



MÖGLICHKEITEN EINER INDIVIDUELLEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG IM PFLEGEALLTAG

Emotionalität bei Demenz

Daniela Händler-Schuster

In den nachfolgenden Kapiteln wird die Demenz definiert und sich dem Erleben von Demenzerkrankten angenähert. Im Weiteren befasst sich der Bericht mit den Veränderungen des Verhaltens, die mit der Demenzerkrankung einhergehen. Es werden anschließend Möglichkeiten für Pflegende aufgezeigt, bei Demenzerkrankten positive Emotionen zu erzeugen. Dazu werden unterschiedliche Konzepte und Theorien beschrieben. Im letzten Teil bezieht sich der Artikel wieder auf das Fallbeispiel.

Einleitung

Die Demenz zählt zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter und das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, steigt weiter an. Ferri et al. (2005) schätzen, dass weltweit 24,3 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt sind und dass jedes Jahr über vier Millionen Menschen weltweit neu an einer Demenz erkranken, was diese Krankheit zu einem der zentralen Probleme des Gesundheitswesens macht.

Pflegende haben den Auftrag, Menschen mit einer Demenz in den Lebensaktivitäten zu begleiten, ihnen Orientierung zu geben und das pflegerische Angebot nach den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. Das Erkennen von Emotionen und das Sich-Einfühlen in verschiedene Situationen erfordert neben dem Fachwissen über die Krankheit ein

hohes Maß an Empathie, was immer auch ein Grundverständnis über Emotionen impliziert; nur so kann das Konzept des „Carings“ im Alltag umgesetzt werden.

Vom Englischen ins Deutsche wird der Begriff „Care“ mit „Sorge“, „Fürsorge“ und „Pflege“ übersetzt, er steht für übergreifende Versorgungskonzepte (Pschyrembel 2007). Caring ist zu verstehen als eine allgegenwärtige Haltung und nicht als eine Extraleistung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Schon Rogers zeigte (1991), wie wichtig die Grundhaltung von Echtheit, Wertschätzung und Empathie ist, um in der Praxis einen therapeutischen Erfolg erzielen zu können. Für eine zielgerichtete Pflege ist der Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Betroffenen und Pflegenden unverzichtbar. Für den Umgang mit Demenzerkrankten wird das „Sorge“-Tragen umso wichtiger, wenn

Praxisbeispiel Frau R.

Frau R. lebt seit sechs Jahren in einem Alten- und Pflegeheim in Köln. Sie hat eine Tochter, die sie regelmäßig besuchen kommt. Die Stimmungen von Frau R. sind häufig durch Ängstlichkeit und Unruhe geprägt. Wenn Pflegepersonen an ihrem Zimmer vorbeigehen und Frau R. an der Tür steht, fragt sie immer wieder, wann der Zug hält und sie aussteigen kann. Ihre Körperhaltung lässt darauf schließen, dass sie Angst hat. Ihre Augen sind geweitet und ihre Stimme zittert, wenn sie das vorbeigehende Pflegepersonal um Hilfe bittet. Die Pflegenden versuchen, ihr verständlich zu machen, dass dies ihr Zuhause ist. Sie fragen sich, inwieweit mit einer Demenzerkrankung Emotionen erlebt werden können oder ob diese mit der Verstärkung der Erkrankung verschwinden.

Betroffene eigene Bedürfnisse nicht mehr äußern können und ihre Abhängigkeit von der Umwelt stetig wächst. Betroffene wie auch Angehörige brauchen professionelle Unterstützung und vor allem die Präsenz der Pflegenden, um mit schwierigen Momenten, die mit der Erkrankung einhergehen, umgehen zu können. Caring bedeutet, für das Gegenüber da zu sein. In der pflegerischen Praxis gilt es als das zentrale Element, weil es den Menschen individuell berühren kann (Käppeli 2008).

Was ist eine Demenz?

Der ICD-10-Code F00-F03 (2010) definiert die Demenz als ein Syndrom der Folgen einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns, mit Störungen vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich des Gedächtnisses, des Denkens und der Orientierungsfähigkeit. Sie wird als eine komplexe neuropsychiatrische Störung bezeichnet, die sich durch einen zunehmenden Gedächtnisverlust manifestiert. Schwierigkeiten lassen sich im Rechnen, in der Lernfähigkeit, im Sprechen und in der Urteilsfähigkeit finden, dabei sind das Kurzzeitgedächtnis und das Denkvermögen Betroffener erheblich eingeschränkt.

