

# Ohne Worte viel gesagt...

## **Wie kommuniziere ich nonverbal auf der Notfallstation mit einem demenzerkrankten Patienten mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung?**

**Stephanie Schüepf**

**NDS HF Notfallpflege**

**Kurs H18**

**Spital Uster, Notfallstation**

**Datum: 12.11.2021**

## Zusammenfassung

Die Kommunikation spielt eine grosse Rolle in der Gesellschaft und prägt unseren Alltag. Ausserdem beruht die Kommunikation immer auf Gegenseitigkeit. Die verbale Kommunikation bringt uns in Kontakt mit anderen Menschen. Laut Ellis und Astell (2019) stellen Wörter eine Verbindung zum Gegenüber her und dieser Wunsch nach Verbundenheit ist universell.

Während meiner Arbeit als Pflegefachfrau auf dem Notfall begegne ich oft Patienten mit der Nebendiagnose einer Demenz. Eine Demenz beeinträchtigt nach Ellis und Astell (2019) die Kommunikation erheblich, vor allem in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Die Möglichkeit, sich verbal auszudrücken und die Sprache zu verstehen, nimmt allmählich ab und irgendwann verstummt der Demenzkranke. Der demenzkranke Mensch mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung strebt nach Ellis und Astell (2019) nach Kontakt und ist selbst bis in weit fortgeschrittene Stadien der Demenz für nonverbale Kommunikation empfänglich.

Nach Sachweh (2019) nehmen Menschen mit Demenz die Körpersprache intensiver wahr, je mehr sie die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation verlieren. Dabei nehmen sie nonverbale Kommunikation mit allen ihnen noch zur Verfügung stehenden Sinnen wahr und reagieren sensibel auf alle wesentlichen nonverbalen Kommunikationskanäle.

Die nonverbale Kommunikation ist eine Verständigung ohne verbale Ausdrucksweise und kennt keine Sprachbarrieren und kann in allen Sprachen gesprochen werden. Es liegt in der Natur des Menschen, Gefühle auf eine bestimmte Art und Weise mit dem Körper auszudrücken. Die nonverbale Ausdrucksform gibt Auskunft über das nicht gesprochene Wort, zudem ist die nonverbale Kommunikation der Sprache ständig voraus und kann Dinge aussprechen, bevor sie gesagt werden (Ahlfeld, 2017).

Ein bedeutungsvoller Satz sagte dereinst Paul Watzlawick und zwar, dass man nicht *nicht* kommunizieren kann (Watzlawick, Jackson, & Beavin, Menschliche Kommunikation, 2016).

Während der Bearbeitung meiner Diplomarbeit fragte ich mich immer wieder, wie es sich wohl anfühlen würde, wenn ich unfähig wäre, mich verbal auszudrücken? Was, wenn ich mich nicht mehr über die Sprache bemerkbar machen könnte bei meinem Gegenüber? Wie können wir gemeinsam kommunizieren, wenn der eine Gesprächspartner sich verbal nicht mehr ausdrücken kann? Ich kann mir nur ansatzweise vorstellen, wie sich die Unfähigkeit zur verbalen Äusserung anfühlt. Meine Überlegungen und offenen Fragen bezüglich nonverbaler Kommunikation sind die Beweggründe des gewählten Themas meiner Diplomarbeit.

In meiner Diplomarbeit beleuchte ich einen Ansatz sowie ein Konzept von nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten. Zudem möchte ich meinen Informationsaustausch und meine Verständigung zum kognitiv eingeschränkten Menschen beleuchten, reflektieren und optimieren.

**Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung ..... 1

1.1 Ausgangslage ..... 1

1.2 Fallvorstellung ..... 1

1.3 Fragestellungen ..... 2

1.4 Abgrenzung..... 2

2 Beantwortung der Fragestellungen .....3

2.1 Demenz ..... 3

2.1.1 Definition Demenz .....3

2.1.2 Pathophysiologie von Demenz .....3

2.1.3 Einteilung der Alzheimer-Demenz .....3

2.2 Kommunikation mit demenzerkrankten Menschen ..... 3

2.2.1 Definition Kommunikation .....3

2.2.2 Auswirkungen der Demenz auf die Verständigung .....4

2.3 Nonverbale Kommunikation ..... 4

2.3.1 Definition nonverbale Kommunikation .....4

2.3.2 Die nonverbale Sprache .....4

2.4 Der bewusste nonverbale Dialog ..... 6

2.4.1 Integrative Validation nach Richard® .....6

2.4.2 Adaptive Interaktion..... 10

3 Von der Theorie zur Praxis ..... 11

3.1 Kritische Gedanken .....11

3.2 Praxistransfer der Fragestellungen mit Bezug zum Fallbeispiel .....12

3.3 Persönliche Erkenntnisse .....15

3.4 Schlussfolgerung .....16

4 Literaturverzeichnis .....1

4.1 Bücher ..... 1

4.2 Artikel und Berichte..... 1

4.3 Online Angaben ..... 1

4.4 Abbildungsverzeichnis ..... 2

Selbständigkeitserklärung  
 Veröffentlichung und Verfügung

## 1 Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Seit drei Jahren arbeite ich als Pflegefachfrau HF auf dem interdisziplinären Notfall des Spitals in Uster und befinde mich derzeit im Nachdiplomstudiengang zur Expertin Notfallpflege an der höheren Fachschule für Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege in Zürich.

In meiner Arbeit als Pflegefachfrau auf der Notfallstation begegne ich in jeder Schicht mindestens einem betagten Patienten, welcher oft eine Diagnose einer Demenz oder dementiellen Entwicklung mitbringt. Dieses Fachgebiet von Patienten mit kognitiven Einschränkungen nimmt zu (Seifert & Schelling, 2019) (Alzheimervereinigung, 2019). Demenz ist nicht nur eine medizinische Diagnose, sondern gemäss meiner Erfahrung auch oft eine kommunikative Herausforderung auf dem Notfall. Ich kann mir häufig aufgrund knapper Zeitressourcen nicht die gewünschte Zeit für den Patienten nehmen, die der Demenzerkrankte braucht. Doch genau diesen Patienten sollte meines Erachtens mehr Zeit entgegengebracht werden können.

Meistens kommunizieren kognitiv eingeschränkte Patienten nonverbal. Für diese Kommunikationsform muss ich mir bewusst Zeit nehmen, um zu erkennen, was mir der Patient nonverbal mitteilen möchte (Steinmetz, 2016).

Solche Patientenbetreuungssituationen fordern mich heraus, da ich oftmals mein Zeitmanagement und eine befriedigende, kompetente und kommunikative Betreuung nicht in Einklang bringen kann. Das ist meine Motivation und Herausforderung des gewählten Themas meiner Diplomarbeit. Daher stellt sich mir die Frage, wie ich auf der Notfallstation professionell und kompetent mit einem an Demenzerkrankten Patienten nonverbal kommunizieren und interagieren kann. Weiter möchte ich der Frage nachgehen, wie ich zu den benötigten Informationen komme, auch wenn der Patient mir keine passende verbale Antwort auf meine Frage geben kann.

### 1.2 Fallvorstellung

Ich kam zum Nachtdienst und übernahm die Patienten meiner Kollegin vom Spätdienst. Sie rapportierte mir, dass Frau G., Jahrgang 1929, in Koje 7 mit unklaren Bauchschmerzen liege. Der Pflegeheimarzt hat die Patientin wegen abdominalen Schmerzen und reduziertem Allgemeinzustand zu uns auf die Notfallstation überwiesen. Zudem hat Frau G. eine diagnostizierte Alzheimer-Demenz im Spätstadium in der Diagnoseliste.

Ich ging nach der Übergabe in Koje 7, begrüßte die Patientin und stellte mich mit meinem Namen und meiner Funktion vor. Frau G. blickte mich direkt an, nahm meine ihr entgegengestreckte Hand zur Begrüssung und liess sie sogleich wieder los. Sie sprach für mich unzusammenhängende Sätze in Englisch, obwohl die Patientin Schweizerin war. Also sprach ich Frau G. in Englisch an und wollte von ihr wissen, wie ihr Wohlbefinden sei. Sie schaute mich nur fragend und ängstlich an und wirkte hilflos auf mich. Auch wollte ich der Patientin die verordneten Medikamente mit einem Glas Wasser geben. Frau G. trank einen Schluck Wasser, die Medikamenteneinnahme verweigerte sie jedoch. Ich fragte Frau G., weshalb sie diese nicht nehmen möchte, worauf sie mir keine Antwort geben konnte.

