

(C) alfa27



Herausfordernd, abweichend oder hinweisend?

Wie wir andersartige Verhaltensweisen verstehen und ihnen vorbeugen können

Wenn die Sprache fehlt...

Lassen Sie uns für einen Moment in die Perspektive eines Menschen schlüpfen, welcher uns nicht mehr sagen kann, wie es ihm geht, was er möchte oder auch nicht. Seine inneren Fragen könnten sein:

„Verstehen andere meine Versuche der Kontaktaufnahme, auch wenn sie anders aussehen als gewohnt?“

Werden meine Botschaften erkannt und wird auf sie geantwortet?

Darf ich Traurigkeit oder Verzweif-

lung ausdrücken oder gar Ärger? Erkennt meine Umgebung die kleinen Bewegungen in meinem Gesicht, die ich zeige, wenn ich etwas verstehe oder nicht?“

Für einen Menschen mit verbalen Einschränkungen ist es entscheidend, ob Pflegende und Betreuende diese subtilen Signale des Körpers wahrnehmen. Hier lassen sich bereits potenzielle Stressmomente umschiffen.

Wenn es aber nun zu Verhaltensweisen kommt, die von dem abweichen, was in unserer Gesellschaft als normal gilt, stellt sich

die Frage, durch was diese verursacht sein können. Natürlich sind Verhaltensweisen, wie Schreien, Unruhe oder aggressives Verhalten aus der Perspektive der Pflege herausfordernd. Gleichwohl können sie uns aber auch Hinweise geben auf Befinden oder Bedürfnisse desjenigen, der sich anders nicht mehr mitteilen kann.

Abweichendes Verhalten als Ausdruck von Unwohlsein und Überforderung

Verhaltensauffälligkeiten werden mittlerweile nicht mehr nur im Rahmen des zerebralen Abbauprozesses betrachtet. Sie schei-

nen eine mögliche Form emotionalen Ausdrucks oder Zeichen von Unwohlsein zu sein, wenn sprachliche Mittel versagen, oder die dienen dazu, Bedürfnisse zu kommunizieren

So ist wichtig zu wissen, dass bei monotonem Wiederholen einzelner Wörter oder lautem Rufen bei bis zu 60 % der Fälle Schmerzen im Hintergrund stehen (Lemay & Landreville, 2010). Mit diesem Wissen kann dann die Frage nach einer adäquaten Schmerztherapie gestellt werden. Das sichere Erkennen nonverbaler Schmerzzeichen gehört zu grundlegend erforderlichen Kompetenzen. Doch wurde in diversen Studien nachgewiesen, dass nonverbale Schmerzsignale häufig nicht bemerkt oder unterschätzt werden (Eritz & Hadjistavropoulos, 2011). Unbehandelte Schmerzen ziehen erhöhte Reizbarkeit nach sich.

Verhaltensauffälligkeiten treten oft auch als Reaktion auf. Beispielsweise bei unangenehmen erlebten Pflegemaßnahmen oder Veränderungen der Umgebung. Dann können sie als möglicher Ausdruck von Ärger oder Angst interpretiert werden. Alternative Vorgehensweisen können dann Entlastung bringen.

Kognitive Überforderung ist eine weitere Ursache für abwehrendes Verhalten. Verbale Instruktionen führen zu Stresserleben, wenn das Sprachverständnis krankheitsbedingt nachlässt (Bezil & Vezina, 2015). Hier gibt es nonverbale Möglichkeiten, um die Kommunikationsebene zu wechseln und dem Menschen mit Demenz dadurch die Gelegenheit zu schenken, Inhalte zu verstehen.

Wenn Unbehagen oder Überfor-

derung als ein möglicher Grund für auffallendes Verhalten angenommen wird, geht es darum, dessen Ursache zu ergründen und bestenfalls zu beheben. Fangen wir zuerst mit der Frage an, wie stressbedingte Verhaltensweisen vermieden werden können.

Lassen sich stressbedingte Verhaltensweisen vermeiden?

Es fängt bei der Kommunikation an: Drängendes oder hinderndes Verhalten sowie Uneindeutigkeit im Kommunikationsstil können bei demenziell veränderten Menschen zu vermehrten Verhaltensauffälligkeiten führen. Denn ihre Sensibilität für die nonverbalen Signale ihrer Mitmenschen ist ausgeprägt. In ihrem emotionalen Erleben sind sie somit stärker auf ihre Umgebung angewiesen als kognitiv unbeeinträchtigte. Besonders durch negativen Ausdruck sind sie leicht ansteckbar.

