

Medizinische Universität Graz

Bachelorarbeit

Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Mag. Dr. Erwin Horst Pilgram

Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz

Albert Schweitzer Gasse 36, A – 8020 Graz

Lehrveranstaltung Ethik

Susanne Hornich

12.12.1989

13. Oktober 2013

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Krankheitsbild Demenz.....	3
2.1	Begriffsdefinition Demenz.....	3
2.2	Formen von Demenz.....	3
2.2.1	Morbus Alzheimer.....	4
2.2.2	Vaskuläre Demenz.....	5
2.2.3	Mischformen.....	6
2.2.4	Sekundäre Demenzen.....	6
2.3	Krankheitsverlauf.....	6
2.3.1	Leichte Demenz.....	6
2.3.2	Mittelschwere Demenz.....	7
2.3.3	Schwere Demenz.....	8
2.4	Herausforderndes Verhaltensweisen.....	8
2.5	Prävalenz und Inzidenz.....	11
3	Kommunikation.....	12
3.1	Begriffsdefinition Kommunikation.....	12
3.2	Besonderheiten der Kommunikation mit Menschen mit Demenz.....	14
3.2.1	Mensch mit Demenz als Sender von Informationen.....	15
3.2.2	Menschen mit Demenz als Empfänger von Informationen.....	16
3.3	Grundprinzipien der Kommunikation mit Menschen mit Demenz.....	17
3.3.1	Individuelle Herangehensweisen und Kommunikationswege.....	18
3.3.2	Verbale Fähigkeiten zur Gestaltung der Kommunikation.....	18
3.3.3	Nonverbale und emotionale Fähigkeiten zur Gestaltung der Kommunikation.....	19
3.3.4	Haltungen und Einstellungen während der Kommunikation.....	20
4	Ausgewählte Ansätze und Methoden zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz.....	21
4.1	Psychobiografisches Modell nach Erwin Böhm.....	21
4.1.1	Sieben Stufen der Erreichbarkeit nach Böhm.....	22
4.1.1.1	Sozialisation.....	22
4.1.1.2	Mutterwitz.....	22
4.1.1.3	Emotionale Grundbedürfnisse.....	23
4.1.1.4	Prägungen.....	23
4.1.1.5	Höhere und niedrigere Triebe.....	23
4.1.1.6	Intuition.....	24
4.1.1.7	Urkommunikation.....	24
4.2	Person-zentrierter Ansatz von T. Kitwood.....	24
4.3	Vorgehen auf Basis der ABC-Prinzipien.....	25
4.4	Validation nach Naomi Feil - die einführende Kommunikation.....	26
4.4.1	Stadien der Validation.....	27
4.4.2	Techniken der Validation.....	29
4.5	Biografiearbeit.....	31
4.5.1	Das Erinnerungsalbum.....	34
5	Schlussfolgerung, Diskussion und Ausblick.....	35
6	Literaturangabe.....	38
7	Abbildungsverzeichnis.....	39
8	Tabellenverzeichnis.....	39

1 Einleitung

Die Demenz ist eine schwerwiegende Krankheit, die nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen und Pflegenden eine große Herausforderung darstellt.

Die Art und Weise der Kommunikation ändert sich drastisch. An Demenz Erkrankte ziehen sich zurück, sprechen meist nicht mehr so oft und können schlussendlich ganz verstummen. Die kann durch eine richtige Kommunikation verlangsamt werden.

Vor zwei Jahren habe ich ein Praktikum in einem Seniorenheim absolviert und dabei einige an Demenz leidende Bewohner kennengelernt. Die Kommunikation war häufig sehr schwer. Unter anderem aus diesem Grunde habe ich angefangen, mich für dieses Thema zu interessieren und es als Thema meiner Arbeit genommen.

Im ersten Kapitel meiner Arbeit habe ich mich mit der allgemein mit dem Thema der Demenz beschäftigt. Darin habe ich die Krankheit definiert, danach die Formen und die Schweregrade der Krankheit beschrieben. Weiters habe ich die epidemiologischen Daten behandelt. Das herausfordernde Verhalten habe ich näher beschrieben, da es ein sehr häufiges Verhalten von Erkrankten ist.

Im zweiten Kapitel geht es um die Kommunikation. Nach der Definition der Kommunikation bin ich näher auf das Kernthema, die spezielle Kommunikation mit Menschen mit Demenz, eingegangen. Da jeder Mensch anders ist, gibt es keine Standardanleitung zur Interaktion. Deshalb habe ich allgemeine Hilfen und die Grundprinzipien beschrieben, die angewendet werden können, um die Kommunikation zu erleichtern.

Im dritten Kapitel bin ich auf verschiedene Ansätze und Modelle zur Kommunikation mit dementiell erkrankten Menschen eingegangen.

Das Ziel meiner Arbeit ist es, meine aufgestellten Forschungsfragen zu beantworten.

Die Forschungsfragen lauten folgendermaßen:

Was ist Demenz und wie wirkt sie sich auf die Erkrankten aus?

Wie verändert sich die Kommunikation bei Menschen mit Demenz?

Gibt es Modelle und Theorien zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz?

2 Krankheitsbild Demenz

2.1 Begriffsdefinition Demenz

Der Begriff Demenz kommt aus dem Lateinischen. „Mens“ bedeutet Verstand und der Wortteil „de“ bedeutet „ohne“.

Im 18. Jahrhundert bezeichnete Demenz jede Form einer geistigen Störung. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts beschloss man, dass unter Demenz der Verlust kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten zu verstehen ist (vgl. Aktion Demenz, gesichtet 8.4.2013, 10:00).

Bei der Internetrecherche habe ich verschiedenste Definitionen von Demenz gefunden.

Die World Health Organisation (WHO) definiert Demenz als „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung). Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet“ (Enßle 2010, S. 8).

Es gibt jedoch unterschiedliche Demenzen, sie unterscheiden sich in den Verlaufsformen und Auswirkungen auf die betroffenen Personen.

2.2 Formen von Demenz

Streng genommen ist die Demenz keine eigenständige Krankheit, sondern ein Syndrom des Verlustes kognitiver Fähigkeiten. Ein Syndrom ist durch verschiedene Krankheitszeichen charakterisiert, welche wiederum ein Krankheitsbild formen. (vgl. Braun 2006, S. 5).

Man unterscheidet im Grunde zwischen primären (hirnorganischen) Demenzen und sekundären (nicht hirnorganischen) Demenzen. Zu den Primären zählen die am häufigsten verbreiteten Demenzen. Dazu zählen der Morbus Alzheimer, die vaskuläre

Demenz und Mischformen der beiden. Zusammen stellen sie einen Anteil von 90% aller über 65-jährigen Demenzerkrankten dar (vgl. Braun 2006, S. 5).

Folgende Tabelle zeigt die prozentualen Anteile der Demenzursachen. 60% der Erkrankten leiden an einer Demenz des Alzheimerstyps, etwa 10% an vaskulärer Demenz, 20% leiden an einer Mischform der beiden und die restlichen 10% sind andere Demenzformen. Zu den letzten 10% zählen die sekundären Demenzen und verschiedene weitere Demenzerkrankungen, wie zum Beispiel Erkrankungen wie Morbus Pick, Chorea Huntington oder das Korsakoffsyndrom (vgl. Enßle 2010, S. 19).

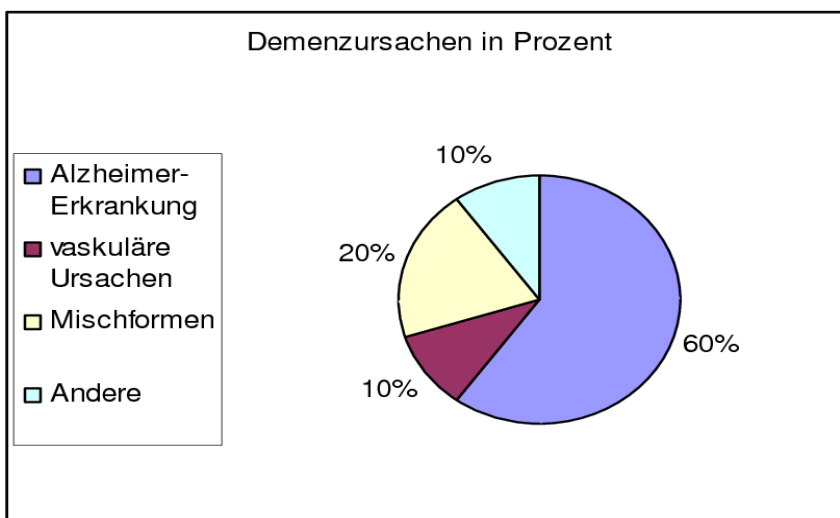


Abbildung 1: Demenzursachen in Prozent

2.2.1 Morbus Alzheimer

Benannt nach dem bayrischen Arzt Alois Alzheimer, der diese Form der Demenz als erstes untersuchte, wurde Morbus Alzheimer erst 1907 als eigenständige Erkrankung beschrieben (vgl. Bittl 2007, S. 11f). Sie ist die häufigste Form von Demenz und betrifft etwa 60% der Erkrankten.

Demenz des Alzheimerstyps zeichnet sich durch ein langsam fortschreitendes Absterben von Nervenzellen und Nervenzellkontakten aus. Neben dem Verlust von Nervenzellen und Synapsen entstehen auch senile Plaques und neurofibrilläre Tangles. Unter senilen Plaques versteht man Eiweißablagerung zwischen den Zellen, die zu Fehlfunktionen und letztendlich zum Absterben der Nervenzellen führen. Neurofibrilläre Tangles sind Faserbündel der sogenannten Tau-Proteinen. Dadurch kann Acetylcholin, ein Neurotransmitter, der für die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis wichtig ist, nicht mehr

übertragen werden. Dadurch werden die Zellen nicht mehr ordnungsgemäß stabilisiert und sterben ab. Neben dem Acetylcholin zeichnet sich auch ein Abbau, beziehungsweise eine Veränderung von verschiedenen anderen Neurotransmittern, die für die Informationsübertragung (Reizübertragung) zwischen den Zellen verantwortlich sind, auf biochemischer Ebene ab. Dieser Vorgang ist die grundsätzliche Ursache für den Gedächtnisverlust (vgl. Enßle 2010, S. 15f).

Ursachen- und Risikoforscher haben noch keine gesicherten Ergebnisse für die Ursache der Demenz des Alzheimertyps. In der Literatur findet man verschiedene Theorien. Zwei Beispiele möchte ich hier erwähnen. Bittl (2007) schreibt, dass derzeit der Einfluss von genetischen Faktoren und der von Hormonen, insbesondere von Östrogenen, untersucht wird. Laut Mielke (1994) gibt es einen Zusammenhang zwischen höherem Bildungsstand und dem Risiko an Demenz des Alzheimertyps, aufgrund der erhöhten Anzahl synaptischer Verschaltungen zwischen den Nervenzellen, zu erkranken. Diese Theorie ist jedoch sehr umstritten.

Die Autoren sind sich aber einig, dass die Krankheit mehreren Faktoren zugrunde liegt. Der Hauptrisikofaktor für das Auftreten bleibt jedoch das Alter (vgl. Enßle 2010, S. 17).

2.2.2 Vaskuläre Demenz

Im Allgemeinen umfasst der Begriff „Vaskuläre Demenz“ alle Demenzsyndrome die auf einer Erkrankung der Hirngefäße basieren. Dadurch lässt sich die vaskuläre Demenz sehr gut von der Demenz des Alzheimertyps abgrenzen, da man den Krankheitsauslöser kennt. Die Krankheitsauslöser sind durch eine Entzündung veränderte Hirngefäße oder Fetteinlagerungen an den Gefäßwänden, die die Blutgefäße langsam verengen. Durch ein Platzen eines Blutgefäßes oder einen Verschluss durch ein Gerinnsel entsteht ein Infarkt, auch Schlaganfall genannt. Das dahinter gelegene Gewebe wird dadurch nicht mehr ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgt und stirbt in weiterer Folge ab (vgl. Enßle 2010, S. 17).

Betroffen sind vorwiegend Gehirnabschnitte, die für die Kontrolle des Gedächtnisses, der Sprache und der Lernfähigkeit verantwortlich sind. Kennzeichnend für vaskuläre Demenzen ist die abrupte und stufenartige Verschlechterung der Krankheit. Diese Form der Demenz kann durch verschiedene negative Umstände, beziehungsweise Verhaltensweisen ausgelöst werden. Die Risikofaktoren sind zum Beispiel Rauchen, ein erhöhter Cholesterinwert, Bluthochdruck, Adipositas und Diabetes (vgl. Bittl 2007, S. 13).

