

ZWISCHEN DEN ZEILEN LESEN



ABB. Therapeut*innen müssen präzise hinschauen, um Regungen im Ausdruck eines Menschen zu sehen, der sich nicht (mehr) mit Worten verständigen kann.

Kommunikationsfertigkeiten im Umgang mit Menschen mit Demenz

In der Therapie ist die zwischenmenschliche Begegnung das Wichtigste. In diesem Moment schenken wir unserem Gegenüber das Erleben, gesehen zu werden. Und genau das ist es, was Menschen mit Demenz im Kern von uns brauchen: dass sich jemand auf sie einlässt. Beherrzigen wir das und trainieren wir unsere Kommunikationsfertigkeiten dahingehend, können wir die Menschen „lesen lernen“, ihnen Sicherheit vermitteln, Handlungsfähigkeit ermöglichen und zu einer effektiven Therapie beitragen.



© K. Oborny/Thieme

Demenz
beeinflusst die höheren
kortikalen Faktoren: vor
allem das Gedächtnis
sowie das Denken.

➔ Demenzielle Syndrome betreffen die höheren kortikalen Funktionen. Also vor allem das Gedächtnis und das Denken. Wir benötigen die Leistung des Arbeitsgedächtnisses, um einen Gedanken über eine gewisse Strecke mental repräsentieren zu können. Schrumpft dieser Bereich, hat das den Effekt, dass ein Mensch mit Demenz zunehmend kürzere Satzfragmente wiedergibt. Das führt zu Halbsätzen wie: „Ich möchte...“, „Wenn wir das machen...“ – und dann reißt das Ganze ab. Zudem fehlt der rote Faden, weil das Thema nicht gehalten werden kann. Im nächsten Satz wird dann von etwas anderem gesprochen: „Da hinten ist der...“ und „Meine Mutter...“. Es entsteht quasi verbales Material, dem wir auf der Inhaltsebene

nicht begegnen können. Hinzu kommen Wortverwechslungen, Wortverdrehungen oder Neologismen. Sprache wird zwar noch verwendet, aber eben nicht mehr so, wie wir sie kennen. Man braucht dann manchmal kreative Ideen, um festzustellen, dass der „Kaltschrank“ auch der „Kühlschrank“ sein kann. Die Treffsicherheit der Worte ist nicht mehr vollständig gegeben.

Alternativen für die Verständigung

Die Einschränkung auf sprachlicher Ebene, der verlorene rote Faden, kürzere und einfachere Sätze sowie das eingeschränkte Verstehen des Gesprächspartners kommen bereits in der Eingangsphase einer beginnenden Demenz vor. In der Folge zerfällt die Sprache in ihre Bestandteile: Satzteile, einzelne Wörter und im weiteren Verlauf Silben. Im fortgeschrittenen Stadium der schweren Demenz kommt es oftmals zu kompletter Sprachlosigkeit. Die Betroffenen können dann nichts mehr aus eigenem Impuls heraus mitteilen, manchmal geben sie noch Laute von sich. Aber auch diese verstummen häufig bzw. sind eher eine Reaktion auf einen Kontakt. Dann vermittelt die Stimme nicht mehr das Verbale, sondern allein das Paraverbale, denn der Stimmklang und der körpersprachliche Ausdruck bleiben.

Wenn wir mit Menschen zu tun haben, die sich zunehmend weniger verständlich machen können und auch uns zunehmend weniger verstehen, brauchen wir Alternativen für die Verständigung, um Kontakt und Verbindung herstellen zu können.

Die Körpersprache nutzen

Verstehen demenziell erkrankte Personen komplexe Sätze bereits im Erststadium nicht mehr, sind Relativsätze oft zu umfassend: „Wenn du nachher kommst, dann hätte ich doch gerne, dass du das und das mitbringst, da meine Freundin das und das ...“ Im mittleren Stadium können wir davon ausgehen, dass die Muttersprache so verstanden wird wie eine erlernte Fremdsprache. Das heißt, Betroffene verstehen ihre eigene Sprache wie wir unser Schulenglisch – also nicht unbedingt fließend.

