

Köln, 13. November

Beatrix Döttlinger MScN

Pflegewissenschaftlerin

Motivation durch gestische Kommunikation

*„Pflege wird zur Kunst, wo es uns gelingt, die bleibenden Gestaltungsmöglichkeiten des uns anvertrauten Menschen zu entdecken und behutsam in den Alltag mit einzubeziehen.“ (Juchli 2011 S. 12)*

Diese Aussage gewinnt im besonderen Maße an Bedeutung, wenn wir von Menschen mit Demenz in einem späten Stadium sprechen, die verbal nicht mehr kommunizieren können. Wenn nonverbale Kommunikation an Bedeutung gewinnt und in den Mittelpunkt der Kommunikationsmöglichkeiten tritt, muss diese von Pflegenden auch gut reflektiert werden. Im Duden (2001a S. 680) findet man unter den Begriff Nonverbaler Kommunikation; dass es sich hierbei um eine *„zwischenmenschliche Verbindung, Verständigung durch Gestik, Mimik od. andere optische Zeichen“* handelt.

Zu Beginn möchte ich kurz auf nonverbale Kommunikationskanäle (nK) eingehen, um diese ins Bewusstsein zu rufen. Die Stimmqualität (parasprachlicher Reiz), wie sich eine Stimme anhört, welchen Ton man anschlägt, heiter, traurig usw. zählt zu den nK. Der Blick dient als visuelle Balance in Interaktionen. Argyle und Deam (1965) stellen die Hypothese auf, dass jede Beziehung zwischen Personen und jede Interaktion ihr ganz eigenes Intimitätsniveau besitzt. Die Partner sind ständig bestrebt, dieses durch ständige Steuerung ihrer Intimitätssignale wie Blick, Lächeln, Distanz usw. aufrecht zu erhalten. Der persönliche Raum ist nach Horowitz (1964) definiert als Bereich um eine Person, der je nach Erfordernis eingesetzt wird, um andere auf gebührende Distanz zu halten. Berühren o. Körperkontakt zwischen Erwachsenen unterliegen strengen und komplizierten kulturellen Regeln. Wer wo wie wann und von wem berührt werden darf ist genau geregelt (vgl. Forgas, J. P. 1999). In Interaktionen mit anderen Menschen kommunizieren wir mit unseren gesamten Körper, Körperbewegungen und Gesten werden auf das genaueste koordiniert (vgl. Kendon 1970, Birdwhistell 52, 70). Dies bestätigt sich auch in meiner Untersuchung zu gestischer Kommunikation, auf die ich am Schluss dieses Beitrages noch eingehen möchte.

Nonverbale Kommunikation ist nicht einfach eine Alternative zur Sprache, denn die Unterschiede zwischen beiden Kommunikationssystemen sind beträchtlich. *„Das Dekodieren von und das Reagieren auf nonverbale Botschaften geht normalerweise sehr viel unvermittelter und automatischer vonstatten, als das bei verbalen Botschaften der Fall ist“*

(Forgas 1999, S. 127). Verbale Botschaften müssen gewöhnlich sehr viel sorgfältiger entschlüsselt und umgesetzt werden, weshalb wir also erheblich länger brauchen, bis wir eine verbale Äußerung verstanden, interpretiert und uns für eine geeignete Erwiderung entschieden haben (vgl. Forgas 1999).

Einstellungen und Emotionen werden nonverbal tendenziell effektiver als verbale vermittelt. Es kann sein, dass sich ein Sprecher nonverbal bloßstellt und gegen seinen Willen Einstellungen und Emotionen preisgibt. So eine nonverbale Durchlässigkeit ob jemand die Wahrheit sagt oder lügt haben Ekman und Friesen (1974)? untersucht. Sie hatten die Hypothese, dass Körperbewegungen oder Bewegungen der Arme und Beine – weniger bewusst gesteuert werden und deshalb einen Lügner wahrscheinlich eher entlarven, als so zentrale Reize wie Gesichtsausdruck oder Blickverhalten. Analysiert wurden unter anderen Filmaufnahmen von psychiatrischen Patienten die verbergen wollten, wie aufgeregt und ängstlich sie in Wirklichkeit waren und stattdessen Optimismus und Wohlbefinden simulierten. Die Beobachter wurden gebeten aus einer Liste mit Adjektiven jeweils diejenigen anzukreuzen, die den Zustand des Patienten ihrer Meinung nach am besten beschreiben: Die Ergebnisse um hier nur drei zu nennen; Das der Mensch „angespannt“ ist wurde zu 44 % am Kopf jedoch zu 82 % am Körper identifiziert. Das der beobachtete Mensch „gehetzt“ sein ausstrahlt zu 0 % am Kopf und zu 68 % am Körper. „Ungeduldig“ sein wurde zu 0 % am Kopf und zu 50 % am Körper festgestellt. Es handelt sich hierbei um Merkmale, die jeder Mensch unter Stress in der täglichen Arbeit an sich verspürt.