2.2.3 Mischformen

Etwa 20% der Demenzerkrankten haben eine Mischform zwischen Demenz des Alzheimertyps und vaskulärer Demenz. Die Betroffenen leiden hier an einem degenerativen Abbau des Gehirns oder haben einen Hirninfarkt erlitten. Das Risiko an einer Mischform zu erkranken steigt mit dem Alter (vgl. Enßle 2010, S. 19).

2.2.4 Sekundäre Demenzen

Sekundäre Demenzen machen nur einen geringen Teil der Demenzen aus. Sie werden durch eine andere Grunderkrankung, die nicht das Gehirn betrifft, ausgelöst. Beispiele für solche Ursachen sind Tumore, Stoffwechselerkrankungen, Depressionen, Schädelhirntraumata, entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Vergiftungserscheinungen durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch. Ein Rückgang der speziellen Demenzsymptomatik ist durch die Behandlung der Grunderkrankung möglich (vgl. Radenbach 2011, S. 20).

2.3 Krankheitsverlauf

Abhängig davon wie schwer die Krankheitssymptome ausgeprägt sind, unterteilt man die Demenz in drei Stufen. Diese sind die leichte, die mittelschwere und die schwere Demenz, die Übergänge zwischen den Stufen verwischen stark. Laut Radenbach (2011) dauert die Krankheit zwischen drei und fünfzehn Jahren.

Der Verlauf der Demenz ist sehr individuell. Besonders beim Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt, sind spielt die genaue Diagnose keine bedeutende Rolle, da jeder sein persönliches Krankheitsbild hat (vgl. Schneberger 2008, S. 12).

Ich möchte im Folgenden auf die drei Phasen der Demenz eingehen.

2.3.1 Leichte Demenz

Beginnend mit leicht verminderten Gedächtnisleistungen, können zusätzlich Störungen des zeitlich und räumlichen Orientierungsvermögens und der Wortfindung auftreten.

Zeitliche Störungen des Orientierungsvermögens treten meist vor den räumlichen auf. Es passieren im Alltag immer häufiger Fehler, beziehungsweise Irrtümer. So werden zum Beispiel kürzlich mitgeteilte Informationen, wie Termine, vergessen oder Gegenstände verlegt. Die Erkrankten nehmen in dem Stadium wahr, dass sie sich nicht mehr auf ihre geistigen Fähigkeiten verlassen können. Die Folge sind häufig Depressionen. Nach außen hin können die Betroffenen zu dieser Zeit meist noch eine Fassade durch kleine Notlügen oder Ausreden aufrechterhalten. Die Erkrankten flüchten sich oft in die eigenen vier Wände um einer Reizüberflutung zu entgehen. Trotz kleiner Defizite in der Arbeit oder bei Freizeitbeschäftigungen können sie ihr tägliches Leben selbstständig meistern (vgl. Radenbach 2011, S. 20). Für Angehörige ist dies die schwerste Phase der Demenz. Die fortschreitende Verwirrtheit führt zu Anspannungen, die sich auch körperlich auswirken können. Die Erkrankten vermeiden Körperkontakt und werden distanzierter gegenüber ihrer Umwelt. Es kann schon in dieser Phase zu einem Rückzug und zur Isolation führen (vgl. Schneberger 2008, S. 13)

2.3.2 Mittelschwere Demenz

In dieser Phase wird die Demenz deutlich sichtbar. Die Betroffenen können den Alltag nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigen, da sie zeitlich, örtlich und meistens auch situativ desorientiert sind. Gerade beim zweckmäßigen Handeln, beispielsweise bei der Körperpflege, benötigen sie Hilfe. Apraxie tritt auf. Das bedeutet, dass bekannte Gegenstände nicht mehr erkannt werden und deshalb auch nicht mehr ordnungsgemäß bedient werden können. Die Kommunikation ist durch das Durcheinanderbringen von Satzteilen und Wörtern beeinträchtigt. Wiederholte Fragen kommen vermehrt vor. Aggressivität zeigt sich vermehrt, da sie merken, dass mit ihnen etwas nicht stimmt. Zu dieser Zeit sind sie jedoch nicht mehr in der Lage kritisch zu reflektieren. Persönlichkeitsveränderungen treten auf. Es kann passieren, dass in diesem Stadium Familienmitglieder nicht mehr erkannt werden (vgl. Radenbach 2011, S. 21).

Den Angehörigen gegenüber verhält sich der/die Kranke jedoch nicht mehr distanziert und verschlossen, da er nicht mehr merkt, dass er seiner Wahrnehmung nicht mehr trauen kann. Da seine kognitiven Fähigkeiten immer weniger werden, kompensiert er dies mit Gefühlen. Die emotionale Sprache wird immer wichtiger. Er lebt in seiner Welt und nimmt die Situationen so wie er sie erlebt als wahr hin. Der Betroffene kehrt nur mehr selten in die Welt der Orientierten zurück. Deshalb wird es immer schwieriger für die Angehörigen

den Demenzkranken zu verstehen. Der Demenzerkrankte handelt aus seiner Sicht korrekt und logisch. Dies ist ein großes Konfliktpotential, da zwei Realitäten aufeinandertreffen (vgl. Schneberger 2008, S. 13ff.).

2.3.3 Schwere Demenz

In der Phase der schweren Demenz ist es nicht mehr möglich, einfachste alltägliche Handlungen auszuführen. Meist findet die Kommunikation mit einigen Worten oder Lauten statt, bis die Person verstummt. Die Körperwahrnehmung ist schwer beeinträchtigt und so verlieren Betroffene die Kontrolle über ihre Körperausscheidungen. Der Muskeltonus des Körpers ist häufig so erhöht, dass dosierte Bewegungen nicht mehr möglich sind. Deshalb werden Aktivitäten wie Essen, Trinken oder Gehen zu Aufgaben, die nicht mehr bewältigt werden können. Da die Bewegungsfähigkeit immer mehr schwindet werden Gelenke steif. Meist sind Arme, Beine, das Knie- und Ellbogengelenk betroffen (vgl. Radenbach 2011, S.21).

Die Demenz im dritten Stadium wird unterteilt in schwere und schwerste Demenz. In der Zeit der schwersten Demenz können Betroffene nicht mehr laufen und nur mehr kurz bis gar nicht mehr sitzen. Sie werden bettlägerig. Im fortgeschrittenen Stadium liegen sie in Embryonalstellung, mit geschlossenen Augen im Bett. Wenn sie die Augen noch öffnen können, starren sie ohne Augenbewegungen ins Leere. Eine Kommunikation ist nicht mehr möglich (vgl. Schneberger 2008, S.15 f.)

Durch den allgemeinen körperlichen und geistigen Verfall sterben die Erkrankten häufig an Lungenentzündung, Herzversagen oder Niereninsuffizienz (vgl. Radenbach 2011, S. 21).

2.4 Herausforderndes Verhaltensweisen

Das herausfordernde Verhalten kann sich in vielerlei Hinsicht bemerkbar machen. Einige wichtige Verhaltensweisen sind beispielsweise „nach Hause wollen“, Umhergehen, Schreien, Aggressivität, Misstrauen, Beschuldigen, Rückzug, Depressivität und Enthemmungen wie Treten, Spucken oder Beißen (vgl. Heimerl 2011, S 15f.).

Unterschieden wird zwischen herausfordernden Stimmungen, herausforderndem Verhalten und krankhaft herausforderndem Verhalten. Zu den herausfordernden Stimmungen zählen Depressivität, Angst und Aggression. Davonlaufen, nächtliche Unruhe

und Passivität, beziehungsweise Apathie sind Beispiele für herausforderndes Verhalten. Beispiele für krankhaft herausforderndes Verhalten sind Misstrauen, Wahn, Illusionen und Halluzinationen (vgl. Haberstroh 2011, S. 78ff.). Auf einige Punkte davon möchte ich gerne näher eingehen.

Die Aggression kann sich durch eine Persönlichkeitsveränderung im Laufe der Erkrankung herauskristalisieren. Personen, die immer friedliebend waren, werden plötzlich häufig aggressiv. Es ist auch für gesunde Menschen normal, dass man hin und wieder zornig ist. Es ist also ganz natürlich, dass auch Menschen mit Demenz manchmal wütend werden. Aggression ist jedoch kein notgedrungenes Zeichen der Krankheit, sondern kann auch einfach zu dem Menschen gehören. Diese Aggression kann sich verbal durch Schimpfen, Schreien, Beschuldigen oder Fluchen zeigen. Sie kann aber auch körperlich werden. Dann ziehen die Betroffenen an Haaren, zwicken, schlagen, beißen und spucken. Aggression tritt vor allem zu Beginn des mittleren Stadiums der Demenz auf und kann in manchen Fällen als ein Aufbäumen gegen den eigenen kognitiven Verfall und den Verlust der Selbstbestimmung gedeutet werden (vgl. Haberstroh 2011, S. 78f.).

Die nächtliche Unruhe trifft viele Menschen mit Demenz. Gerade nachts haben sie eine starke Unruhe und beginnen „herumzuspucken“. Dies ist nicht nur für die Umgebung belastend, sondern auch für die Betroffenen, da sie wie jeder andere Mensch auch ihren gesunden Schlaf benötigen. Diesen holen sie dann oft tagsüber nach, genau dann, wenn in der Regel Beschäftigungen auf sie warten würden. Diese Beschäftigungen wären für ihre Lebensqualität, ihre geistige und körperliche Gesundheit sehr wichtig. Dadurch entsteht ein Teufelskreis (vgl. Haberstroh 2011, S.79).

Ein weiteres Beispiel sind Zustände des Misstrauens und des Wahns. Menschen, die im Umgang schon immer etwas komplizierter waren, sind davon häufiger betroffen. Jedoch können sie auch völlig überraschend bei Menschen auftreten, die noch nie solche Anzeichen äußerten. Misstrauen an sich ist nicht krankhaft. Das krankhafte Stadium ist dann erreicht, wenn es sich über eine längere Dauer zeigt. Es kann einige Monate, aber auch länger dauern. Das Misstrauen richtet sich dabei ausgerechnet auf die versorgenden Angehörigen oder die Bezugspflegekräfte. Wenn sich jedoch dieses Misstrauen auf Personen richtet, mit denen die Betroffenen keinen Kontakt haben, kann vermutet werden, dass es über die Demenz hinausgeht und andere Ursachen dafür gelten. Dann kann von einem „Wahn“ gesprochen und ein Arzt zu Rate gezogen werden. Misstrauen ist prinzipiell keine böse Absicht. Die Betroffenen sind in dieser Situation der festen Überzeugung, dass

ihre Annahme korrekt ist. In diesem Fall sollte man nichts abstreiten oder korrigieren, da sonst das Misstrauen nur noch gesteigert werden würde. Oft ist die Überzeugung eines Menschen mit Demenz, dass er bestohlen wurde, ein verzweifelter Versuch, den eigenen Selbstwert noch aufrecht zu erhalten. Äußerungen wie „Ich war immer ordentlich, wusste immer genau wo ich meine Sachen hatte, meine Geldbörse KANN mir nur gestohlen worden sein.“ werden dann getätigt. Diese Überzeugung entsteht nicht um von Unzulänglichkeiten abzulenken, sondern unterbewusst. Es ist sozusagen eine Schutzreaktion den Selbstwertes. In solchen Situationen sollte man, wie oben erwähnt, nicht widersprechen. Eher sollte man die Sorgen ernst nehmen und seine Hilfe anbieten. Für die Betroffenen ist es eine Hilfe den Selbstwert zu wahren (vgl. Haberstroh 2011, S. 80f.).

Herausforderndes Verhalten ist ein Phänomen und sollte immer auf verschiedenen Ebenen interpretiert werden. Es kann aus verschiedenen Gründen auftreten. Es kann ein medizinisch identifizierbares Symptom der Demenz darstellen, es kann ein verzweifelter Ausdruck der Selbstbestimmung sein oder ein Kommunikationsmittel. Weiters kann es eine kreative Adaption an eine Heimumwelt sein, die von der Person nur schwer zu ertragen ist und für sie unverständlicher wird. Es kann als Übergriff, Beleidigung, Beschmutzung oder Beschämung gegenüber Pflegenden auf der Beziehungsebene missverstanden werden (vgl. Höwler 2007, S. 50).