Wir wissen aus Studien, dass sich Menschen mit Demenz wehren, wenn wir zu viel mit ihnen sprechen und zu viele Erklärungen geben. Das ist ein natürlicher Schutzmechanismus. Deswegen plädiere ich dafür, dass wir nicht die Sprache weglassen, sondern dass wir sie vereinfachen und vermehrt andere Elemente der Sprache nutzen. Ich höre beispielsweise stärker auf den Stimmklang und greife wie beim aktiven Zuhören Schlüsselwörter auf. Wenn die Person also eine Lücke hat, wiederhole ich in dieser Pause, was sie zuvor gesagt hat. Ich biete ihr das an und sie kann es als Sprungbrett nutzen, um weiterzumachen. Das heißt, ich nutze die sprachliche Ebene durchaus, lediglich anders, und ich berücksichtige den körpersprachlichen Bereich.

1. Kompetenz: Decodieren von Sprache

Angehörige, Pflegepersonal und Therapeut*innen sind herausgefordert, wenn es um die Kommunikation mit Menschen mit Demenz geht. Dann benötigen sie eine zentrale Fähigkeit: das Decodieren der Körpersprache. Decodieren bedeutet, dass wir fein und präzise hinschauen müssen, um Regungen im Ausdruck des anderen zu sehen. Und nicht nur zu sehen, sondern sie auch treffend einschätzen zu können. Gerade wenn man mit einem Auftrag irgendwo hinkommt und eine gute Intention hat, kann es sein, dass man Momente, in denen sich jemand ein bisschen wehrt, übersieht, weil man von seinem eigenen Vorhaben dominiert ist. Das geht uns allen so. Deswegen trainiere ich es, präzise hinzuschauen und nicht zu schnell in eine Interpretation zu rutschen. Denn diese führt uns eher weg von der Wirklichkeit.

Es gibt Bereiche, in denen wir sicher Signale mit einer Bedeutung versehen können, zum Beispiel die Mimik. Ansonsten schaue ich immer nach sogenannten Aktionspaketen:

- Was sagt die Mimik?
- Was machen die Hände?
- Was macht die Körperspannung?

Daran können wir Tendenzen erkennen, ob jemand Zustimmung oder Ablehnung zeigt. Ich nenne es das nonverbale Ja und das non-verbale Nein.

Was noch häufiger übersehen wird, ist, dass Menschen mit Demenz manchmal noch gar keine Reaktion auf unser Kontaktangebot zeigen können – sie bleiben in der Verfassung bzw. in dem Zustand, in dem sie gerade sind. Das bedeutet weniger, dass sich jemand in diesem Moment verschließt, sondern eher, dass ich noch nicht den kommunikativen Zugang zu der Person gefunden habe. Diesen „Türspalt“ gilt es zu finden, da er zur Lebenswirklichkeit eines anderen Menschen führt. An diesem Punkt fängt das Decodieren an: Habe ich mit meiner Art der Kontaktaufnahme den anderen schon erreicht?



© K. Oborny/Thieme

ABB. Blickkontakt und ein freundlicher Gesichtsausdruck können eine positive Kontaktreaktion wie ein Lächeln hervorrufen.

2. Kompetenz: Encodieren

Im nächsten Schritt folgt das Encodieren: Wie finde ich durch meine Körpersprache und mit meinen Möglichkeiten den Zugang zu meinem Gegenüber?

Ein Beispiel: Eine demenziell erkrankte Person schaut versunken vor sich hin, und ich spreche sie von der Seite an. In einer gesunden Kommunikation würde sich die Person mir zuwenden. Sie koordiniert dabei einen akustischen Impuls mit einem visuellen. Wenn ich diese Reaktion nicht bekomme, die ich von meinem gesunden Umfeld kenne, entsteht eine Kommunikationsbarriere. Dann gilt es diese intuitiven Gewohnheiten zu überwinden, um ans Ziel zu kommen. Die Barrieren sind nicht nur da, weil der Mensch mit Demenz sich verändert, sondern auch weil wir auf unseren Kommunikationsgewohnheiten beharren.