In der Literatur werden die Begriffe „Demenz“ und „demenzielle Erkrankungen“ als Oberbegriffe verwendet. Sie stehen für eine Reihe spezifischer Erkrankungen, die mit Einschränkungen in der selbständigen Alltagsbewältigung und Lebensführung einhergehen. Meistens führt die Demenz zu einer schweren Pflegebedürftigkeit, diese nimmt verschiedene Formen an. Wesentlich häufiger als die vaskuläre Demenz, welche auch als Multiinfarkt-Demenz bezeichnet wird, ist die Alzheimer-Krankheit. Sie stellt mit 50% aller Fälle die häufigste Demenzerkrankung dar. In gut 25% der Fälle von Dementia treten die Alzheimer-Demenz und die Demenz des vaskulären Typs in kombinierter Form auf (Höpflinger und Hugentobler 2004). Für Betroffene heißt dies, dass sie nicht mehr auf erworbene Fähigkeiten – wie das Handeln nach bestimmten Abläufen oder das Planen verschiedener Schritte im Alltag – zurückgreifen können. Auch im Sehen, Hören und Tasten können Menschen mit

einer Demenzerkrankung beeinträchtigt sein, was es ihnen wiederum erschwert, sich adäquat auf ihre Umgebung einzustellen – Gefahren im Alltag können nicht mehr richtig eingeschätzt werden. Mitunter ist auch die Persönlichkeitsstruktur betroffen, was besonders für die Angehörigen schwer ist, z.B. dann, wenn sie nicht wiedererkannt werden.

Emotionalität

Begriffe wie „Emotion“, „Affekt“, „Stimmung“ und „Gefühl“ überschneiden sich in der Literatur und stehen zum Teil konkurrierend nebeneinander (Re 2002). Es ist beispielsweise strittig, ob der Begriff „Fühlen“ für physische oder für psychische Vorgänge verwendet werden soll. Der Begriff „Emotionalität“ kann als Arbeitsbegriff verwendet werden, weil er verschiedene Felder und Ebenen, affektive Reaktionen, psychische Prozesse oder Gefühlszustände umfasst (Benthien et al. 2000). Emotionen können verstanden werden als physiologische Reaktionen auf eine Stimulation und haben nach Filliozat (2004) die Funktion, unseren Organismus an eine Herausforderung anzupassen.

Nach Filliozat (2004) stützen sich Gefühle auf eine Emotion oder setzen sich aus einer Mischung von Emotionen zusammen. Das Gefühl ist dabei eine Konstruktion, eine Ausformung unserer Verbindung zum Gegenüber. Es kann auch als eine psychische Orientierung verstanden werden. Lawton et al. (1996) gingen bereits in den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts davon aus, dass Menschen mit einer Demenz Emotionen in Hinblick auf das zeigen können, was sie mögen oder nicht mögen. In ihren Untersuchungen, die sich mit dem Messen von Emotionen kognitiv beeinträchtigter Menschen auseinandergesetzt haben, entwickelten sie das Beobachtungsinstrument Observed Emotion Rating Scale (synonym: Apparent Affect Rating Scale). Mittels einer Ratingskala deuten Lawton et al. (1996) sechs Emotionen durch die unmittelbare Beobachtung des Gesichtsausdruckes mit dem Ziel, Menschen in der Demenz besser verstehen und das Umfeld auf die individuellen Bedürfnisse abstimmen zu können. Sie berücksichtigten dabei sechs Gefühlszustände – drei positive („Freude“, „allgemeine Aufmerksamkeit/

Interesse“ und „Zufriedenheit“) und drei negative („Traurigkeit“, „Angst“ und „Ärger/Wut“). In der revidierten Version, die später auch unter dem Namen „Apparent Affect Rating Scale“ von Lawton et al. (1999) publiziert wurde, ist die Kategorie der Zufriedenheit entfernt worden, weil sie nicht genügend trennscharf war. Die Version von Lawton et al. (1999) wurde von Oppikofer (2006) im Layout angepasst und empfiehlt eine Beobachtung von fünf Minuten, zusätzlich zwei Minuten zur Einschätzung der Emotionen (Abb. 1).