Herausforderndes Verhalten ist ein absichtliches und zielgerichtetes Verhalten, das in der Regel von Spannungen und Ängsten angetrieben wird. Oft stellt es die einzige Möglichkeit für BewohnerInnen dar, sich als Person wahrzunehmen, sich bemerkbar zu machen, sich selbst zu spüren, in Kontakt mit anderen zu treten (vgl. Höwler E., 2007, S.53).

Das Verhalten ist meist die Reaktion auf ein, oft unterbewusstes, Fehlverhalten der Pflegenden oder auf eine aufgeladene, hektische Stimmung. So gilt es rechtzeitig zu erkennen, was die Ursache des Verhaltens ist und darauf zu reagieren. Dabei ist es wichtig das man nicht schimpft, die Menschen mit Demenz nicht korrigiert oder die Situation als Realitätsorientierung zu erklären versucht. Man sollte den Menschen mit Demenz gut zuhören und sie ein Stück weit in ihre momentane Welt begleiten. Hilfreich ist es die Person abzulenken, auch wenn dies nur kurzfristig hilft. Eventuell lässt sich in einer kurzen Zeit der Beruhigung eine Aufgabe finden oder etwas, das sie gerne machen würden. Manchmal hilft auch der Auftritt einer Person, der sie im Laufe ihrer Biografie viel Respekt entgegengebracht haben. Dabei sind auch Angehörige gute Verbündete, da sie

oft wissen wie der Betroffenen beruhigt werden könnte. Basale Stimulation kann in einer solchen Situation hilfreich sein. Validation ist hier eine weitere wirkungsvolle Möglichkeit die Betroffenen zu erreichen. Bei einer leichten Demenz kann man zu dem Zeitpunkt, an dem der Höhepunkt der Erregung nachzulassen beginnt, nach eigenen Lösungsstrategien fragen, denn die Betroffenen haben immerhin meist über 80 Jahre Erfahrung mit ihren eigenen Ängsten und Gefühlen. Auch im fortgeschrittenen Stadium der Demenz kann Validation helfen, indem man die Äußerungen und Emotionen in abgeschwächter Emotion wiederholt. Damit wird ein Verständnis für die Situation der Betroffenen vermittelt (vgl. Heimerl 2011, S. 17f).

Jedoch sollte man sich bei herausforderndem Verhalten immer vor Augen führen, dass nicht jede Situation aufgelöst werden kann. Dann gilt es, die Verhaltensformen auszuhalten, das Verhalten nicht persönlich zu nehmen und für eigene Entlastung zu sorgen (vgl. Heimerl 2011, S. 18).

2.5 Prävalenz und Inzidenz

Man geht davon aus, dass allein in Europa bereits über 5 Millionen Menschen von einer demenziellen Veränderung betroffen sind. Davon leben über 1 Million in Deutschland und über 100 000 in Österreich.

Es ist eine Tatsache, dass Demenzerkrankungen mit zunehmendem Alter ansteigen. Sind in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen etwa 3 % davon betroffen, so sind es bei den 80- bis 84-Jährigen bereits 13 % und bei den über 90-Jährigen sogar schon über 34 %, was bereits ein Drittel dieser Altersgruppe ausmacht.

Es ist abzusehen, dass durch den hohen Anteil an Alten in unserer Gesellschaft und die stetig steigende Lebenserwartung die demenziellen Veränderungen in der Bevölkerung dementsprechend weiter ansteigen werden (Aktion Demenz, gesichtet 11.4.2013, 18:03).

3 Kommunikation

Menschen stehen immer in wechselseitigem Kontakt zueinander. Dieser Kontakt findet mittels Kommunikation statt. Besonders bei der Arbeit mit Menschen ist sie sehr wichtig, da ohne sie Tätigkeiten mit Menschen nicht vorstellbar wäre. In der Pflege beispielsweise sind die zwischenmenschlichen Beziehungen von großer Bedeutung. Es bestehen Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Patienten, zu den Kollegen, zu Mitarbeitern aus anderen Gesundheitsberufen, den Pflegeschülern, den Ärzten und der pflegerischen Leitung. Kommunikation ist hier ein wichtiges Arbeitsmittel um beispielsweise Patienten zu informieren, Angehörige zu beruhigen, die Dienstübergabe durchzuführen und die medizinischen Belange mit den Ärzten zu klären (vgl. Kulbe 2009, S. 84).

3.1 Begriffsdefinition Kommunikation

Zu dem Begriff „Kommunikation“ existieren sehr viele Definitionen.

Kommunikation stellt einen wechselseitigen Prozess, eine Interaktion, in der sich Lebewesen Nachrichten (Wörter, Laute, Gestik) übermitteln, dar. Wechselseitig bedeutet in diesem Sinne, dass Nachrichten zwischen zwei oder mehreren Menschen ausgetauscht werden. Interaktion bedeutet ein „Hin und Her“ in einem Gespräch. Das heißt, einer sagt etwas, der andere antwortet und der erste erwidert wieder etwas darauf. Der Begriff Lebewesen wurde hier absichtlich gewählt, da auch Tiere untereinander kommunizieren. Jedoch gestaltet sich die Sprach- und Schreibfähigkeit bei Menschen wesentlich detaillierter und flexibler. Dadurch entstehen auch schneller Kommunikationsstörungen und Missverständnisse. Die menschliche Kommunikation teilt sich in einen verbalen (gesprochenen) und einen nonverbalen (durch Mimik und Gestik gezeigten) Teil (vgl. Kulbe 2009, S. 84).

Paul Watzlawick wurde bekannt mit seinem Ausspruch „Man kann nicht nicht kommunizieren!“. Damit bringt er zum Ausdruck, dass die Kommunikation, wie oben erwähnt, nicht nur aus Worten besteht, sondern auch in jeder kleinsten Bewegung steckt. Auch eine kleine Handbewegung, das Sich-Wegdrehen oder ein Nicht-Antworten wird so zu einer Informationsübertragung (vgl. Haberstroh 2011, S. 28).

Für meine Arbeit habe ich ein Schema der Kommunikation gefunden, das ich gerne vorstellen würde.

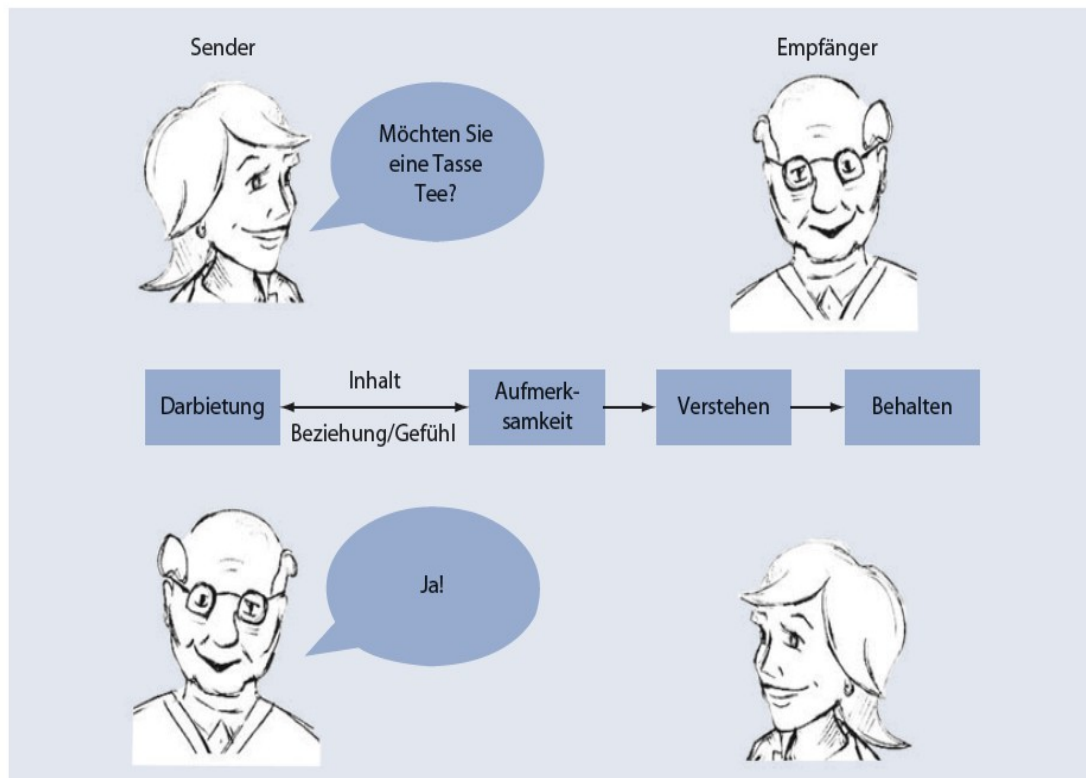


Abbildung 2: TANDEM Kommunikationsmodell (Haberstroh 2011, S. 28)

Das oben gezeigte Bild zeigt ein stark vereinfachtes Schema der Kommunikation, das in vier Schritten stattfindet. Prinzipiell gibt es einen Sender einer Information und einen Empfänger einer Information. Der erste Schritt stellt die Darbietung dar. Ein Sender bietet dabei eine Information dar. Beim zweiten Schritt steht die Aufmerksamkeit des Empfängers im Mittelpunkt. Der dritte Schritt umfasst den Vorgang des Verstehens des Empfängers und im vierten Schritt behält der Empfänger die Information. Dabei ist wichtig, dass der Empfänger die Information mit Aufmerksamkeit bedacht, verstanden und behalten hat. Denn dann kann er die Kommunikation umdrehen und eine Antwort darbieten und somit zum Sender werden. Dadurch entsteht ein Rollenwechsel zwischen den Gesprächspartnern. Diese Umdrehung der Kommunikation, die Antwort, ist das Zeichen, dass die Kommunikation geglückt ist (vgl. Haberstroh 2011, S. 28).

Die Pflegenden sind besonders gefordert, da sie die verbalen Äußerungen und nonverbalen Signale der Patienten schnell deuten müssen, um der Situation entsprechend

handeln zu können. Zudem müssen sie bei Patienten mit Kommunikationsstörungen in Bezug auf z.B. die Sprache, das Gehör, das Sehen oder auch auf die Hirnleistung eine Form der Verständigung finden, um die Bedürfnisse des Patienten zu verstehen und eine Beziehung aufbauen zu können. Aus diesem Grunde stellt eine gute Kommunikationsfähigkeit eine Schlüsselqualifikation für Pflegende dar (vgl. Rogal 2005, S. 81).

3.2 Besonderheiten der Kommunikation mit Menschen mit Demenz

„Manchmal ist es einfach nur „Stille“, „Schweigen“, eine andere Ebene von Mitteilung, in der es keine Worte und häufig keine Gestik oder Mimik in der Form, wie wir sie sonst kennen, gibt. Da bleibt oft nur der Atem, ein leichtes Zwinkern mit den Augen, die Bewegung der Fingerspitzen. Es sehr schwer wahrnehmbar und doch vorhanden, wenn es von uns wahrgenommen wird. Wenige von uns sind aus dem Leben darauf vorbereitet oder geschult so zu kommunizieren, wir müssen vieles erst lernen, damit wir uns gegenseitig verstehen und „gelingend“ kommunizieren können!“ (vgl. Heimerl K., 2011, S. 14).

Dies bedeutet im Wesentlichen, dass Kommunikation mit Menschen mit einer Demenzerkrankung auch bis in das letzte Stadium der Erkrankung kommunizieren können. Jedoch findet hier die Kommunikation und die Beziehung nicht mehr mittels Sprache statt, da diese als Ausdrucksmedium nicht mehr effektiv ist. Es sind nicht mehr Tatsachen und Worte, die in der Begegnung zählen. Erreichen kann man diese Menschen oft durch Musik, Berührungen, Reime und Bilder. Auch rationale Rückmeldungen der Patienten finden dann auf der emotionalen Ebene statt. Dazu zählen beispielsweise Tränen, Lachen, Schreien, Jammern und ein scheinbar zielloses Umherwandern oder Herumlaufen der Betroffenen. Dadurch ist es schwierig, Antworten und Reaktionen der Patienten zu deuten. Sie erfolgen meist unerwartet und andersartig. Entscheidend ist hier die Haltung und Offenheit, die man ihnen entgegen bringt (vgl. Heimerl 2011, S. 13f).