Weiter war die Patientin unfähig zu antworten, wie ihr Wohlbefinden sei. Frau G. war sehr unruhig im Bett und wollte immer wieder aufstehen, wobei sie aber Begleitung benötigte. Auch war die Patientin für mich merkbar abwesend in ihren Gedanken, wie in einer anderen Welt, sowie nicht kontaktierbar für das Gespräch, das ich mit ihr führen wollte. Auf jede Ansprache meinerseits runzelte sie ihre Stirn und blickte mich mürrisch an. Aus dem Pflegebericht vom Altersheim, aus dem die Patientin kam, entnahm ich die Informationen, dass Frau G. früher Krankenschwester und lange in England tätig war. Bezugspersonen waren keine benannt.

Ich wusste, dass ich auch andere Patienten zu betreuen hatte, Frau G. die Medikamente noch nehmen sollte und ich ausserdem beabsichtigte, von der Patientin Auskunft zu

bekommen über ihr Wohlbefinden und über ihre Beschwerden. Ich spürte eine Unruhe in mir aufkommen, da ich wenig Zeit für Frau G. und noch offene pflegerische Interventionen bei anderen Patienten hatte. Ich konnte Stress, Frustration und Ärger in mir feststellen. Ärger und Frustration, weil ich keine optimale Kommunikation bei Frau G. anwenden konnte und auch Stress, weil sie meiner Aufforderung, die Medikamente zu nehmen und mir Auskunft zu geben, nicht nachgehen konnte. Auch wusste ich in dieser Situation ihre Unruhe nicht richtig zu deuten und dachte mir nur, dass sie sturz- und weglaufgefährdet ist und ich nicht genügend Zeit habe für diese Pflegesituation.

Diese für mich unbefriedigende Pflegesituation regte mich zum Nachdenken an und ich vertiefte mich in das Thema der Kommunikation mit demenzkranken Menschen. Ich beschäftigte mich mit der Frage, ob es eine Sprache der Demenz gibt, wie sich die Demenz auf die Kommunikation auswirkt und wie ich meine bisherige Kommunikation mit Demenzerkrankten verbessern und sinnvoll anwenden kann. Auch wollte ich ausfindig machen, wie ich einen Menschen mit Demenz nonverbal wahrnehmen und verstehen kann.

### 1.3 Fragestellungen

Aus meinen Nachforschungen und Überlegungen kristallisierten sich für mich zwei zentrale Fragen heraus, welche ich zu den Kernfragen meiner Diplomarbeit erhob:

- Wie kommuniziere ich nonverbal mit einem schwer demenzkranken Patienten auf der Notfallstation?
- Wie kann ich ihn verstehen, wenn der Patient kognitiv stark eingeschränkt ist und mir keine passende verbale Antwort auf meine Frage geben kann?

### 1.4 Abgrenzung

- In meiner Diplomarbeit beschreibe ich immer den Alzheimer-Patienten mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung.
- Ich erläutere die verschiedenen Erkrankungsformen der Demenz nicht.
- Die Pathophysiologie der Demenz zeige ich nur kurz und ansatzweise auf.
- Für die bessere Lesbarkeit habe ich mich für die männliche Personalform entschieden. Diese beinhaltet immer auch die weibliche Person.
- Ich grenze mich ab von dem Krankheitsbild des unklaren Abdomens (Einweisungsgrund im Fallbeispiel).
- Rechtliche und ethische Aspekte im Umgang von Menschen mit Demenz (MmD) werde ich nicht beleuchten.
- Ich werde nur die nonverbale Kommunikation und Interaktion zwischen der Pflege und dem an Demenzerkrankten Patienten auf dem Notfall beleuchten.
- Ich werde nur ein Konzept und einen Ansatz der nonverbalen Kommunikation genauer beleuchten, die Integrative Validation nach Richard® (IVA) und die Adaptive Interaktion (AI).
- Die Angehörigenbetreuung eines Demenzkranken schliesse ich in meiner Diplomarbeit aus.
- Das Thema Delir und Delirprophylaxe werde ich ebenso gänzlich ausschliessen.
- Die besondere Kommunikation bei Krisen und herausforderndem Verhalten bei Demenz werde ich nicht im Detail aufzeigen, sondern nur kurz auf das Prinzip Reagieren der Integrativen Validation nach Richard® eingehen.
- Bei der nonverbalen Kommunikation gehe ich nicht auf die unbewusste und teilbewusste nonverbale Kommunikation ein, sondern werde nur die bewusste nonverbale Kommunikation erläutern.
- Kulturelle, soziologische und wirtschaftliche Aspekte werde ich nicht beleuchten.
- Die Fremdsprachigkeit im Fallbeispiel wird nicht Teil meiner Arbeit sein.
- Die medikamentöse Therapie und Behandlung der Demenz schliesse ich in meiner Arbeit komplett aus.

## 2 Beantwortung der Fragestellungen

### 2.1 Demenz

#### 2.1.1 Definition Demenz

Der Begriff Demenz leitet sich vom lateinischen Wort «Demens» ab, was übersetzt «unvernünftig» (ohne «Mens», das heisst, ohne «Verstand», «Denkkraft» oder «Besonnenheit» seiend) heisst und kann mit «Nachlassen der Verstandeskraft» übersetzt werden. Das Symptombild der Demenz umfasst Einbussen an kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Vor allem betroffen sind das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik; bei einigen Formen kommt es auch zu Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur. Das Bewusstsein ist jedoch nicht getrübt (Wikipedia, o.J.).

#### 2.1.2 Pathophysiologie von Demenz

Die Ursachen für eine Demenz können vielfältig sein. In der Unterscheidung wird die Erkrankung in primäre und sekundäre Demenz eingeteilt. Erstere steht mit einer Schädigung des Hirngewebes in Zusammenhang, letztere geht mit anderen, extrazerebralen Störungen einher, welche das Gehirn indirekt betreffen. Die einer sekundären Demenz zugrundeliegende Erkrankung kann raumfordernd, traumatisch, endokrinologisch, infektiös, toxisch oder hypoxisch sein. Wenn diese behandelbar ist, kann eine Besserung oder Ausheilung möglich sein. Primäre Demenzen sind nicht heilbar und oft nur schwer therapierbar. Die am häufigsten auftretende Form der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit, welche primär degenerativen Ursprungs ist. Sie geht einher mit einem allgemeinen Verlust an Neuronen, einer globalen Atrophie des Gehirns und Zellstrukturdegeneration (Steinmetz, 2016).

#### 2.1.3 Einteilung der Alzheimer-Demenz

Eine Einteilung nach Schweregrad der Alzheimererkrankung wird nach der Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten vorgenommen:

- Bei leichter Beeinträchtigung sind kognitive Fähigkeiten und das Gedächtnis betroffen. Vorwiegend sind das Speichern und Wiedergeben neuen Materials erschwert. Die Defizite des Denkens wirken sich auch auf Wortfindung und Wortflüssigkeit aus (Steinmetz, 2016).
- Mittelgradige Beeinträchtigungen werden durch Gedächtnisstörungen geprägt. Mit der Einschränkung des analytischen Denkens können Zusammenhänge nicht mehr erkannt, geschweige denn Handlungsabläufe geplant werden (Steinmetz, 2016).
- Bei schwerer Beeinträchtigung können neue Informationen gar nicht mehr behalten werden, nur Fragmente von früher Erlerntem bleiben übrig, alle Denkfunktionen sind bis zu ihrem Entschwinden beeinträchtigt. Es gibt keine nachvollziehbaren Gedankengänge mehr. Zumeist gehen auch Sprachproduktion und Sprachverständnis verloren. Selbst die Orientierung zur eigenen Person ist verschüttet. Der Mensch ist vollständig auf Hilfe und Betreuung angewiesen (Steinmetz, 2016).

### 2.2 Kommunikation mit demenzerkrankten Menschen

#### 2.2.1 Definition Kommunikation

Kommunikation ist der Austausch oder die Übertragung von Informationen zwischen zwei oder mehreren Personen, wobei Information eine zusammenfassende Bezeichnung für

Wissen, Erkenntnis oder Erfahrung darstellt. Die Informationsübertragung kann sprachlich (verbal) und/oder nichtsprachlich (nonverbal) erfolgen (Köck & Ott, 1994).

### **2.2.2 Auswirkungen der Demenz auf die Verständigung**

Es ist naheliegend, dass Kommunikation auf Gegenseitigkeit beruht, denn wir kommunizieren nicht allein, sondern mit anderen Menschen. Eine Demenz beeinträchtigt die Kommunikation auf unterschiedliche Weise. Der betroffene Patient mit Demenz büsst früher oder später erhebliche Teile der verbalen Kommunikationsfähigkeit ein. Der Patient hat zunehmend Schwierigkeiten, die im Laufe eines Gesprächs vermittelten Informationen zu behalten. Die Folge davon ist, dass seine Äusserungen oft wie Wiederholungen wirken, schwer verständlich sind und immer mehr sprachliche Fehler aufweisen. Mit der Zeit wird der verbale Austausch kürzer und die Pausen dazwischen länger, was den Ablauf eines Gesprächs erschwert. Auch werden Äusserungen und Diskussionsbeiträge immer zusammenhangloser und ergeben für den kognitiv kompensierten Gesprächspartner «keinen Sinn» mehr. Diese Veränderungen machen Interaktionen anstrengend und unbefriedigend, vor allem für den Gesprächspartner, der das Gefühl hat, dass sein Beitrag ins Leere verläuft. All dies zeigt, dass eine Demenz im fortgeschrittenen Stadium das Sprechvermögen und die Kommunikation gravierend beeinträchtigt, was Probleme für die Betroffenen und deren potenziellen Gesprächspartnern mit sich bringt. Doch auch wenn der betroffene Patient nicht mehr verbal kommunizieren kann, bedeutet dies nicht, dass Kommunikation nicht mehr möglich ist. Laut einer Untersuchung von Ellis und Astell (2019) geht zwar die Sprache eines demenzkranken Patienten verloren, nicht jedoch das Bedürfnis zu kommunizieren (Ellis & Astell, 2019).

