

VALIDATION: THEORIEVORMING OP BASIS VAN PAKTIJKERVARING

In Nederland hebben wij vier jaar intensief gewerkt om ons Validation eigen te maken zoals Naomi Feil het heeft beschreven. Nu gaan wij een stapje verder, door de validerende grondhouding te combineren met andere technieken en benaderingen die in Nederland in de psychogeriatrische zorgpraktijk ontwikkeld zijn. Ook proberen wij bij te dragen aan het theoretisch concept van Validation. De vele vragen tijdens lessen en lezingen en de kritische commentaren in de vakliteratuur nopen ons de validerende grondhouding steeds verder te doordenken teneinde een coherente theoretische basis te vinden voor een benadering die ons blijft inspireren.



Cora van der Kooij is verpleegkundige en historicus. Zij werkt als onderzoeker bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut en is projectleider Validation Nederland.

Inleiding

Toepassing van Validation leidt tot verrassende momenten van diep gevoel en echt contact. Het vraagt echter van de hulpverlener een groot vermogen om te exploreren, te associëren en te benoemen. De innerlijke wereld van de gedesoriënteerde oudere biedt een caleidoscopisch panorama waarin personen, gebeurtenissen, tijdsvolgorde en gevoelens door elkaar zijn geschud tot een raadselachtig patroon. Het is een echte puzzel waarin het moeilijk is om een begin te vinden.

Dit artikel is vooral gewijd aan de inzichten die wij in Nederland hebben opgebouwd. Ik zal proberen duidelijk te maken hoe wij bepaalde begrippen uit de theorie van Naomi Feil hanteren of interpreteren. Wij

hebben veel meer zicht gekregen op begrippen als "innerlijke belevingswereld" en "gevoelstijd" en wij hebben ons een mening gevormd over vraagstukken zoals "Wat bedoelt Naomi Feil met verwerken" en "Is Validation een therapie of een benadering".

Ook wil ik in dit artikel iets duidelijk maken over de doelgroepen voor wie Validation geschikt is.

De innerlijke wereld

Anvankelijk noemde Naomi Feil haar therapie niet Validation maar "Fantasy Therapy". Als een mens door een moeilijke situatie of periode heen gaat moet hij ergens de kracht vandaan halen om te overleven.

Dit artikel verschijnt ook in het Duitse blad ALTENPFLEGE (november).

Dat kan op allerlei manieren. Een geloof of religie kan een grote steun betekenen. Mensen kunnen ook in hun eigen innerlijke wereld een periode of situatie oproepen waarin het leven wel draaglijk is. Zo'n "fantasie" kan in het verleden zijn gesitueerd, maar ook in de toekomst. Het geeft in elk geval in het hier en nu de kracht te overleven, het geeft energie om vol te houden. Met andere woorden, "fantasie", verbeeldingskracht, is een copings-mechanisme. Hoe levendiger iemands "binnenwereld" is, des te gemakkelijker zal hij de "buitenwereld" aankunnen. Hij gaat terug naar een stuk van zijn leven waarin hij nuttig was, gewaardeerd, geliefd, of hij creëert voor zichzelf in zijn gedachten een toekomst waarin de problemen en het verdriet weer voorbij zullen zijn.

Op hoge leeftijd komt een mens in een periode van verliezen, verlies van gezondheid, mobiliteit, vermogen goed te zien en te horen, verlies van partner, huis, kinderen, broers en zusters, vrienden. Iemand kan daarop reageren door zich terug te trekken in zijn innerlijke wereld, of door voor zichzelf alsnog zo'n innerlijke wereld te creëren. Hij gaat terug naar vroeger, en roept de mensen of de situaties op waarin hij wel gelukkig was. Je kunt zo iemand helpen door hem te stimuleren over vroeger te vertellen; dit heet "Reminiscentie".