Dass wir nonverbale Botschaften normalerweise sehr viel unvermittelter und automatischer Dekodieren und auf sie reagieren können verdanken wir, so neurowissenschaftliche Erkenntnisse den Spiegelneuronen. Diese haben Erlebensebenen gespeichert, die im Beobachter auch aktiv werden, wenn dieser sieht, was eine andere Person gerade macht oder empfindet. Gerade so, als würden sie selbst das gleiche empfinden oder die gleiche Handlung ausführen. Diese Fähigkeit eines jeden Menschen ist die Grundlage für Empathie. (vgl. Rizzolatti & Sinigaglia 2008). Dieser Vorgang der Spiegelung passiert gleichzeitig, unwillkürlich und ohne jedes Nachdenken. Diese Wahrnehmung hat man also, ob man will oder nicht. Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse für uns Pflegenden, die es häufig mit Menschen zu tun haben, die verbale Sprache nicht mehr oder nicht immer zum kommunikativen Austausch nutzen können? Sind es unsere Einstellungen und Emotionen die wir in einer Interaktion non-verbal übermitteln? Ist es dann eine Art „Körperlesen“, das dieser Personenkreis nutzen könnte? Könnten wir das Wissen über Spiegelneurone zur Handlungskommunikation nutzen? Pflegenden, die Menschen begleiten, die hauptsächlich

nonverbal kommunizieren brauchen einen bewussten und reflektierten Umgang mit ihren eigenen nonverbalen- kommunikativen Fähigkeiten. Es ist unumgänglich, dass wir unsere Fähigkeiten mit unserer verbalen- und nonverbalen Kommunikation übereinzustimmen, also kongruent zu sein „bewusst“ weiterentwickeln. Ebenso unumgänglich ist die Weiterentwicklung unserer Fähigkeiten sich an den nonverbalen- körperlichen Ausdruck des Gegenübers zu orientieren. Also auch ein Bewusstsein für ein „Körperlesen“ weiterzuentwickeln. Wir Pflegende leisten hier Pionierarbeit und stehen vor einer großen Herausforderung.

Pflegende brauchen also eine klare Haltung in der Begleitung und Interaktion schwer wahrnehmungsbeeinträchtigter Menschen. Jede soziale Rolle wird durch komplexe Rollenerwartungen definiert. Wird eine soziale Rolle nur der Form halber übernommen und bewusst zu kontrollieren versucht, gelingt dies selten in allen Aspekten. Da die nonverbalen Anteile der Kommunikation zum überwiegenden Teil durch die Emotionen und Motivationen der Beteiligten gesteuert werden, ist deren bewusste Kontrolle kaum möglich. Mir persönlich hat dabei Fachwissen geholfen meine soziale Rolle als Pflegende und meine Haltung im Umgang mit diesen Personenkreis zu entwickeln. Besonders Fachwissen aus dem Konzept Basale Stimulation® in der Pflege. Es handelt sich hierbei um ein Konzept zur Förderung und Erhaltung der Wahrnehmungsfähigkeit schwer beeinträchtigter Menschen auf der Grundlage, Beziehung entstehen zu lassen, die auf Vertrauen beruht. Auch Theorien aus den Sozialwissenschaften, von denen ich hier zwei sehr kurz ansprechen möchte haben mir verdeutlicht, was der Mensch braucht um seine Ich-Identität zu erhalten. Im Konzept Basale Stimulation gehen wir davon aus, dass jeder Mensch sein Leben selbst gestalten möchte, egal in welcher Lebenssituation oder Phase er sich befindet.