Mit der eingeschränkten Möglichkeit, sprachlich zu kommunizieren, treten somit zunehmend die nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten in den Vordergrund. So drückt sich trotz fortgeschrittener Demenz die Persönlichkeit des Patienten in seinem nonverbalen Ausdruck aus. Auch nehmen nonverbale Antworten zu, was als Strategie zur Kompensation verstanden werden kann. Zudem können schwer demenzkranke Menschen auf nonverbale Kommunikationsformen nach wie vor reagieren, indem sie positive Interaktionsangebote mit positiven Gesten und Äusserungen erwidern. Somit bleiben Demenzkranke selbst in weit fortgeschrittenen Stadien für nonverbale Kommunikation empfänglich. Die Vorteile der nonverbalen Kommunikation bestehen also darin, dass, wenn die Sprache krankheitsbedingt beeinträchtigt ist, dennoch die Möglichkeit bleibt, etwas vom Denken und Fühlen des demenzkranken Menschen zu verstehen und diesen weiterhin in das soziale Geschehen einzubeziehen. Die nonverbale Interaktion wird somit als die wichtigste Ebene der Kommunikation von Menschen mit Demenz bezeichnet (Steinmetz, 2016).

## **2.3 Nonverbale Kommunikation**

### **2.3.1 Definition nonverbale Kommunikation**

Der nonverbale Dialog beschreibt alle Formen der Kommunikation, die sich nicht auf eine sprachliche Informationsvermittlung stützen. Informationen können über alle Sinne kommuniziert werden, wie durch Musik, Bilder, Geruch, Geschmack sowie Gesten und Körperhaltung (Siepermann, o.J.).

Es werden viele verschiedene Formen der nonverbalen Kommunikation beschrieben, deshalb beschränke ich mich nachfolgend auf die für mich, in Bezug zum Notfallkontext, relevantesten Aspekte der nonverbalen Interaktion.

### **2.3.2 Die nonverbale Sprache**

#### **2.3.2.1 Mimik**

Die emotionalen Varianten des Gesichtsausdrucks sind universell, das heisst, Emotionen werden von Menschen aus allen Kulturen, unabhängig von ihrer Herkunft, auf die gleiche Art und Weise ausgedrückt. Schon Darwin hat diese These in seiner 1872 entwickelten

Evolutionstheorie aufgestellt und zahlreiche der in den letzten 145 Jahren durchgeführten Untersuchungen haben sie bestätigt. Lange Zeit wurden sechs universelle Varianten des Gesichtsausdrucks unterschieden: Freude, Trauer, Furcht, Wut, Ekel und Überraschung, schliesslich kam noch Verachtung hinzu. Wir Menschen beherrschen die Varianten des Gesichtsausdrucks von Geburt an. Diese Gesichtsausdrücke verändern sich im Laufe des Lebens nicht und werden somit auch von Menschen mit Demenz, die nicht mehr sprechen können, beherrscht (Ellis & Astell, 2019).

### **2.3.2.2 Gestik**

Gesten sind Bewegungen von Armen, Beinen und Kopf, welche Informationen transportieren und häufig auch sprachliche Äusserungen begleiten und in allen Kulturen vorkommen (Ellis & Astell, 2019).

### **2.3.2.3 Körperhaltung**

Körperhaltung und Bewegung spielen bei der Kommunikation ebenfalls eine wichtige Rolle. Sie sind Ausdruck von Interesse oder persönlicher Beziehung. Ebenso ist die Körperhaltung ein wichtiges Stimmungsbarometer und Ausdruck der Stimmungslage (Ellis & Astell, 2019).

### **2.3.2.4 Körperkontakt**

Körperkontakt ist im Hinblick auf menschliche Interaktionen von fundamentaler Bedeutung. Neuere Untersuchungen haben im Zusammenhang mit menschlichen Interaktionen und Beziehungen die Komplexität von Berührungen sowie die Rolle von Hormonen und Neurotransmittern erforscht. Berührungen können besänftigend und wohltuend sein und werden häufig eingesetzt, um positive Signale wie Sympathie, Bestätigung und Trost auszusenden (Ellis & Astell, 2019).

### **2.3.2.5 Blickkontakt**

Der Blickkontakt gilt als wichtigste Komponente der nonverbalen Kommunikation. Der Augenkontakt vermittelt Informationen, steuert Interaktionen, signalisiert Intimität, übt soziale Kontrolle aus und unterstützt die Ziele von Dienstleistungen und Aufgaben (Ellis & Astell, 2019).

### **2.3.2.6 Habitus**

Habitus bedeutet Ausdruck für ein besonderes Auftreten oder das Benehmen und die Umgangsformen eines Menschen. Nonverbale Kommunikation geschieht also auch durch unser Auftreten und unsere Umgangsformen. Durch Gewohnheiten und Vorlieben, Gangart oder Gehgeschwindigkeit gibt jede Person viel Persönliches preis. Zum Erscheinungsbild gehören auch die Kleidung und Körperinszenierung, denn die Kleidung kann die Wirkung einer Person stark ändern. Körperinszenierungen wie Schmuck, Frisur oder Tätowierungen gehören ebenfalls in die Kategorie Kleidung. Auch die Art und Weise, wie mit Objekten umgegangen wird, sendet nonverbale Signale. Unser Habitus hat Mitteilungscharakter und sagt etwas über den Status, das Umfeld oder die Gesinnung aus (Nonverbale Kommunikation, o.J.).

### **2.3.2.7 Proxemik**

Proxemik ist das bedeutungsvolle Gestalten des Raumes in der Kommunikationssituation, insbesondere von Nähe und Distanz zum Kommunikationspartner. Die Proxemik untersucht somit, welche Signale durch das Einnehmen eines bestimmten Abstandes zueinander ausgetauscht werden (Nonverbale Kommunikation, o.J.).



### 2.3.2.8 Stimme/Sprache

Über die Stimmlage, die Sprechgeschwindigkeit oder die «Färbung» der Stimme, die beispielsweise warmherzig oder auch kühl sein kann, teilen wir uns dem Gegenüber mit. An der Stimme eines anderen Menschen spüren wir, ob dieser Mensch ruhig ist oder aufgeregt, wütend oder ängstlich, dem Gegenüber wohlgesonnen oder ablehnend (Richard & Richard, 2016).

### 2.3.2.9 Geräusche

Das Kommunikationsrepertoire beinhaltet neben der Sprache oft auch verschiedenartige Geräusche wie beispielsweise lachen, glucksen und kichern. Etwa die Hälfte aller in normalen Gesprächen vorkommende Sprachlaute sind nonverbal. Solche Sprachlaute gelten häufig als «Begleitmusik», doch in Wirklichkeit transportieren sie wichtige emotionale Informationen. Weitere Geräusche sind Seufzen, Husten, Schnauben oder schwer Atmen (Ellis & Astell, 2019).

## 2.4 Der bewusste nonverbale Dialog

Im nachfolgenden Kapitel zeige ich zwei verschiedene Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation mit einem an Demenz erkrankten Menschen auf. Nach intensiver Auseinandersetzung mit verschiedenen Kommunikationsmodellen habe ich mich bewusst für die Integrative Validation nach Richard® (IVA) und die Adaptive Interaktion (AI) entschieden, da ich darin den grössten Nutzen für mein praktisches Arbeiten mit Demenzkranken vermute. Ich werde das Konzept der IVA und den Ansatz der AI theoretisch und praktisch miteinander vergleichen und meine Schlussfolgerungen daraus ziehen.

### 2.4.1 Integrative Validation nach Richard®

«Im Mittelpunkt der Integrativen Validation steht die Beziehung zwischen Ihnen und einem Menschen mit Demenz. In einer validierenden Beziehung nehmen Sie das Erleben und die Gefühle dieses Menschen wahr, erkennen sie als gültig an und stellen sie nicht in Frage. Sie nehmen den Menschen so an, wie er ist, zeigen ihm als Person in ihrer Einzigartigkeit Ihre Wertschätzung, fühlen sich mit dem Bemühen um Verstehen ein und lassen sich im Kontakt davon leiten, was diese Person innerlich bewegt, beschäftigt oder zu ihrem Tun antreibt» (Richard & Richard, 2016, S. 12).