Menschen mit Demenz sind also in ihrem Wohlbefinden stark abhängig von den kommunikativen Fähigkeiten der Menschen, die sie versorgen und betreuen.

Nonverbale Interaktion als präventiver Faktor

Wie kann eine Interaktion so gestaltet werden, dass sie für den Menschen mit Demenz verstehbar ist, seine Signale erkannt werden und er so in das Geschehen aktiv einbezogen wird? Es beginnt mit einer Kontaktaufnahme, die nicht erschreckend oder überfordernd, sondern klar verständlich ist und den Verstehensmöglichkeiten des Patienten entspricht.

Kontaktaufnahme

1. Hören

Die Stimme ist das Element, welches eine vorsichtige Annäherung erfahrbar macht, denn sie spricht

eine Raumerfahrung von 360° an. Mit ihr zu beginnen bedeutet, sich vorsichtig in die Welt des Gegenübers einzufädeln. So wird der Weg dafür gebahnt, dass sich der Mensch kognitiven Einschränkungen zuwenden kann, ohne erschreckt oder überfordert zu sein.

Jedoch ist die bewusste Hörwahrnehmung – nicht im Sinne von Schwerhörigkeit – bei Menschen mit Demenz deutlich beeinträchtigt (Goll et al., 2011). Dies wird typischerweise erkennbar im Moment der Ansprache. Ein gesunder Mensch würde den Blick zuwenden. Der kognitiv eingeschränkte Patient kann singuläre Wahrnehmungsimpulse nicht koordinieren. Wird er also von der Seite oder von hinten angesprochen, kann er nicht reagieren oder wird sich sogar sich zu schützen versuchen, indem er ausweicht oder schlägt.

Um Verhaltensweisen zu vermeiden, die aufgrund von Stress und Überforderung entstehen, ist die Art der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung entscheidend. Sie beginnt mit der Stimme. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen sind Inhalte hier weniger relevant, vielmehr ist es die Klangfarbe einer Stimme, mit der der Patient angesprochen wird. Denn diese kann er emotional verstehen (Goll et al., 2011). Jedoch werden viele demenziell veränderte Patienten selbst bei erhaltener Hörfähigkeit viel zu laut angesprochen, da intuitiv als Ursache für ihre fehlende Blickzuwendung eine Schwerhörigkeit angenommen wird. Einem dominierenden und kontrollierenden Klang gegenüber verweigern sie sich jedoch. Wenn der Stimmklang persönlich und bezogen ist, beteiligen sie sich im Gegenzug mehr (Williams et al., 2012).

„Der Bewohner Herr Fritz ist bekannt dafür, dass er kaum spricht. Wenn überhaupt, dann nur flüsternd. Als dies in einer Fallbesprechung thematisiert wird, wird die anwesende Bezugspflegekraft befragt, wie sie mit dem Patienten spreche, sie antwortet: ‚Normal.‘ Was denn ‚normal‘ bedeute, wird vertiefend weiter gefragt: ‚So, wie ich mit allen Bewohnern spreche: deutlich, gut hörbar und langsam.‘ In einer Reflexion über unwillkürliche Veränderungen ihrer Stimme im privaten Alltag, wird ihr deutlich, dass sie auf den leisen Tonfall einer Freundin, die ihr etwas sie Bedrückendes mitteilt, ebenfalls mit einer leiseren Stimmlage antwortet.

Diese unwillkürlichen Synchronisationsphänomene treten im beruflichen Kontext nicht verlässlich auf. Nachdem die Bezugspflegekraft dies erkannt hat, nimmt sie sich vor, bei der nächsten Begegnung mit dem Bewohner ebenfalls flüsternd zu sprechen. Und sie macht eine schöne Erfahrung: Herr Fritz reagiert sofort auf den veränderten Klang und erzählt ihr einiges aus seinem Leben. Er spürt aufgrund ihres Stimmklanges, dass sie sich auf ihn einlässt und ihn annimmt.“

2. Sehen

Menschen mit kognitiven Einschränkungen erleben daher häufig, dass im Kontakt mit ihnen der Blick fehlt. Dies hängt damit zusammen, dass sie ihren Blick bei Ansprache nicht unwillkürlich zuwenden. Wenn jedoch die sprechende oder handelnde Person nicht gesehen wird, entstehen Kommunikationsschwierigkeiten und Unbehagen.