Wenn ich merke, dass mein Gegenüber nicht auf meine Ansprache reagiert, werde ich anders encodieren, also anders mit meinem Körper umgehen. Ich beuge mich in seine Blickrichtung: Vielleicht reicht es, wenn derjenige meine Beine sieht, damit er den Blick hebt. Dann habe ich ihn dazu bewogen, zu mir zu kommen. Wenn das nicht ausreicht, gehe ich in die Hocke.

Wir sind es als gesunde Menschen gewohnt, dass sich Augen in der Begegnung wie zwei Magnete aufeinander zubewegen. Bei Menschen mit demenziellen Syndromen kann es vorkommen, dass die Augen starr bleiben. Dann reicht es nicht, dass ich im Blickfeld bin. Wenn ich das decodiert habe, encodiere ich anders und gebe dem Menschen die Chance, mich zu sehen, indem ich seine Blickrichtung aktiv suche. Das ist oftmals der Moment der Kontaktreaktion.

Der Blick hat eine starke Wirkung auf uns Menschen. Er aktiviert viele Hirnareale und sorgt dafür, dass die Ansprache emotional erfahrbar wird und dem Menschen mit Demenz hilft, mich zu verstehen. Wenn dies mit einem freundlichen Gesicht gepaart ist, erfolgt die Kontaktreaktion schnell: ein Lächeln, eine Geste, eine Hinwendung, ein Nicken. Diesen Moment der Kontaktreaktion kann man mit Training schnell erreichen.

3. Kompetenz: Regulieren

Eine dritte Kompetenz ist nach dem Decodieren und Encodieren das Regulieren – die grundsätzliche Fähigkeit, sich auf unterschiedliche Situationen einzustellen. Ich gehe anders mit einem Menschen um, der schwerhörig ist, der im Bett liegt und schwer krank ist, der leidet und Schmerzen hat, und ich gehe anders mit jemandem um, der sich mitten in einer Panikattacke befindet. Ich kann mich flexibel auf mein Gegenüber einstellen.

Wir benötigen die Fähigkeit des Regulierens im zwischenmenschlichen Miteinander. Mit der einen Kollegin gehe ich zum Beispiel anders um als mit der anderen. Einfach, weil wir jeweils eine unterschiedliche Ebene miteinander haben. Ich gehe mit meiner Vorgesetzten anders um als mit einem Kind oder einer Kassiererin. Das hat nichts mit besser oder schlechter zu tun, sondern mit Abstimmung. Wenn ich allerdings zu sehr mit mir selbst beschäftigt bin, ist das fatal („Ich bin halt so. Man muss mich nehmen, wie ich bin“). Dann ist die Kommunikation von vornherein behindert bzw. es wird keine gelingende Kommunikation geben.

4. Kompetenz: Dialogisieren

Der vierte Bereich nach Decodieren, Encodieren und Regulieren ist das Dialogisieren. Wir schaffen Räume, in denen Austauschprozesse stattfinden können:

- Decodieren heißt „Ich lese dich“.
 - Encodieren heißt „Ich sende zu dir“.
 - Regulieren heißt „Ich stimme mich auf dich ab.“
 - Dialogisieren heißt „Ich gehe mit dir in einen Austauschprozess“.
- Wenn ich sehe, dass sich im Gesicht meines Gegenübers Angst zeigt, werde ich nicht sagen: „Komm, lass uns essen gehen.“ Stattdessen gehe ich auf das ein, was da ist: „Oh, da sind Sie angespannt.“ Damit schaffe ich einen Dialograum, und mein Gegenüber merkt, ich beantworte sein Interesse, sein Gefühl oder seine Tätigkeit. Das braucht nicht viel Zeit.

Die Kompetenzen, die ich einsetze, sind eingebettet in meine dialogische Haltung. Wenn ich in einen Dialog treten möchte, fange ich an, Verantwortung zu übernehmen. Dieses dialogische Prinzip formulierte Martin Buber vor etwa 100 Jahren. Ihm zufolge übernehmen wir Verantwortung situativ, präzise und konkret, indem wir auf unser Gegenüber antworten, für den Moment unsere eigenen Vorhaben pausieren lassen und Platz machen für das, was da ist.