Manchmal ähnelt die Kommunikation einer Reise in eine andere Zeit, in der sich die Person mit Demenz gerade befindet. Hier wird man auch auf Unverständnis treffen, wenn man die Personen in die „Wirklichkeit“ des Krankenhauses oder des Pflegeheimes zurückholen will. Denn die „Wirklichkeit“, in der sie sich befindet, ist für sie die einzig „reale

Wirklichkeit“. Es gilt authentisch zu sein, zuzuhören und offene Fragen zu stellen - damit wird die „Wirklichkeit“ des Menschen mit Demenz anerkannt und ihr Respekt erbracht. Deshalb ist es der Mut, sich auf unbekannte, vielleicht irrationale Wege, einzulassen, der die Grundlage für die Begegnungen mit Menschen mit Demenz darstellt (vgl. Heimerl 2011, S. 14).

3.2.1 Mensch mit Demenz als Sender von Informationen

Menschen mit Demenz werden oft fälschlicherweise nur mit ihren Schwächen konfrontiert. Dadurch entsteht oft eine Überforderung von der Außenwelt, die Betroffenen ziehen sich zurück und verstummen. Sie können ihr Kommunikationsverhalten nicht mehr ändern, da es durch die Krankheit geprägt ist. Doch die Umgebung kann sich auf die Kommunikation anpassen und gezielt die Stärken der an Demenz leidenden Person ansprechen und die Schwächen umgehen. Es können dadurch Wege gefunden werden, die Kommunikation aufrecht zu erhalten. Durch die Art der Darbietung kann der erkrankten Person die Aufmerksamkeit auf die gesendeten Informationen und das Verstehen und Behalten dieser Information erleichtert werden (vgl. Haberstroh 2011, S. 38).

Menschen mit Demenz haben Schwierigkeiten mit der Darbietung von inhaltlichen Informationen, während noch viele Fähigkeiten des Beziehungsaspekts erhalten bleiben.

In folgender Tabelle werden die Stärken und Schwächen von Menschen mit Demenz aufgezählt.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Berichte von alten Erlebnissen • Berichte von bedeutsamen Lebensthemen • Berichte von aufwühlenden Erlebnissen • Gedanken in Ruhe beenden • Faden wieder aufnehmen • einfache, kurze Sätze • Floskeln • Emotionaler Ausdruck, Körpersprache • Singen, Musizieren • Mikroverhaltensweisen • Wiederkehrende Frage als immer 	<ul style="list-style-type: none"> • Berichte von neuen Erlebnissen • Faden verlieren • Wortfindungsstörungen • Wortverwechslungen • Silbenverdrehungen • Komplexe Sätze • Sprachlicher Ausdruck • Wiederkehrende Fragen • Verkennung

neuer Gesprächsbeginn • Emotionale Botschaft „zwischen den Zeilen“	
---	--

Tab. Stärken und Schwächen von Menschen mit Demenz als Sender von Informationen (Haberstroh 2011, S. 38ff.)

3.2.2 Menschen mit Demenz als Empfänger von Informationen

In der Kommunikation kann es leicht zu Missverständnissen kommen. Dies passiert auch Menschen ohne Demenz häufig. Für sie ist das Empfangen, Verarbeiten und Speichern von Informationen eine Herausforderung. Besonders wenn es um inhaltliche Informationen geht. Ihre Stärken liegen nämlich verstärkt auf der Beziehungs- und Gefühlsebene (vgl. Haberstroh, S. 56). Auf dieser Ebene kann man, auch wenn die verbale Sprache immer mehr nachlässt, weiterhin kommunizieren.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Fokussierung der Aufmerksamkeit • eindeutige, einfache Informationen verstehen • gefühlsmäßige Mitteilung verstehen • Behalten alter und lebensthematisch bedeutsamer Informationen • Behalten emotionaler Informationen • Behalten gefühlsintensiver Ereignisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlagerung der Aufmerksamkeit • Geteilte Aufmerksamkeit • verbal-sprachliche Mitteilung verstehen • Verständnis von Mehrdeutigkeiten • Behalten neuer Informationen • Behalten inhaltlicher Informationen

Tab. Stärken und Schwächen von Menschen mit Demenz als Empfänger von Informationen (Haberstroh 2011, S. 58ff.)

An Demenz Leidende haben große Schwierigkeiten die Aufmerksamkeit auf das Gespräch und die darin übermittelten inhaltlichen Informationen zu lenken. Sie sind häufig nicht mehr in der Lage das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen. Wie auf der folgenden Abbildung zu sehen ist, kann man das Gehirn als eine Art Aktenschrank sehen. Ein physiologisch arbeitendes Gehirn empfängt die Informationen und sortiert es in die passende Schublade oder in den Müllkorb (vgl. Haberstroh 2011, S. 40). Bei einem Gehirn, das an Demenz erkrankt ist, ist dies nicht mehr möglich. Es kann die Informationen nicht mehr nach Dringlichkeit sortiert, in die richtige Schublade stecken. Deshalb fällt es auch sehr schwer, Mehrdeutigkeiten zu verstehen oder ein Gespräch mit viel Inhalt zu verarbeiten.



Abbildung 3: Das Empfangen von Informationen (Haberstroh 2011, S. 41)

3.3 Grundprinzipien der Kommunikation mit Menschen mit Demenz

„Kennt man einen Menschen mit Demenz, kennt man EINEN Menschen mit Demenz.“ (Haberstroh 2011, S. 35). Diesen Satz finde ich sehr passend, denn jeder Mensch mit Demenz ist einzigartig. Demenz ist, wie erwähnt, kein einheitliches Krankheitsbild. Abgesehen von verschiedenen Formen der Demenz, gibt es große Unterschiede bei den Symptomen und beim Verlauf (Haberstroh 2011, S. 35). An Demenz erkrankte Personen sind von ihrem Verhalten und ihren Bedürfnissen her sehr unterschiedlich. Natürlich gibt es keine „Punkt für Punkt- Anleitung“ für die Kommunikation. Jedoch kann man, wenn man einfache Grundprinzipien einhält, eine gute Kommunikationsbasis schaffen. Danach gilt es dann den Mut und die Geduld aufzubringen, eine Beziehung mit demenziell veränderten Menschen aufzubauen, um individuell auf sie eingehen zu können.

3.3.1 Individuelle Herangehensweisen und Kommunikationswege

Jeder Mensch mit Demenz hat seine eigene Art und Weise mit seiner Erkrankung umzugehen. Das Verhalten kann auch, je nach Tageszeit, Tagesform und Umgebungsbedingungen, stark variieren. Eine Art der Kommunikation, die beim einen Mal hilfreich ist, kann beim nächsten Mal versagen. Jedoch gibt es verschiedene Herangehensweisen, die sich bewährt haben. Jeder pflegende Angehörige, beziehungsweise jede Pflegekraft entwickelt sein eigenes Repertoire an Herangehensweisen, die er unterschiedlich, je nach Patient und dessen Verfassung, anwenden kann. Dabei ist es wichtig auf den Patienten einzugehen und genau zu beobachten, wie er sich in gewissen Situationen verhält, um darauf eingehen zu können. Dadurch, dass versorgende Angehörige am meisten mit ihren an Demenz erkrankten Angehörigen zu tun haben, sind sie die Experten für diese Person. Sie stellen eine Stütze für den erkrankten Menschen dar, der zunehmend den Bezug zur Umwelt verliert. Der versorgende Angehörige ist aus diesem Grund auch die wichtigste Quelle für die Pflegeperson um den Menschen mit Demenz mit seiner Biografie kennenzulernen. Denn erst dann kann man gewisse Reaktionen und das Verhalten in Situationen der Angst oder Freude richtig interpretieren. Erst wenn die Bezugspflegekraft den Erkrankten länger betreut und weiß, welche Wünsche und Bedürfnisse er/sie hat, entwickelt sie ein eigenes, für die Betreuung unverzichtbares aktuelles Wissen über den Menschen. Zusammen stellen die versorgenden Angehörigen und die Bezugspflegekräfte das gesamte Wissen, das man braucht, um einen Menschen mit Demenz optimal und individuell zu betreuen (vgl. Haberstroh 2011, S. 36f.).

3.3.2 Verbale Fähigkeiten zur Gestaltung der Kommunikation

Es ist in der Kommunikation mit Hochbetagten immer wichtig, aufmerksam zu sein, ob die Person möglicherweise schwerhörig oder Probleme mit dem Sehen hat. Daher sollte man immer darauf achten, laut und deutlich zu sprechen, beziehungsweise etwas näher zu treten, wenn man merkt, dass die Person mit dem Sehen Probleme hat. Man sollte die Person immer mit einem Namen ansprechen, den sie sicher versteht. Es muss jedoch nicht immer zwanghaft der Nachname sein. Wenn dieser nicht gut verstanden wird, kann man auch mit dem Vornamen arbeiten. Aufgrund der Verständlichkeit sollte man auch immer kurze Sätze formulieren und die Kommunikation mit einfachen Worten gestalten.

Besonders wichtig ist es auch direkte Formulierungen zu verwenden. So werden beispielsweise doppelte Verneinungen oft nicht verstanden. Um das Verständnis, zu erhöhen, ist es hilfreich das Gesagte öfters zu wiederholen und dabei je nach Phase (im Sinne der Validation) am Beginn umzuformulieren. Im fortgeschrittenen Stadium, wenn die kognitiven Fähigkeiten abnehmen, kann man mit dem genauen Wiedergeben des Gesagten Sicherheit, Vertrauen und das Ernstnehmen der Person vermitteln.

Informationen, die man den an Demenz erkrankten mitteilen will, sollten Schritt für Schritt erklärt werden. Es sollte dabei jedoch bei einem Thema geblieben werden, um die Person nicht zu verwirren. Wenn man beispielsweise eine Aktivität geplant hat, sollte diese zuerst sorgfältig erklärt werden und dabei auf eine Reaktion warten, ob es die Person verstanden hat und bereit dafür ist. Sollten dabei Fragen entstehen, sollte man sie abklären und dabei wieder bedenken, dass man jeden Schritt extra erklärt (vgl. Heimerl, 2011 S. 20).

Prinzipiell ist es wichtig rationalen Diskussionen und Argumentationen über die Realität auszuweichen. Es hilft nichts die Person zu korrigieren oder zu konfrontieren. Es kann jedoch eine Situation gut durch positive Bemerkungen, Anerkennung und Lob gelenkt werden. Bei Fragen bezüglich der Person ist es bedeutend die fünf Ws (wer, wo, was, wie, wann) zu verwenden, um die Person und ihre Biografie kennenzulernen und verstehen zu lernen. Jedoch haben Fragen, die mit wieso, warum, weshalb beginnen, wenig Sinn, da Menschen, die an Demenz erkrankt sind, diese nicht beantworten können. Denn diese Fragen erfordern oft nicht mehr vorhandene kognitive Fähigkeiten, wie etwa logisches Denken, Einsicht oder die Fähigkeit Gedanken, Ereignisse oder Emotionen verknüpfen zu können. Außerdem kann die die Frage „Warum“ besonders am Anfang der Demenz zu Schuldgefühlen führen. Grundlegend ist es ebenfalls, egal in welchem Stadium der Demenz, niemals über die Person zu sprechen als wäre sie ein Kind oder im schlechtesten Fall, nicht anwesend (vgl. Heimerl 2011, S.20 f.).