Obwohl sich Emotionen bei Demenzerkrankten durchaus zeigen, wird ihre Deutung für Pflegenden durch die Demenzerkrankung erschwert. Gründe für die fehlende Eindeutigkeit der Emotionen werden in den Faktoren Müdigkeit, Alltagsgesichter, Maskengesichter, aber auch in der Schwere der Demenz gesehen (Händler-Schuster 2007). Emotionen können also von Demenzerkrankten gezeigt werden, aber sie werden deutlicher sichtbar in Momenten, die von Aktivität und Begegnung geprägt sind, was auch die Untersuchungen von Snyder et al. (1998) bestätigt haben. In ereignislosen Zeiten, in denen Demenzerkrankte eher auf sich gestellt sind und wenig stimulierende Anreize von der direkten Umgebung erfahren, zeigen Betroffene entsprechend wenig Emotionen. Pflegenden finden mit der Einschätzungsskala Observed Emotion Rating Scale ein Hilfsmittel, welches es ihnen ermöglicht, Emotionen von Demenzerkrankten einzuschätzen, um dann geeignete Pflegemaßnahmen abzuleiten. Für die Anwendung der Observed Emotion Rating Scale hat das Zentrum für Gerontologie in Zürich den Film „Zeichensprache“ entwickelt, welcher für die Wahrnehmung des emotionalen Ausdrucksverhaltens sensibilisieren soll (Zentrum für Gerontologie 2009).

Verhaltensänderungen als pflegerische Herausforderung

Die Demenzerkrankung beeinträchtigt in ihrem Verlauf das Erinnerungsvermögen, die Informationsverarbeitung und die Wahrnehmung der Betroffenen. Mit der Schwere der Erkrankung kommen in der Regel sprachliche und kommunikative Beeinträchtigungen dazu. Für das Umfeld

Bitte schätzen Sie das Ausmaß oder die Dauer jedes aufgeführten Affektes über eine fünfminütige Beobachtungsperiode ein. Einige mögliche Zeichen jedes Affektes sind aufgeführt. Wenn Sie keine Zeichen eines bestimmten Affektes sehen, markieren Sie "nie".






Affekte	Skala	7	1	2	3	4	5
		Nicht ersichtlich	Nie	Weniger als 16 Sek.	16 - 59 Sek.	1 - 3 Min.	Mehr als 3 Min.
Freude Lachend, singend, lächelnd, küssend, andere freundlich berührend oder streichelnd, freundlich nach anderen greifend, auf Musik reagierend (wird nur in Kombination mit einem anderen Zeichen als Freude codiert).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärger Körperliche Aggression, ärgerlich rufend, schreiend, fluchend, schimpfend, Faustschüttelnd, Augen (Brauen) zusammenziehend, Zähne zusammenbeißend, Lippen zusammenknirschend, distanzierende Geste machend.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit / Angst Kreisend, wiederholt rufend, rastlos, zusammensuckend, Gesicht verzerrt, repetitive oder agitierte Bewegung, Linie zwischen den Augenbrauen oder quer über der Stirn, händelnd, zitternd, nervös hin- und herwackelnd, schnell atmend, Weitung der Augen, angespannte Gesichtsmuskulatur.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traurigkeit Weinend, stirnrunzelnd, Augen matt/herabhängend, wimmernd, stöhnend, jammern, seufzend, Kopf in der Hand, Augen/Kopf gesenkt und ausdrucksloses Gesicht (wird nur in Kombination mit einem anderen Zeichen als Freude codiert).		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Aufmerksamkeit An einer Aufgabe teilnehmend, Augenkontakt haltend, Augen folgen einem Objekt oder einer Person, sich im Raum umsehend, durch Bewegung oder Sprache auf etwas reagierend, Körper drehen oder auf eine Person hinzubewegen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abb. 1 Angepasste Version der Observed Emotion Rating Scale (Oppikofer 2008; Lawton et al. 1999)

sind Äußerungen und Handlungen der Demenzerkrankten oft unverständlich und inakzeptabel. Besonders für Angehörige stellen diese Veränderungen starke Belastungen dar, die sie häufig an ihre Grenzen bringen. Realisieren demenzkranke Menschen, dass sie in einer Situation nicht angemessen reagieren, kann das bei ihnen Unruhe und Resignation auslösen. Häufig sind solche Situationen für die Betroffenen mit dem Gefühl der Traurigkeit verbunden.

Für die Demenzerkrankten muss die Welt, in der sie leben, unverständlich wirken. Ereignisse im Alltag können von ihnen nicht mehr in einen Kontext eingeordnet werden und wenn Erinnerungsstörungen mit der Krankheit einhergehen, ist den Betroffenen der Zugriff auf das Langzeitgedächtnis verwehrt, was es ihnen wiederum unmöglich macht, auf alte Erfahrungen zurückzugreifen. Vor allem neue Situationen können sich für sie als schwierig erweisen, weil sie Gegenständen und Situationen, deren Sinn ihnen einmal klar war, keine Bedeutung mehr beimessen können. Betroffene können z.B. vergessen, warum die Körperpflege durchgeführt wird oder wa-

rum es wichtig ist, sich der Jahreszeit entsprechend zu kleiden. Dann sind Pflegende gefordert, durch ihr Verhalten und durch ihre Kommunikationswege zu finden, Menschen in der Demenz zu erreichen, um mit ihnen die Pflege und den Alltag individuell zu gestalten. Dies kann besonders schwierig sein, wenn Betroffene von einer inneren Unruhe geplagt werden und einem inneren Bewegungsdrang folgen.