Nu is het niet zo dat mensen als ze teruggaan naar het verleden per definitie alleen prettige periodes of situaties tegenkomen. Dat kan van alles zijn, conflicten, verdriet, frustraties, angsten, boosheid. De innerlijke belevingswereld is niet alleen een plaats van vreugde en liefde, maar ook van verdriet, boosheid en angst. Om met iemand zijn prettige herinneringen te delen is niet zo moeilijk, maar de moeilijke herinneringen die verdriet oproepen, agressie, onrust, die vormen wel een opgave! Want je gunt zo iemand iets beters dan steeds opnieuw verdriet, angst, boosheid te doorleven. Je streven is er op gericht die gevoelens te laten verdwijnen. Echter, in een validerend contact kunnen de gevoelens van verdriet, boosheid en dergelijke soms zelfs erger worden. In Nederland hebben wij ons gerealiseerd dat iemand die verdriet heeft, in een conflictsituatie verkeert, ruzie heeft, wel leeft! Opnieuw een conflict of verdriet belevens betekent ten diepste toch méér kwaliteit

van leven dan zonder emoties in een stoel of in een bed te "vegeteren". Pijn, verdriet en andere moeilijke emoties doen de ziel van de mens geestelijk groeien. Op jongere leeftijd en bij niet gedesoriënteerde mensen leiden zulke situaties tot nieuwe inzichten en tot een ander evenwicht.

De verrassende visie van Validation is, dat pijn en verdriet bij hoogbejaarde mensen die gedesoriënteerd zijn op den duur ook leiden tot meer evenwicht en tot meer rust. Ook al wordt het soms eerst erger. Zijn de gevoelens geuit en benoemd, dan komt de persoon tot rust. Het moet wel dikwijls worden herhaald, omdat de hersenen de nieuwe inzichten niet meer kunnen vastleggen. Op den duur ontstaat er toch nieuwe stabiliteit. Afdelingen waar Validation systematisch wordt toegepast melden als voornaamste verandering een grotere rust.

Omgekeerd kunnen wij, door ons in de innerlijke leefwereld van deze mensen te verdiepen en met hen samen naar de gevoelens te zoeken die ten grondslag liggen aan hun gedrag, véél van hen leren over onze eigen gevoelswereld. En de momenten waarop dat gebeurt, dat zijn de momenten van het echte contact.

Meegaan met de gedesoriënteerde hoogbejaarde in diens innerlijke leefwereld is dus niet altijd prettig. Integendeel, het kan betekenen dat soms moeizame of verdrietige zaken uit het verleden worden herbeleefd. Vandaar dat Naomi Feil haar term "Fantasy Therapy" heeft vervangen door "Validation Therapy". Alles wat zich in de innerlijke leefwereld van de gedesoriënteerde oude mensen bevindt en zich een weg naar buiten baant dienen wij serieus te nemen door er in mee te gaan.

Gevoelstijd

Wie meegaat in de innerlijke leefwereld van de gedesoriënteerde hoogbejaarde moet zich realiseren dat, zodra de tijd wegvault als ordenende structuur, gebeurtenissen en mensen aan elkaar worden gekoppeld op basis van de gevoelens die ze oproepen of oproepen. Het patroon wordt niet meer gevormd door tijdsvolgorde en door feiten, maar door gevoelens en door "gevoelstijd". Dat is niet echt moeilijk, omdat bijna iedereen uit eigen ervaring weet wat "gevoelstijd" is.

Wanneer je iemand gedurende een zekere periode niet hebt gezien, maar je hebt wel naar die persoon verlangd, dan valt op het moment van het weerzien de periode weg dat je niet bij elkaar was. En zolang als je bij elkaar bent is de tijd er vóór of er na niet belangrijk; je leeft in een tijdloosheid waarin het bij elkaar zijn overheerst. Ook al tikt de klok verder, de tijd telt niet tot het moment dat het afscheid is aangebroken. Zo zijn er talloze situaties waaruit een mens kan leren wat "gevoelstijd" is. Mensen die met vakantie zijn weten soms niet meer wat voor dag het is of hoeveel dagen ze al weg zijn; de ervaringen tellen, niet de dagen.

Mensen die gedesoriënteerd zijn leven ofwel bij vlagen ofwel permanent in "gevoelstijd". Ze beginnen opeens over de kinderen die uit school komen of over het zangkoor dat een uitvoering geeft, en ze worden boos als je ze corrigeert. Het is dan de kunst om het onderliggende gevoel te vinden en dit te bevestigen. Hier volgt een voorbeeld waarin dit op eenvoudige wijze gebeurt.

Voorbeeld

Het is twaalf uur en mevrouw Meijer houdt een zuster staande. "Zuster, hebt u mijn kinderen gezien? Ze komen maar niet en ik heb het eten klaar". De persoon die zij heeft aangesproken zegt: "Uw kinderen? Hoe oud bent u zelf?"