Was geschieht mit einem Menschen, wenn er keine Möglichkeit hat sein Leben selbst zu gestalten, also die Kontrolle über das Geschehen verliert? Wie das bei fortschreitender Demenz beispielsweise der Fall ist. Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit gibt hier Hinweise, sie besagt (knapp ausgeführt): *„Wenn Personen chronisch die Erfahrung machen, dass zwischen ihrem Verhalten und den Ergebnissen dieses Verhaltens kein Zusammenhang besteht (sog. Non-kontingente Beziehung), ..., erleben sie massiven Kontrollverlust, welcher in einem Zustand von gelernter Hilflosigkeit resultieren kann“* (Frey and Irle 2002 S. 31). An einem Beispiel ausgedrückt: wenn eine Person mit schwerer Demenz durch leichtes Anheben des rechten Fußes das Anziehen der Schuhe, das die Pflegende ihr anbietet mitgestalten möchte, die Pflegende dieses jedoch ignoriert und den Schuh erst am linken Fuß anzieht erlebt

die Person, dass ihr Verhalten nicht wahrgenommen wird. Sie hat somit keinen Einfluss auf das Geschehen, ein Gefühl der Hilflosigkeit kann entstehen. Die Theorie sagt voraus, dass es im oben zitierten Fall zu drei Arten der Beeinträchtigung kommt: Herabsetzung der Motivation, überhaupt Beeinflussbarkeit ausüben zu wollen, einer Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten und zu emotionaler Beeinträchtigung, wie z.B. Furcht, welche bei andauernder Unbeeinflussbarkeit in Depression übergehen kann (vgl. Frey and Irle 2002). So ein Hilflosigkeitserleben kann jeder Mensch unabhängig von einer Erkrankung erleiden, wie das Philip Reemtsma durchleben musste. Er hat in seinem Buch im Keller (Reemtsma 2008) beschrieben was er empfunden hatte, als er dem Entführer von sich aus schriftlich Informationen gegeben hatte.

*„Es glich der plötzlichen Wirkung eines Medikamentes, und doch lag es an nichts weiter als dem Umstand, dass er ein paar Sätze geschrieben hatte. Sätze, die ihm nicht vorgeschrieben gewesen waren. Er hatte etwas zu der Situation hinzugefügt. Sie erweitert, sie mitgestaltet. ... Nicht der Umstand, dass er etwas wirklich Bedeutsames getan hatte, sondern der, dass er überhaupt etwas getan hatte, war für den plötzlichen Stimmungsumschwung verantwortlich. ... Er hatte ... sich das Gefühl, ein Ich zu sein, wiederbeschafft“ (Reemtsma 2008 S. 204)*

*„Dieses Ich ist selbst ein Konstrukt. Das Gefühl eines zu „haben“, ist nicht die Voraussetzung, sondern das Ergebnis seiner Leistung“ (Reemtsma 2008, S. 203).*

Die Reaktanztheorie unterstellt ein konträres Ergebnis. *„Sie sagt ...vorher, dass Menschen bei Einengungen bei persönlicher Freiheit, mit Reaktanz, also Widerstand reagieren. Dieser Widerstand zeigt sich in Aggression gegenüber dem Freiheitseinengendem sowie in dem Bestreben, auf verwandten Gebieten eigene Autonomie zu demonstrieren... Freiheitseinengung ist in gewisser Weise gleichzusetzen mit Kontrollverlust bzw. Unbeeinflussbarkeit, worauf jedoch gemäß der Reaktanztheorie nicht mit Resignation, sondern mit Konfrontationsstrategien in Form von Aktivität und Widerstand reagiert wird“ (Frey and Irle 2002 S. 33).* Eigene Autonomie zu demonstrieren könnte beispielsweise bei einem Menschen mit fortgeschrittener Demenz die Verweigerung von Nahrung sein oder lautes Schreien.

*Wortman und Brehm (1975) nahmen bezogen auf diese beiden Theorien an, dass durch Unbeeinflussbarkeitserfahrungen geringeren Ausmaßes zunächst nicht Hilflosigkeit, sondern der motivationale Zustand der Reaktanz hervorgerufen wird. Dieser ist auf eine aktive Wiederherstellung verlorener Handlungsfreiheit gerichtet...und von Ärger begleitet.“ Die Reaktanzmotivation nimmt jedoch mit länger andauernder Unbeeinflussbarkeit wieder ab und*

*geht – wenn die Erwartung, Beeinflussbarkeit ausüben zu können, schließlich aufgegeben wird – in Motivationsverlust, kognitive Defizite und depressiven Affekt über.“ (ebd. S. 33)*