In den nachfolgenden Kapiteln zeige ich den möglichen strukturierten Ablauf der ressourcenorientierten Kommunikation der IVA auf. In Bezug auf Abbildung 1 basiert der strukturierte Ablauf auf den drei Säulen der empathischen Grundhaltung, der Beziehung und der sicheren Bindung, in der sich der Mensch mit Demenz in seiner Identität bestätigt und gestärkt fühlt sowie der besonderen Form der Kommunikation, welche den unmittelbaren Kontakt zum demenzerkrankten Patienten herstellt. Die Kommunikation ist die verbindende «Säule», auf die sich das validierende Handeln stützt. Damit kann dem Patienten mit Demenz unmittelbar gezeigt werden, dass er verstanden, wertgeschätzt und angenommen ist (Richard & Richard, 2016).

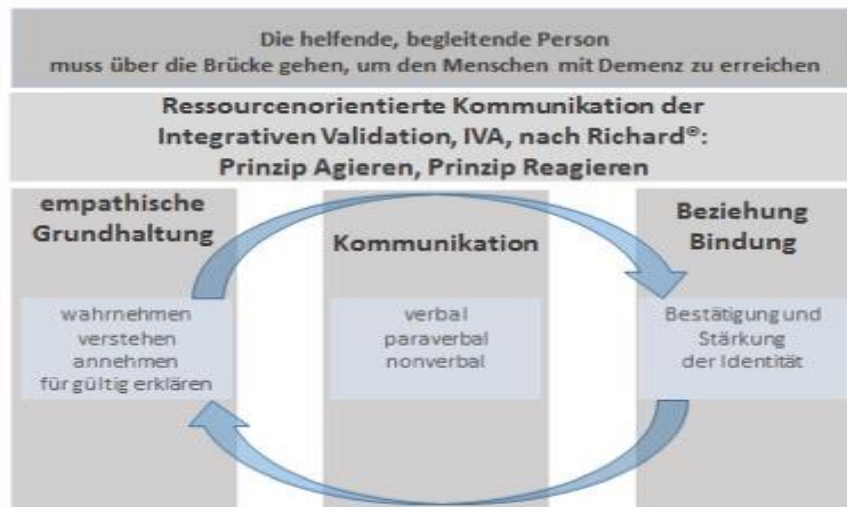


Abbildung 1, Richard N. & Richard M. (2016)

### 2.4.1.1 Empathische Grundhaltung

In der IVA wird der Mensch als Person mit seiner Würde, seinen Emotionen, zentralen Lebensthemen und Antrieben, mit seiner Wahrnehmungsfähigkeit, seiner Lebensgeschichte und den wichtigsten Stationen und Wendepunkten, mit seinen verbliebenen Erinnerungen und Ritualen so angenommen, wie er ist. Zusätzlich wird dieser Mensch darin bestätigt, dass er mit diesen Antrieben und Gefühlen «richtig» ist, dass er das gelebte Leben so gut wie möglich gemeistert hat und sein subjektives Erleben «wahr» und «gütig» ist. Bis in fortgeschrittene Krankheitsstadien bleibt die Persönlichkeit und das, was sie in ihrem Innersten ausmacht, bei Menschen mit Demenz so einzigartig, wie es während der gesamten Lebenszeit zuvor auch war. Demenzkranke reagieren weiterhin in ihrer ganz persönlichen und individuellen Art und Weise auf Umstände, Geschehnisse und ihr soziales Umfeld mit differenzierten Gefühlen. Auch wenn wir diese nicht unmittelbar verstehen können, müssen wir davon ausgehen, dass dieses Verhalten zielgerichtet ist und der Wirklichkeit und Logik des Innenlebens des Menschen mit Demenz entspricht. Da wir die Erfahrung einer Demenz nicht selbst machen, müssen wir einführend, nachspürend und verstehend vorgehen, um Brücken zu finden, die es uns ermöglichen, den Menschen in seiner Identität anzusprechen. Im Mittelpunkt der Begegnung steht deshalb die Art und Weise, wie der betroffene Mensch seine aktuelle Situation vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte und Identität erlebt, verarbeitet und damit umgeht. Dies erfordert eine gute Wahrnehmungsfähigkeit, Einfühlsamkeit und Offenheit für die Welt des Menschen mit Demenz (Richard & Richard, 2016).

### 2.4.1.2 Kommunikation in der IVA

Kommunikation ist das zentrale Element jeder zwischenmenschlichen Beziehung und geschieht im verbalen, nonverbalen und paraverbalen Bereich. Um den Menschen mit Demenz in seiner Welt zu erreichen, muss die Kommunikation entsprechend gestaltet werden. Die Methodik der Kommunikation in der IVA unterscheidet je nach spezifischer Situation zwei Prinzipien (Richard & Richard, 2016):

#### 2.4.1.2.1 Prinzip Agieren: die Ritualisierte Begegnung

In alltäglichen Situationen kann ein Kontakt zum Menschen mit Demenz hergestellt werden, um die Identität des Patienten zu stärken. Dies bedeutet, dass wir nicht erst eine besondere Gelegenheit oder Situation schaffen müssen, um zu validieren. Jede Begegnung

bietet die Chance, den Menschen mit Demenz in seinen Gefühlen und Antrieben zu stärken. Die Ritualisierte Begegnung unterstützt Menschen mit Demenz in ihrem Person-Sein: Sie hören durch unsere wertschätzenden Worte zentrale Aussagen zu ihrer Lebensleistung, zu ihren persönlichen Antrieben und Lebensthemen. Diese Art der Kommunikation bedeutet kein ausführliches Gespräch, dies würde den Menschen mit Demenz überfordern. Die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, aber auch die Diskrepanz zwischen dem Erleben der inneren Welt und der äusseren Wirklichkeit erfordern neue Wege des Gesprächs. Auch das Ziel, die Identität zu bestätigen und zu stärken, unterscheidet dieses Gespräch von einer Alltagsunterhaltung. Deshalb müssen wir uns im Gespräch mit demenzkranken Patienten von unseren gewohnten Kommunikationsmustern verabschieden. Da diese Form der Kommunikation mit Menschen mit Demenz in der IVA einem festen Ablauf folgt, ist auch von «Ritualisierter Begegnung» die Rede. Dieser feste Ablauf ist auch deshalb wichtig, damit alle Bezugspersonen auf die gleiche Art und Weise ritualisiert agieren und der Mensch mit Demenz in jeder Situation mit den gleichen, für ihn zentralen Antrieben und Lebensthemen angesprochen wird. Die Ritualisierte Kurzbegegnung ist die kleinste machbare Intervention im Rahmen einer wertschätzenden Begegnung und Kommunikation. Ein solch regelmässiger Kurzkontakt, vom gesamten Team umgesetzt, kann das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz deutlich steigern. So ist auch mit geringstem Zeitkontingent und wenig biographischen Kenntnissen wertschätzende Begleitung möglich (Richard & Richard, 2016).

*Systematischer Ablauf der Ritualisierten Begegnung beim Agieren mit Beispielsätzen in Bezug zu meinem Fallbeispiel:*

- **Wahrnehmen von Antrieben/Begrüssung/Ritualisierter Startsatz:**  
Im ersten Schritt erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem Patienten, indem wir zunächst seine Antriebe wahrnehmen. Wir sind dem Menschen mit Demenz zugewandt, sind aufmerksam für verbale und nonverbale Äusserungen und nehmen seine Erlebniswelt ohne Wertung an.  
*«Da sitzt ja Frau G., die Krankenschwester»* (Richard & Richard, 2016).
- **Individuell validieren eines Lebensthemas/Antriebs:**  
Im zweiten Schritt werden Lebensthemen und Antriebe in direkten und kurzen Sätzen validiert; sie werden ausdrücklich angenommen, akzeptiert und wertgeschätzt.  
*«Sie betreuten ihre Patienten sicher immer sehr einfühlsam»* (Richard & Richard, 2016).
- **Allgemein validieren eines Lebensthemas/Antriebs:**  
Die Wertschätzung der Lebensthemen und Antriebe folgt im dritten Schritt dem Prinzip der Verallgemeinerung, um die Person aus dem isolierten Selbsterleben ins «Wir» zu holen.  
*«Die Arbeit als Krankenschwester ist sehr bereichernd und herausfordernd»* (Richard & Richard, 2016).
- **Ritualisierte Verabschiedung:**  
Die Ritualisierte Begegnung wird mit einem Ritualisierten Schlusssatz wieder beendet. Die Verabschiedung kann auch durch eine eindeutige Geste, wie der Händedruck, unterstrichen werden.  
*«Ich muss wieder an die Arbeit»* (Richard & Richard, 2016).