Mevrouw Meijer reageert met een gezichtsuitdrukking waaruit je kunt opmaken: "Wat heeft dat er nu mee te maken". "Ik denk dat u wel zeventig jaar bent", gaat de zuster verder. Mevrouw Meijer reageert nog steeds niet begrijpend. "Uw kinderen zijn vast wel dertig of veertig". Mevrouw Meijer geeft het op en loopt verder. Aan de volgende persoon die zij tegenkomt vraagt zij weer: "Hebt u mijn kinderen gezien? Ze komen maar niet en het eten staat op tafel".

Het kan ook zo:

Mevrouw Visser: "Zuster, ik moet naar huis om de kinderen eten te geven". De activiteitenbegeleidster: "U bent een bezorgde moeder, hoor ik, die veel om haar kinderen geeft". Mevrouw Visser: "Ja, ik moet dringend gaan koken, mijn kinderen hebben honger". Activiteitenbegeleidster: Voor hoeveel kinderen moet u koken?" Mevrouw Visser: "Voor drie". Activiteitenbegeleid-

ster: "Jongens? Meisjes?" Activiteitenbegeleidster: "Zo, dan heb je ook je handen voll! Hebben ze alle drie gestudeerd?" Mevrouw Visser: "Mijn dochter is verpleegster, mijn ene zoon is onderwijzer, de ander is ingenieur". Activiteitenbegeleidster: "Zo zo. Flinkke kinderen dus". Mevrouw Visser: "Ja, ja, ze redden het wel".

Benadering of therapie

Een veel gestelde vraag is, waarom Naomi Feil haar benadering een "Therapy" noemt en waarom wij in Nederland consequent spreken van een "Validerende benadering" of zelfs kortweg van "Validation".

Dit heeft te maken met culturele verschillen tussen Amerika en Nederland. In de eerste plaats durf ik wel te stellen dat de verpleeghuiszorg in Nederland in het algemeen beter is dan die in Amerika. Naomi Feil heeft in de Amerikaanse verpleeghuizen héél veel ellende gezien die met een meer menselijke verzorging voorkomen zou kunnen worden. In Nederland is de verzorging, kwalitatief van een hoog niveau, ofschoon wij zelf natuurlijk lang niet tevreden zijn. Toch zijn dementerende ouderen in de Nederlandse verpleeghuizen, denk ik relatief beter af. Er is meer rust, meer gezelligheid, en er is in het algemeen een sfeer waar deze mensen zich geborgen kunnen voelen. Zo is in Nederland een psychogeriatrische afdeling zonder huiskamer echt ondenkbaar.

Als je veel ellende ziet, dan heb je de intentie om daar wat aan te doen. Dan zoek je naar mogelijkheden om het dementeringsproces te stoppen, omdat dit de mensen die het overkomt in "onmenselijke" omstandigheden doet belanden. Je zoekt naar een therapie. Je gunt al die ongelukkige mensen contact en vooral menselijke warmte.

Als je in een situatie werkt waar het verplegend personeel koste wat kost regioureus Realiteitsoriëntatie toepast, en je ziet dat de patiënten daarop slecht reageren, dan ga je vanzelf zoeken naar andere mogelijkheden.

Het zijn deze omstandigheden die Naomi Feil hebben geïnspireerd. Zij zag vele mensen wegwijnen, en zij nam onrustig of aggressief gedrag waar waarvan de betekenis niet werd begrepen. Zij zag dat het gedrag voortdurend werd gecorrigeerd of zelfs "bestraft" in plaats van de betekenis

ervan te zoeken. Op dit laatste is zij zich gaan toeleggen.

Zij heeft tijdens haar lange jaren van werken met gedesoriënteerde ouderen de indruk gekregen, dat veel van deze mensen met psychologische problemen bezig waren of met kritische levensgebeurtenissen die zij steeds opnieuw beleefden. Zij is toen naar een methode gaan zoeken om hen daarbij te helpen. De belangrijkste stap was om contact te maken door het gedrag en daarmee de persoon serieus te nemen. Naomi Feil benadrukt dat je alles moet doen om te voorkomen dat gedesoriënteerde ouderen verworden tot "living dead persons". Contact maken is voor haar essentieel.