Menschen mit fortgeschrittener Demenz stehen in elementarer Verbindung mit der sie umgebenden Welt. „Pfleger sind ein wichtiger Teil dieser Welt“ Pfleger können es dem zu pflegenden Menschen ermöglichen; Pflegeaktivitäten nach ihren Möglichkeiten mitzugestalten um ihr Gefühl ein „Ich“ zu sein zu erhalten. In Handlungsinteraktionen müssen Pfleger ständig klären, welche Art der Unterstützung braucht dieser Mensch in diesen Moment, um die Handlung eigenaktiv mitgestalten zu können. Damit er kein Gefühl der Hilflosigkeit entwickelt oder mit Widerstand reagieren muss. Die eingangs zitierte Aussage von Juchli passt an dieser Stelle sehr gut um die Anforderungen die an Pfleger gestellt werden erahnen zu lassen.

Es gibt verschiedene Formen der Handlungsunterstützung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die in kurzer Zeit variieren können. Pfleger können beispielsweise verbal zu einer Handlung auffordern, wenn diese nicht mehr erinnert wird. Sie können Bewegungen oder Handlungen zeigen/simulieren (Gestisch-kommunikativ), also Vormachen. Kann der Mensch die Handlung nur mit Unterstützung ausführen, kann man Bewegungen „taktil- Einleiten; - Begleiten; -Führen“ indem man die Autonomie des Augenblickes gewährt. Wenn keinerlei Eigenbewegung spürbar ist, kann die Bewegung/Handlung von der Pflegenden komplett übernommen werden. Auf Reaktionen wie Muskelanspannung usw. wird auch hier wie in jeder dialogischen Vorgehensweise eingegangen. (vgl. Schwerdt 2005, Robertz-Grossmann and Schwerdt 2007, Bienstein and Fröhlich 2012)

Abschließend möchte ich kurz auf meine Untersuchung zu gestisch kommunikativen Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit schwerer Demenz eingehen. Erste Ergebnisse der laufenden Untersuchung kurz vorstellen. Diese Untersuchung wird am DZNE Standort Witten als Promotionsarbeit durchgeführt mit der betreuenden Doktormutter Frau Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik.

Die Fragestellung lautet: Wie gestaltet sich die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegefachkräften und Menschen mit schwerer Demenz, wenn die Pflegenden durch symbolische Spiegelung einer Geste eine Handlung sinnbildlich darstellen, mit dem Ziel die zu pflegende Person dahin zu führen, die damit verbundene Handlung eigenaktiv umsetzen zu können?. Durch die symbolische Spiegelung von Handlungen soll diesem Personenkreis Orientierung gegeben werden, um damit ihre Autonomie und Selbstregulation zu stärken.

Das Forschungsdesign folgt der Qualitativen Methode der dokumentarische Interpretation nach von Ralf Bohnsack (Bohnsack 2009). Aufgezeichnet wurden pflegerische Handlungssituationen und -interaktionen bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Einbezogen wurden Pflegefachkräfte für wahrnehmungsveränderte Menschen mit der Weiterbildung zum/zur Praxisbegleiter/in Basale Stimulation® in der Pflege, die Erfahrungen mit gestisch-kommunikativem Handeln haben und Personen mit Demenz in einem späten Stadium.

Eine Kamera hat die jeweils Pflegenden (Person A), die andere die Person mit Demenz (Person B) im Fokus (Abb.: 1). Eine Videosequenz in der gestisch-kommunikatives Handeln mit dem Thema „Mund spülen“ (Abb.: 2. u. 3) abgebildet ist, wurde mikroanalytisch detailliert protokolliert und interpretiert.