#### **2.4.1.2.2 Prinzip Reagieren**

Anders als das Prinzip Agieren, das ohne konkreten Anlass in jeder alltäglichen Situation eingesetzt werden kann, kommt das Prinzip Reagieren in einer besonderen konflikthaften Situation, einer emotionalen Ausnahmesituation oder bei einer herausfordernden

Verhaltensweise zum Tragen. Dabei sprechen wir gezielt und direkt die akute emotionale Erregung oder das starke Gefühl an. Wenn Gefühle bestätigt werden, indem man ausdrückt, welche Gefühle man beim anderen Menschen im Moment wahrnimmt, erlebt dieser Mensch eine emotionale Beruhigung (Richard & Richard, 2016).

*Systematischer Ablauf der Ritualisierten Begegnung beim Reagieren mit Beispielsätzen ohne Bezug zu meinem Fallbeispiel:*

- **Wahrnehmen von Gefühlen und Antrieben:**  
Wichtig ist es nach Richard und Richard (2016), den Menschen in all seinen Ausdrucksformen wahrzunehmen: was versucht er zu sagen, wie ist sein Gesichtsausdruck, seine Stimme, seine Mimik?
- **Individuell validieren von Gefühlen:**  
«*Sie scheinen sehr in Sorge zu sein*» (Richard & Richard, 2016).
- **Allgemein validieren von Gefühlen:**  
«*Um die Kinder muss man sich immer Sorgen machen*» (Richard & Richard, 2016).
- **Validieren von Lebensthemen und Antrieben:**  
«*Dabei wissen Sie, was Verantwortung heisst*» (Richard & Richard, 2016).
- **Verabschiedung:**  
«*Die Pflicht ruft, ich muss jetzt weiter*» (Richard & Richard, 2016).

#### **2.4.1.3 Beziehung und Bindung**

Menschliche Beziehungen und Zugehörigkeit zu einem anderen Menschen oder einer bestimmten Gruppe sind Teil der Identität des Patienten. Dem stehen die kognitiven Einschränkungen und die wachsende Unsicherheit über die eigene Identität entgegen, aber auch der Verlust der sozialen Fertigkeiten mit zunehmendem Krankheitsverlauf. Umso bedeutender werden die Bezugspersonen, die in Kontakt und Austausch mit dem Menschen mit Demenz treten und ihm eine zuverlässige soziale Bindung anbieten. Auch der Patient mit einer Demenz verliert das Bedürfnis nach Bindung nicht. Wichtig sind deshalb Bezugspersonen, die das Erleben von Sicherheit fördern (Richard & Richard, 2016).

#### **2.4.1.4 Effekte der Integrativen Validation**

Durch die besondere Form der Kommunikation in der IVA wird dem Patienten mit Demenz vermittelt, dass er als einzigartige Person angenommen, verstanden und wertgeschätzt wird. Es kann eine zuverlässige Beziehung und Bindung zum Patienten hergestellt werden, der demenzkranke Mensch erlebt so, dass er nicht allein gelassen, sondern von anderen Menschen wahrgenommen und angesprochen wird. Die «brüchige» Identität des demenzerkrankten Patienten wird gestärkt durch die angesprochenen individuellen und bedeutsamen Lebensthemen und Antriebe des Patienten (Richard & Richard, 2016).

#### **Mögliche Effekte der IVA beim Demenzkranken Patienten:**

- Sicherheit, ruhige Atmosphäre, ein Gefühl der Zugehörigkeit
- Vermittelt ein Stück personale Identität und Selbstwertgefühl
- Verminderung von Stress und Angst
- Fördert Kontakt- und Beziehungsaufnahme zum Gegenüber
- Häufigere Augenkontakte
- Hilft «Gefühlsausbrüche» aufzufangen (Respekt vor dem Personsein, 2010)

#### **Mögliche Effekte der IVA beim Pflegepersonal:**

- Deutlichere Strukturiertheit der Handlungen, auch im Team

- Weniger Berührungsängste, auch in Krisensituationen
- Deutlichere Wahrnehmung und Einschätzung der Menschen mit Demenz
- Leichter Umgang mit dem «Anders-Sein»
- Bezüge zur Lebensgeschichte leichter herstellbar, damit personenbezogenes Arbeiten
- Intuitive Fähigkeiten werden wertgeschätzt (Respekt vor dem PersonSein, 2010)

#### 2.4.2 Adaptive Interaktion

Die Adaptive Interaktion ist ein Ansatz, der es ermöglicht, nonverbal zu kommunizieren. "Wir haben diesen Ansatz für Menschen mit Demenz entwickelt, die nicht mehr verbal kommunizieren können", bezeichnen Ellis und Astell, 2019, S. 26, dieses Modell. Die Adaptive Interaktion ist eine Weiterentwicklung der Intensiven Interaktion. Der Begriff "Sprache" wirkt beim Thema Kommunikation ohne Worte etwas seltsam, aber Sprache ist sehr viel mehr als Worte. Zu den Grundelementen der Kommunikation zählen: beidseitige Aufmerksamkeit, Blickkontakt, Geräusche, Bewegung und Nachahmung. Die Adaptive Interaktion macht sich der Grundelemente der Kommunikation zunutze, um die Sprache von Menschen mit Demenz zu lernen, die nicht mehr verbal kommunizieren können. Der Prozess der Adaptiven Interaktion besteht aus den nachfolgend detailliert erläuterten Schritten (Ellis & Astell, 2019).

- **Schritt 1: Die Person mit Demenz kennenlernen**

Im ersten Schritt soll festgestellt werden, wieviele Informationen über die Person mit Demenz vorhanden sind. Als Adjunct dient ein standardisierter Fragebogen. Das Kennenlern-Formular fragt nach der Gefühlslage des Betroffenen. Die Gefühlslage ist ein wichtiger Punkt, weil soziale Interaktionen und Kontakte für Menschen wichtig sind. Mögliche Erkundigungen können sein, welche Vorlieben und Abneigungen der Patient hat, was seine Hobbys sind, welchen Beruf erlernt wurde, wie sich die Familiensituation des Patienten darstellt und was vom Leben vor der Erkrankung bekannt ist. Der Prozess des Kennenlernens zielt darauf ab, bereits bekannte Informationen über die Person zu sammeln und sie mit den Informationen, die mithilfe des Fragebogens ermittelt wurden, zu kombinieren. Der Prozess kann auch ernüchternd sein, falls sich herausstellt, wie wenig die Angehörigen über den Patienten wissen. Wenn der Patient keine Familienangehörige mehr hat, ist es oft nicht möglich, viel mehr zu erfahren als das, was man bereits weiss. Dennoch hilft der Prozess, sich auf den Betroffenen einzustellen und Kontakt zu ihm aufzunehmen (Ellis & Astell, 2019).

- **Schritt 2: Die Kommunikationsumgebung**

Mit Kommunikationsumgebung sind die materiellen und räumlichen Gegebenheiten des Ortes gemeint, in denen die Interaktionen stattfinden. Da es sich um Menschen mit Demenz handelt, die nicht mehr sprechen können, gehören für Ellis und Astell (2019) die Gelegenheiten für Kommunikation, Verfügbarkeit von Kommunikationspartnern sowie Situationen und Kontexte, in denen Kommunikation stattfindet, ebenfalls zur Kommunikationsumgebung (Ellis & Astell, 2019).

- **Schritt 3: Ermittlung des Kommunikationsrepertoires**

Gleicherweise wie in Schritt 1 kann auch in Schritt 3 ein standardisierter Fragebogen zur Ermittlung des Kommunikationsrepertoires eingesetzt werden. In Schritt 3 wird das individuelle Repertoire der kommunikativen Verhaltensweisen festgehalten, die auf den Grundelementen der Kommunikation basieren. Es wird notiert, wie der Gesichtsausdruck des Patienten ist, ob Blickkontakt seitens des Patienten aufgenommen und gehalten werden kann und ob noch einzelne Laute und Geräusche möglich sind. Weitere Erkundigungen sind, ob der Betroffene empfänglich ist für möglichen Körperkontakt wie zum Beispiel die Hand halten, ob

Gesten, Rollentausch oder Nachahmungen beobachtet wurden beim Patienten, welche Körperhaltung der Mensch mit Demenz besitzt und welche Emotionen bei ihm bestehen (Ellis & Astell, 2019).

- **Schritt 4: Kontaktaufnahme**

Bei diesem Schritt geht es darum, ein Verhalten ausfindig zu machen, das als Ausgangsbasis einer Interaktion fungieren kann. Die Bezugsperson initiiert eine Interaktion, um nach einem Verhalten zu suchen, das sie nachahmen oder wiederholen kann, um dann mithilfe dieses Verhaltens aus dem individuellen Repertoire des Betroffenen Kontakt zu ihm aufzunehmen. Während dieser Interaktion sollte keine andere pflegerische Aktivität stattfinden. Anders ausgedrückt, die Interaktion ist Sinn und Zweck der Begegnung (Ellis & Astell, 2019).