Verhaltensweisen, die mit einer motorischen Unruhe verbunden sind, werden in der Fachsprache als Agitation bezeichnet. Agitation (synonym dazu auch Agitiertheit) steht für eine innere Unruhe, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang äußert, bei dem eine affektive Erregung unkontrolliert in Bewegung umgesetzt wird. Nach Kong (2005) zeigt die Agitation Verhaltensweisen, die exzessiv, unangemessen und repetitiv sind. Agitation kann auch als exzessive motorische Aktivität beschrieben werden (Howard et al. 2001).

Die Aufmerksamkeit von Pflegenden oder Personen im direkten Umfeld kann dazu beitragen, dass aufgrund ungewöhnlicher verbaler und nonverbaler Äußerun-

gen Ressourcen von Demenzerkrankten erkannt und gezielt gefördert werden (Rösler et al. 2005). Eine gezielte nonverbale Kommunikation bietet demnach Möglichkeiten, Kontakt zu Menschen aufzunehmen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr adäquat mitteilen können. Im Bereich der nonverbalen Kommunikation können Pflegende durch bestimmte Gestiken, einen gezielten Augenkontakt, eine bewusst eingesetzte Berührung, eine eindeutige Mimik, aber auch durch den Tonfall der eigenen Stimme Emotionen hervorrufen.

Positive Emotionen durch die Beziehungsgestaltung

Die Beziehungsgestaltung zu Demenzerkrankten kann mitunter sehr schwierig sein, was Pflegende auffordert, sich auf das Tempo von Betroffenen einzustellen und sich auf die Beziehung einzulassen. Das pflegerische Angebot ist demnach individuell auszulegen. Um den Forderungen des Carings gerecht zu werden, ist in der Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten eine wertschätzende Grundhaltung besonders wichtig.

Der personzentrierte Ansatz

Dem individuellen Erleben demenzkranker Menschen wertschätzend zu begegnen, kann durch eine personzentrierte Grundhaltung, wie sie Kidwood (2004) beschreibt, gelingen. In der von ihm beschriebenen gefühlsorientierten Kommunikationsform und Umgehensweise, die nicht den Anspruch erhebt, eine Therapie zu sein, ist es möglich, Beziehungen und Vertrauen zwischen Betreuenden und Kranken aufzubauen. Der personzentrierte Ansatz stellt die Person mit Demenz in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und geht davon aus, dass eine personzentrierte Pflege die Demenzerkrankung positiv beeinflussen kann. Der Erhalt des Personseins erfährt in Kidwoods (2004) Überlegungen oberste Priorität. Eine Grundvoraussetzung ist die Orientierung an sechs demenzspezifischen Bedürfnissen, die nicht klar voneinander abzugrenzen sind und als Bestandteil seines ganzheitlichen Modells verstanden werden: Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Tätigkeit und Identität. *Liebe* als ein zentrales Bedürfnis wird von Demenzerkrankten häufig unverhüllt gezeigt. Es ist das Gefühl von Nähe, Geborgenheit und bedingungsloser Annahme. Das Bedürfnis nach *Trost* ist bei Menschen mit einer Demenz besonders groß, weil sie einen Verlust des bisherigen Lebensstils erleben. *Bindung* hat mit dem Eingebundensein, mit der Verbindung zu anderen zu tun. Es ist das Vertrauen und das Umsorgtwerden von anderen, das vor allem dann an Bedeutung gewinnt, wenn Demenzerkrankte Unsicherheit und Angst verspüren. Das Bedürfnis nach *Einbeziehung* und die Teilhabe an einer sozialen Welt sind prägend für ein Gefühl des Dazugehörens. *Tätigkeit* als ein Bedürfnis macht deutlich, dass auch Demenzerkrankte das Bedürfnis haben, etwas Sinnvolles zu tun. Demnach sind Tätigkeiten dann von Bedeutung, wenn sie den Alltag Demenzerkrankter strukturieren können und damit sinnstiftend sind. Als letztes Bedürfnis wird jenes nach *Identität* beschrieben, welches durch die Demenzerkrankung stark beeinträchtigt werden kann. Werden diese sechs Bedürfnisse befriedigt, so kann sich nach Kidwood (2004) der Demenzerkrankte als Person wahrnehmen und positive Gefühle erleben. Die Pflegebeziehung nimmt eine

besondere Rolle ein und kann dazu beitragen, Demenzerkrankte Wertschätzung erfahren zu lassen.