Echter, wij hebben in Nederland op onze psychogeriatrische afdelingen ook tal van demente mensen die in elk geval niet zichtbaar bezig zijn met conflicterende zaken uit hun verleden. Er zijn heel wat demente mensen die min of meer tevreden zitten weg te dutten in een stoel, en die niet eens blij zijn als je ze vraagt mee te gaan wandelen of een spelletje te doen. Het zijn mensen die genieten van gezamenlijke activiteiten, samen koffie drinken, televisie kijken (ook al begrijpen ze niets van het programma). Het kunnen ook mensen zijn die al in het stadium zijn van "Repeterende Beweging" en zich nog verder afsluiten voor hun omgeving, maar die desalniettemin een tevreden indruk maken. Zo ken ik een mevrouw die haar gelukkigste periode beleefde toen ze op een atelier werkte. Nu zit ze de hele dag met haar voet op de trapnaaimachine, ze houdt de naden tegen het licht en ze praat tegen de andere meisjes op het atelier; ze is terug in de wereld waar ze gelukkig is geweest, en ze heeft er geen behoefte aan om daaruit gehaald te worden voor een "therapeutische benadering".

Als je dus in een situatie werkt waar de gedesoriënteerde oudere teruggetrokken in zijn eigen innerlijke wereld toch een tevreden indruk maakt, dan heb je meer de neiging om dat maar zo te laten, en ook met Validation voorzichtig te zijn. Dit zeg ik onverlet mijn overtuiging dat ook in Nederland veel winst te boeken valt met het werkelijk toepassen van Validation en andere benaderingen door de verzorgenden zelf, dat gebeurt nu nog onvoldoende. Echter, de uitgangssituatie is er vaak wel, met teamverpleging, huiskamers, en veel activiteitenbegeleiding.

Het is naar onze ervaring niet zo dat je bij iedere gedesoriënteerde oudere een stukje onverwacht verleden zult tegenkomen. Het is wel zo dat de mensen die zich het sterkst aan je opdringen, die onrust vertonen, naar huis willen, naar verhouding vaak het gemakkelijkst te helpen zijn als je ingaat op de gevoelsmatige boodschap van het gedrag. Die gevoelsmatige boodschap is dikwijls te herleiden op pijn uit het verleden. Bijvoorbeeld de oude vrouw die eten wil koken voor haar kinderen. Zij heeft ooit de pijn gevoeld van het moeten loslaten van haar kinderen. Of ze dat toen bewust heeft verwerkt en er goed doorheen is gekomen of niet, nu, op hoge leeftijd opnieuw met verlies geconfronteerd, manifesteert zich ook dat vroegere diep ingrijpende verlies opnieuw. De verliezen lopen door elkaar heen, omdat niet de feiten of de tijdsvolgorde ze aan elkaar koppelen, maar de ervaren gevoelens.

Of Validation nu een benadering is of een therapie, het belangrijkste is en blijft de mogelijkheid om met de gedesoriënteerde oudere mee te gaan in diens innerlijke wereld. Dat is voor deze mensen heilzamer dan ze al maar naar onze werkelijkheid terug te halen. Ik zelf prefereer de term "Validation" zonder toevoegingen. Om dit te illustreren volgt hier een voorbeeld uit mijn eigen praktijk.

Voorbeeld

Mevrouw Van Z. is geboren als jongste dochter in een gezin met vele zonen. Ze is van jongsaf "gedrild" om het mannen (vader, broers, echtgenoot) naar de zin te maken. Haar man hield niet van haar. Noemde haar zijn huishoudster. Haar levensgeschiedenis is goed in het zorgdossier beschreven.

Zij is nu op een psychogeriatrische afdeling. Ze is verward, omdat ze niet meer wil weten wie ze is en hoe ze heeft geleefd. Ze is onrustig, wil steeds lopen, en vraagt daarvoor dan toestemming. Ze vertoont kinderlijk en "claimend gedrag". Ze is voortdurend anderen aan het bevestigen: "Wat heeft u een mooie blauwe ogen". "Ik vind u een schatje".

Situatie 1:

De eerste keer dat ik haar tref, zit ik in het kantoor van de zusters. Ze komt bij me zit-

ten en zegt met een zorgelijk gezicht: "Ik heb zo'n pijn, zo'n pijn in mijn schouder". Ik ken haar niet en probeer het met wie, wat, waar, wanneer-vragen: "Waar zit de pijn?" "Hoe erg is de pijn? Maar deze vragen maken haar in de war, ze kijkt hoos en loopt weg.