- **Schritt 5: Vertiefung der Beziehung**

Um die Beziehung zum Gegenüber zu vertiefen, sollten mehrere Interaktionen mit dem Demenzkranken durchgeführt werden, um das gegenseitige Vertrauen zu stärken. Die kommunikativen Verhaltensweisen des Patienten, auch kleine Bewegungen, werden beobachtet und nachgeahmt, sie sind die Basis der wechselseitigen Interaktionen (Ellis & Astell, 2019).

### 3 Von der Theorie zur Praxis

#### 3.1 Kritische Gedanken

Die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Kommunikation bei dementen Patienten, speziell mit schwerer kognitiver Einschränkung, hat mir aufgezeigt, dass ich bis jetzt ohne Struktur für eine Kontaktaufnahme und ohne geeignetes Instrument, um eine Einschätzung der beim Patienten noch vorhandenen Kommunikationsmöglichkeiten zu machen, auf den dementen Patienten zugegangen bin. Auch besass ich bisher kein fundiertes Hintergrundwissen bezüglich der veränderten Kommunikation bei Demenzkranken. Dies machte mich unstrukturiert, planlos und unsicher in der Betreuung von dementen Patienten.

In der Adaptiven Interaktion sehe ich praktisches Potenzial zur Umsetzung in meinem Berufsalltag. Dieser Ansatz ermöglicht es mir, nonverbal zu kommunizieren und den Patienten nonverbal versuchen zu verstehen. Auch ist es ein Prozess, der mir einen professionellen Beziehungsaufbau mit dem demenzkranken Patienten aufzeigt. Aus dem Ansatz der Adaptiven Interaktion werde ich die zwei Fragebögen, *die Person mit Demenz kennenlernen* und *die Ermittlung des Kommunikationsrepertoires*, in meinen Praxisalltag einbauen können. In diesen sehe ich ein Hilfsmittel, den Patienten besser zu verstehen und zu erfassen, wo er in seinem Innenleben steht. Das Ziel der Adaptiven Interaktion ist, das Kommunikationsrepertoire des Betroffenen und seinen Kommunikationskanal, wie zum Beispiel Blickkontakt, Bewegungen, Geräusche oder Gesten, kennenzulernen, um Veränderungen bei den Menschen mit Demenz besser wahrnehmen zu können. Auch bei einem kurzen Kontakt mit einem demenzkranken Patienten auf der Notfallstation kann ich ihn beobachten und die zwei Aspekte, Kommunikationsrepertoire und Kommunikationskanal, gut wahrnehmen, dokumentieren und so eine empathische Beziehung aufbauen.

Sehr beeindruckt hat mich das Konzept der Integrativen Validation nach Richard®. Das Konzept schlägt eine andere Betrachtung der Demenz vor. Die Erkrankung Demenz kann zur Vielfalt des Alterns gehören, so wie andere Erscheinungsformen auch, und mit dieser Selbstverständlichkeit können wir dem Menschen mit Demenz auf eine neue,

selbstverständliche Weise begegnen: mit Offenheit, Neugier und interessierter Zuwendung zu dieser besonderen, wenn auch besonders schwierigen «Weise des Altwerdens» (Richard & Richard, 2016). Dieser Ansatz im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Menschen gefällt mir sehr gut und zeigt mir den positiven Fokus einer Beziehung zum Patienten auf. Das Konzept der Integrativen Validation kann ich gut im Notfallsetting auch auf andere Patientensituationen implementieren. Viele Patienten, die auf den Notfall kommen, sind in einer Ausnahmesituation, haben oft einen «Tunnelblick» und scheinen aufgrund des aktuellen Aufenthaltes auf der Notfallstation vorübergehend überfordert. Auch auf diese Patienten kann ich jederzeit durch die Integrative Validation mit Offenheit, Neugier, einer Selbstverständlichkeit und interessierter Zuwendung zugehen. Für mich zeigt dieser Ansatz eine empathische Grundeinstellung zum Gegenüber auf, was mir an diesem Konzept sehr gefällt. Die Prinzipien der IVA überzeugen mich: Gefühls- statt Inhaltsorientierung, Ressourcenorientierung statt Defizitsicht, Stärkung des Person-Seins als Hauptanliegen, Akzeptanz statt Korrektur, Wahrnehmung vor Kontakt, Kontakt vor Funktion und Kommunikation vor Handlung. Zudem fördert nach Richard und Richard (2016) die ressourcenorientierte Perspektive der IVA die Wahrnehmungsfähigkeit, die Neugier und Motivation des Pflegeteams und die Möglichkeiten, den Menschen in seiner Ganzheit gelten zu lassen. Auch wird mit dem Konzept der IVA die Körpersprache, sprich die nonverbale Kommunikation, als wesentlicher Anteil der Kommunikation angesehen. Dies geht meiner Ansicht nach im Pflegealltag aufgrund knappen Zeitressourcen oft verloren. Der Patient kann infolge eingeschränkter Zeitressourcen oft nicht auf der nonverbalen Ebene beobachtet, wahrgenommen oder verstanden werden.

### 3.2 Praxistransfer der Fragestellungen mit Bezug zum Fallbeispiel

Die erste Frage, die ich mir zu Beginn des Literaturstudiums meiner Diplomarbeit stellte, war die folgende: Wie kommuniziere ich mit einem schwer demenzkranken Menschen nonverbal auf der Notfallstation?

Einen demenzkranken Patienten mit kognitiv schwerer Einschränkung kann ich häufig nur noch nonverbal verstehen, die verbale Sprache ist beim Gegenüber oftmals verstummt. Ich muss hinhören und hinsehen, was mir der Patient mit seinen Gesten, mit seiner Mimik und mit seinen Blicken mitteilen möchte und mich einfühlen in das, was der Patient erlebt und empfindet. Nach Richard und Richard (2016) sind der Kompass und Wegweiser in die mir «fremde Landschaft» des Menschen mit Demenz seine Gefühle, seine Handlungsantriebe und Lebensthemen.

Ich bin der Meinung, dass mir die Integrative Validation nach Richard® ein professionelles und gehaltvolles Fundament gewährt, um dem Patienten mit Demenz wertschätzend, verantwortungsvoll und fürsorglich zu begegnen, um ein Verständnis für die lebendige Innenwelt eines Menschen mit Demenz zu entwickeln und sein Verhalten zu verstehen sowie seine Emotionen nachzuempfinden. Ich möchte in Kontakt treten mit einem Demenzerkrankten und eine Brücke zu ihm aufbauen, eine authentische Vertrauensperson sein in der manchmal nur kurzen Zeit, welcher dieser auf der Notfallstation verbringt. Der systematische Ablauf einer Begegnung mit einem Demenzerkrankten, den mir die IVA aufzeigt, unterstützt mich im praktischen Vorgehen. Meine empathische Grundhaltung gegenüber dem Patienten ist Voraussetzung für einen gelingenden Beziehungsaufbau. Die dem Patienten individuell angepasste Kommunikation ist zentrales Element der zwischenmenschlichen Beziehung. Die besondere Form der Kommunikation der IVA vermittelt dem Patienten, dass er angenommen, verstanden und wertgeschätzt wird und lässt eine zuverlässige Beziehung und Bindung zum Patienten zu.

Bezugnehmend auf mein Fallbeispiel hätte eine strukturierte Beziehungsgestaltung so aussehen können: Im ersten Schritt nehme ich empathisch und unvoreingenommen Kontakt zu Frau G. auf, indem ich sie freundlich begrüße und dabei ihre Antriebe und Lebensthemen wahrnehme. Da ich ja schon die Information aus dem Überweisungsbericht des Altersheims der Patientin besitze, dass sie früher Pflegefachfrau war, spreche ich sie bezüglich dieses Lebensthemas direkt an. Im zweiten Schritt validiere ich individuell ihre

Antriebe und Lebensthemen der Pflegefachfrau, damit sie sich angenommen, akzeptiert und wertgeschätzt fühlt. Gemäss Prinzip des allgemeinen Validierens im dritten Schritt versuche ich Frau G. aus ihrem isolierten Selbsterleben in das gemeinsame «Wir» zu holen was ihr aufzeigen soll, dass sie mit ihrem Erleben nicht allein ist. Der Ritualisierte Schlusssatz, dass ich jetzt wieder an die Arbeit muss, beendet die erste Kontaktaufnahme zu meiner Patientin.

Nonverbal kommunizieren, dem Patienten mit Demenz eine Botschaft vermitteln, kann ich nach der Adaptiven Interaktion speziell durch meine Körperhaltung, Körperkontakt, Gesten und Nachahmung. Voraussetzung für eine gelingende nonverbale Kommunikation mit einem demenzkranken Menschen ist, dass ich mich auf die «Sprache» des Betroffenen einlasse und einstelle. Dabei achte ich auf die kommunikativen Verhaltensweisen des Patienten, um mit ihm in Kontakt treten zu können.