Schmerzen erkennen

Angehörige oder Therapeut*innen fragen sich häufig, wie sie bei Menschen mit Demenz erkennen können, ob sie Schmerzen haben, und wie sie darauf reagieren können. Schmerzerkenntnis ist bei Menschen mit Demenz besonders wichtig. Wir wissen aus der Forschung, dass sie im Vergleich zu denjenigen ohne demenzielles Syndrom signifikant weniger Schmerzmittel erhalten. Das heißt, Menschen ohne kognitive Einschränkungen bekommen drei Mal mehr Schmerzmittel als Menschen mit demenziellem Syndrom [1]. Das ist dramatisch, denn nach wie vor leben viele Demenzerkrankte mit unbehandelten Schmerzen.

In Bezug auf Schmerzen können wir verschiedene Bereiche des Körpers in den Blick nehmen. Die Mimik bei akuten Schmerzen ist beispielsweise dadurch gekennzeichnet, dass

- die Stirn in eine vertikale Faltenbildung geht,
- die Augen schmaler werden,
- die Nase manchmal leicht gerümpft,
- der Mund zusammengepresst oder verzerrt und auch
- das ganze Gesicht eher angespannt ist.

Das Alter geht allerdings mit chronischen Schmerzen einher, die wir nicht mehr in der Mimik erkennen. Die Reizweiterleitung vom Schmerzzentrum im Gehirn ist dann nicht mehr bis zur Mimik gegeben. Das ist problematisch, und wir kennen es von denjenigen, die mit chronischen Schmerzen leben und diese vielleicht noch formulieren können: „Mir tut was weh.“ Wenn sie aber keine Schmerz-mimik zeigen, wird ihnen häufig nicht geglaubt.

Aus diesem Grund achte ich auf den gesamten Körper, wenn ich Schmerzen nicht in der Mimik erkennen kann. Möglicherweise hat sich am Verhalten etwas verändert, die Person ist angespannter als gewohnt, macht viel mit ihren Händen, schaukelt vielleicht viel, läuft umher oder lautiert. Wir wissen, dass etwa 60% der Menschen, die lautieren, an unbehandelten Schmerzen leiden [2].



Fallgeschichte

Ich bin im Hospiz als Musik- und Psychoonkologin tätig. Eines Tages sprachen wir im Team über einen Patienten mit demenziellem Syndrom, Anfang 60, der sehr verwirrt war. Als Teil ihrer Autonomie dürfen Patienten bei uns im Zimmer rauchen – allerdings nicht im Bett. Eine Voraussetzung ist, dass sie wissen, wie man mit einer Zigarette umgeht. Besagter Patient rutschte immer mehr in die demenzielle Symptomatik, und man traf ihn an, wie er im Bett rauchte. Dann haben die Kolleg*innen mit ihm gesprochen und ihm aufgeschrieben: „Sie dürfen nicht im Bett rauchen.“ Das war natürlich alles neben seiner Kompetenzfähigkeit. Er konnte sich nicht mehr daran erinnern. Wenn er den Impuls hatte zu rauchen, ging er nicht zum Tisch und las sich sämtliche Zettel durch, die darauf lagen. Als in einer Teambesprechung die Frage aufkam, wie wir uns ihm verständlich machen könnten, fand ich das großartig. Die ständigen Verbote hatten ungemene Konflikte ausgelöst, denn der Patient fühlte sich ständig ermahnt und begrenzt, wurde wütend, und die Kolleg*innen waren frustriert.

Wir entwickelten schließlich ein Piktogramm. Es zeigte eine Person im Bett mit Zigarette im Mund und darüber war das Verbotssymbol. Als ich damit zu ihm ging, um herauszufinden, ob er es verstehen konnte, sagte ich: „Ich wollte Ihnen das mal zeigen, was erkennen Sie da drauf?“ Er guckte es an, lächelte verschmitzt und sagte: „Man darf im Bett keine Trompete spielen.“ Ich musste so lachen, denn das war der Moment, der mir klar machte, er hatte völlig verstanden, worum es geht. Und gleichzeitig hatte er elegant sein Gesicht gewahrt. Von da an stand dieses Piktogramm bei ihm auf dem Nachtschrank. Wenn er den Impuls hatte, rauchen zu gehen, sah er es und rauchte nicht mehr im Bett, sondern stand dazu auf.