Situatie 2 (inmiddels ken ik haar veel beter):

Ik kom op de huiskamer en zie haar zitten. Ik ga naar haar toe en groet haar. Ik neem de tijd om mij op haar te concentreren.

Mevrouw: Ik ben zo moe, ik kan het niet doen. Ik heb zo'n pijn in mijn schouders, ik heb zo'n pijn in mijn rug.

Ik: De last van een heel leven.

Zij: Kijkt me aan: "Ja!"

Ik: Maar nu kunt u uitrusten.

Zij: "Nee!"

Ik: Hindert het u?

Zij: "Ja".

Nu verbreek ik het contact omdat het anders te intensief is.

Mevrouw, een tijdje later: "Ik kan het niet meer. Alles doet me pijn".

Situatie 3:

Mevrouw komt naar me toe:

"Zuster, ik heb zulke trillende handen".

Ik pak haar handen. "Helpt dat een beetje?" "Nee".

Ik ga zitten. Ze komt naar me toe.

Weer met die trillende handen.

Ik ga dicht bij haar zitten.

"Zuster, m'n handen".

Ik pak haar handen en zoek oogcontact.

Dat vindt ze prettig. Het helpt een beetje.

We krijgen thee. Ze zegt dat ze geen kop kan vasthouden, maar ze doet het toch niet slecht. Ze zegt: "Zuster.....zuster....zuster...."

Dan: "Ik heb thee gedronken en dat was helemaal naar mijn zin". Ze maakt de indruk van een klein meisje dat omhelsd moet worden.

Even later:

Ik streel haar hand.

Zij: "Dat is lief, u liefkoost mijn hand.

Ik: "Ik voel dat u heel veel liefde nodig heeft".

"Ja".

Ze geeft duidelijk aan dat ik haar hand moet strelen en niet haar arm.

Ze geeft me weer haar hand, ik houd die vast.

Ze vertelt dat ze niet weet hoe het zo is gekomen.

Ik zeg: "U vindt het toch zo wel prettig?"

"JA".

Ik: "Ze zorgen hier goed voor u. Maar dat hebt u verdiend".

Ze trekt haar hand terug.

Ze zegt: "Ik kan mijn hand niet langer aan u overlaten".

Ik vraag: "Wat gebeurt er dan?"

Zij: "Dan heb ik het gevoel dat het niet goed is".

Ik: "U voelt dat het niet goed meer is?"

"Ja".

Zij: "Ik heb het gevoel dat ik me moet verdedigen".

Ik: "Tegen wie".

Zij: "Tegen mezelf".

Ik: "Wat lijkt me dat een naar gevoel".

"Ja, dat is het".

Weer een tijdje later:

Ze zegt: "Ik weet het niet meer....ik deed altijd...."

Ik: "U was altijd heel gezellig".

Zij: "Dat weet ik niet meer".

Ik: "U had altijd mooie kleren aan".

Zij: "Dat weet ik niet meer".

Ik: "Mensen kwamen graag bij u".

Zij: "Dat weet ik niet meer".

Ik: "U bent een erg grote lieverd".

Zij: "Dat weet ik niet".

Ik: "Dat is heel naar, maar dan is het maar goed dat ik het weet, dan kan ik het u af en toe vertellen".

"Ja".

Ze wil iets zeggen maar weet niet wat. "Ik weet niet waar ik last van heb".

Ik: "Ik denk dat u met de verkeerde man getrouwd bent".

Zij: "Ja, dat kan wel".

Ik: "Dat doen veel vrouwen".

Zij: "Ja, dat kan wel".

Ik: "Waarom doen vrouwen dat toch".

Ik: "Ik denk dat u er veel verdriet van hebt. Dat uw man minder van u hield dan u van hem. Maar wij houden hier allemaal heel veel van u."

Haar gezicht straalt....Ze zegt:

"Eerst, voordat u dat zei, dacht ik dat ik niets meer kon, maar nu is dat over."

Ik: "Ja, maar ik ken u. Echt".

We kijken elkaar stralend aan.

Verwerken

Veel kritiek wordt in Nederland geuit op het idee dat gedesoriënteerde oude mensen kunnen worden geholpen om de onverwerkte gevoelens alsnog te "verwerken". Eerder in dit artikel heb ik al aangegeven dat een validerende benadering wel leidt tot meer rust. Een deel van het probleem zit in het woord "verwerken". Hieronder verstaan de meeste mensen dat na een periode van conflict of crisis een nieuw inzicht ontstaat dat in de hersenen wordt vastgezet. Verwerken leidt dus per definitie tot resultaat. De mensen die zo redeneren gaan daarmee voorbij aan enkele belangrijke aspecten van "verwerken".