Abb. 1: Jeweils eine Kamera filmt eine Person

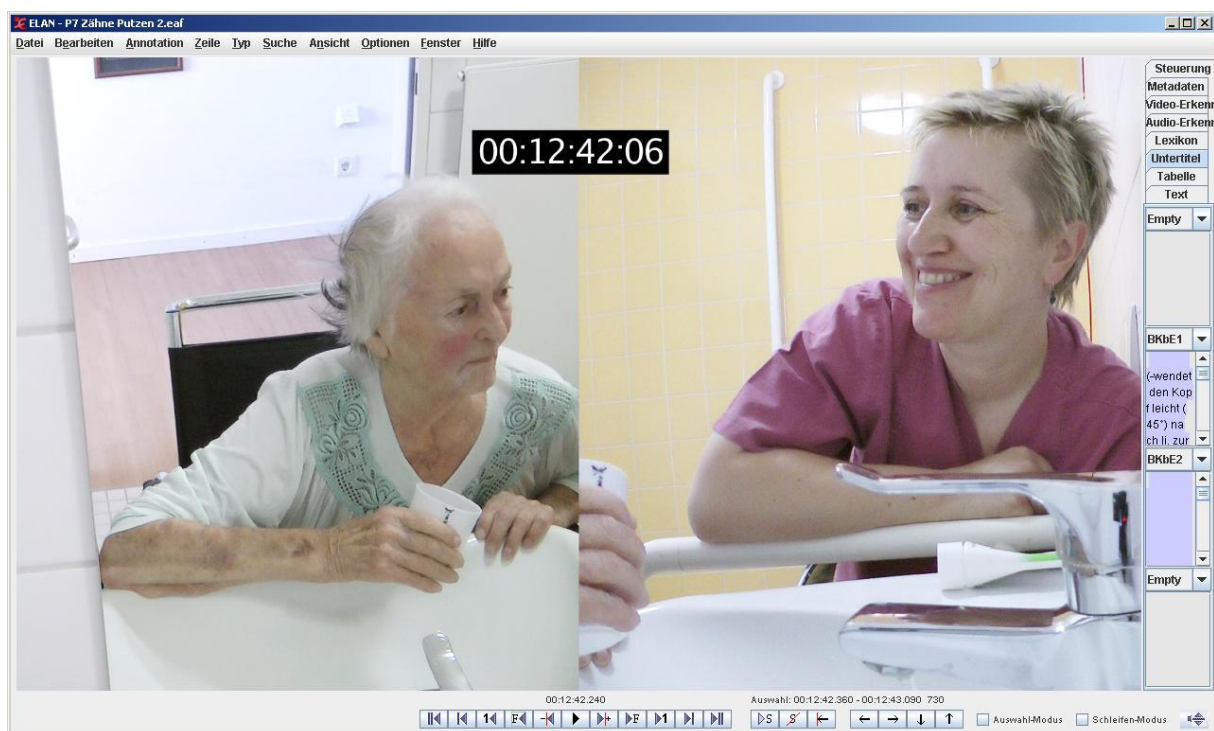


Abb.: 2 Geste einen Schluck Wasser aus dem Becher entnehmen

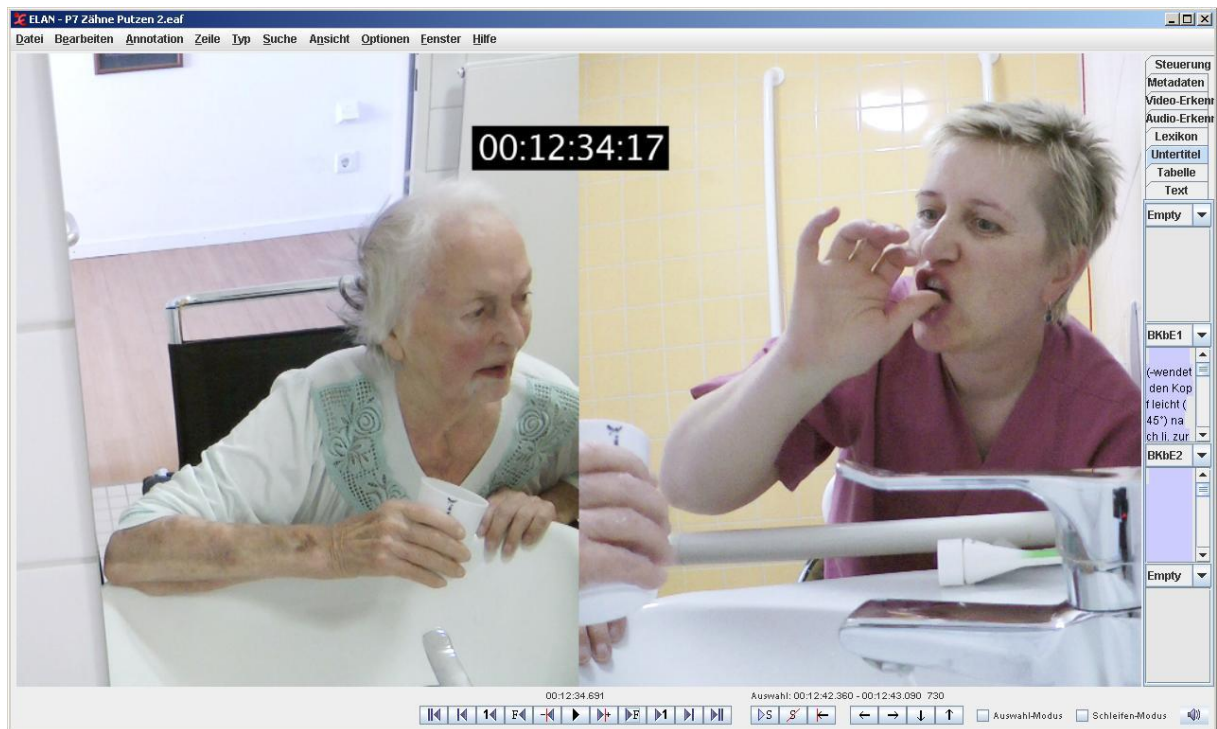
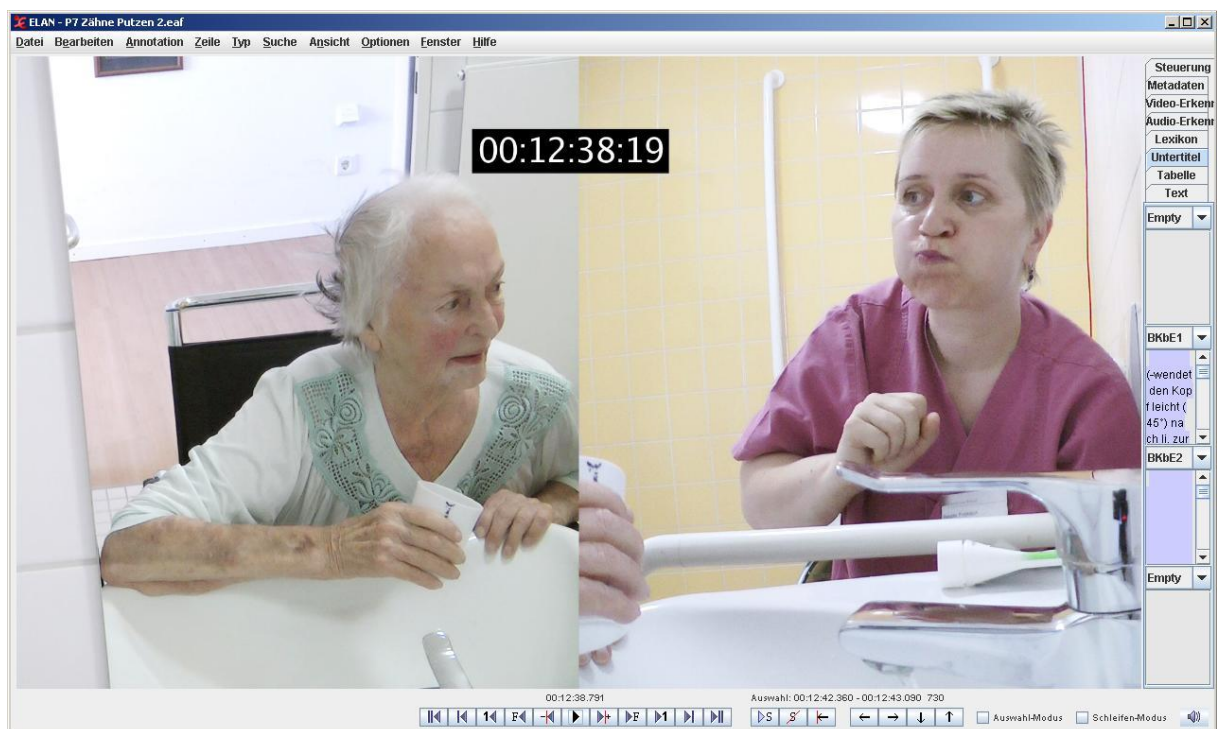


Abb.: 3 Geste Mund spülen



Herausgearbeitet wird, **wie** gestische Kommunikation handlungspraktisch zwischen den beiden Personen abläuft. Erkenntnisse über spezifische Merkmale dieser Art der nonverbalen Kommunikation bilden eine zentrale Grundlage, um die Selbstbestimmung von Menschen mit