Emotionen für gültig erklären

Situationen, welche die Demenzerkrankten überfordern, können Emotionen wie Angst und Ärger auslösen. Auch die Normalität kann auf Demenzerkrankte bedrohend und verunsichernd wirken, weshalb sich Pfleger an das Tempo der Betroffenen anpassen sollten. Im Umgang mit Demenzer-

kranken bietet sich neben dem personen-zentrierten Ansatz die Validationstechnik nach Feil (2005) an. Diese Technik orientiert sich explizit an der Vergangenheit der Betroffenen und bietet die Möglichkeit, durch einen verstehenden Zugang den Konflikten aus der Vergangenheit zu begegnen. Pfleger sollten im Alltag versuchen, durch ihre offene und wertschätzende Haltung in die innere Welt des Demenzerkrankten vorzudringen, ohne sich selbst dabei zu verlieren. Mit dem Einfühlen und Einlassen auf

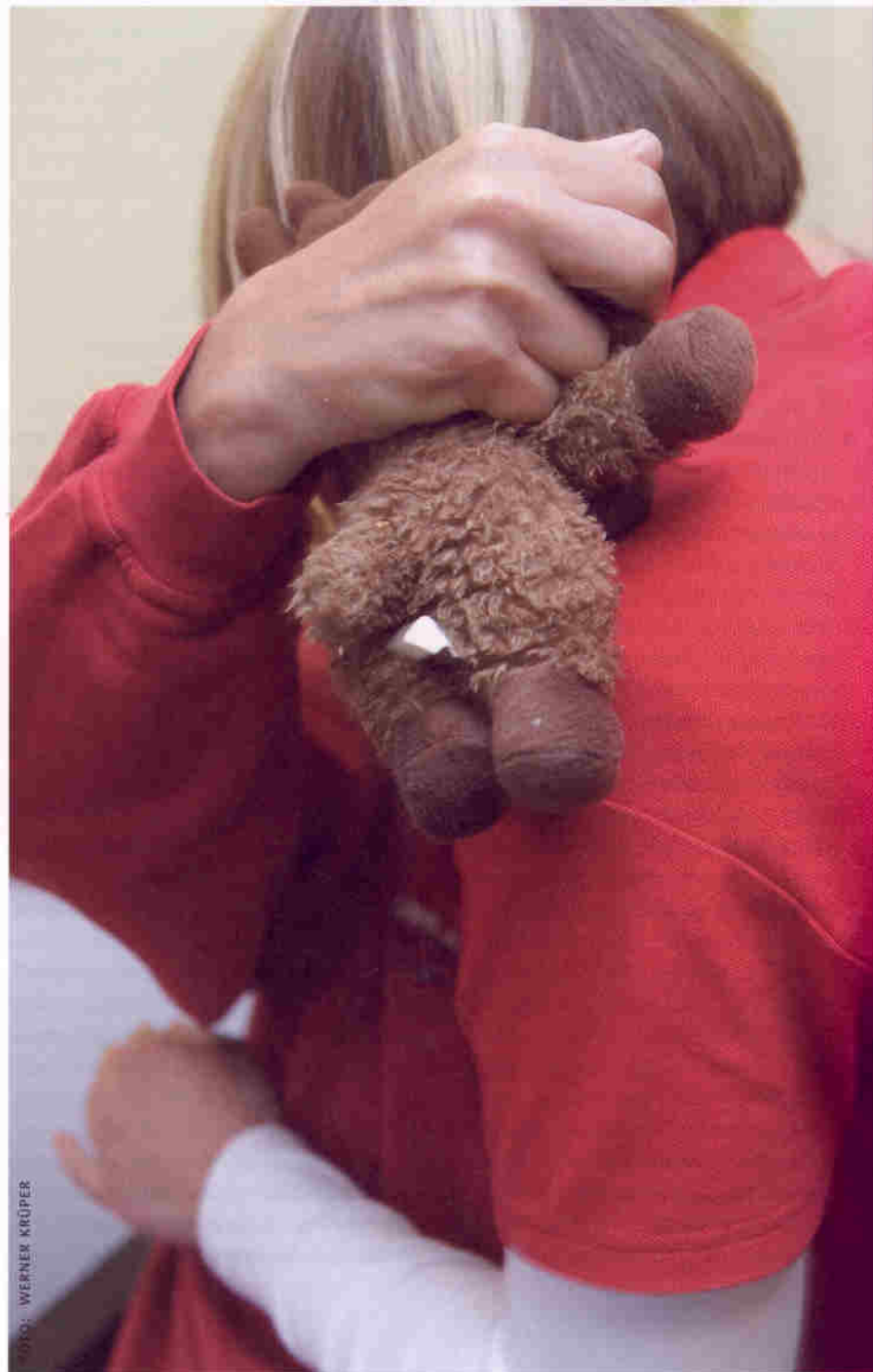


FOTO: WERNER KRÜPER

den anderen kann es Pflegenden gelingen, Antworten auf die Fragen zu finden, die hinter einem Verhalten stehen können.

Der Validationsprozess ist ähnlich aufgebaut wie der Pflegeprozess. Er berücksichtigt dementsprechend biografische Informationen, welche dazu beitragen, die Verhaltensweisen des Menschen besser zu verstehen. In der direkten Zuwendung können Pflegenden in der Lage sein, Demenzerkrankte in ihrem Selbstwertgefühl zu unterstützen, indem sie ihre Gefühle anerkennen und bestätigen. Diese Anerkennung von Gefühlen kann zu einer kurzzeitigen Zufriedenheit und Stressreduktion führen und somit einem Rückzug und einer sozialen Isolation entgegenwirken. Neben den Validationsmaßnahmen spielt auch die Evaluation, die Aufschluss über das Befinden des Demenzerkrankten geben soll, eine besondere Rolle. Aufgrund der Evaluation können die Maßnahmen an die individuellen Bedürfnisse angepasst und verbessert werden.

Milieugestaltung