3.3.3 Nonverbale und emotionale Fähigkeiten zur Gestaltung der Kommunikation

Bei der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Personen ist es wichtig, sich auf die gleiche Augenhöhe zu bringen, beispielsweise durch Hinsetzen oder in die Knie Gehen. Dadurch kann vermehrt der Augenkontakt aufgebaut werden und eine deutliche Zugewandtheit signalisiert werden. Beim Zuhören ist es wichtig, nicht nur aktiv und empathisch zuzuhören, sondern auch ein emotionales Hinhorchen ist sehr wichtig. Es

benötigt Geduld und Empathie beim einfühlsamen Beobachten und Deuten der kleinsten Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Tränen in den Augen, kleine Handbewegungen, Zucken des Mundwinkels und des Mundes als Kommunikationsversuche zu deuten. Emotionale Kommunikationssignale sind oft nicht sehr deutlich, es kann eine Veränderung der Stimmlage oder der Körpersprache sein, die es zu verstehen gilt. Besonders beim Interpretieren von herausforderndem Verhalten, als Kommunikationsversuch der unerfüllten Bedürfnisse, ist Empathie gefragt. Die Arten, wie Gefühle geäußert werden, sind sehr unterschiedlich und meist für Pflegende sehr schwer interpretierbar. Hilfreich kann dabei auch das Spiegeln der Gefühle sein. Das heißt zum Beispiel die Tonlage nachahmen, die Emotionen in der eigenen Körpersprache zu spiegeln und ihnen zu verstehen geben, dass man die Gefühle wie Zorn oder Traurigkeit gesehen und verstanden hat. Man sollte auch eigene Gefühle, wie Angst vor Alter, Tod, Trauer, Wut, Aggression und Hilflosigkeit selbst wahrnehmen und reflektieren, eventuell je nach Stadium der Demenz auch der Person mitteilen. Weiters sollte man körperliche Nähe zulassen. Wenn in fortgeschritteneren Stadien der Demenz die Fähigkeit der Sprache nachlässt, sind Berührungen von großer Bedeutung für den Aufbau einer Beziehung. So gelten Berührungen an Armen, Schultern und Händen als beruhigend. Wenn das Vertrauen aufgebaut ist, auch Berührungen im Gesicht. Bei weit fortgeschrittener Demenz werden von den Betroffenen nur mehr kopfnahere Berührungen (Oberarme, oberer Anteil von Brust und Rücken, Schultern, Hals und Kopf) sicher als „Das gilt mir!“ erkannt (vgl. Heimerl 2011, S. 22).

3.3.4 Haltungen und Einstellungen während der Kommunikation

Pflegende sollten sich immer langsam und vor allem ruhig Menschen mit Demenz nähern. Um sich auf die Betroffenen einlassen zu können sollte man sich vorher zentrieren und bei sich selbst sein, um dann die nötige Konzentration aufbringen zu können. Während der Kommunikation ist es wichtig Achtsamkeit, Präsenz und Aufmerksamkeit zu vermitteln. Es ist eine Voraussetzung für gute Kommunikation, dass man die Person mit ihren Anliegen immer Ernst nimmt. Die Konzentration gilt hier nicht ausschließlich den Einschränkungen und Verlusten von Fähigkeiten, sondern den verbliebenen Fähigkeiten. Daher sollte man sich darauf achten, Aktivitäten anzubieten, die für die Person mit Demenz erfreulich sind. Die Kommunikation selbst wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dies kann die eigene Geschichte der Person sein, Depression, Abhängigkeit, Isolation, das Selbstkonzept und

die Persönlichkeiten beider Gesprächspartner. Die Geschichte der Pflegenden und der Betroffenen spielt eine große Rolle während der Kommunikation. Diese Einflüsse muss man identifizieren und darauf eingehen (vgl. Heimerl 2011, S. 23).

Da Menschen mit Demenz oft unvorhergesehen oder ungewöhnlich reagieren, sollte man darauf gefasst sein und sich dadurch nicht aus der Ruhe bringen lassen. Bei Problemen ist nicht unbedingt eine Lösung notwendig. Die Person mit Demenz sucht nicht nach Lösungen, sie möchte so angenommen werden wie sie ist. Wenn ihr nach Weinen zu Mute ist, sollte sie weinen dürfen. Die größte Hilfe ist hier oft wenn man ihren Schmerz teilt und sie somit merkt, dass sie nicht alleine ist und ernst genommen wird (vgl. Heimerl 2011, S. 23).

4 Ausgewählte Ansätze und Methoden zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz

4.1 Psychobiografisches Modell nach Erwin Böhm

Erwin Böhm ist der Begründer des psychobiographischen Pflegemodells. Er entwickelte es während seiner dreißigjährigen Berufserfahrung als Krankenpfleger in der Wiener Psychiatrie. Er hatte die Vorstellung, dass psychologische Symptome der Kindheit, die nach lebenslangem, latentem Vorhandensein, im Alter durch bestimmte Auslösungsmechanismen frei gesetzt werden und somit wieder auftreten. Dabei geht er davon aus, dass sie reversibel sind. Böhm sagt, dass diese psychologischen Symptome dann auftreten, wenn in Folge einer Spannung im Leben keine Kompensationsmöglichkeiten mehr abgerufen werden können oder der Wille dazu fehlt. Beispiele hierfür wären der plötzliche Tod des Ehepartners, das Bewusstwerden der eigenen körperlichen Gebrechlichkeit, chronische Schmerzen infolge einer Krankheit oder einfach Einsamkeit (vgl. Hilgert 2005, S. 4f).

„Der Mensch wird heute älter als seine Seele verkraftet“ (Hilgert 2005, S. 5).

„Viele Menschen, die somatisch noch nicht sterben können, sterben vorher psychisch. Sie wollen nicht mehr erreichbar, nicht ansprechbar sein und erscheinen verwirrt.“ (Hilgert 2005, S. 5).

Böhm drückte in zwei seiner berühmtesten Zitate aus, dass Menschen ab einem gewissen Alter eine Art Lebensbilanz ziehen und danach in eine frühere infantile Reifestufe zurückkehren, in der sie verwirrt wirken. Dabei handelt es sich um eine mentale Regression. Die Dekompensation verläuft beim alten Menschen entgegengesetzt der Entwicklung eines Kindes zur sozialisierten Person ab, das bedeutet rückläufig. Böhm will in seinem Modell diesen Vorgang durchbrechen (vgl. Hilgert 2005, S. 5).

Sein Ansatz umfasst die intensive Auseinandersetzung mit dem älter werdenden pflegebedürftigen, dementierenden Menschen. Die ganzheitliche individuelle Erfassung des psychisch kranken Betroffenen steht hier im Zentrum des pflegerischen Verständnisses. Ganzheitlichkeit in diesem Zusammenhang bedeutet für Böhm vor allem die intensive Beschäftigung mit der eigenen und fremden Seele. Er betont, dass derartige Inhalte und Schwerpunkte in der Krankenpflegeausbildung bislang wenig, beziehungsweise gar keine Berücksichtigung fanden. Pflegekräfte wurden in der Vergangenheit meist somatisch bzw. grundpflegerisch in ihrer Ausbildung ausgerichtet (vgl. Hilgert 2005, S. 5).

In seinem Modell hat Böhm sieben Interaktionsstufen festgelegt, die die Abbaustufe einer an einer Demenz erkrankten Person kennzeichnen. Je nachdem in welcher Interaktionsstufe sich der Mensch befindet, kann die Kommunikation unterschiedlich gestaltet werden (vgl. Rogal 2005, S. 108).

4.1.1 Sieben Stufen der Erreichbarkeit nach Böhm

Anschließend möchte ich die Kommunikation mit Menschen mit Demenz anhand der Erreichbarkeitsstufen nach Böhm erläutern (vgl. Rogal 2005, S.108).

4.1.1.1 Sozialisation

Hier geht es um Erlebtes in der eigenen Sozialisation. In diesem Stadium besteht noch kein kognitives Defizit und das Gespräch mit der Person kann nach den allgemeinen Regeln der Kommunikation erfolgen (vgl. Rogal 2005, S. 109).

4.1.1.2 Mutterwitz

Der Mutterwitz ist abhängig von der Region und dem Milieu, sie sind ein wichtiger Faktor, wie eine Person spricht. Dazu gehört beispielsweise der Dialekt oder der Humor. Zweiteres wird laut Böhm von den Frauen während der Kindererziehung geprägt. In dieser Stufe ist bereits ein leichtes kognitives Defizit (Erinnerungslücken) vorhanden. Die Person

ist hier noch über die normalen Kommunikationsregeln erreichbar. Am besten funktioniert dies mit dem Humor ihrer Zeit. Der Dialekt spielt in dieser Phase eine große Rolle (vgl. Rogal 2005, S. 109).

4.1.1.3 Emotionale Grundbedürfnisse

Hier geht es um aus dem Leben Verinnerlichtes, wie zum Beispiel das Gefühl Daheim zu sein bei dem Geruch von Holz. Es besteht zu diesem Zeitpunkt bereits ein leichter kognitiver Ausfall. Die Person ist in diesem Stadium gut über den Dialekt, die Muttersprache zu erreichen. Im Gespräch kann gut mit bestimmten Sprüchen oder Reizsätzen gearbeitet werden. Beispiele hierfür wären „Vor dem Essen Hände waschen nicht vergessen“ oder „Es wird gegessen was auf den Tisch kommt.“ (vgl. Rogal 2005, S. 109)

4.1.1.4 Prägungen

Im Zentrum stehen hier Verhaltensnormen und Rituale. Die Person leidet an einem mäßigen kognitiven Defizit und ausgeprägten Defiziten in folgenden Bereichen: schlechter Informationsstand über aktuelles Geschehen, es kommt zu Erinnerungslücken und Konzentrationsschwächen, es wird schwieriger Probleme und komplexe Aufgaben zu bewältigen. Dies kann man mit der Entwicklungsstufe eines Kindes zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr vergleichen. Die beste Möglichkeit mit der Person eine Kommunikation zu starten ist ein emotionaler Einstieg. Themen könnten zum Beispiel das erste eigene Fahrrad, alte Ansichtskarten oder die Lieblingsfotos sein. Eine weitere Möglichkeit besteht darin die Prägungssprache der Person zu nützen. Dies können kurze und knappe Befehlsanweisungen bei einem General sein, wenn er eine Tätigkeit ausführen soll (vgl. Rogal 2005, S. 109f.).

4.1.1.5 Höhere und niedere Triebe

Dazu zählen zum Beispiel Essen, Macht, Hass und Liebe. Dieses Stadium kann man ebenfalls dem dritten bis sechstem Lebensjahr zuordnen. Es besteht ein mittleres kognitives Defizit und es ist eine beginnende Demenz deutlich erkennbar. Hier ist es wichtig die Kommunikation, verbal und nonverbal, an die Prägungszeit der Person in dieser Altersstufe anzupassen. Gespräche und Rituale sind einzuhalten, um die Person zu fordern ohne sie zu überfordern. Ein Beispiel ist, das Essen pünktlich zum Glockenschlag um 12 Uhr Mittag zu servieren (vgl. Rogal 2005, S. 110).

4.1.1.6 Intuition

Entscheidend sind hier Mythen, Aberglaube, Volkstum, Brauchtum und vieles mehr. Einordnen kann man diese Phase in das Säuglings- bis Kleinkindalter. Die Person hat ein schweres kognitives Defizit und leidet an mittelschwerer Demenz. Die Ansprache erfolgt am besten über den Vornamen der Person. Das Vorlesen von Märchen oder das gemeinsame Beten fördert die Kommunikation. Der Tonfall der Pflegekraft ist hier entscheidend für das Aufbauen einer vertrauensvollen Beziehung (vgl. Rogal 2005, S. 110).

4.1.1.7 Urkommunikation

Diese Phase entspricht der Säuglingsstufe. Es besteht ein schweres kognitives Defizit. Um die Kommunikation herstellen zu können wird die Anregung der Sinne empfohlen. Wirkungsvoll sind hier die taktile (zB Berührung), visuell (zB Bilder an die Decke oder ein Mobile über dem Bett), akustisch (zB Musik, Geräusche), aromatisch (zB Düfte wie Lavendel) oder motorisch (zB Anwendung eines Schaukelstuhls). Besondere Wirkung zeigt die basale Stimulation (vgl. Rogal 2005, S. 110).