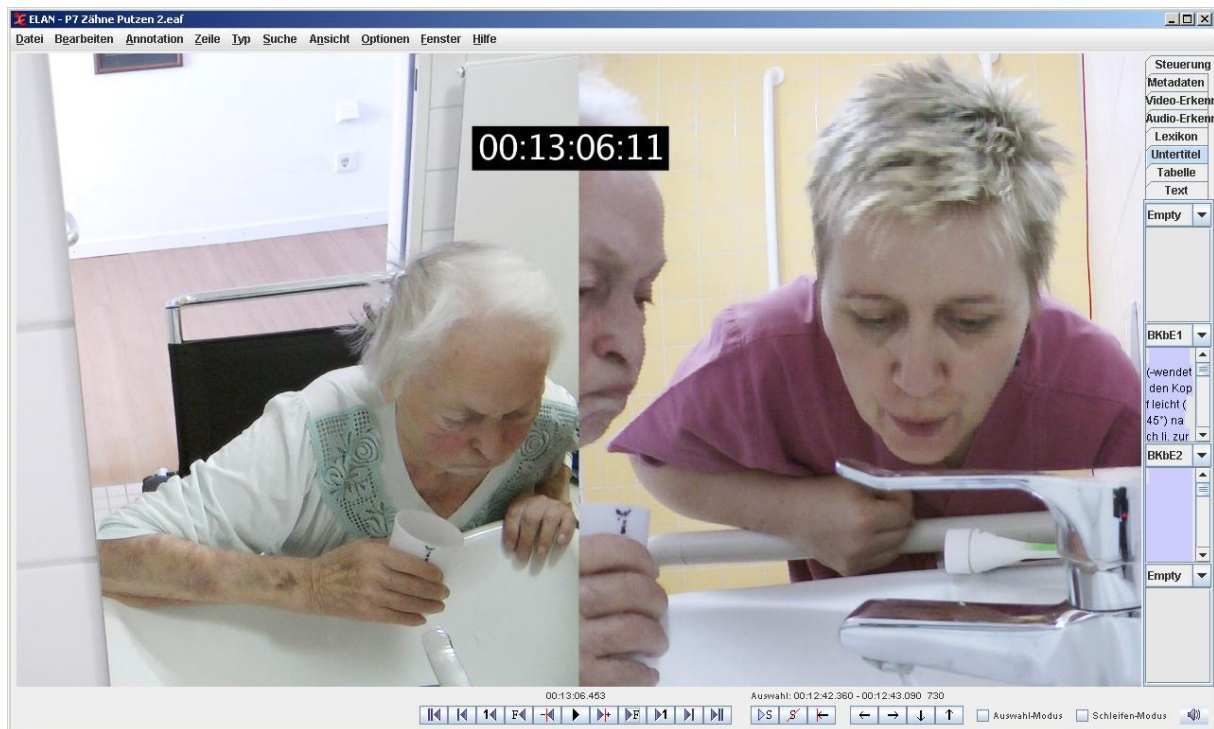
Demenz zu fördern, auch wenn Worte ihre Bedeutung verloren haben. Die Ergebnisse sollen Aufschluss über spezifische Merkmale dieser Art der nonverbalen Kommunikation geben, um zu erkunden, ob daraus ein Lernkonzept entwickelt werden kann, damit diese Art der Pflege gezielter an Pflegende vermittelt werden kann.

Erste Analyseergebnisse zeigen, dass die *kommunikative Verantwortung* (kV) bei der Pflegenden (Person A) liegt. Der Orientierungsrahmen kV zeichnet sich durch vier Merkmale aus:

- *Schwebende Aufmerksamkeit*: Die Aufmerksamkeit und der Blick von A sind über die gesamte Szene auf B gerichtet. A nimmt gegenüber B eine *beobachtende Haltung* ein, man kann es auch als *schwebende Aufmerksamkeit* benennen, indem sie ihren Blick sehr aufmerksam auf B richtet (siehe Abb.: 1).
- *Reaktionsbereitschaft*: A nimmt die Haltung einer Reaktionsbereitschaft mit Erwartungshaltung ein. Sie reagiert auf B unmittelbar meist innerhalb einer Zeitspanne zwischen 0,2 bis 0,3 Sekunden. So eine Reaktionsgeschwindigkeit hat der Mensch nur, wenn er etwas „erwartet“ worauf er schnell reagieren muss. Eine unmittelbaren Reaktion von A auf ein Zeichen von B zeigt sich als A wahr nimmt, das B den Bewegungsablauf „ausspucken“ im Moment eventuell nicht vollziehen kann, da sie sich zum dritten Mal während der Spülbewegungen körperlich in eine Position zurückziehen möchte, die für Ausspucken nicht geeignet ist. 0.2 Sekunden nachdem sich B leicht nach hinten zu bewegen beginnt, simuliert A die Geste Ausspucken (Abb.: 4)
- *Synchronisieren und vorausschauend Simulieren*: Diese beiden Merkmale sind bedeutend dafür, dass sich A sobald B aktiv wird, mit den Bewegungen von B abstimmt. Indem sie ihre Bewegungen mit denen von B synchronisiert und für sich den nächsten Handlungsschritt vorausschauend simuliert. Dieses Verhalten dient A zur Orientierung, wo sich B im Handlungsablauf befindet, um im richtigen Moment eine für B hilfreiche gestische Anregung zu geben.