Ob sich Menschen in der Demenzerkrankung wohl fühlen, ist wesentlich davon abhängig, wie die Umwelt mit ihnen in Kontakt kommt. Eine adäquate Wohnumfeldgestaltung kann die Qualität der Emotionen beeinflussen. So kann die positive und angenehme Atmosphäre im direkten Wohnumfeld Demenzerkrankter zu positiven Emotionen beitragen. Eine bedürfnisgerechte Umgebung, die das Ziel hat, das Wohlbefinden zu erhöhen, ist von besonderer Bedeutung, weil Demenzerkrankte bewusst wahrgenommen und in den Alltag integriert werden. Die Milieugestaltung wird auch in Kidwoods (2004) Überlegungen explizit herausgestellt.

Pflegende sollten in der Beziehungsgestaltung eine Grundhaltung anstreben, die von Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz und Respekt geprägt ist. Eine kognitiv-milieu-therapeutische Ausrichtung geht von der Überzeugung aus, dass die Primärsymptome der Demenz nur bedingt behandelbar sind und das Hauptaugenmerk auf der Beeinflussung der Sekundärsymptome liegt. Das Umfeld muss demzufolge so gestaltet werden, dass eine Unter- ebenso wie eine Überforderung vermieden wird, um der Frustration bzw. der Langeweile entgegenzuwirken.

Die Umgebung kann verschiedene Reize berücksichtigen, die besonders stimulierend wirken, und auch der pflegerische Umgang sollte sich den Bedürfnissen Demenzerkrankter anpassen, was sich günstig auf die Primärsymptome auswirken kann (Hafner und Meier 2005). Unter Milieu wird demzufolge auch die Interaktion verstanden, wobei der Einbezug von Angehörigen ein Schwerpunkt in der Beziehungsarbeit sein kann. Ebenso ist die Berücksichtigung der persönlichen Biografie von Bedeutung, indem versucht wird, im neuen Zuhause vertraute Elemente zu integrieren – wie eigene Möbel, aber auch Erinnerungskoffer mit Fotos etc. Durch gezieltes biografisches Arbeiten kann die Identität eines Menschen länger erhalten bleiben, was ebenfalls positive Emotionen unterstützen kann.