In de eerste plaats kan een reeds verwerkte gebeurtenis "getriggerd" (geactiveerd) worden wanneer er iets gebeurt dat gevoelsmatig sterk met de gebeurtenis wordt geassocieerd. Het overlijden van iemand die veel voor je betekent, bijvoorbeeld je vader of je moeder, luidt een periode in van verdriet en verwerking. Op een gegeven moment (na een periode die voor iedereen en in iedere situatie anders is) heb je het verwerkt en ben je in een nieuw evenwicht. Als één van je ouders is gestorven, heb je toch de ander nog. Dan overlijdt de andere ouder ook. De gevoelens over het tweede verlies roepen de gevoelens van verdriet van de vorige keer weer op. Je moet opnieuw door een periode heen van verdriet en verwerking, en in het nieuwe evenwicht heeft ook het eerste verlies een nieuwe plaats. Precies zo gaat het bij het verliezen van grootouders, broers en zusters, een echtscheiding, het verlies van een baan. Verlies dat een groot verdriet betekent roept vorig verdriet weer op.

Het komt er op neer dat, al naar gelang je leven verder gaat, gebeurtenissen steeds in een ander perspectief komen te staan. Je waardeert ze steeds anders, zaken die eerst negatief werden beleefd blijken later ook positieve kanten te hebben, en omgekeerd. Dit is het concept van het "Onvoltooid verleden", je verleden is niet een boek vol feiten, maar een film vol gevoelens. En die film draait altijd door, ook als je zeer oud bent, ook als je zeer oud én gedesoriënteerd bent.

Het resultaat van een verwerkingsproces is dus zeer betrekkelijk. Periodes van stabiliteit wisselen zich af met periodes van one-

venwichtigheid. Als de gedesoriënteerde oudere in een verwerkingsproces is verwikkeld, dan wordt hij bovendien gehandicapt doordat het nieuwe evenwicht zich niet in zijn geheugen vastzet. Hij zal het evenwicht dus telkens opnieuw moeten vinden. Alléén zal hij het niet meer kunnen, hij heeft een ander nodig die hem de juiste woorden aanreikt, of die het juiste gebaar maakt. Maar het is heel belangrijk zich te realiseren dat hij wel aan het verwerken is. Ook bij hem kunnen periodes van onrust zich afwisselen met periodes van stabiliteit. Een vreemd geluid, een beeld op televisie, het gezicht van een onbekende, een lichamelijke instabiliteit zoals griep, alles kan het oude verdriet of conflict opnieuw oproepen en het nodig maken opnieuw te beginnen.

Voor de meer therapeutisch ingestelde disciplines is dit een vreemde en moeilijk te verteren visie. Zij zijn gewend om naar een resultaat toe te werken, en opnieuw moeten beginnen is dus een teken van mislukking. Zij vinden dat Validation te veel pretendeert. Voor verplegenden en verzorgenden is dit niet zo vreemd, omdat zij er aan gewend zijn op het moment zelf te reageren, de waarde van elk moment in te schatten. Zij beleven de momenten van echt contact en vinden in Validation een benadering die omschrijft wat ze intuïtief al deden. Het is wel zo dat er problemen naar boven kunnen komen die de verzorgenden alléén niet aankunnen; dan moet er een psycholoog, een dominiee/priester of een maatschappelijk werkende worden ingeschakeld.

Het lijkt ons dus te stellig om te beweren dat het altijd onverwerkte zaken zijn die iemand op hoge leeftijd gedesoriënteerd doen raken. Ik persoonlijk sluit niet uit dat het inzicht van Naomi Feil hier toch diep intuïtief juist is; maar het is duidelijk dat iedere cijfermatige onderbouwing ontbreekt, en dat wij heel voorzichtig moeten zijn met dergelijke veronderstellingen. Het is wel duidelijk dat het ontwarren van de uitingen van gedesoriënteerde mensen veel gemakkelijker wordt wanneer wij hun uitingen herleiden op gevoelens, gevoelens die dikwijls te maken hebben met verlies, verdriet, angst of boosheid, of die voortkomen uit de behoefte aan het delen van liefde.