4.2 Person-zentrierter Ansatz von T. Kitwood

Am besten lässt sich der Grundgedanke des Ansatzes von Kitwood mit einer Metapher ausdrücken, die immer wieder von Vertretern des Ansatzes herangezogen wird:

„...in den Schuhen des Anderen - der Person mit Demenz - gehen.“ (Carl Rogers)

In der westlichen Zivilgesellschaft wird das Hauptaugenmerk oft nur auf die Defizite und Verluste von Personen gelegt. Oft folgt daraus die Gefahr, dass ihnen das Person-sein abgesprochen wird. Dies erkannte Tom Kitwood Anfang der 90er. Der englische Sozialpsychologe benannte diese Situation als „malinge Sozialpsychologie“ und begründete seinen personenzentrierten Ansatz. Hier steht nicht die Demenz als Krankheit, sondern die Person mit Demenz im Mittelpunkt. Als Basis seiner Überlegungen nahm Kitwood die von Carl Rogers entwickelte klientenzentrierte Gesprächstherapie. Im Zentrum steht das Konzept der Empathie, das verstehende Zuhören, das die Gefühle des Anderen nachvollzieht, ohne sie zu übernehmen (vgl. Heimerl K. 2011, S. 15)

Einer der Grundpfeiler Kitwoods Ansatzes ist die Erhaltung des Person-seins als der

„Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (Kitwood T. 2005, S. 27). Bei einer demenziellen Erkrankung ist dieser verliehene Status in Gefahr. Das personenzentrierte Verständnismodell sieht die Demenz eines Individuums als eine Form der Behinderung, die infolge einer Interaktion von verschiedenen Ursachenkomplexen auftritt (vgl. Hametner 2007, S. 37).

Weiteres bezieht er unter anderem auch eine Vielzahl von Faktoren in sein Modell ein, wie beispielsweise die Biografie der Betroffenen, ihre Persönlichkeit und das soziale Umfeld (vgl. Heimerl K. 2011, S. 15f). Durch diesen Zusammenhang hat das „Gegenüber“ trägt einen wichtigen Part zum Erhalt eines relativen Wohlbefindens trotz Demenz bei (vgl. Hametner 2007, S. 37). So stellt er die Annahme in Frage, dass herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenzerkrankung ausschließlich auf den hirnorganischen Abbauprozess zurückzuführen ist. Eher sieht er darin ein emotionales Unwohlsein der Person mit Demenz in ihrem Umfeld (vgl. Heimerl K. 2011, S. 15f). Dieses herausfordernde Verhalten ist ein wichtiger Kernpunkt von Kitwood, der unter **2.4** näher erläutert habe. Weiters kritisiert er die Aussage, dass Menschen mit Demenz eine Persönlichkeitsveränderung durchmachen. Wenn zum Beispiel ein sonst ruhiger, beherrschter Mensch Wut zeigt und vielleicht sogar aggressiv schimpft, glaubt die Umgebung oft, dass er sich verändert habe. Kitwood sieht diese Wutausbrüche als eine psychische Abwehrreaktion, die durch die Angst vor der Krankheit, besonders zu Beginn des Verlustes der Eigenständigkeit, verursacht wird. Er fordert, dass die menschlichen Bedürfnisse nach Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung, Identität und Liebe in der Pflege von Personen mit Demenz besonders beachtet werden (vgl. Hametner 2007, S. 37f.).

4.3 Vorgehen auf Basis der ABC-Prinzipien

Wenn eine an Demenz erkrankte Person aufgebracht ist, beziehungsweise gerade ein herausforderndes Verhalten zeigt, kann man die ABC-Methode anwenden. Diese besteht aus drei wichtigen Punkte die zum Ziel haben, dass sich die Betroffenen nicht in ihrer Freiheit und Selbstständigkeit in Frage gestellt fühlen. Auch hier ist es von besonderer Bedeutung den Menschen mit Demenz verbal und nonverbal das Gefühl zu geben, dass

sie sich akzeptiert, respektiert, wertgeschätzt, geachtet, sicher, verstanden und autonom fühlen können (vgl. Rogal 2005, S. 111).

A steht für „avoid confrontation“ und bedeutet, dass man sich auf keine rationale Diskussion oder Konfrontation mit dem Menschen mit Demenz einlassen sollte. Eher sollte man passiv zuhören oder den Betroffenen bestätigen (vgl. Heimerl 2011, S. 24). Es ist besonders wichtig, die Person nicht mit den eigenen Fehlern zu konfrontieren, da dies für sie eine unangenehme Atmosphäre erzeugen würde. Falsche Aussagen kann man mit neutralen Aussagen wie „Ach, wirklich!?“ oder „Ich weiß nicht“ beantwortet werden und so eine meist lange Diskussion umgangen werden. Auf diesem Weg werden die Personen auch nicht ausgebessert und sie fühlen sich nicht mit ihren Problemen ignoriert (vgl. Rogal 2005, S. 111)

B steht für „be practical“ und drückt aus, dass man zweckmäßig handeln sollte, beziehungsweise praktische Lösungen in kritische Situationen bringen um diese zu entschärfen oder sie von vorn herein zu vermeiden (vgl. Heimerl 2011, S. 24).

C steht für „clarify emotions“ und meint, dass man die Gefühle der Demenzerkrankten aus der eigenen Sicht formulieren oder sie spiegeln soll, um Trost in einer Situation der Angst oder Aufregung zu spenden. Die Pflegekraft kann mit dieser Methode helfen die Person zu beruhigen. Es kann bei ängstlichen Personen auch sinnvoll sein in so einer Situation mit ihnen zu Singen, da dies angstlösend ist (vgl. Rogal 2005, S. 111)

4.4 Validation nach Naomi Feil - die einführende Kommunikation

Diese Methode wurde in den 60er Jahren von Naomi Feil in Amerika als Kommunikationsmethode für Menschen mit Demenz entwickelt. Die zentralen Aspekte sind Akzeptanz, Empathie und das Verstehen ohne Korrektur, also die Annahme des gezeigten Verhaltens eines Menschen (vgl. Monke 2007, S. 20).

In der Validation gilt es den Betroffenen in seiner Emotionalität zu verstehen und ihn in seiner Lage zu bestätigen. Dies hat das Ziel das Selbstwertgefühl und das Befinden wiederherzustellen und zu stärken. Dabei werden verbale und nonverbale Techniken angewandt. So soll etwa das Spiegeln von hervorbrechenden Emotionen und Äußerungen über verbale und nonverbale Sprache, Wiederholungen sowie explorierende Fragen den

Erkrankten das Gefühl von Verständnis vermitteln und somit zu einer inneren Ruhe verhelfen (vgl. Monke 2007, S. 20).

Feil entwickelte die Validation ursprünglich für Hochbetagte ohne Demenz, die mit vielen Selbstenttäuschungen, Isolation und Einsamkeit leben. Die fehlenden Fähigkeiten ihre Lebensprobleme und -geschichten zu lösen, führt zu einem immer weiterem Rückzug. Die Kommunikationsmethode wurde schließlich von Feil auf Menschen mit Demenz übertragen. Für Feil gibt es vier Stadien der Aufarbeitung der Lebensaufgaben. Diese sind mangelhafte und unglückliche Orientierung, Zeitverwirrtheit, sich wiederholende Bewegungen und vegetieren/vor-sich-hin-Dämmern (vgl. Monke 2007, S. 20).

Anschließend möchte ich diese vier Stadien kurz beschreiben.

4.4.1 Stadien der Validation

Im ersten Stadium, der mangelhaften und unglücklichen Orientierung, befindet sich die Person weitgehend in der Realität und ist größtenteils orientiert. Jedoch spüren sie, dass mit ihnen etwas nicht stimmt und fühlen sich dadurch unglücklich. Es kommt immer mehr die Angst, die Kontrolle über sich selbst und ihr Leben zu verlieren. Sie setzen alles daran, Fehlleistungen vor der eigenen Person und anderen zu verbergen. Ihrer Umwelt gegenüber verhalten sie sich dadurch oft misstrauisch und ablehnend. Charakteristisch ist die Neigung andere ungerechtfertigt zu beschuldigen (vgl. Heimerl 2011, S. 31).

Ein Phänomen in diesem Stadium ist das Übertragen eines Konflikts aus der Vergangenheit auf eine Person der Gegenwart. Es wird eine Person aus der Gegenwart fälschlich beschuldigt. Beim Nachfragen wird klar, dass die fehlorientierte Person mit einer ungelösten Krise aus einer früheren Lebensstufe ringt. Diese unverarbeiteten Gefühle gegenüber einem wichtigen Menschen, der in dieser Krise eine Rolle spielte, sind immer noch präsent und werden auf ein ahnungsloses „Opfer“ in der Gegenwart übertragen. Es kann jedoch auch eine fiktive, metaphorische Gestalt sein, die den wesentlichen Gehalt der Krise verkörpert (vgl. Morton 2002, S. 61f).

Die Grundhaltung sollte hier sein, dass man nichts anzweifelt. Der Person sollte betont Respekt ausgedrückt werden. Nähe und Berührungen werden meist von den Betroffenen nicht gewünscht (vgl. Rogal 2005, S. 113).

Im zweiten Stadium, der Zeitverwirrtheit, gehen Kontrolle und Orientierung langsam verloren. Die kognitiven Fähigkeiten lassen immer stärker nach. Die Gegenwart wird

immer unbedeutender. Das Leben der Betroffenen findet meist hauptsächlich in der Vergangenheit statt (vgl. Heimerl 2011, S. 31). Das kommt daher, dass es bereits massive Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses gibt, jedoch das Langzeitgedächtnis noch relativ intakt ist. Verbales Kommunizieren ist noch möglich, jedoch leiden die Betroffenen unter Wortfindungsproblemen. Weiters erfinden sie neue Worte, diese werden auch Neologismen genannt. Die Personen brauchen immer verstärkter Hilfe bei der täglichen Körperpflege und anderen Alltagstätigkeiten. Ursprünglich war die Gruppe der „Zeitverwirrten“ die Zielgruppe der Validation nach Feil (vgl. Morton 2002, S. 63).

Von der Grundhaltung her ist es wichtig, dass man auf der Gefühlsebene kommuniziert. Berührungen und Nähe sind empfohlen. Es ist wichtig, die Symbolik im aktuellen Verhalten und der Sprache im Kontext der Biografie zu verstehen (vgl. Rogal 2005, S. 113).

Die Menschen mit Demenz im Stadium der wiederholten Bewegungen ziehen sich immer weiter von der Realität zurück. Ihre sprachlichen Fähigkeiten gehen allmählich ganz verloren (vgl. Heimerl 2011, S. 31). Durch diese Dysphasie benutzt der Betroffene Laute um Vergnügen und/oder Stimulation zu äußern. Alle Fähigkeiten, die man für eine erfolgreiche Bewältigung des alltäglichen Lebens braucht, sind bedroht oder nicht mehr vorhanden. Auch die verinnerlichten Hemmungen, die den Ausdruck von Gefühlen oder die Bedürfnisbefriedigung steuern, schwinden (vgl. Morton 2002, S. 63).

Feil beschrieb dies durch folgenden Satz: „Lebenslang eingesperrte Gefühle brechen nun heraus, der Stöpsel ist weg“ (vgl. Morton 2002, S.63). Erreichbar sind die an Demenz leidenden Personen ausschließlich auf der Gefühlsebene. Der wichtigste Kommunikationsträger sind Berührungen. Wiederholte Bewegungen drücken aus, was den Menschen wichtig ist (vgl. Heimerl 2011, S. 31).

Hier sollte die Grundhaltung folgend aussehen: Nähe und Berührung sind in diesem Stadium notwendig. Es besteht eine zu beachtende kurze Konzentrationsfähigkeit. Es gilt außerdem alle Sinneskanäle zu stimulieren (vgl. Rogal 2005, S. 113).

Das Vegetieren entspricht der „schweren Demenz“. Der Betroffene wird unempfindlich, passiv und unbeweglich. Validation kann hier auf einer individuellen Ebene versucht werden, jedoch beschreibt Feil die therapeutische Wirkung eher als Hoffnung als eine realistische Erwartung (vgl. Moton 2002, S. 63). In der letzten Stufe hat der Betroffene es aufgegeben sein Leben in irgendeiner Form zu verarbeiten und sich vollständig in sein Inneres zurückgezogen (vgl. Matolycz 2011, S. 258). Der Mensch mit Demenz dämmt

nur mehr vor sich hin, die Augen sind meist geschlossen oder schauen blicklos ins Leere. Es wird keine Reaktion auf Sprache oder Berührungen gezeigt. Möglich sind jedoch positive Signale auf anhaltende Zuwendungen (vgl. Heimerl 2011, S. 31).

Bezüglich der Grundhaltung im Stadium des Vegetieren ist es sehr wichtig zu realisieren, dass intensive Nähe und Berührungen notwendig für die Person sind. Es sind hier nicht immer deutlich erkennbare positive Reaktionen vorhanden (vgl. Rogal 2005, S. 113).