Böhm (2009) geht davon aus, dass frühe Prägungen (in den ersten 25 bis 30 Jahren) sich so eingegraben haben, dass diese im Alter verstärkt an Bedeutung gewinnen und das Verhalten und die Gefühlswelt beeinflussen. Demnach ist es wichtig, nicht nur Lebensdaten zu erfassen, sondern auch, was für das Individuum wichtig war, um definieren zu können, wie es gelernt hat, mit Problemen umzugehen. Die Betroffenen haben oft schon in der Kindheit durch Nachahmen von Bezugspersonen bestimmte Muster erlernt, die ihnen als Bewältigungsstrategien dienen. Wenn die Pflegenden solche Muster erkennen, können sie diese zum Erreichen von Pflegezielen nutzen. Angehörige sind eine wichtige Ressource für die Berücksichtigung der Biografie im Pflegealltag. Sie können dazu beitragen, dass wirklich wichtige Informationen erfasst werden, die einen verstehenden Zugang zu sonst unverständlichen Verhaltensweisen ermöglichen. Mit dem gewonnenen biografischen Wissen bezogen auf Vorlieben und Gewohnheiten der Demenzerkrankten können Pflegenden die Tagesgestaltung individuell an Betroffene anpassen und die pflegerische Versorgung von Demenzerkrankten optimieren.

Schlussfolgerungen bezogen auf Frau R.

Wie im Praxisbeispiel beschrieben, zeigt Frau R. Emotionen wie Angst und Unsicherheit. Dies wird deutlich an ihrem Gesichtsaus-

druck, aber auch in ihrer Körperhaltung und ihrer Stimme. Diese Annahme kann durch die Observed Emotion Rating Scale überprüft werden. Frau R. sucht mit ihren Blicken nach Pflegenden, die ihr sagen, wann sie endlich aus dem Zug steigen kann. Im Praxisbeispiel bleiben die Pflegenden sachlich und versuchen ihr immer wieder deutlich zu machen, dass dies nun ihr Zuhause ist und es keinen Zug gibt – geschweige denn eine Bahnhaltestelle, an der sie aussteigen kann.

Es ist es von Bedeutung, dass die Pflegenden die Emotionen von Frau R. anerkennen und sich auf ihre Erinnerungen einlassen. Möglicherweise erinnern Frau R. die langen Flure im Heim an Situationen aus ihrem Leben, die sie aufarbeiten versucht. Biografische Informationen, die dazu beitragen, ihre Verhaltensweisen zu verstehen, sind für die pflegerische Gestaltung des Alltags von Frau R. wichtig. Wie hat Frau R. vor dem Heimeintritt gelebt? Ist sie in der Stadt aufgewachsen oder auf dem Land? Aufgrund ihres Alters kann davon ausgegangen werden, dass sie Kriegserfahrungen gemacht hat. Welche Bedeutung haben diese für sie? Diese Erinnerungen könnten beispielsweise die Unruhe von Frau R. erklären und eine Verbindung zu ihren Emotionen herstellen. Pflegende müssen sich bewusst sein, dass sie mit bestimmten pflegerischen Handlungen möglicherweise angstbesetzte Erinnerungen verstärken. Auch eine eher unfreundliche Atmosphäre kann dazu beitragen, dass sich negative Emotionen verstärken. Die Frage muss also sein, wie Pflegende Frau R. im Alltag möglichst einheitlich begegnen, um den Stress in den jeweiligen Situationen zu vermindern.

Wenn milieutherapeutische Angebote gemacht werden, dann müssen sie im Hinblick auf Frau R. angepasst erfolgen, um eine Über- oder Unterforderung zu vermeiden. Der Umgang mit Frau R. muss wertschätzend sein und sie muss sich angenommen fühlen können. Möglicherweise kann die Tochter von Frau R. wichtige Informationen geben, die einerseits das Verhalten von Frau R. erklären, andererseits schon Alternativen darstellen, mit den Unruhen von Frau R. umzugehen. Welche Bewältigungsstrategien hatte Frau R. früher und welche können heute noch Gültigkeit haben? Das Ziel der

Pflege sollte immer sein, das höchste Maß an Wohlbefinden für Frau R. zu erzielen, um damit die Pflegequalität zu erhöhen.

Weil Frau R. sich sehr viel mit dem Aussteigen aus dem Zug beschäftigt, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, sie gezielt in eine Gruppe einzubinden, wo sie einer Tätigkeit nachgehen könnte, die sie zumindest zeitweise ablenkt, was wiederum zu einer Stressminderung führen kann. Trost vonseiten der Pflegenden könnte ihr ein Gefühl der Sicherheit verschaffen und ihre Angst verringern. Nähe und emotionale Zuwendung von Pflegenden können dazu führen, dass Frau R. Vertrauen findet und sich ihre Unruhe minimiert.