Für den Blickkontakt zu einem demenziell veränderten Menschen,

ist es erforderlich, diesen aktiv zu suchen. Dies unterscheidet sich wesentlich von Alltagserfahrungen, denn dort wird der abgewandte Blick respektiert und nicht aktiv aufgesucht. Für den kognitiv eingeschränkten Patienten ist jedoch die Suche nach seinem Blick von großer Bedeutung. Dort erfährt er Verbundenheit und Sicherheit, worauf er mit Vertrauen antworten kann. Besonders in Momenten der Verunsicherung ist dies relevant, damit diese nicht in Angst, Anspannung und Abwehr resultieren.

„Die Patientin Frau Schmitz befindet sich im fortgeschrittenen Stadium eines demenziellen Syndroms. Bei einem Transfer vom Rollstuhl zum Bett zeigt sie in Mimik und Körperspannung starke Angst, obwohl zwei Pflegekräfte ihr körperlich viel Halt bieten. Erst in dem Moment, als eine von ihnen der Patientin in die Augen schaut, irren diese nicht mehr herum, sondern finden Halt. Und auch körperlich beginnt sie nun, sich zu entspannen. So erfährt sie Sicherheit in einem hochverunsichernden Moment und kann ohne Gegenwehr zu Bett geleitet werden.“

Die Art der Kontaktaufnahme unterscheidet sich also von der im gesunden Miteinander erlernten und intuitiv abgespeicherten: Sie beginnt mit einer einladenden Stimme, setzt sich im Blickfeld fort und benötigt eventuell sogar die Abstimmung auf die Blickrichtung.

3. Spüren

Eine Berührung erfolgt erst, wenn sich die Blicke getroffen haben. So wird eine leicht verstehbare Situation geschaffen, in welchem der kognitiv eingeschränkte Patient erkennen kann, dass er gemeint ist, ohne dass er sich durch eine unerwartete Berührung erschrickt.

Bereits dieser scheinbar kleine Moment der Kontaktaufnahme kann über Kooperation und Abwehr entscheiden.

„Die Bewohnerin Frau Meyer liegt im Bett, scheint abwesend zu sein. Selbst wenn sie bei der Kontaktaufnahme nur leicht am Arm berührt wird, zuckt sie stark zusammen und schreit. Die Pflegende hat regelmäßig ein schlechtes Gefühl, wenn Frau Meyer sich wieder einmal erschrocken hat.

In der Reflexion stellt sich heraus, dass die Bewohnerin ins Leere schaut und bei Ansprache den Blick nicht zuwendet. Eine Berührung ist daher für sie immer sehr unvermittelt und versetzt sie in Angst.

Gemeinsam wird nun geübt, neben der verbalen Ansprache aktiv den Blickkontakt mit der Bewohnerin zu suchen und dort so lange zu verharren, bis sich deren Augen fokussieren. Erst danach wird sie berührt.

Als die Mitarbeiterin wieder zu Frau Meyer kommt, das Erlernte anwendet und sich ihre Augen treffen, erscheint ein kleines Lächeln im Gesicht der Bewohnerin. Eine Rarität.“

Qualität des Miteinanders: Geschwindigkeit – Wechsel - Veränderungen

Eine weitere wichtige Rolle für die Stressreduktion spielt die Geschwindigkeit, sei es in der räumlichen Annäherung, der eigenen Bewegungen oder im Sprechen. Wenn der kognitiv eingeschränkte Patient davon überfordert ist, wird er sich schützen und daher verweigern.

Wechsel oder Veränderungen er-



Von Beruf
Mensch



Unsere

Forderungen an den Gesundheitsminister

- **KONSEQUENTE ANPASSUNG DER LEISTUNG AN DEN PERSONALSTAND IN DEN KLINIKEN UND PFLEGEZENTREN!**

Die tägliche Überlastung der Kolleg:innen durch Personalmangel muss rasch beendet werden!

- **STEUERFREIHEIT AB DER 32. WOCHENSTUNDE!**

Teilzeit macht wöchentlich in unseren Betrieben mehr als eine Million Arbeitsstunden oder umgerechnet 26.000 Mitarbeiter:innen aus! Es braucht attraktivere Angebote an jene, die mehr arbeiten wollen!