Abb.: 4 Geste Ausspucken



Weitere besondere Merkmale zeichnen den *Sprecherwechsel* aus von denen zum jetzigen Zeitpunkt der Analyse zwei Merkmale erwähnt werden können.

*Körperlich inne halten:* Als A den Sprecherwechsel anstrebt hält sie körperlich inne. Ihre Haltung zeigt körperliche Ruhe, sie bewegt sich nicht. In Abb.: 1 ist diese Haltung sehr gut wahrnehmbar. Dieses körperliche innehalten könnte im Kontext des Sprecherwechsel für B das Zeichen sein, das sie jetzt die Rolle der Aktiven Kommunikationspartnerin einnehmen soll.

*Wartende Haltung, Zeit lassen:* Zur körperlichen Ruhe, kommt eine wartende Haltung hinzu. A möchte B genügend Zeit geben, um die wahrgenommene Handlung, die A gerade vollzogen hat geistig zu verarbeiten und umzusetzen.

In diesem Beitrag konnten die ersten Ergebnisse nur kurz und noch nicht in der Endversion vorgestellt werden. Weitere Veröffentlichungen folgen zu einem späteren Zeitpunkt.

Abschließend ist zu sagen, das schwer beeinträchtigte Menschen zu pflegen einen sehr hohen psychischen und physischen Anspruch an Pflegende stellt. Diesem Anspruch kann nur begegnet werden, indem Pflegende ihr professionelles Wissen und Handeln ständig weiterentwickeln, um ihre psychische und physische Gesundheit zu erhalten. Jedoch um auch Menschen im späten Stadium der Demenz würdevoll begleiten zu können.

Denn „*Der Mensch ist und bleibt ein Würdewesen bis zuletzt*“ (Viktor Frankl).

## Literaturverzeichnis

- Argyle, M. and J. Dean (1965). "Eye-contact,distance and affiliation. ." Sociometry **28**: 289-304.
- Bienstein, C. and A. Fröhlich (2012). Basale Stimulation in der Pflege. Grundlagen. Bern, Hans Huber Verlag.
- Bohnsack, R. (2009). Qualitative Bild- und Videointerpretation. Obladen & Farmington Hills, Verlag Barbara Budrich.
- Duden (2001a). Duden. Fremdwörterbuch. Mannheim, Leipzig, Dudenverlag.
- Ekman, P. and W. Friesen (1974). "Detecting deception from the body or face." Journal of personality and social psychology **29**(3): S. 288-298.
- Frey, D. and M. Irle (2002). Theorien der Sozialpsychologie. Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien. Bern, , Hans Huber Verlag.
- Horowitz, M. J. (1964). "Body Buffer Zone. Exploration of Personal Space." Arch. Gen. Psychiat. **11**: 651-656.
- Juchli, L. (2011). Vorwort. In: Begleiten. B. Döttlinger, E. Meyer and E. Wust. Berlin, Pro BUSINESS GmbH: 9-12.
- Reemtsma, J. P. (2008). Im Keller. Hamburg, Rowohlt Verlag.
- Robertz-Grossmann, B. and R. Schwerdt (2007). Kritik normativer Grundbegriffe als Orientierungswerte für ein besseres Leben mit Demenz. In: Ethik und Recht. R. B. Stiftung. Bern, Petzold, Ch.
- Schwerdt, R. (2005). "Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit: Anforderungen an die Wualifikation professioneller Helferinnen und Helfer." Zeitschrift für medizinische Ethik (Schwerpunkt Alzheimer-Demenz) **51 (1)**: 59-76.