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass ohne Caring pflegerische Angebote unwirksam sind und dass Pflegenden vor allem den Menschen als einzigartiges Individuum sehen müssen. Nur dann kann das „Sorge“-Tragen, die Begegnung im Gegenüber funktionieren. Frau R., die hilflos und ängstlich an der Tür steht, würde in einer intensiven Begegnung mit ihrem Gegenüber reagieren, sie ruft ja danach. Aller Wahrscheinlichkeit nach würde sie sich durch die Präsenz der Pflegenden und mit deren Beistand beruhigen, was allerdings nicht heißen muss, dass sie nicht etwas später wieder nach der Bahnhaltestelle fragt. Pflegenden sind durch das Beispiel von Frau R. im Sinne des Carings aufgefordert, sich einzulassen, damit eine pflegerische Beziehung entstehen kann, von der sowohl Frau R. als auch die Pflegenden profitieren.

LITERATUR

- Benthien C, Fleig A, Kasten I. Emotionalität. Zur Geschichte der Gefühle. Studien zur Literatur- und Kulturgeschichte. Kleine Reihe, Band 16. Böhlau, Köln. 2000
- Böhm E. Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. 14. Aufl. Psychiatrie Verlag, 2009
- Feil N, Klerk-Rubin de V. Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Reinhardt, München. 2005
- Ferri CP et al. Alzheimer's Disease. International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 2005; 366/9503: 2112–2117
- Filliozat I. Sei, wie du fühlst. Mit Emotionen besser leben. Ein Praxisbuch. Dtv, 2004
- Händler-Schuster D. Erfahrungen in der Anwendung der Observed Emotion Rating Scale (OERS) bei Menschen mit Demenz im stationären Wohnumfeld. Hall in Tirol: Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik. Magisterarbeit zur Erlangung des Titels „Magistra der Pflegewissenschaft“. 2007
- Hafner M, Meier A. Geriatrische Krankheitslehre, Teil 1. Psychiatrische und neurologische Syndrome. Hans Huber, Bern. 2005
- Höpfinger F, Hugentobler V. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber, Bern. 2004
- Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A. Guidelines for the management of agitation in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001; 16 /7: 714–717
- ICD-10-Code F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. Internetressource. 10. Revision, 2010. [<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf00.htm>, Zugriff 26.01.2010]
- Käppeli S. Pflege: Ein Dialog zwischen Menschen und ihren Anliegen. SBK-Kongress. 2007
- Kidwood T. Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 3. erw. Aufl. In: Müller-Hergl C (Hrsg.). Hans Huber, Bern. 2004
- Kong E-H. Agitation in dementia: concept clarification. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 52/5: 523–536
- Lawton MP, Van Haitsma K, Klapper J. Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 1996; *Psychological Sciences*, 51B/1: 3–14
- Lawton, MP, Van Haitsma K, Perkinson M, Ruckdeschel K. Observed Affect and Quality of Life in Dementia: Further Affirmations and Problems. *Journal of Mental Health and Aging*, 1999; 5/1: 69–81
- Oppikofer S. ILQ Konzept Pilotprojekt Agitation. Pilotprojekt zur Unruhebehandlung bei Demenz und Überprüfung der Praxistauglichkeit von Agitations- und Emotionsinstrumenten. Version 09/06.. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. 2006 (unveröffentlicht)
- Oppikofer S. Zürcher Schriften zur Gerontologie. Pflegeinterventionen bei Agitation und schwerer Demenz. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. 2008
- Psyhyrembel Pflegeechniken. Pflegehilfsmittel. Pflegewissenschaft. Pflegemanagement. Psychologie. Recht. 2. Auflage. Berlin, Walter de Gruyter. (2007)
- Re S. Erleben und Ausdruck von Emotionen bei schwerer Demenz. Dr. Kovac, Hamburg. 2002
- Rogers CR. Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. 3. Aufl. GwG, Köln. 1991
- Rösler A, Schwerdt R, von Renteln-Kruse W. Was die Sprache Alzheimer-Kranker mit der Celans verbindet. Über Kommunikation mit schwer betroffenen Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005; 38/5: 354–359
- Snyder M, Ryden MB, Shaver P, Wang JJ, Savik K, Gross C R, Pearson V. The Apparent Emotion Rating Instrument: Assessing Affect in Cognitively Impaired Elders. *Clinical Gerontologist*, 1998; 18/4: 17–29
- Zentrum für Gerontologie. Zeichensprachen – Signale des emotionalen Ausdrucks von Menschen mit Demenz. Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich. 2009. [<http://www.zfg.uzh.ch/publikat/zfg/av.html>]



Mag. Daniela Händler-Schuster
Diplom-Berufspädagogin (FH)

Kontaktadresse:
ZAG Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich
Turbinenstrasse 5
CH-8400 Winterthur
daniela.haendler@zag.zh.ch

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0030-1251963
Psych Pflege 2010; 16: 69-74
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619