Wenn Betroffene beginnen, uns wegzuschubsen, wenn wir auf sie zukommen, kann das potenziell ein Ausdruck von Schmerz sein. Auch eine schnelle, gepresste Atmung sowie gerötete, bleiche oder schwitzende Haut sind körperliche Signale von Schmerzen. Wenn jemand nachts zunehmend schlechter schläft, nicht mehr an den Aktivitäten teilnimmt, die er immer gerne gemacht hat, oder keinen Appetit mehr hat, sind das ebenfalls Zeichen, die auf Schmerzen hindeuten können. Es handelt sich immer um einen Suchprozess.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Um Schmerzen festzustellen, sind alle Berufsgruppen – Ergo- und Physiotherapeut*innen, Pflegefachkräfte, Angehörige oder das Ehrenamt – angehalten, hinzuschauen und Beobachtungen präzise zu kommunizieren. Ich ermutige dazu, dass wir nicht nur sagen: „Frau Müller hat Schmerzen, das habe ich gesehen.“ Stattdessen sollten wir sagen: „Ich habe beobachtet, dass Frau Müller wegzuckt, wenn ich sie berühre. Sie hat dabei zusammengepresste Lippen, atmet schnell und ihre Hände sind stark in Bewegung. Ich nehme an, dass sie Schmerzen hat.“ Daraufhin ist es die Aufgabe der Pflege

und der Medizin, dies zu untersuchen: Gibt es einen Dekubitus, sitzt das Gebiss noch richtig, gibt es einen Abszess, eingewachsene Fußnägel usw.? Dies erfordert eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit. Alle Beteiligten müssen hinsehen und bereit sein zu handeln. Die Menschen zu sedieren, sollte nicht die Lösung sein, vielmehr geht es um eine adäquate Schmerztherapie.

Wenn Sie in der Therapie über die Beobachtung hinaus herausfinden wollen, ob wirklich Schmerzen vorliegen, binden Sie in Ihre Kommunikation Gesten ein. Fragen Sie nicht nur: „Haben Sie Schmerzen?“ Machen Sie zusätzlich eine Schmerz mimik und zeigen Sie bei sich oder bei Ihrem Gegenüber auf die Körperstelle. Wenn Sie mit Gesten arbeiten, benötigen Sie natürlich zuvor Blickkontakt und eine Kontaktreaktion wie Nicken, eine Präsenz oder einen Fokus im Auge. Erst dann können Sie sicher sein, dass Sie eine Antwort erhalten.

Bis zum mittleren Stadium der Demenz werden Gesten noch relativ sicher verstanden. Im schweren Stadium wird es schwieriger, Schmerz über Gesten zu erfragen. Dann kann ich vielleicht über die Berührung oder eine Bewegung, die ich auslöse, merken, ob es ein Schmerzzeichen oder einen Laut gibt.

Rechtzeitig reagieren

Lassen Sie uns den Fokus auf ein typisches Gefühl richten, das bei Menschen mit Demenz häufig auftaucht – Angst. In diesen Situationen benötigen wir schnell wirksame Handlungsmöglichkeiten.

Es beginnt wieder mit dem Decodieren, ich erkenne die Angst in der Mimik. Wir wissen aus Studien, dass unsere Fähigkeit, Mimik zu decodieren, also die sie verursachenden Emotionen zu erkennen, bei 60–80% zutreffenden Einschätzungen liegt und entsprechend bei 20–40% Fehlern. Das ist keine geringe Summe. Wenn wir im Bereich der Altenhilfe oder Demenzbetreuung tätig sind, haben wir mit Gesichtern zu tun, die durch den Alterungsprozess Faltenbildung aufweisen. Das macht das Decodieren von Mimik schwieriger. Wenn jemand gerade sein Gebiss nicht trägt, er krankheitsbedingt mimische Veränderungen hat, vielleicht noch eine Halbseitenlähmung vorliegt und wenn die Demenz fortgeschritten ist, sind die mimischen Signale nur noch fragmentiert erkennbar. So auch die Schmerz mimik. Sie ist nicht mehr im Vollbild, deshalb müssen wir sehr fein hinschauen. Das braucht Übung.