Doelgroepen

Een veel gestelde vraag luidt, of je Validation kunt toepassen bij alle gedesorïenteerde mensen. Vooral het Onderscheid dat Naomi Feil maakt tussen de zogenaamde "Jonge" en "Oude" Alzheimer's blijkt moeilijk. In Nederland behoren de "Jonge Alzheimer's" tot de moeilijkste patiënten voor wie we méér zouden willen betekenen. Toch heeft Naomi Feil gelijk als ze stelt dat er onderscheid gemaakt moet worden. Zij stelt dat jongere mensen, zo tussen 50 en 70 jaar, in een andere levensfase verkeren, en dat de betrokkenen (patiënt, familie en hulpverleners) alleen al daarom meer weerstand voelen tegen het proces van aftakeling. Waar op hoge leeftijd (80 jaar of ouder) de desoriëntatie een manier kan zijn om integratie te bereiken (voor een moment en steeds te herhalen), is op jongere leeftijd een totaal ander psychologisch probleem aan de orde. Het gaat hier om het verwerken van het verlies van een levensperiode die veel heeft te bieden. De "Derde Levensfase" kan een periode zijn van creativiteit, reizen, veel ontmoetingen, hobbies, etcetera. Ook de partner van de jongere patiënt met de Ziekte van Alzheimer heeft deze verwachtingen. Alleen al daarom is er veel meer sprake van een rouwproces om een ziekte in de eigenlijke zin van het woord, een ziekte als "abnormale" onderbreking van het levensproces. Op hoge leeftijd is weliswaar de desoriëntatie moeilijk te accepteren, zeker voor de partner, maar het leven is dan al geleefd en het gaat dan om het "normale" levenseinde dat je na je 80e toch verwachten kunt.

Hier komt bij dat naar onze eigen ervaring jongere mensen met de Ziekte van Alzheimer in feite een heel ander ziekteproces doorlopen dan de "Oude Alzheimer". Het is een ziekte met een veel sneller en onomkeerbaar progressief verloop. Het is heel duidelijk een organische hersenziekte. Contact maken met patiënten met de ziekte van Alzheimer, ik zou bijna zeggen, met de échte Ziekte van Alzheimer, is ook veel moeilijker dan met de gedesorïenteerde hoogbejaarde. In een Validation-groep passen zij niet, omdat ze moeilijk contact maken, slechts na veel moeite openstaan voor de vloeiende energiestroom tussen de mensen, en omdat ze volstrekt onverwacht gedrag kunnen vertonen.

Naomi Feil heeft een zeer belangrijke bijdrage geleverd aan de diagnostiek van dementie. Zij stelt dat de gedesorïenteerde hoogbejaarde weliswaar gedrag vertoont dat lijkt op de (jonge) ziekte van Alzheimer, maar dat de oorzaak een andere is. Naomi Feil stelt dus dat het niet juist is om oude mensen die gedesorïenteerd gedrag vertonen bij gebrek aan beter op te zadelen met een diagnose die bij een anderen, echte organische hersenziekte hoort.

Met andere woorden, Validation zoals Naomi Feil het heeft ontwikkeld is vooral bedoeld voor de hoogbejaarde met gedesorïenteerd gedrag, ongeacht de diagnose die de medici stellen. Het is een benaderingswijze voor gedrag, geen therapie volgend op een diagnose. Onze ervaring is, dat ook mensen met de voor ons vreemdste diagnose gewoon te begrijpen zijn als gedesorïenteerd volgens de indeling in stadia van Naomi Feil. En dat we ze ook heel goed validerend kunnen benaderen. Weliswaar kunnen ook de "jonge Alzheimer's" validerend benaderd worden (uiteindelijk kun je voor iedere patiëntengroep een validerende benadering uitwerken), maar het is véél moeilijker. Natuurlijk krijgen wij wel veel vragen juist over de jonge Alzheimer's, dus wij zullen zeker proberen ervaringen op te doen en deze te beschrijven.