4.4.2 Techniken der Validation

Es gibt verschiedene Techniken der Validation, die in Kombination während eines Gespräches, beziehungsweise des Validationsvorganges eingesetzt werden. Ich möchte sie kurz vorstellen:

Zentrieren: Jede Validationssitzung sollte damit beginnen, dass man sich selbst zentriert. Indem man tief ein- und ausatmet, kann man vielem Ärger und Frustration freien Lauf lassen. Durch das „weglegen“ der eigenen Gefühle kann man aufmerksamer und einführender der anderen Person zuhören (vgl. Messer 2007, S. 48).

Fragen stellen: Es ist wichtig Tatsachenfragen zu stellen. Darunter fallen alle Fragen, die mit wer, was, wo, wann und wie beginnen. Die Betroffenen wollen ihr Leben aufarbeiten, sie interessieren sich nicht dafür, warum sie so sind wie sie sind und warum ihr Verhalten so ist. Wenn man sie mit Gefühlen konfrontiert oder sie unter Druck setzt ihre Empfindungen einzugestehen, wird man damit rechnen müssen, dass sie sich zurückziehen. Deshalb sollte man eindeutige, nicht wertende Wörter benutzen um Vertrauen herzustellen (vgl. Messer 2007, S. 49).

Wiederholen und Zusammenfassen: Es wirkt oft tröstend wenn man die eigenen Worte noch einmal von einem anderen hört. Besonders wenn man sich gerade in der Aufarbeitungsphase befindet. Wiederholen ist in dem Sinn gemeint, dass man das Gesagte sinngemäß, mit den gleichen Schlüsselwörtern wiedergibt. Beachten sollte man dabei die Stimmmelodie und den Klang der Stimme (vgl. Messer 2007, S. 49).

Extreme setzen: Hier fordert man die Person auf, bei einer Beschwerde an die schlimmste Möglichkeit zu denken. Im Hinterkopf hat die Person jetzt den schlimmsten Fall und drückt somit ihre Gefühle intensiver aus. Dies führt zu einer Erleichterung (vgl. Messer 2007, S. 49).

Sich das Gegenteil vorstellen: Dies hilft dabei, sich an eventuell schon bekannte Lösungen zu erinnern. Dies setzt ein großes Vertrauen voraus (vgl. Messer 2007, S. 48).

Erinnern: Da neue Lösungswege für Menschen mit Demenz schwer zu finden sind, ist es hilfreich vergangene Erfahrungen wieder ins Gedächtnis zu rufen, um aktuelle Probleme besser bewältigen zu können (vgl. Messer 2007, S. 49).

Ehrlichen, engen Augenkontakt halten: Augenkontakt vermittelt Menschen mit Demenz ein Gefühl des Geliebt-seins und der Sicherheit. Auch Personen mit Sehproblemen können einen konzentrierten Blick eines Gesprächspartners fühlen, der ihnen direkt in die Augen sieht (vgl. Messer 2007, S. 49).

Mehrdeutigkeit: Zeitverwirrte Menschen verwenden oft Wörter, die für andere Beteiligte keinen Sinn ergeben. Sie verständigen sich auf verschiedene Arten, oft auch ohne Worte, was das Verstehen sehr schwierig macht. Wenn man Mehrdeutigkeit zulässt, kann man oft mit zeitverwirrten Menschen kommunizieren, ohne dass man versteht was sie sagen. Deshalb wollte man Fürwörter einsetzen, die mehrere Lösungen zulassen, wie etwa „er“, „sie“, „es“, „etwas“ oder „jemand“ (vgl. Messer 2007, S. 50).

Sanft und liebevoll sprechen: Oft führt ein sanfter, liebevoller Klang der Stimme dazu, dass Erinnerungen an eine geliebte Person wieder kommen. Das wiederum hilft Stress abzubauen. Menschen mit Demenz reagieren außerdem zornig oder mit Rückzug auf ungeduldiges, beziehungsweise unfreundliches Sprechen. Hohe Klänge sind für alte Menschen schwer zu hören. Deshalb ist es wichtig, eine geeignete Stimmlage zu treffen (vgl. Messer 2007, S. 50).

Beobachten, Bewegungen und Gefühle der Person spiegeln: Menschen im zweiten oder dritten Stadium teilen ihre Gefühle oft ohne jede Hemmung mit. Um eine Verbindung aufbauen zu können ist es wichtig, ihre Körpersprache genau zu kennen. Dabei muss man auf Augen, Gesichtsmuskeln, Atmung, Veränderungen der Hautfarbe, Kinn, Unterlippe, Hände und Bauch achten. Auch die Sitzhaltung ist genau zu beobachten. Wenn die Person die validiert wird heftig atmet, sollte man auch heftiger atmen. Wenn sie ständig auf und ab geht sollte man auch auf und ab gehen. Wenn man dies mit der richtigen Anteilnahme macht, wird eine wortlose Verbindung aufgebaut. Eine Brücke zueinander entsteht. Es ermöglicht einem, die Gefühlswelt von zeitverwirrten Personen zu betreten (vgl. Messer 2007, S. 50).

Zusammenhang zwischen Verhalten und Bedürfnis: Es gibt drei Grundbedürfnisse,

denen Pflegepersonen das Verhalten von Menschen mit Demenz zuordnen können. Das Erste ist das Bedürfnis sich sicher, geschützt und sich geliebt zu fühlen. Dazu zählt auch, sich nützlich zu fühlen. Das zweite Grundbedürfnis ist das danach spontane Gefühle ausdrücken zu können und gehört zu werden. Das Wiederaufnehmen von Bewegungen, die mit der Arbeit verbunden sind gehört auch dazu. Eigene Gefühle ausdrücken zu können, stellt das dritte Grundbedürfnis dar. Wenn sehr alte Menschen schlagen, auf- und abgehen, reiben oder klopfen kann dies aus einem Mangel der Befriedigung der Bedürfnisse entstehen (vgl. Messer 2007, S. 51).

Bevorzugtes Sinnesorgan: Wenn man das bevorzugte Sinnesorgan eines Menschen kennt, ist es leichter Vertrauen aufzubauen (vgl. Messer 2007, S. 51).

Berühren: Menschen mit Demenz brauchen das Gefühl der menschlichen Gegenwart. Es ist am einfachsten über die Berührung zu erlangen. Dabei macht es keinen Unterschied ob dies eine fremde Person ist oder ein langjähriger Verbündeter. Um zu kommunizieren muss man in die Welt dieser Person eintreten und sie so berühren, wie sie von einem geliebten Menschen berührt wurde. Beispielsweise sind leichte, kreisförmige Bewegungen mit der Handfläche auf der oberen Wange eine Erinnerung und vermitteln uns das Gefühl von „von-einer-Mutter-umhegt-sein“. Ein zweites Beispiel ist das Gefühl von „ein Bruder/Schwester oder guter Freund sein“, das durch die Reibung beider Hände über die Schulter und den oberen Teil des Rückens, entsteht (vgl. Messer 2007, S. 51).

Musik einsetzen: Musik gibt Menschen mit Demenz Energie. Auch wenn die Worte versagen, können oft Lieder, beziehungsweise Melodien aus der Kindheit gesungen werden (vgl. Messer 2007, S. 51).

4.5 Biografiearbeit

Um zu wissen, an welche alten Themen oder Erinnerungen man anknüpfen kann, muss man die Biografie eines Demenzerkrankten kennen. Was war diesem einzigartigen Menschen in seinem Leben besonders wichtig? Wovon hat er besonders gerne berichtet? Auf welche Leistungen und Verdienste war er besonders stolz? Was hat ihm Freude bereitet oder ihn nachdenklich gestimmt? Worüber hat er immer gelacht? Womit hat er am liebsten seine Zeit verbracht? (vgl. Haberstroh 2011, S. 47)

Die Biografie, mit ihren alten Erinnerungen und wichtigen Lebensthemen, sind der „Königsweg“ zur Kommunikation. Dies gilt für die Kommunikation mit allen Menschen und besonders für Menschen die in ihrer Erinnerung leben, Menschen die an Demenz erkrankt sind. Es signalisiert Interesse und Wertschätzung wenn man an das anknüpft, das einer Person wichtig war oder ist. Dies wird Stärken und Wohlbefinden wecken. Die Biografie hilft uns auch eine Person besser zu verstehen und ihre Beweggründe und Antriebe zu begreifen (vgl. Haberstroh 2011, S. 47).

Biografieorientiertes Arbeiten ist ein unverzichtbarer Bestandteil der meisten Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz und zielt darauf ab, das Identitätsgefühl des Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten. Dies ist ein wichtiger Faktor der Behandlung, denn nach und nach verlieren Demenzerkrankte die Erinnerung an die eigene Person und was diese ausmacht. Das heißt die Vorstellung von sich selbst, wer man ist und wie man so geworden ist, verschwimmt immer mehr. Besonders in der stationären Betreuung hat die Biografiearbeit einen hohen Stellenwert, da die Zahl der Repräsentanzen des vergangenen Lebens, die zur Identitätsbildung beitragen, stark reduziert wird (vgl. Radenbach 2011, S. 36).

Es gibt es einen Unterschied zwischen gesprächsorientierter und aktivitätenorientierter Biografiearbeit. Zu der gesprächsorientierten Biografiearbeit zählen Einzel- und Gruppengespräche. Sie werden zu vorgegebenen Themen, wie etwa „Schulzeit“, geführt. Die vom Betreuer gestellten Fragen sollen das Erinnerungsvermögen, die Kommunikationsfähigkeit und die Stärken des sozialen Miteinanders fördern. Bei der aktivitätsorientierten Biografiearbeit wird die Biografie mit einer Tätigkeit verschmolzen. Ein Beispiel wäre ein Ausflug zu einem Ort, an dem der/die Demenzerkrankte in seiner Kindheit oft war. Bei dieser Methode werden mehrere Sinne angesprochen und ist bei Demenzerkrankten, bei denen die verbale Mitteilungsfähigkeit nachlässt, besonders wirkungsvoll. Die optimale Biografiearbeit ist eine Mischung beider Formen (vgl. Radenbach 2011, S. 37).

Die Erstellung eines Biografiebogens bezieht sich auf die Organisation und das Konzept einer Altenpflegeeinrichtung. Es gibt keinen standardisierten Bogen. Da viele Demenzerkrankte nicht mehr in der Lage sind alle relevanten Informationen über ihr Leben preiszugeben spielt eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen eine große Rolle. Das in Biografiebogen Lücken enthalten sind ist normal. In solchen Fällen liegt es oft an den Pflegefachkräften, besonders aufmerksam zu sein, denn oft sind kleine Reaktionen

schon eine Antwort auf eine solche Lücke. So sind schon zufällige Zugänge zu Daten, wie etwa viele Blumen oder Stoffhunde im Zimmer eines Betroffenen, eine Hilfe um bedürfnisorientiert arbeiten zu können. Der Inhalt ist, wie oben erwähnt, nicht standardisiert. Jedoch sollten einige Punkte in einem Biografiebogen nicht fehlen. Etwa Fragen zur Familiengeschichte (Eltern, Geschwister, Familienstand, Kinder), zur Bildung (Schulzeit, Ausbildung, Studium), zum Beruf (Tätigkeit, Arbeitsort, Auszeichnungen), zur Freizeit (Urlaub, Freundeskreis, zu Hobbies, Vereinszugehörigkeit), zu kulturgeschichtlichen Ereignissen (Kriegserlebnisse), zur Religion (persönliche Bedeutung und Ausübung der Religion) und zu alltäglichen Gewohnheiten (Tagesablauf, Essen, Schlafen). Als Grundregeln der Erstellung eines Biografiebogens gelten die Freiwilligkeit des Demenzerkrankten bei der Befragung teilzunehmen und der vertrauliche Umgang mit den neuerworbenen Informationen, denn diese Daten unterliegen dem Datenschutz. Fragebögen gelten als Grundgerüst, das helfen soll ein informationsreiches und angenehmes Gespräch zu führen. Bei der Findung von Gesprächsthemen geht es also nicht um systematisches, schnelles Abfragen einzelner Punkte (vgl. Radenbach 2011, S. 37f.). So ist es beispielsweise nicht das Ziel eine genaue Aufstellung aller Familienmitglieder zu bekommen, sondern die Beziehungen des Demenzerkrankten mit den wichtigsten Familienmitgliedern zu erfahren (vgl. Radenbach 2011 S. 38).