- **EXISTENZSICHERNDE ANSTELLUNG ALLER AUSZUBILDENDEN!**

Das Modell hat in mehreren Projekten erfolgsversprechend funktioniert, erste Zahlen aus mehreren Bundesländern belegen das! Die bisherigen Maßnahmen der Bundesregierung zeigen kaum Wirkung!

- **SCHWERARBEIT FÜR ALLE BESCHÄFTIGTEN IN GESUNDHEIT UND PFLEGE!**

Die Schwerarbeitsverordnung ist derzeit ein Bürokratiemonster und auf Ablehnung ausgelegt! Die wesentlichen Bedürfnisse der Kolleg:innen müssen besser abgebildet werden!

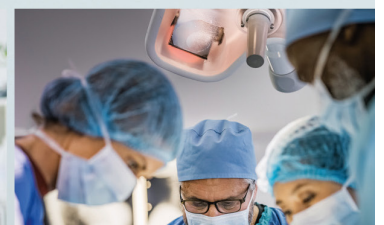
- **STUFENWEISE ANPASSUNG DER ARBEITSZEIT AUF 35 WOCHENSTUNDEN!**

Der hohe Teilzeitanteil (31,9 Stunden tatsächlich vereinbarte Arbeitszeit) zeigt, dass die Kolleg:innen die vollen Wochenstunden nicht durchhalten können! Die schrittweise Senkung der Arbeitszeit bei vollem Lohnausgleich ist daher ein Gebot der Stunde!

mehr Informationen unter:
vonberufmensch.at



GESUNDHEITSGEWERKSCHAFT



fordern kognitive Leistungsfähigkeit, um sich umstellen zu können. Die Begrüßung eines auf dieser Ebene eingeschränkten Menschen, der mit seiner Mahlzeit beschäftigt ist, kann für diesen dazu führen, dass er seine Handlung unterbricht und unfähig wird, sie wieder aufzunehmen. Unterbrechungen zu unterlassen, hilft, den Stresspegel niedrig zu halten.

Auch die Gleichzeitigkeit von verschiedenen Reizen bedeutet für viele eine starke Überforderung: eine Unterhaltung während einer begleiteten Fahrt im Rollstuhl, der laufende Fernseher im Tagesraum und gleichzeitig eine Ansprache – für kognitiv unbeeinträchtigte Menschen stellt all dies kein Problem dar, bei Menschen mit Filterdefiziten führt es zu verstärkter Desorientierung und erhöhtem Stresspegel.

Gestik: intuitives Verstehen ohne Worte

Defizite im Sprachverständnis führen bei verbaler Kommunikation zu Stress, z.B. wenn Handlungen erklärt werden. Werden Erläuterungen allerdings mit sinnvoller Gestik begleitet, wird eine gemeinsame Kompetenzebene angesprochen, denn Gesten werden bei kognitiven Einschränkungen intuitiv länger verstanden als Worte (Pashek & DiVenere, 2006). So kann ein Patient auf Aufforderungen oder Fragen antworten, obwohl er die Worte nicht versteht.

Der Alltagsgebrauch von Gesten ist jedoch sehr unbewusst angelegt, so dass es häufig zu irrelevanten und unklaren Bewegungen mit einer zu hohen Geschwindigkeit kommt, welche die Verständnismöglichkeiten eines Menschen mit Demenz übersteigen. Erst eine gezielte Gestik, die rele-

vante Informationen visualisiert und dabei schlicht, einfach und langsam bleibt, ermöglicht es ihm, den Moment zu verstehen und sich an Handlungen zu beteiligen.

„Der demenziell veränderte Bewohner Herr Stein reagiert auf Kontaktaufnahme hochempfindlich. Er wehrt sie komplett ab und beginnt zu schreien, wenn man nicht sofort geht. Als im Team darüber reflektiert wird, was ihn so sehr stressen könnte, wird deutlich, dass es die Worte sind. Dabei stellt sich auch heraus, dass er eine wortlose Präsenz toleriert und langsame Gesten verstehen kann. Künftig wird die Versorgung nun auf diese Art und Weise durchgeführt, und er kann in kleinen Ansätzen sogar kooperieren.“

Mimik: schnelles Erkennen von Ärger oder Stress

Jeder Mensch zeigt mimische Reaktionen auf das, was er wahrnimmt. Auch der demenziell veränderte Mensch zeigt in seinem Gesicht emotionalen Ausdruck, selbst im fortgeschrittenen Stadium, dann allerdings fragmentierter. Jedoch erschweren Veränderungen des Gesichts das Erkennen. Diese sind zum einen durch den Alterungsprozess bedingt, aber auch durch Erkrankungen, z.B. bei Halbeitensymptomatik.