Bezugnehmend auf mein Fallbeispiel meint Nachahmung in diesem Kontext, dass ich eine entspannte Körperhaltung bei der ersten Kontaktaufnahme zu Frau G. einnehme, sie auf Augenhöhe anspreche und individuell Körperkontakt aufnehme, so wie es das Gegenüber toleriert. Meine entspannte Körperhaltung repräsentiert Frau G. mein Interesse an ihrer Person. Der Körperkontakt, sei es nur die Hand halten von Frau G., lässt sie wissen und spüren, dass sie immer noch ein Teil der sozialen Welt ist und so kann eine verbindliche nonverbale Kommunikation entstehen. Mit Gesten, zum Beispiel in pantomimischer Form, kann ich Frau G. verständlich machen, dass sie die Medikamente einnehmen sollte. Als Hilfsmittel kann ich mich eines Smarties oder Tictacs bedienen, dieses vor der Patientin mit einem Schluck Wasser einnehmen und dadurch Frau G. meine Botschaft von der Medikamenteneinnahme vermitteln.

Sicherlich werde ich ab und an einen Demenzerkrankten auch nonverbal nicht verstehen, ihn nicht richtig einschätzen oder ihm meine Botschaften nicht effektiv vermitteln können. Auch werde ich in gewissen Gesprächssituationen mit einem demenzkranken Patienten ratlos sein und nicht wissen, wie ich ihn verstehen kann. Dessen bin ich mir absolut bewusst. Aber mit meinem neugewonnenen Wissen löst dies meistens keine Ohnmachtsgefühle und Hilflosigkeit mehr aus.

Die zweite Frage meiner Diplomarbeit lautet wie folgt: Wie kann ich den Patienten verstehen, wenn er kognitiv stark eingeschränkt ist und mir keine passende verbale Antwort auf meine Frage geben kann?

Meine zweite Frage versuche ich mit Hilfe der Adaptiven Interaktion zu beantworten. Die verbale Sprache des demenzerkrankten Menschen geht verloren, jedoch nicht das Bedürfnis zu kommunizieren. Da der Patient sich verbal nicht mehr äussern kann, spricht er über einen anderen Kanal zu mir. Dazu muss ich als Bezugsperson in Notfallsetting den Patienten wahrnehmen und auf ihn eingehen, das Kommunikationsrepertoire des Betroffenen ermitteln und mithilfe seiner nonverbalen Ausdrucksform Kontakt zu ihm aufnehmen. Dazu nehme ich die beiden vorgestellten Fragebögen der AI zur Hand. Ich werde mir eine laminierte Karte mit Stichworten, wie in den nachfolgenden Abbildungen 2 und 3, zu den jeweiligen Schritten 1 und 3 aus dem Prozess der AI, *Kennenlernen der Person mit Demenz* und *Grundelemente der Kommunikation*, anfertigen. Zu meiner Hilfe werde ich diese zwei laminierten Karten bei der Arbeit immer bei mir in der Brusttasche mittragen. Ich beobachte den Patienten, nehme ihn bei der ersten Kontaktaufnahme wahr und notiere mir zu den Grundelementen der Kommunikation Stichworte. Wie ist der Gesichtsausdruck meines Gegenübers, seine Mimik und Gestik? Schaut mich der Patient mit direktem Blickkontakt an? Kommen ihm nur noch Laute und Geräusche über die Lippen? Wie sind Körperhaltung und Körperbewegungen? Ich beobachte seine Emotionen; ist er entspannt, genervt oder aufgebracht? Was kann ich ausfindig machen über seine Hobbys, seinen erlernten Beruf oder seine Familiensituation? All diese kurzgefassten Fragen unterstützen mich in meiner Einschätzung, was mir der Patient nonverbal mitteilen möchte und ich probiere somit alle Puzzleteile der Person mit Demenz zu einem Gesamtbild zusammenzufügen. Dazu lasse mich auf die aktuelle Situation des Patienten



ein und passe mich seinem noch vorhandenen Kommunikationsrepertoire an, damit die Kommunikation zum Betroffenen gelingt. Die Adaptive Interaktion wird nicht bei jedem demenzkranken Patienten anwendbar und effektiv sein und wirklich sicher, wie es dem Patienten geht, ohne dass er mit mir spricht, werde ich nie sein können. Aber die Befindlichkeit eines demenzen Patienten kann meines Erachtens nach sehr gut über die nonverbalen Signale erfasst und berücksichtigt werden.

Nachfolgend die zwei ausgefüllten Fragebögen anhand meines Fallbeispiels:

<b>Frau G., die Person mit Demenz kennenlernen anhand Fragebogen 1 der Adaptiven Interaktion</b>	
<b>Informationen über die Person</b>	Frau G. war früher Krankenschwester in England. Aktuell lebt sie in einem Pflegeheim und braucht Unterstützung. Bezugspersonen werden keine benannt.
<b>Leben der Person vor der Erkrankung</b>	Früherer Beruf war Krankenschwester, lebte längere Zeit in England. Sonst nichts bekannt.
<b>Vorlieben und Abneigungen</b>	Nach meinem Erleben blühte Frau G. etwas auf, als sie Englisch sprechen konnte. Sonst konnte ich nicht viel beobachten.
<b>Was stört die Kommunikation?</b>	Da mir Frau G. keine passende verbale Antwort geben konnte, ist die Kommunikation als schwierig anzusehen.
<b>Einschätzung aktuelle Gefühlslage</b>	Frau G. wirkte auf mich abwesend und etwas mürrisch. Auch konnte ich eine Unruhe bei Frau G. feststellen.

Abbildung 2, Schüepp, S. (2020), angelehnt an die AI von Ellis M. & Astell A. (2019)

<b>Das Kommunikationsrepertoire von Frau G. anhand Fragebogen 2 der Adaptiven Interaktion ermitteln</b>	
<b>Blickkontakt</b>	Frau G. hat mich bei der ersten Begegnung direkt angeschaut und sofort einen Blickkontakt zu mir hergestellt.
<b>Gesichtsausdruck</b>	Mürrisch, ängstlich, zeitweise runzelte Frau G. die Stirn.
<b>Sprache / Sprachlaute</b>	Frau G. hat unzusammenhängende Sätze in Englisch gesprochen.
<b>Geräusche</b>	Frau G. hat keine Geräusche von sich gegeben.
<b>Körperkontakt</b>	Als ich mich vorstellte bei Frau G. und ihr meine Hand entgegenstreckte, nahm sie diese kurz und liess sie aber sofort wieder los.
<b>Gesten</b>	Frau G. öffnete den Mund und trank einen Schluck Wasser, als ich ihr den Becher reichte.

<b>Nachahmung</b>	Ich konnte keine Nachahmung seitens Frau G. beobachten.
<b>Körperhaltung</b>	Frau G. lag bei der ersten Begegnung im Bett. Die Körperhaltung war meines Erachtens leicht angespannt und unruhig, sie wollte immer wieder aufstehen.
<b>Emotionen</b>	Frau G. wirkte verängstigt, hilflos und etwas verärgert auf mich.
<b>Rollentausch</b>	Ich habe keinen Rollentausch erlebt.

Abbildung 3, Schüepp, S. (2020), angelehnt an die AI von Ellis M. & Astell A. (2019)

### 3.3 Persönliche Erkenntnisse

Während des Schreibens meiner Diplomarbeit ist mir bewusst geworden, wie wichtig die nonverbale Sprache in unserer Gesellschaft ist. Nach der 55-38-7-Regel des iranisch-amerikanischen Psychologen Albert Mehrabian macht jedoch 55% der Kommunikation zwischen zwei Menschen die Körpersprache aus, 38% wird über den Ton und die Stimme transportiert und nur 7% wird über den Inhalt vermittelt (Mehrabian, o.J.). Mein Augenmerk lag bisher zu stark auf dem gesprochenen Wort statt auf der nonverbalen Ebene. Diese Erkenntnis sensibilisiert mich im Umgang mit dem Gegenüber, egal ob krank oder gesund. In Zukunft möchte ich meine Aufmerksamkeit stärker auf das nicht gesprochene Wort legen.