Symbolen

Validation heeft veel diepte, en wij denken nog vele jaren nodig te hebben voordat alle ontdekkingen van Naomi Feil in onze aanpak zijn geïntegreerd. Zo konden wij aanvankelijk moeilijk uit de voeten met de psychologische crises volgens Erikson. Vertrouwen versus wantrouwen herkenden we vrij gemakkelijk, maar al die andere crises waren moeilijker. Nu hebben we een groot aantal praktijkvoorbeelden en hebben we veel steun aan de connectie tussen Validation en Erikson. Zo is het ook met symbolen. Velen vinden Naomi Feil te beknopt en te schematisch. Over symbolen valt zeker nog veel meer te ontdekken. Wel herkennen vele mensen het "servetjes" vouwen, hetgeen een aantal betekenissen kan hebben die uiteindelijk bijna steeds te maken hebben met zorgzaamheid en liefde. Ook hebben wij nu een groot aantal voorbeelden van het "symboliseren" van mensen. Een mevrouw die in haar man opeens haar vader ziet en

ruzie begint te maken, terwijl ze altijd gelukkig getrouwd is geweest. Een mevrouw die een medebewoner als haar echtgenoot claimt en daarvan niet af te brengen is, met alle problemen van dien. De innerlijke leefwereld uit zich soms op raadselachtige wijze, gevoelens die nooit gevoeld zijn of opnieuw gevoeld willen worden gebruiken mensen en dingen in de omgeving om zichtbaar te worden. Het lijken soms wel cryptogrammen, zo ingewikkeld. En toch, als het inzicht gloort, als de betekenis van het gedrag duidelijk is en de stukjes van de puzzel op hun plaats vallen, is het allemaal toch weer simpel.

“Kwaliteit”

Vaak wordt gevraagd of Validation niet vreselijk veel tijd kost. De ervaring is, dat het wel tijd kost om het je eigen te maken. Echter, in de omgang met de patiënt/bewoner levert het tijd op, omdat strijd, die per definitie tijd kost, wordt omgezet in het bevestigen van gevoelens.

Zo zijn wij in Nederland aan het puzzelen, prakkizeren en theoretiseren. We zoeken en proberen, overleggen en evalueren. Het is en blijft een zoektocht. De werkelijke diepte van Validation is nog lang niet gepeild. Graag zouden wij ook met collega's uit België iets van de inspiratie en de voldoening delen die wij hierdoor ervaren.

Adres van de Stichting Validation:

Postbus 9697,
3506 GR Utrecht,
Nederland.

De Stichting Validation geeft een reader Validation uit à f.12.50 en een reader Realiteitsoriëntatie à f.15.- Te bestellen bij de Publikatiedienst van het Ziekenhuiscentrum, zelfde adres. Het boek Validation van Naomi Feil is te koop in de boekhandel, het ISBN-nummer is 90 74034 01 2, uitgeverij Kavanah te Dwingeloo.

Literatuur:

Allewijn, M. en Janssen, H. "Validation, het nieuwe geloof?" *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatricie*, maart 1990.

Bijlsma, A., Meulmeester, F. en Moes, D. "Validation, een andere benadering van dementie". *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 1989, 43, nr. 21.

Feil, N. en de Klerk-Rubin, "Vraagtekens bij Validation?". *TvZ, Vakblad voor verpleegkundigen*, 1991, nr. 2.

Flescheuer, en Van der Kooij, Mevr. drs. C.H. "Realiteitsoriëntatie en de werkelijkheid van de verpleeghuisbewoner". *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatricie*, 1989, nr. 20.

Jones, G. "Validation Therapy, een andere benadering voor de psychogeriatricische bewoner". *Tijdschrift voor verzorgenden*, april 1988, nr. 21..

Van der Kooij, Mevr. drs. C.H. "Zijn waar de patiënt is, Validation Therapy". *Senior*, 1988, nr. 14.

Van der Kooij, Mevr. drs. C.H. "Validation Therapy, doorbraak in de psychogeriatricische zorg?" *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatricie*, augustus 1989.

Van der Kooij, Mevr. drs. C.H. "Validation in Nederland: Stand van zaken". *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatricie*, februari 1991.

Van der Kooij, Mevr. drs. C.H. "Validation: de veranderende kracht van een praktijktheorie". *TvZ, Vakblad voor verpleegkundigen*, 1991, nr. 10.

Verdult, R. "Vraagtekens bij Validation blijven". *TvZ, Vakblad voor verpleegkundigen*, 1991, nr. 3.

Verdult, R. en Visser, R. "Ervaringen met Validation". *TvZ, Vakblad voor verpleegkundigen*, 1990, nr. 15.

Waterlander, L. "Validation en scholing". *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatricie*, nr. 3 augustus 1990.