So ist erklärbar, warum Pflegenden die Emotionen ihrer Bewohner häufig falsch einschätzen: Angst, Trauer, Anspannung oder Überforderung wurden in einer Studie als Ärger fehlinterpretiert, Freude wurde mitunter übersehen (Re, 2003).

Autorin

Dr. in Astrid Steinmetz

Dipl. Musiktherapeutin, Dipl. Sozialpädagogin (FH), promoviert in Gerontologie, Begründerin des Trainingsprogramms Kommunikation ohne Worte -KoW® zur dialogischen Interaktion mit verbal eingeschränkten Patienten
www.kow.eu



(C) Kitty Kleist-Heinrich

Wenn eine Emotion nicht erkannt oder gar missinterpretiert wird, kann auch die Reaktion darauf nicht bedarfsgerecht sein. Für den Umgang mit aggressivem Verhalten ist es unbedingt von Vorteil, wenn bereits kleinste mimische Anzeichen von Gereiztheit oder Abwehr erkannt werden. Denn dann kann früh stressregulierend entgegengewirkt werden.

Training nonverbaler Interaktionsfertigkeiten

Das Trainingsprogramm Kommunikation ohne Worte – KoW® ist spezialisiert auf die Vermittlung nonverbaler Fertigkeiten und Möglichkeiten innerhalb der pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Interaktion mit demenziell veränderten Menschen ist (Steinmetz, 2016). Es vermittelt Kompetenzen, auch subtile Signale in deren Körpersprache zu erkennen und damit beziehungs-erhaltend umzugehen. So werden Stressmomente reduziert, bzw. schwierige Situationen aufgrund von Ärger und Abwehr schnell gelöst.

Bei der Wirksamkeitsüberprüfung des Trainingsprogramms wurde nachgewiesen, dass es zu einem signifikanten Zuwachs der nonverbalen Kommunikationsfertigkeiten

führte. Dieser Effekt war unabhängig davon, wie viel oder wenig Berufserfahrung die Teilnehmenden hatten (ebd.).

Nonverbale Kompetenzen sind demnach entwickelbar, führen zu mehr gemeinsamen Beziehungserfahrungen mit kognitiv eingeschränkten Menschen und erhöhen darüber hinaus die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden.

Literatur:

Bezil, G., Vezina, J., (2015). Impact of caregivers' behaviors on resistiveness to care and collaboration in persons with dementia in the context of hygienic care: an interactional perspective. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1861- 1873.

Eritz, H. & Hadjistavropoulos, T. (2011). Do informal caregivers consider nonverbal behavior when they assess pain in people with severe dementia? *The Journal of Pain*, 12 (3), 331-339.

Goll, J. C., Kim, L. G., Hailstone, J. C., Lehmann, M., Buckley, A., Crutch, S. J. & Warren, J. D. (2011). Auditory object cognition in dementia. *Neuropsychologia*, 49 (9), 2755-2765.

Lemay M, Landreville P (2010) Verbal agitation in dementia: The role of discomfort. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 25(3) 193-201.

Pashek, G. V. & DiVenere, E. (2006). Auditory comprehension in Alzheimer disease: Influences of gesture and speech rate. *Journal of Medical Speech - Language Pa-*

thology.

Re, S. (2003). *Erleben und Ausdruck von Emotionen bei schwerer Demenz*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten. Kommunikation ohne Worte – KoW®*. Wiesbaden: Springer VS.

Williams, K. N., Boyle, D. K., Herman, R. E., Coleman, C. K. & Hummert, M. L. (2012). Psychometric analysis of the Emotional Tone Rating Scale: A measure of person-centered communication. *Clinical Gerontologist*, 35 (5), 376-389.

Erstmals in Österreich:

Pflegeausbildungen und

Standorte auf einen Blick

pflege-ausbildung.co.at

Der einmalige Suchfilter für Ausbildungsstätten macht mit wenigen Klicks die richtige Pflegeschule oder Universität in Österreich ausfindig.

eine Initiative von **facultas**