Bei Angst sind weit aufgerissene Augen sehr typisch; im unteren Lid finden wir eine hohe Spannung, die Augenbrauen sind hoch und in der Mitte zusammengezogen. Das führt zu einer verstärkten Faltenbildung in der Mitte der Stirn. Besonders stark ausgeprägte Angst schlägt sich auch im Mund nieder: Die Mundwinkel bewegen sich nach außen. Die Körperspannung ist insgesamt hoch und die Körperbewegung ist eher zurückweichend. Wenn wir dies beobachten, helfen folgende Fragen: Kann ich angstausslösende Elemente der Umgebung abschalten? Kann ich den Fernseher oder das Radio ausmachen und die Situation beruhigen?

Der Mensch in Angst ist meist im Tunnelblick gefangen. Er wird mir den Blick zur Seite nicht schenken, weil er stark fixiert ist. Hier

gehe ich so auf ihn zu, dass er mich sieht. Ich suche seinen Blick, und sobald ich ihn habe, hat der Mensch in Angst einen ersten Anker, der ihm Halt gibt. Ich begleite dies gerne mit den Worten: „Ich bin da. Ich bin da und passe auf.“ Keine Erklärungen, keine Fragen, sondern einfach eine Zusicherung. Den zweiten Ankerpunkt setze ich, indem ich wenn möglich die Hände der Person nehme und sie halte. Ich sage dann dazu: „Ich bin da und halte Sie ganz fest. Sie halten mich auch. Wir halten uns beide ganz fest. Mit aller Kraft. Drücken Sie zu.“ Angst ist Verlust von Halt, Sicherheit und Orientierung. Ich ermutige jemanden, in mir als Gegenüber Systems mit sich. In Angstsituationen sollte man nicht mit logischen Argumenten

”

Ich ermutige verängstigte Personen, in mir als Gegenüber Halt zu finden.

arbeiten, auch nicht mit schnellen Streichelbewegungen. Betroffene brauchen einen ruhigen Gegenpol. Ich beantworte die Angst mit Sicherheit, Stabilität und Ruhe. Auch mein Körper ist in diesem Moment nicht in Bewegung. Dies tue ich so lange, bis ich merke, dass die Spannung

im anderen nachlässt. Erst dann gebe ich weitere Orientierungshilfen.

Wenn ich zum Beispiel sehe, dass jemandem das Gehen oder Treppensteigen Angst macht, er blockiert, den Bewegungsablauf nicht mehr automatisiert abrufen kann, hilft es nicht, an der Person zu ziehen oder etwas zu erklären. Stattdessen geht es in diesem Moment darum, stehen zu bleiben und Halt zu geben. Stehen bleiben, Halt geben und sichern ist die passende Verhaltensweise. Im nächsten Schritt kann der Automatismus des Gehens oder Treppensteigens mit therapeutischen Methoden wieder in Gang gesetzt werden. Um handlungsfähig zu sein, muss sich zuerst die Angst gelegt haben.

Starke Emotionen und Schmerzen sicher zu decodieren ist Grundvoraussetzung für therapeutisch wirksames Handeln. Über präzises Encodieren der eigenen Kommunikation können wir sicherstellen, dass auch kognitiv eingeschränkte Patienten unsere Fragen oder Aufforderungen verstehen. Nur so entsteht ein Dialograum, in welchem das Miteinander gelingen kann [3].

Dr. Astrid Steinmetz

• Literaturverzeichnis

www.thieme-connect.de/products/ergopraxis > „Ausgabe 11-12/24“



Dr. phil. Astrid Steinmetz

Dipl.-Musiktherapeutin, Dipl.-Sozialpädagogin (FH), promoviert in Gerontologie, ist Entwicklerin des Trainingsprogramms KoW® – Kommunikation ohne Worte zur Förderung nonverbaler dialogischer Interaktion im Patientenkontakt. Sie ist seit 1999 in der therapeutischen Arbeit mit Schwerstkranken und Sterbenden tätig, seit 2001 als Geschäftsführerin von KoW®-Training und als Trainerin sowie Keynote Speaker im DACHL-Raum. Weitere Informationen gibt es im Internet unter www.kommunikation-ohne-worte.de.

Erleben Sie
Astrid Steinmetz
live auf dem
ergopraxis-Tag
am 2.2.2025