Die Biografiearbeit hat einen hohen Stellenwert in der Pflege. Sie dient nicht nur der Aktivierung der Betroffenen, sondern ist sie speziell in der Kommunikation mit Demenzerkrankten sehr wichtig. Nicht nur, dass man dadurch Reaktionen besser deuten kann, auch ist es dadurch möglich die gesamte Kommunikationsweise zu verstehen zu lernen (vgl. Radenbach 2011 S. 38).

Ich möchte anschließend ein paar Punkte hervorheben, die zeigen, wie man Elemente der Biografie verwenden kann, um alltägliche Handlungen besser zu gestalten. Durch das deutlich machen, dass man die Lebensgeschichte des Betroffenen kennt, wird das Vertrauen und das Identitätsgefühl gesteigert. So kann man zum Beispiel eine demenzerkrankte Frau folgendermaßen begrüßen: „Guten Morgen Frau D.! Ich habe gestern eine Dokumentation über Ihre Heimatstadt Lienz gesehen, es ist wirklich eine wunderschöne Stadt!“ (vgl. Radenbach 2011 S. 38).

Bei Gruppenaktionen kann man die demenzerkrankten Personen mit einem bestimmten Merkmal vorstellen. Durch das Erwähnen von Hobbies oder Herkunft wird das Identitäts- und Selbstwertgefühl gesteigert. Außerdem kann dadurch, je nach Schwere der Demenz,

ein nettes Gespräch der TeilnehmerInnen entstehen. Ein Beispiel dafür wäre, „Die Dame neben Ihnen heißt Frau N, sie liebt es selbst Bilder zu malen!“ Es ist wichtig die Personen auch vorzustellen, wenn man nicht sicher ist, ob die Personen den Inhalt der Aussage richtig verstehen (vgl. Radenbach 2011 S. 38).

Hilfreich ist es gewohnte Kommunikationsmuster zu verwenden. Durch vertraute Redewendungen, ein Lieblingslied, das Lieblingsgedicht oder den heimischen Dialekt wird der Zugang zu dem/der Demenzerkrankten erleichtert. Wenn die Person zum Beispiel ihr Lieblingssprichwort „Eile mit Weile“ hört, lässt sie die pflegerischen Tätigkeiten eher zu (vgl. Radenbach 2011 S. 39).

Wenn man über die früheren täglichen Rituale Bescheid weiß, sollte man versuchen diese so weit wie möglich in der Pflege zu berücksichtigen. Dies fördert eine vertrautere Umgebung und die Umstellung beispielsweise beim Umzug in ein Heim kann erleichtert werden (vgl. Radenbach 2011 S. 39).

Dies waren ein paar Beispiele wie man die Biografiearbeit in der Praxis nutzen kann. Nun möchte ich eine wichtige Gesprächsstütze der Biografiearbeit, das Erinnerungsalbum, erläutern.

4.5.1 Das Erinnerungsalbum

Das Erinnerungsalbum ist ein Fotoalbum in dem wichtige Stationen im Leben eines Menschen festgehalten und beschriftet sind. Vergleichbar mit einer Brille als Sehhilfe ist das Erinnerungsalbum als Erinnerungshilfe eine Stütze für Gespräche. In ihm findet man Fotos und Beschreibungen, zu wichtigen Momenten im Leben eines Menschen. Diese Momente sind aber nicht an bestimmte Zeitabschnitte gebunden. So können sie bei der Geburt beginnen und bis zur Gegenwart reichen. Je nach Einschätzung kann man das Erinnerungsalbum erweitern. Es kann demenziell erkrankten Menschen, besonders bei fortgeschrittenem Stadium der Krankheit, helfen mit anderen Menschen in Kontakt zu bleiben. Es dient als Bringer von Redestoff um mit Kindern, Enkelkindern, Geschwistern, Freunden und Pflegern zu reden und hilft dabei das Gespräch mit Menschen mit Demenz zu lenken. Für Betroffene ist es oft schwierig spontan etwas zu erzählen. Durch Gedächtnisprobleme ist es häufig mühsam in ein Gespräch mit Besuchern zu kommen. Jedoch ist das Erzählen ein wichtiger Aspekt, denn es ist eine Form des

Gedächtnistrainings und fördert die Stimmung und das Selbstbewusstsein. Das Erzählen mithilfe des Erinnerungsalbums ist eine gute Stütze um Schlüsselerlebnisse präsent zu halten. Es ist somit auch eine gute Gelegenheit auf das Leben zurückzublicken und sich an gute Zeiten zu erinnern (vgl. Haberstroh 2011, S. 449f.).

Als Erinnerungsalbum eignet sich ein kleines Fotoalbum mit genügend Platz für etwa 36 Fotos. Kleine Fotoalben werden eher akzeptiert als große, da es nicht so sehr an Erinnerungshilfen wie Tagebücher oder Notizbücher erinnert. Es sollte leicht sein, damit es die Personen mit sich tragen können. Das Innenleben kann man je nach Erinnerungen mit Fotos, Zeitungsberichten oder ähnlichem auf jeder zweiten Seite gestalten. Auf der gegenüberliegenden Seite kann man dann Kommentare, kleine Geschichten und die Namen der Menschen auf den Fotos platzieren. So kann man das Erinnerungsalbum durchblättern wie ein Bilderbuch (vgl. Haberstroh 2011, S. 49).

5 Schlussfolgerung, Diskussion und Ausblick

Was Demenz ist und wie es sich auf die Erkrankten auswirkt habe ich im ersten Teil meiner Arbeit behandelt. Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns. Eine Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen, ist die Folge davon. Das Bewusstsein der Betroffenen ist nicht getrübt. Die geistigen Beeinträchtigungen werden von sozialen und emotionalen Veränderungen begleitet (vgl. Enßle 2010, S.8). Es gibt einige Arten der Demenz. Die häufigsten sind Morbus Alzheimer und die vaskuläre Demenz. Die Schweregrade der Krankheit werden in eine leichte, mittlere und schwere Demenz unterteilt.

Über die Frage, wie Demenz die Kommunikation von Menschen verändert, habe ich im zweiten Kapitel geschrieben. Die Kommunikation verändert sich, je nach Fortschreiten der Krankheit, sehr stark. Häufig beginnt es mit einem Rückzug der Betroffenen, bis sie im Endstadium ganz verstummen. Jedoch besteht Kommunikation nicht nur aus der Sprache. Dadurch können die Erkrankten noch lange nonverbal kommunizieren. Ob sie verstanden werden hängt aber von ihrem Umfeld ab. Dadurch ist es wichtig, eine Umgebung zu haben, die Fachkenntnisse zur Demenz haben.

Im Dritten Teil meiner Arbeit habe ich die Frage nach Modellen und Theorien zur Kommunikation bearbeitet. Ich habe mir das psychobiografische Modell von Erwin Böhm, den person-zentrierten Ansatz von T. Kitwood, die Validation von Naomi Feil, das Vorgehen nach der ABC-Methode und die Biografiearbeit ausgesucht und in meiner Bachelorarbeit vorgestellt.

Menschen die an Demenz erkranken, brauchen eine Umwelt, die sich mit der Erkrankung auskennt. Dies erleichtert die Situation nicht nur dem Erkrankten, sondern auch den Pflegenden und Angehörigen. Als Beispiel möchte ich hier das herausfordernde Verhalten nennen. Wenn man sich nicht mit der Demenz auskennt, weiß man nicht, dass es eine Reaktion auf die Umwelt und keinesfalls persönlich zu nehmen ist. Dadurch kann viel Konfliktpotential, auf beiden Seiten, entschärft werden.

Jedoch ist die Pflege, die benötigt wird, meist in der gewohnten Umgebung nicht möglich. Ein Großteil der Fälle ist der Umzug in ein professionelles Pflegeheim unabwendbar. Durch diesen Umzug verliert die Person sein Zuhause, den Großteil seiner Einrichtung und auch vieler Dinge, mit denen er Erinnerungen verbindet.

Auch das neue Zuhause wird bestmöglich so eingerichtet, dass sich der an Demenz Erkrankte wohlfühlt. Seine Autonomie wird durch diesen Schritt eingeschränkt. Die Spannung zwischen Autonomie und Fürsorge in der Pflege ist ein sehr wichtiges Thema.

Autonomie bei Demenzerkrankten bedeutet, auf seine Würde zu achten und die noch vorhanden Ressourcen zu fördern und zu nutzen. Auch wenn man die Menschen nicht unnötig einschränken will, ist die Sorge um die Sicherheit der Erkrankten groß (vgl. Köther 2011, S. 86). Aus diesem Grunde muss man Vorkehrungen treffen, die häufig dem Recht auf größtmögliche Autonomie widersprechen. Insbesondere da der Erkrankte nicht mehr in der Lage ist ein Patientengespräch zu führen, um die Situation aufzuklären, wird diese Spannung zwischen Selbstbestimmung und respektvoller Fürsorge sehr groß.

Eine gelingende Kommunikation ist ein sehr bedeutender Faktor der Selbstbestimmung. Wenn die Äußerung eines Wunsches oder einer Beschwerde nicht mehr möglich ist, kann dies zu einer Unzufriedenheit führen. Da sich der Mensch mit Demenz nicht mehr mitteilen können, vertreten ihn seine Angehörigen. Durch das Fehlen von psychologischen oder fachlichen Kenntnissen, können oft die falschen Entscheidungen getroffen werden. Hier liegt es in der Verantwortung der Pflegefachkräfte, die Angehörigen zu beraten.

In diesem Falle sollte das Vertrauen in die Pflegefachkraft in den Vordergrund rücken,

denn sie ist bemüht, die bestmögliche Pflege für ihre Patienten zu bieten. Durch die Beziehung, die zwischen einer Pflegefachkraft und einem Menschen mit Demenz nach einer Zeit entsteht, wird sie zu der Person die am besten weiß, was das Beste für ihren Patienten ist.

Abschließend möchte ich noch einmal betonen, dass die richtig gewählte Kommunikation ein Grundstein für eine gelungene Pflege eines Menschen mit Demenz ist.

6 Literaturangabe

Aktion Demenz. <http://www.aktion-demenz.at/10-fragen-zum-thema-demenz.html>

Bittl J. (2008) Die Lebensqualität Demenziell Erkrankter Menschen in Verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen. Grin Verlag, Norderstedt.

Braun T. (2006) Die (Alters-) Krankheit Demenz aus neurowissenschaftlicher Perspektive. Grin Verlag, Norderstedt.

Enle J. (2010) Demenz: Instrumentarien und Betreuungskonzepte zur Erfassung von Lebensqualität. Diplomica Verlags GmbH, Hamburg.

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J. (2011) Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg.

Hametner I. (2007) 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover.

Heimerl K., Reitinger E., Eggenberger E. (2011) Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur person-zentrierten und gendersensiblen Kommunikation für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Hilgert M., Schallhorn R. (2005) Das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm. Grin Verlag, Norderstedt.

Höwle E. (2007) Interaktion zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co.KG, Stuttgart.

Köther I. (2011) Altenpflege. 3.Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart.

Kulbe A. (2009) Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Matolycz E. (2011) Pflege von alten Menschen. Springer-Verlag, Wien

Messer B. (2007) Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Was Sie schreiben können und wie Sie es schreiben sollen. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover.

Mielke R., Kessler J. (1994) Alzheimersche Erkrankung und andere Demenzen. Hofgrefe-Verlag, Göttingen.

Monke S. (2007) Zur Situation des alten Menschen mit akuter Verwirrtheit auf der Intensivstation und die Möglichkeit des Einsatzes der Validation. Grin Verlag, Norderstedt.

Morton I. (2002) Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz.. J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart.

Radenbach J. (2011) Aktiv trotz Demenz. Handbuch zur Aktivierung und Betreuung von Demenzerkrankten. 2. Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

Rogal R., Josuks H., Adam G., Schleinitz G. (2005) Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

Schneberger M., Jahn S., Marino E. (2008) „Mutti lässt grüßen...“. Biografiearbeit und Schlüsselwörter in der Pflege von Menschen mit Demenz. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

7 Abbildungsverzeichnis

Abb.1 Demenzursachen in Prozent

Student K. (2009) Ein wertvolles Leben für Menschen mit Demenz. Grin Verlag, Hannover.

Abb.2 TANDEM Kommunikationsmodell

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J. (2011) Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg.

8 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Menschen mit Demenz als Sender von Informationen

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J. (2011) Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg.

Tab. 2: Menschen mit Demenz als Empfänger von Informationen

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J. (2011) Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg.