integralen Methodologischen Pluralismus den erkenntnistheoretischen Leitfaden, anhand dessen eine Übertragung ausgewählter wissenschaftlicher Daten über Demenz in ein integrales Konzept vorgenommen wurde. Eine Literaturanalyse einer Stichprobe wissenschaftlicher Publikationen zur Demenz überprüfte die Relevanz des entwickelten Konzept-Entwurfs und seine Reichweite.

Ergebnisse: Ein an den Strukturelementen der Quadranten und Linien orientierter Entwurf für ein integrales Demenz-Konzept konnte entwickelt werden. Die These der Arbeit, dass die Integrale Theorie geeignet ist als Grundlage für ein Demenz-Konzept, konnte bestätigt werden. Die Literaturanalyse zeigte, dass alle Publikationen der untersuchten Stichprobe mindestens einer Kategorie des integralen Demenz-Konzepts entsprachen. Damit konnte auch bestätigt werden, dass das Konzept die notwendige Reichweite bietet, ein breites Spektrum an Aspekten der Demenz einzubeziehen.

Diskussion: Da der Entwurf eines integralen Demenz-Konzepts sich bewusst auf zwei Strukturelemente beschränkte, erscheint es sinnvoll, in weiteren Forschungen die mögliche Reichweite und inhaltliche Differenzierung des integralen Demenz-Konzepts anhand der weiteren Strukturelemente und der Zonen des Integralen Methodologischen Pluralismus zu überprüfen.

Draft integral concept on dementia

- Abstract –

Background: Scientific and public discussions show a wide range of different, and often conflicting, definitions of dementia. Medical characterizations are observed to presently dominate this debate, whereas more popular approaches are only emerging. As yet no integral combination of these two schools of thought is evident.

Object: A draft integral concept on dementia, based on Wilber's Integral Theory, is developed and tested for applicability.

Approach: The quadrant model and structural elements of the Integral Theory, along with implications of the Integral Methodological Pluralism form the theoretical basis for the transition of selected scientific data on dementia into an integral concept. The relevance and applicability of this draft concept has been tested against a sample of scientific publications on the subject of dementia.

Results: A draft integral concept on dementia based on the structural elements of quadrants and lines was developed. The hypothesis of this work assuming a principal applicability of the Integral Theory for a concept on dementia was confirmed. The literature review showed each of the sampled publications to meet at least one category of the integral concept on dementia. This also confirmed the necessary reach of the concept to cover a broad range of dementia aspects.

Discussion: Due to the deliberate limitation of the integral concept on dementia on two structural elements it is suggested to further differentiate and research the potential reach of the integral concept on dementia by also including the other structural elements and zones of Integral Methodological Pluralism.