Die IVA ist für mich im Umgang mit demenzkranken Menschen ein Begleiter geworden. In der heutigen Zeit wird der Mensch mit Demenz oft durch einen Filter der Erkrankung betrachtet, da die Demenz geprägt ist durch verschiedene Verluste. Wenn ich einen Menschen mit Demenz aus diesem Aspekt betreue und begleite, kommen Ohnmachtsgefühle, Hilflosigkeit und Überforderung in mir hoch, so wie ich es in meinem Fallbeispiel erlebt habe. Das Verhalten und Erleben eines Menschen mit Demenz erscheinen mir aus dieser Perspektive fremd. Durch die IVA nehme ich eine andere Betrachtungsweise des Betroffenen mit Demenz ein, sehe das Krankheitsbild nicht als meinen Feind, sondern versuche die positiven Aspekte, die Ressourcen des Patienten wahrzunehmen und ihn darin anzusprechen. Bei allen Menschen kann ich die Grundsätze der IVA anwenden, denn die empathische Grundhaltung und die Ressourcen in den Vordergrund zu stellen, ist nicht anders bei einem Gesunden als bei einem Demenzkranken. Auch ein Mensch mit Demenz ist und bleibt eine einzigartige unverwechselbare Persönlichkeit, die ein Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Bindung hat. Die Brücke zum Menschen mit Demenz sind seine Ressourcen wie Gefühle, Lebensthemen und Antriebe.

Die Kenntnisse der Lebensgeschichte und Lebensthemen des Patienten erscheint mir als sehr wichtig beim Menschen mit Demenz, um eine echte, wertschätzende und empathische Beziehung aufbauen zu können. Dies ist auch beim nicht dementen Patienten auf der Notfallstation der Fall. Für mich ausschlaggebend und als zentraler Punkt zu beachten bezüglich der Beziehungen zu Patienten auf dem Notfall, egal ob sie kognitiv eingeschränkt oder kompensiert sind, ist die empathische Grundhaltung sowie den Patienten dort abzuholen, wo er gerade in diesem Moment steht. Genauso wichtig und elementar für mich in der Kontaktaufnahme ist es, die Ressourcen des Patienten wahrzunehmen und in die Beziehung fliessen zu lassen. Die empathische Grundhaltung, das Lebensthema des Patienten und die Ressourcenimplementierung stellen die Beziehung zum Gegenüber in einen positiven Blickwinkel und sind anwendbar in jeder Verbindung bei verschiedensten Charakteren, im privaten Umfeld sowie auch im Kontext der Notfallpflege.

Aus der Adaptiven Interaktion überzeugten mich die praktischen Interventionen. Als Hilfsmittel zur Kontaktaufnahme und zur Vertiefung der Beziehung implementiere ich die zwei Fragebögen der AI in meinen Pflegealltag. So fertige ich mir eine Ausgangsbasis für

mein weiteres Kommunikationsverhalten zum Patienten an. Wo sehe ich die Ressourcen des Patienten im Kommunikationsverhalten, wo kann ich ansetzen im Gespräch mit ihm? Die AI erfordert etwas Übung, zum einen, um das Gefühl meiner persönlichen Peinlichkeit zu überwinden, mich auf das Kommunikationsrepertoire des Patienten einzustellen, also einerseits ebenfalls nonverbal zu kommunizieren mit Hilfe von Gesten und dem Nachahmungsprinzip und andererseits, mir genügend Zeit einzuplanen für den Menschen mit Demenz. In der Adaptiven Interaktion steht der Betroffene mit Demenz im Mittelpunkt und ich als Pflegefachfrau passe mich dem Kommunikationsverhalten des Patienten an, worin ich eine Verbesserung und ein besseres Gelingen der nonverbalen Kommunikation sehe. Ich sehe aber auch, dass die nonverbale Kommunikation eine grosse Herausforderung an mich stellt, da oft knappe Zeitressourcen zur Verfügung stehen und jeder Patient mit einer Demenz individuell eingeschätzt werden sollte für das Kennenlernen der Person das Ermitteln des Kommunikationsrepertoire.

### 3.4 Schlussfolgerung

Die intensive Auseinandersetzung mit der Kommunikation von Demenzerkrankten von der Theorie zur Praxis hat mir Möglichkeiten aufgezeigt, wie ich mein kommunikatives Verhalten mit MmD verbessern kann. Eine empathische Grundhaltung für mein Gegenüber liegt mir sehr am Herzen und wende dies im Pflegealltag auch an. Jedoch hat mir die Bearbeitung meiner Fragestellungen aufgezeigt, dass ich unstrukturiert und planlos auf einen Patienten mit Demenz zugegangen bin. Gerade im Notfallsetting, in dem ich oft unter Stress und Zeitdruck stehe, konnte ich ohne Struktur keinen geregelten Ablauf im Gespräch aufgreifen, hatte kein Instrument zur Beobachtung und Dokumentation und Einschätzung des Kommunikationsrepertoires des Patienten.

Durch die intensive Bearbeitung und Auseinandersetzung mit der Diplomarbeit konnte ich mich fachlich mit Wissen und persönlich mit Selbstreflexion weiterentwickeln und so meine Rückschlüsse für die Praxisarbeit ziehen.

Wenn ich auf einen dementen Patienten im Arbeitsalltag treffe, werde ich kurz innehalten und mich vorbereiten auf den ersten Patientenkontakt. Mit Stichworten halte ich das Kommunikationsrepertoire des Patienten fest und bilde mir meine Ersteinschätzung zum weiteren Kommunikationsverhalten meinerseits.

Im Gesprächsablauf folge ich der IVA mit einer empathischen Begrüssung des Patienten und versuche zeitgleich das individuelle Lebensthema und die Antriebe des Betroffenen mit Demenz ausfindig zu machen, um diese wertschätzend und empathisch zu validieren. Im weiteren Verlauf folgt das Prinzip des allgemeinen Validierens, das die Person aus dem isolierten Selbsterleben holen soll. Ich korrigiere und belehre den Patienten nicht und konfrontiere ihn nicht mit meiner Wirklichkeit, sondern nehme sein Erleben als gültig an. So gelingt mir in Zukunft eine echte, wertschätzende und empathische Beziehung zum Menschen mit Demenz.

Im Rahmen einer Teamsitzung werde ich meine Diplomarbeit vorstellen, um meine Teamkollegen im Umgang mit demenzkranken Menschen ebenfalls zu sensibilisieren. Deshalb plane ich in naher Zukunft, mich mit der Pflegeverantwortung der Notfallstation in Verbindung zu setzen, um eine mögliche Implementierung des Fragebogens der AI zu erwirken. Damit soll das Kommunikationsrepertoire des demenzerkrankten Menschen dokumentiert und festgehalten werden, was dem Patienten in der Beziehungsgestaltung eine Struktur gewähren soll.

## 4 Literaturverzeichnis

### 4.1 Bücher

Ellis, M., & Astell, A. (2019). *Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen*. Bern: Hogrefe.

Richard, N., & Richard, M. (2016). *Integrative Validation nach Richard®*. Bollendorf: Eigenverlag Institut für integrative Validation GbR.

Sachweh, S. (2019). *Spurenlesen im Sprachdschungel*. Bern: Hogrefe.

Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten*. Wiesbaden: Springer VS.

Watzlawick, P., Jackson, D., & Beavin, J. (2016). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Hogrefe.

### 4.2 Artikel und Berichte

Alzheimervereinigung, S. (2019). *Demenz in der Schweiz 2019 - Zahlen und Fakten*. Bern: Alzheimer Schweiz.

*Respekt vor dem PersonSein*. (23. Oktober 2010). Abgerufen am 1. März 2020 von <http://www.alzheimer-angehoerigen-initiative.de>

Seifert, A., & Schelling, H. (2019). *Demenzbarometer 2018*. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

### 4.3 Online Angaben

Ahlfeld, B. (2017). *Nonverbale Kommunikation*. Abgerufen am 4. März 2020 von <https://www.zhi.at>

Köck, P., & Ott, H. (1994). *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Abgerufen am 16. Februar 2020 von <https://lexikon.stangl.eu>

Mehrabian, A. (o.J.). *Nonverbale Kommunikation-Das Mehrabian Missverständnis*. Abgerufen am 20. Februar 2020 von <https://www.der-rhetoriktrainer.de>

*Nonverbale Kommunikation*. (o.J.). Abgerufen am 10. Februar 2020 von <http://www.nonverbale-kommunikation.ch>

*Respekt vor dem PersonSein*. (23. Oktober 2010). Abgerufen am 1. März 2020 von <http://www.alzheimer-angehoerigen-initiative.de>

Siepermann, M. (o.J.). *Wirtschaftslexikon*. Abgerufen am 16. Februar 2020 von <https://wirtschaftslexikon.galber.de/definition/kommunikation>

*Wikipedia*. (o.J.). Abgerufen am 10. Februar 2020 von <https://de.m.wikipedia.org>

**4.4 Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1, Richard N. & Richard M. (2016) .....7  
 Abbildung 2, Schüepf, S. (2020), angelehnt an die AI von Ellis M. & Astell A. (2019) ..... 14  
 Abbildung 3, Schüepf, S. (2020), angelehnt an die AI von Ellis M. & Astell A. (2019) ..... 15

## Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum: 25. März 2020

Unterschrift: S. Schüpp

## Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum: 25. März 2020

Unterschrift: S. Schüpp

Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: