



## Hearing the Voice Revisited - Teil 2: Verständigung

### **Editorial**

*Beate Radzey, Gabriele Kreutzner*

### **Non-verbale Kommunikation:**

I. Quantitative Studien aus  
neurowissenschaftlicher Sicht

II. Qualitative Studien zur non-verbale  
Verständigung

III. Empfehlung für die Praxis

*Svenja Sachweh*

### **Technische Hilfen:**

Unterstützungsmedien zur Verständigung

*Charlotte Boes*

### **Kreativität, Kunst, Kommunikation:**

Neue Wege der Interaktion

*Kerstin Köhler*

### **Gute Praxis:**

Die Himmelsleiter: Das Pflegeheim als  
Theaterbühne

### **Literatur- und Autorenverzeichnis**

---

## Inhalt

<b>Editorial</b>	
<i>Beate Radzey, Gabriele Kreutzner</i> .....	4
<b>Non-verbale Kommunikation:</b>	
I. Quantitative Studien aus neurowissenschaftlicher Sicht	
II. Qualitative Studien zur non-verbale Verständigung	
III. Empfehlungen für die Praxis	
<i>Svenja Sachweh</i> .....	6
<b>Technische Hilfen:</b>	
<b>Unterstützungsmedien zur Verständigung</b>	
<i>Charlotte Boes</i> .....	22
<b>Kreativität, Kunst, Kommunikation:</b>	
<b>Neue Wege der Interaktion</b>	
<i>Kerstin Köhler</i> .....	28
<b>Gute Praxis:</b>	
<b>Himmelsleiter: Das Pflegeheim als Theaterbühne</b> .....	37
<b>Literatur- und Autorenverzeichnis</b> .....	38

# EDITORIAL

*Mit dem überwiegenden Teil der von einer Demenz Betroffenen kann in bedeutungsvoller Weise kommuniziert werden. Voraussetzung ist jedoch unsere Fähigkeit, sich in ihre Welt hineinzusetzen, ihr spezifisches Tempo und Zeitgefühl zu verstehen, ihre Probleme des Abgelenktwerdens zu erkennen und sich klarzumachen, dass Menschen viele Möglichkeiten besitzen, um sich auszudrücken. Die Verantwortung dafür, diese zu erkennen, liegt bei uns. (Goldsmith 1996, 163)*

«Verständigung mit Menschen mit Demenz ist möglich» – dies die zentrale Botschaft des Buchs von Malcolm Goldsmith und der im Zeichen von Hearing the Voice of People with Dementia entfalteten Bemühungen in Forschung und Praxis. Hintergrund hierfür ist der hinlänglich bekannte Umstand, dass eine Demenzerkrankung oftmals mit Veränderungen in den sprachlichen Fähigkeiten einhergeht, die auch als diagnostisches Kriterium herangezogen werden. Damit ist u.a. auch gesagt, dass bei den Betroffenen im Prozess der Demenz beispielsweise Wortfindungsstörungen, eine verringerte Sprachflüssigkeit, Probleme im Verständnis komplexer Sachverhalte bis hin zum vollständigen Verlust sprachlicher Ausdrucksmöglichkeiten als Symptome auftreten. Allerdings sind auch in diesem Bereich, wie so oft beim Thema Demenz, große Unterschiede zwischen den Betroffenen zu verzeichnen. Schon allein aus dieser Tatsache resultiert, dass auch die Zugangswege individuell zu gestalten sind und es gilt, nicht auf die eine Stimme, sondern auf die vielfältigen «Stimmen» und sonstigen Äußerungen von Menschen mit Demenz acht zu geben. Bei der unmittelbaren Verständigung von Mensch zu Mensch liegt der Fokus in unserer Gesellschaft in aller Regel auf der verbalen Kommunikation. Hierdurch gerät leicht aus

dem Blick, dass auch die direkte zwischenmenschliche Kommunikation auf gesprochene, schriftliche oder andere (zeichenhafte) Symbolsysteme zurückgreifen kann. Neben der gesprochenen Sprache gibt es eine Fülle non-verbaler Verständigungsmöglichkeiten über Gesichtsausdruck, Gesten, die Position im Raum, Augenkontakt, Berührung. All diese Facetten spielen bei jedem unmittelbaren zwischenmenschlichen Austausch eine maßgebliche Rolle; ihre immense Bedeutsamkeit gerät angesichts sich zurückbildender sprachlicher Fähigkeiten stärker in den Blick. Will man mit Menschen mit Demenz – insbesondere in den fortgeschrittenen Stadien – in Kontakt und Austausch treten, so erfordert dies nicht zuletzt eine bewusstere Einbeziehung der nonverbalen Möglichkeiten zwischenmenschlichen Austauschs.

Svenja Sachweh hat die vorliegende Forschungsliteratur zu den Formen nonverbaler Kommunikation in ihrer Relevanz für das Thema Demenz gesichtet. Dabei hat sie die vorhandenen Studien nach „neurowissenschaftlichen Arbeiten“ einerseits und „qualitativen Vorgehensweisen“ andererseits unterteilt. Zu den neurowissenschaftlichen Untersuchungen fügt sie die für unser Anliegen wesentliche Anmerkung bei, dass deren Erkenntnisinteresse nur bedingt von der Empathie mit den Betroffenen und der Suche nach Möglichkeiten einer Verbesserung ihrer Lebensqualität getragen wird. Vielmehr hat man es hier mit der distanzierten Haltung des Naturwissenschaftlers zu tun, der im Rahmen einer Versuchsanordnung (die mit dem realen Alltagsleben nur äußerst bedingt vergleichbar ist), bestimmte Funktionen testet bzw. Messungen vornimmt. Es nimmt kaum Wunder, dass diese Arbeiten kontinuierlich die Defizite unterstreichen, die sich bei den von einer Demenz Betroffenen im Vergleich mit ande-

ren Probandengruppen konstatieren lassen. Hilfreicher im Sinne eines person-zentrierten und die Person wertschätzenden methodischen Vorgehens sind hier die im zweiten Beitrag vorgestellten qualitativen Studien, die oftmals auf einer ethnographischen (im jeweiligen Kontext sorgfältig, aber unaufdringlich beobachtenden) Vorgehensweise basieren. Das aus den gesichteten wissenschaftlichen Untersuchungen resultierende Wissen wird dann in einer Empfehlung für Praktiker zusammengefasst.

Ein anders gelagerter Zugangsweg steht im Mittelpunkt des Beitrags von Charlotte Boes, der eine Auswahl technischer und visueller Hilfsmittel vorstellt, die für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz entwickelt wurden. Einige davon befinden sich noch in der Entwicklungsphase, andere werden bereits erfolgreich eingesetzt. Da Kommunikation stets eines Gegenübers bedarf, ist neben allen denkbaren Techniken und Hilfsmitteln entscheidend, mit welcher Haltung, Zuwendung, Offenheit, Empathie und insbesondere auch Zeit Menschen mit Demenz begegnet wird.

Beitrag Nummer 3 (Kreativität, Kunst, Kommunikation: Neue Wege zum Dialog mit Menschen mit Demenz) von Kerstin Köhler beschäftigt sich mit dem Feld der kreativen Ausdrucksmöglichkeiten von Menschen mit Demenz. Die wesentlichen Impulse gehen in diesem Bereich eher von der Praxis aus. Zahlreiche Beispiele aus Einrichtungen, aber auch aus dem häuslichen Bereich veranschaulichen, wie erfolgreich mit künstlerischen und kreativen Mitteln mit von einer Demenz betroffenen Menschen gearbeitet werden kann. Der Lackmus-Test in Bezug auf einen evidenz-basierten «Nutzen» solcher Aktivitäten per Wirkungsstudie (und damit die Voraussetzung für die finanzielle Bezuschussung entsprechender Angebote) steht in den allermeisten Fällen jedoch (noch) aus.

Der folgende Artikel zum Pflegeheim als Theaterbühne stellt den Praxisbeitrag dieser Ausgabe von DeSS orientiert dar. Eine englische Theatergruppe (Ladder to the Moon, zu Deutsch: Himmelsleiter) zeigt auf sehr be-

eindruckende Weise, wie durch ein «interaktives», die Bewohnerinnen und Bewohner einer stationären Einrichtung über Wochen einbeziehendes Stück Theater bzw. live ausagierte Daily Soap Menschen mit einer Demenz erreicht und nachhaltig berührt werden können.

Wir hoffen, dass diese Ausgabe von DeSS orientiert einige Anregungen und Hinweise darauf bieten kann, wie wir die Stimmen von Menschen mit Demenz hören und auch verstehen können.

Beate Radzey und Gabriele Kreutzner

# NON-VERBALE KOMMUNIKATION:

## I. Quantitative Studien aus neurowissenschaftlicher Sicht

Seit den 1980er Jahren gibt es unzählige neurowissenschaftliche Studien zu Verarbeitung und Einsatz körpersprachlicher Signale bei Demenz. Im Zentrum des Interesses steht allerdings zumeist nicht die Kommunikationsfähigkeit, und mithin die Lebensqualität von Menschen mit Demenz, sondern die Funktionsweise des menschlichen Gehirns.

Neurowissenschaftler arbeiten quantitativ und experimentell, d.h. sie testen ihre Versuchspersonen unter streng kontrollierten und normierten Laborbedingungen. Vielfach ist die Zeit, die einem Probanden für die Lösung einer Aufgabe zur Verfügung steht, sekunden genau festgelegt. Die erhobenen Daten werden mit Hilfe komplexer statistischer Modelle ausgewertet.

In der Regel stellt man die Leistungen der demenzkranken Versuchsteilnehmer denen von im Hinblick auf Lebensweise und Ausbildung vergleichbaren gleichaltrigen oder jüngeren, kognitiv gesunden Menschen gegenüber.

Die meisten neurowissenschaftlichen Studien ergeben, dass Menschen mit Demenz Körpersprache erheblich schlechter durchschauen und nutzen als kognitiv Gesunde. Mit anderen Worten: in vielen Fällen scheinen sie genau das Gegenteil von dem zu belegen, was die Praktiker aus Kliniken und Pflegeeinrichtungen berichten.

### STUDIEN ZUR MIMIK

Der Löwenanteil der neurowissenschaftlichen Experimente geht der Frage nach, ob demenzkranke Menschen noch wahrnehmen können, welche Gefühle ein Gesicht spiegelt. In diesen Versuchen mussten die Teilnehmer jeweils emotionale Gesichtsausdrücke

- erkennen (Welches ist das traurige Gesicht?),
- unterscheiden (Zeigen diese Gesichter

dieselben oder unterschiedliche Gefühle?)

- bzw. benennen (Was drückt dieses Gesicht aus?),

die ihnen in Form von Videoclips, Fotos, Zeichnungen, Cartoons oder Smileys präsentiert wurden. Dabei stellte sich heraus, dass das Krankheitsstadium, die Art der Demenz und der Ort der Hirnatrophien ausschlaggebend für eine Verschlechterung der Fähigkeit sein können, glückliche, traurige, wütende, überraschte, angeekelte und neutrale Gesichtsausdrücke korrekt zu deuten.

Defizite können bereits bei Menschen mit einem Mild Cognitive Impairment (MCI) auftauchen (Spoletini et al. 2008; Teng et al. 2007; Weiss et al. 2008). Es gibt allerdings auch Studien, bei denen nicht nur Menschen mit einer leichten, anfänglichen Alzheimer-Erkrankung (Albert et al. 1991; Burnham & Hogervorst 2004; Fernandez-Duque & Black 2005; Washburn & Sands 2006), sondern auch Betroffene im mittleren Krankheitsstadium keinerlei Probleme hatten, emotionale Gesichtsausdrücke zu erkennen und zu benennen (Roudier et al. 1998; Shimokawa et al. 2003; Shimokawa et al. 2000; Washburn & Sands 2006). Die Mehrzahl der Arbeitsgruppen geht auf Grund ihrer Untersuchungsergebnisse allerdings davon aus, dass Menschen mit Alzheimer spätestens ab dem mittleren Krankheitsstadium Probleme mit dem Verstehen bzw. Identifizieren von Gesichtsausdrücken haben (Allen & Brosgole 1993; Allender & Kaszniak 1989; Brosgole et al. 1981; Brosgole et al. 1983a; Kurucz & Feldmar 1979; Brosgole et al. 1983b; Cadioux & Greve 1997; Hargrave et al. 2002; Koff et al. 1999), und dass ihre Schwierigkeiten umso größer werden, je weiter ihre Krankheit vorangeschritten ist (Weiss et al. 2008; Albert et al. 1991; Lavenu & Pasquier 2005; Zandi et al. 1992).

Artikel	happy	sad	angry	disgust	neutral	fear	surprise
Allen/Brosigole 1993							
Brosigole et al. 1981							
Brosigole et al. 1983a							
Brosigole et al. 1983b							
Bucks/Radford 2004							
Burnham/Hogerforst 2004							
Fernandez-Duque/Black 2005							
Hargrave et al. 2002							
Henry et al. 2008							
Koff et al. 1999							
Kohler et al. 2005							
Kurucz/Feldmar 1979	? -	? +	? +				
Lavenu et al. 1999							
Lavenu/Pasquier 2005							
Luzzi et al. 2007							
Ogrocki et al. 2000							
Spoletini et al. 2008							
Weiss et al. 2008							

<span style="color: red;">■</span>	Probleme im/ab dem frühen Stadium
<span style="color: brown;">■</span>	Probleme im mittleren Stadium
<span style="color: green;">■</span>	keine Probleme im frühen Stadium
<span style="color: lightgreen;">■</span>	keine Probleme im/ bis ins mittlere Stadium
	...jeweils im Vergleich zu Kontrollgruppen

Unklar ist, ob, wann und warum unterschiedliche Gefühle unterschiedlich schwer für die Betroffenen zu erkennen sind, wie die obige Tabelle zeigt.

Es wird vermutet, dass die Defizite allgemeiner auf stetige Abbauprozesse in der für die Verarbeitung von nonverbalen Signalen schwerpunktmäßig zuständigen rechten Hirnhälfte (Albert et al. 1991; Fernandez-Duque & Black 2005; Lavenu & Pasquier 2005; Luzzi et al. 2007; Weiss et al. 2008), oder spezieller auf Atrophien der Amygdala<sup>1</sup> (Henry et al. 2008; Spoletini et al. 2008; Weiss et al. 2008), des orbitofrontalen<sup>2</sup> Cortex (Henry et al. 2008), oder auf Störungen der optischen Bildverarbeitung (Burnham & Hogerforst 2004; Cadieux & Greve 1997; Ogrocki et al. 2000) zurückzuführen sind. Die z.T. große Bandbreite der Leistungen der Versuchsteilnehmer wird damit erklärt, dass Orte und Ausmaß des Hirnschwundes individuell erheblich variieren können.

Menschen mit vaskulären Demenzen haben deutlich mehr Schwierigkeiten als Alzheimerkranke, emotionale Gesichtsausdrücke zu er-

<sup>1</sup> Dabei handelt es sich um einen Gewebeschwund des sogenannten Mandelkerns (Amygdala). Dieser liegt im Kerngebiet des mittleren Teils des Temporallappens und spielt eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen.

<sup>2</sup> Bereich des Gehirns, der hinter den Augenbrauen liegt und bei der Entscheidungsfindung eine Rolle spielt.

kennen und angemessen darauf zu reagieren (Shimokawa et al. 2003; Shimokawa et al. 2000).

Dasselbe gilt auch für Menschen mit frontotemporalen Demenzen. Gesichtsausdrücke wahrzunehmen fällt ihnen noch schwerer als Menschen mit der Alzheimer- (Fernandez-Duque & Black 2005; Lavenu et al. 1999; Lavenu & Pasquier 2005) oder der Huntington-Krankheit (Snowden et al. 2008). Dabei haben sie offensichtlich besonders große Probleme damit, die Mimik für negative Gefühle zu erfassen: Einig ist man sich, dass sie wütende Gesichter schlecht erkennen (Fernandez-Duque & Black 2005; Keane et al. 2002; Kessels et al. 2007; Lavenu et al. 1999; Lavenu & Pasquier 2005; Lough et al. 2006; Rosen et al. 2004; Rosen et al. 2002). Außer in der Studie von Kessels et al. (2007) gelang ihnen in vielen anderen Fällen auch das Erkennen von ängstlichen, traurigen und angeekelten Gesichtern nicht (Fernandez-Duque & Black 2005; Keane et al. 2002; Lavenu et al. 1999; Lough et al. 2006; Rosen et al. 2004; Rosen et al. 2002; Snowden et al. 2008). Glückliche Gesichter wurden in einigen Studien erkannt (Kessels et al. 2007; Rosen et al. 2002), in anderen nicht (Keane et al. 2002; Lavenu & Pasquier 2005; Rosen et al. 2004; Snowden et al. 2008). Es wird vermutet, dass die Empathie- und Interpretationsfähigkeit bei

frontotemporalen Demenzen umso schlechter ist, je mehr die rechte, schwerpunktmäßig für die Körpersprache zuständige Hirnhälfte abgebaut (atrophiert) ist (Mendez & Perryman 2003; Perry et al. 2001). Die Arbeitsgruppe um Kessels (2007) verweist jedoch darauf, dass Menschen mit frontotemporalen Demenzen bessere Ergebnisse erzielen, wenn die ihnen vorgeführten Gesichtsausdrücke ein höheres Level emotionaler Intensität zeigen.

Sehr viel weniger Untersuchungen gibt es darüber, ob und wie sich die Mimik von demenzkranken Menschen verändert. Burton und Kaszniak (2006) haben erforscht, wie sich die mimischen Reaktionen (oder genauer gesagt die Muskelaktivitäten im Gesicht) demenzkranker Menschen im Anfangsstadium beim Anschauen emotionsauslösender Bilder von denen kognitiv Gesunder unterscheiden. Die Probanden mit Alzheimer zeigten, anders als die Gesunden, kaum Regungen beim Betrachten positiver Bilder. Daraus schlossen sie, dass auf Grund der Abbauprozesse im Frontalhirn schon im frühen Krankheitsstadium die Fähigkeit der Betroffenen gestört sein könnte, der Situation angemessene, positive Gefühle mimisch auszudrücken. Smith (1995) ging einer ähnlichen Frage nach: Sie wollte wissen, ob es schon im frühen Alzheimerstadium Anzeichen für Enthemmung, bzw. für einen Verlust der Kontrolle über die Mimik gibt. Dafür filmte sie die Mimik der Probanden, während diese lustige, traurige oder neutrale Videoclips anschauten. Die Annahme erwies sich als zum Teil richtig: Im Vergleich zur Kontrollgruppe reagierten sie auf traurige (nicht jedoch auf fröhliche) Bilder überproportional intensiv mit einem spiegelnden, traurigen Gesichtsausdruck.

Kunz und ihre Kollegen (2007) wiederum haben untersucht, wie sich Schmerzen auf die Mimik von Menschen im mittleren Demenzstadium auswirken. Sie haben einen Druckschmerz erzeugt und die mimischen Reaktionen darauf gefilmt. Die demenziell erkrankten Probanden zeigten signifikant mehr und deutlichere mimische Reaktionen als die Kontrollpersonen, was ebenfalls auf eine möglicherweise reduzierte Impulskontrolle zurückgeführt wird.

## STUDIEN ZUM BLICKKONTAKT

Obwohl jeder aus eigener Erfahrung weiß, wie wichtig der Blickkontakt für Interaktion und Kommunikation ist, gibt es zu diesem Thema nur eine einzige neurowissenschaftliche Studie. Ogrocki et al. (2000) haben die Augenbewegungen ihrer Probanden beim Betrachten emotionaler Gesichtsausdrücke aufgezeichnet. Sie haben herausgefunden, dass Menschen im frühen bis mittleren Krankheitsstadium andere visuelle Strategien als die Kontrollpersonen nutzten: Sie fixierten sehr viel weniger das Gesicht und vor allem die Augen. Man schloss daraus, dass wir den Betroffenen helfen können, emotionale Botschaften richtig(er) zu verstehen, indem wir bewusst multimodal kommunizieren und nicht allein auf Mimik und Blickkontakt vertrauen.

## STUDIEN ZU GESTIK UND PANTOMIME

Eine Reihe von Untersuchungen geht der Frage nach, ob und wie gut demenzkranke Menschen Gestik und Pantomime noch wahrnehmen und nutzen können. Bei diesen Versuchen mussten die Probanden beispielsweise

- vorgeführte Pantomime und Gesten erkennen und benennen (Blondel et al. 2001; Derouesné et al. 2000; Dumont & Ska 2000),
- bildliche Informationen sprachbegleitend gestisch vereindeutigen (Carlomagno et al. 2005)
- den Gebrauch von Gegenständen pantomimisch vorführen (Chainay et al. 2006; Crutch et al. 2007; Derouesné et al. 2000; Dumont & Ska 2000; Giovannetti et al. 2006; Kato et al. 2001; Lucchelli et al. 1993; Mozaz et al. 2006; Parakh et al. 2004; Thibault et al. 1998; Willis et al. 1998)
- Fehler in pantomimischen Bildsequenzen erkennen (Blondel et al. 2001; Chainay et al. 2006; Thibault et al. 1998),
- vorgeführte Pantomime und Gesten imitieren (Blondel et al. 2001; Chainay et al. 2006; Derouesné et al. 2000; Glosser et

al. 1998; Lucchelli et al. 1993; Mozaz et al. 2006; Parakh et al. 2004; Thibault et al. 1998),

- oder sinnvolle und sinnlose Arm- und Handbewegungen nachmachen (Blondel et al. 2001; Crutch et al. 2007; Della Sala et al. 1987; Derouesné et al. 2000; Glosser et al. 1998; Ska 1994; Thibault et al. 1998).
- In vielen Untersuchungen ergaben sich große individuelle Unterschiede in Bezug auf die Leistungen der Betroffenen (Blondel et al. 2001; Crutch et al. 2007; Ska 1994). Apraktische<sup>3</sup> Ausfälle seien für das frühe Krankheitsstadium nicht charakteristisch ((Della Sala et al. 1987; Dumont & Ska 2000), kämen aber ab dem mittleren Stadium und vor allem bei Menschen mit vermehrten Sprachproblemen häufiger vor (Glosser et al. 1998). Je weiter die Demenz fortgeschritten ist, desto mehr Probleme gebe es im gestisch-pantomimischen Bereich (Dumont & Ska 2000; Glosser et al. 1998; Lucchelli et al. 1993; Parakh et al. 2004; Thibault et al. 1998). In der Regel schnitten die Probanden mit Demenz signifikant schlechter ab als die gesunden Kontrollpersonen (Blondel et al. 2001; Chainay et al. 2006; Crutch et al. 2007; Derouesné et al. 2000; Dumont & Ska 2000; Kato et al. 2001; Lucchelli et al. 1993; Mozaz et al. 2006; Parakh et al. 2004; Ska 1994; Willis et al. 1998). Sie waren auch langsamer (Crutch et al. 2007; Lucchelli et al. 1993; Willis et al. 1998). Bei den meisten Studien ergab sich, dass bei Alzheimer zwar die Konzeptions- (also das Verstehen und Planen) und die Produktionsebene (also die Ausführung) selektiv gestört sein können (Blondel et al. 2001; Derouesné et al. 2000; Dumont & Ska 2000; Lucchelli et al. 1993), meist aber beide betroffen sind (Blondel et al. 2001; Thibault et al. 1998). Das Nachahmen von Pantomime bzw. Bewegungen fiel Betroffenen leichter, als aus eigenem Antrieb bzw. auf verbale Aufforderung hin Handlungen pantomimisch darzustellen (Chainay et al. 2006; Derouesné et al. 2000; Lucchelli et al. 1993). Die Probanden konnten Werkzeuge dann rich-

<sup>3</sup> Unter Apraxie versteht man Störungen in der Ausführung willkürlicher Handlungen und zielgerichteter, geordneter Bewegung bei intakter motorischer Funktion.

tig nutzen, wenn man sie ihnen in die Hand gab; reine Pantomime gelang ihnen hingegen nicht (Kato et al. 2001). Mit sinnlosen Bewegungsabfolgen taten sie sich schwerer als mit sinnvollen (Crutch et al. 2007; Derouesné et al. 2000). Symbolische Gesten waren leichter für demenzkranke Menschen als Pantomime vom Gebrauch von Gegenständen (Dumont & Ska 2000). Interessanterweise machte es einen Unterschied, ob die betroffenen Probanden bekannte bzw. ihnen gehörende oder fremde Gegenstände pantomimisch vorführen sollten: Es gelang ihnen besser mit eigenen (Giovannetti et al. 2006).

Carlomagno et al. (2005) fanden ferner heraus, dass Menschen mit Demenz weniger darstellende, aber dafür mehr Zeigegesten verwenden. Auch die Eindeutigkeit spontaner Gesten von Menschen mit Demenz ist beeinträchtigt (Carlomagno et al. 2005; Glosser et al. 1998).

#### STUDIEN ZU STIMMKLANG UND PROSODIE <sup>4</sup>

Eine Reihe von Studien geht der Frage nach, ob und inwieweit demenzkranke Menschen die Gefühle und Absichten anderer anhand von Stimmklang und Sprachmelodie erkennen, bzw. ihre eigenen Gefühle prosodisch ausdrücken können. Dabei hatten die Teilnehmer die Aufgabe,

- glückliche, traurige, wütende und neutrale Stimmen zu erkennen (Allen & Brosgole 1993; Bucks & Radford 2004; Cadieux & Greve 1997; Koff et al. 1999; Perry et al. 2001; Roberts et al. 1996),
- nonverbale Geräusche wie Lachen als Zeichen von Freude, Weinen als Zeichen für Trauer etc. zu unterscheiden (Keane et al. 2002; Koff et al. 1999; Snowden et al. 2008),
- glückliche, traurige, wütende und neutrale Stimmen einem entsprechend untertitelten Gesichtsausdruck zuzuordnen (Allender & Kaszniak 1989),
- nichtemotionale Äußerungen als Frage,

<sup>4</sup> Unter Prosodie versteht man die Gesamtheit der stimmlich-intonatorischen Eigenschaften beim Sprechen wie Akzent, Sprachgeschwindigkeit, Sprechpausen, Rhythmus



Aussage oder Befehl zu identifizieren (Allen & Brosgole 1993; Bucks & Radford 2004; Koff et al. 1999),

- den Klang von zwei Sätzen als unterschiedlich oder identisch wahrzunehmen (Allender & Kaszniak 1989; Bucks & Radford 2004; Cadieux & Greve 1997; Perry et al. 2001),
- emotionale Intonation nach Anweisung zu produzieren (Roberts et al. 1996),
- oder emotionale Intonation zu imitieren (Roberts et al. 1996).

Menschen mit Demenz machten bei den meisten prosodischen Tests signifikant mehr Fehler als gesunde Kontrollpersonen (Allen & Brosgole 1993; Allender & Kaszniak 1989; Bucks & Radford 2004; Keane et al. 2002). In einigen Studien ergab sich, dass die Verarbeitung emotionaler Prosodie bei Alzheimer praktisch erhalten bleibt (Cadieux & Greve 1997). In anderen zeigte sich, dass prosodische und intonatorische Fähigkeiten spätestens ab dem mittleren Krankheitsstadium signifikant abnehmen, wobei sie schlechtere Leistungen beim Verwenden als beim Verstehen emotionaler Prosodie zeigen (Roberts et al. 1996). Unklar ist, ob das Verstehen nichtemotionaler Satzmelodie (Allen & Brosgole 1993) oder emotionaler Stimmen (Koff et al. 1999) den Betroffenen mehr Probleme bereitet. Einigen Studien zufolge sind verschiedene Gefühlsqualitäten für Menschen mit Demenz nicht unterschiedlich schwer zu erkennen (Bucks & Radford 2004; Keane et al. 2002; Koff et al. 1999).

Einen interessanten Zusammenhang stellte die Arbeitsgruppe um Roberts (1996) her: Je mehr Probleme ihre Probanden mit emotionaler Prosodie, d.h. letztlich mit emotionaler Kommunikation hatten, desto häufiger zeigten sie agitierte und herausfordernde Verhaltensweisen.

## KÖRPERHALTUNG

Lediglich 3 Arbeiten sind damit befasst, wie gut demenzkranke Menschen noch die Körperhaltung anderer wahrnehmen können. In der Studie von Brosgole et al. (1983b) muss-

ten die Probanden u.a. emotionale (fröhliche, wütende, traurige) und neutrale Körperhaltungen als solche identifizieren. Das gelang ihnen wesentlich besser als das Erkennen entsprechender Gesichtsausdrücke.

In der Untersuchung von de Gelder et al. (2008) wurden Menschen mit der Huntington-Krankheit daraufhin getestet, ob sie instrumentelle (z.B. Wasser einschenken, Haare kämmen, Hose anziehen) und emotionale (ängstliche, wütende, traurige) Körperhaltungen erkennen können. Es ergab sich, dass sie im Gegensatz zu den gesunden Kontrollpersonen Schwierigkeiten damit hatten, handlungstypische Haltungen, und von den emotionalen die wütende Haltung korrekt einzuordnen. Je weiter die Krankheit vorgeschritten war, desto schlechter waren ihre Leistungen.

In einem Experiment von Mozaz et al. (2006) schließlich mussten Personen im mittleren Demenzstadium richtige und falsche, transitive (z.B. bügeln, hämmern) und intransitive Haltungen (z.B. grüßen, beten) erkennen und benennen. Das gelang ihnen erheblich schlechter als den gesunden Kontrollpersonen.

## STUDIEN ZU NÄHE UND DISTANZ BZW. BERÜHRUNG

Zu diesen Themen hat die neurowissenschaftliche Demenz-Forschung bis heute nicht eine einzige Studie zu bieten.

## KRITIK AN EXPERIMENTELLEN STUDIEN

Bei allen Bemühungen der Neurowissenschaftler um Objektivität und Vergleichbarkeit haben ihre Studien doch auch einige Schwächen.

Zunächst einmal erfährt man nichts darüber, wie die Untersucher ihre demenziell erkrankten Probanden behandelt haben. Manche Formulierungen lassen jedoch eine wertschätzende, personenzentrierte Orientierung vermissen. Die jeweiligen Ergebnisse könnten nun davon beeinflusst sein, ob man ihnen von oben herab und als „Merkmalsträgern“, oder als Menschen begegnet ist. Nicht unwichtig

dürfte ferner sein, ob und wie die Versuchsleiter auf Anzeichen von Stress, Erfolgsdruck und Frustration bei den demenzkranken Teilnehmern reagiert haben.

Für kritisch halte ich zweitens die unterschiedlich großen Teilnehmer-Zahlen: Es wurden zwischen 4 (!) und (immerhin) 71 demenziell veränderte Probanden eingesetzt. Die Aussagekraft von Statistiken, die auf dem Verhalten von 4 Personen basieren, kann nicht wirklich groß sein.

Problematisch ist drittens auch, dass alle Arbeitsgruppen unterschiedliche oder keine Kriterien dafür angeben, ob und welchen Krankheitsstadien sie ihre Versuchspersonen zuordnen.

Viertens dürften auch die Testbedingungen und –inhalte die Leistungsfähigkeit von Menschen mit Demenz ungünstig beeinflusst haben. So sind beispielsweise viele der Experimente sprachlastig, obwohl die betroffenen Probanden nicht mehr uneingeschränkt Sprache verstehen und selber fehlerfrei sprechen können: Sie verhören sich öfter und verwechseln beim Sprechen inhaltlich ähnliche Begriffe miteinander. Auch könnte die Dauer der Experimente angesichts der reduzierten Konzentrationsfähigkeit und schnellen Erschöpfbarkeit bei Demenz die Ergebnisse negativ beeinflusst haben: Immerhin erstreckten sich manche Testbatterien über mehrere Stunden! Des Weiteren kann die Motivation und die Leistungsfähigkeit der Probanden erheblich darunter gelitten haben, dass die Aufgaben oft unnatürlich und sinnlos schienen und vor allem nicht in reale soziale Situationen eingebettet waren: Im Alltag hat man es schließlich nicht mit statischen, unbewegten Fotos, sondern mit lebendigen Menschen zu tun (Allender & Kaszniak 1989); und es dürfte auch extrem selten vorkommen, dass man den Gebrauch von Gegenständen pantomimisch darstellen oder sinnlose Bewegungen nachahmen muss (Kato et al. 2001). Schließlich und endlich waren auch einige Testmaterialien uneindeutig: Manche der gezeichneten Vorlagen, und vor allem die Cartoonbilder von Tiergesichtern hätte ich vermutlich auch nicht „richtig“ eingeordnet.

## FAZIT

Neurowissenschaftliche Studien geben in erster Linie Auskunft darüber, was Menschen mit Demenz unter künstlichen und stressigen Bedingungen im Hinblick auf die Dekodierung körpersprachlicher Signale zu leisten vermögen. Dass sie nicht unbedingt die alltagsweltlichen Fähigkeiten der Betroffenen widerspiegeln, geben die selbstkritischeren bzw. realistischeren unter den Forschern auch zu (Allen & Brosigole 1993; Hargrave et al. 2002; Henry et al. 2008; Kato et al. 2001). Ihre Vermutung lautet: Je mehr man in der multimodalen realen Welt auch die Sprache und andere nonverbale Ausdrucksebenen außer dem Gesicht, dem Blickkontakt und dem Stimmklang nutzt, desto besser gelingt es den Betroffenen, das Gemeinte korrekt zu entschlüsseln (Allender & Kaszniak 1989; Kohler et al. 2005; Lavenu et al. 1999; Luzzi et al. 2007; Ogrocki et al. 2000).

Svenja Sachweh

# NON-VERBALE KOMMUNIKATION:

## II. Qualitative Studien zur non-verbalen Verständigung

Es ist hinlänglich bekannt, dass demenzkranke Menschen immer mehr die Fähigkeit verlieren, Sprache zu verstehen und selber zu sprechen. Wie aber sieht es mit dem ursprünglichsten menschlichen Kommunikationssystem aus, der Körpersprache? Wie gut können sie diese noch nutzen, und wie lange bleiben ihre nonverbalen Fähigkeiten erhalten? Mit diesen Fragen befassen sich spätestens seit den 1990er Jahren auch qualitativ arbeitende Wissenschaftler sowie Praktiker unterschiedlichster Disziplinen. Neben einigen Interventions- und Interviewstudien liegen vor allem Untersuchungen vor, bei denen die Fähigkeiten und Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz durch Beobachtungen in deren Alltag ermittelt wurden.

Einigkeit besteht darüber, dass die nonverbalen Fähigkeiten bei Demenz länger erhalten bleiben als die verbalen (Bär et al. 2003; Bowlby Sifton 2004; Garratt & Hamilton-Smith 1998; Hoffman & Platt 1991; Hubbard et al. 2002; Kontos 2004; Miller 2008; Nyström & Lauritzen 2005; Preston 1973; Richard 2004; Romero & Kurz 1989; Santo Pietro & Ostuni 2003; Wagener et al. 1998; Ward et al. 2006b). Das wird u.a. auf die wachsende Bedeutung von Beziehung und Emotionalität zurückgeführt (Romero & Kurz 1989).

Viele AutorInnen gehen sogar davon aus, dass die Wahrnehmungsfähigkeit, also die Sensibilität für körpersprachliche Signale anderer, zunimmt (Bowlby Sifton 2004; Hoffman et al. 1985; Hoffman & Platt 1991; Richard 2004; Vittoria 1998). Manche Betroffene irritiert, verärgert und verängstigt es, wenn sie Diskrepanzen zwischen verbalen und nonverbalen Zeichen wahrnehmen (Richard 2004). Die Fähigkeit, auf nonverbale Signale zu reagieren, scheint bis in die schwere Demenz hinein (Hoffman et al. 1985; Hoffman & Platt 1991), ja sogar bis in die Sterbephase wenigstens in

Grundzügen erhalten zu bleiben ((Thompson 2002): So erfolgten beispielsweise Reaktionen auf Winken, Lächeln und eine ausgestreckte Hand nahezu automatisch (Preston 1973).

Kontos (2004; 2005) hat Menschen im mittleren bis hin zum sehr schweren Demenzstadium in einem Altenheim ethnographisch beobachtet. Sie fand heraus, dass diese ständig aktiv nonverbal kommunizierten, um ihrer Persönlichkeit, ihrer gesellschaftlichen und sozialen Herkunft und ihren Gefühlen Ausdruck zu geben. Einige andere Forscher kamen zu demselben Ergebnis: so etwa Nyström und Lauritzen (2005), die den Einsatz von Körpersprache bei demenzkranken Menschen während der Tanztherapie gefilmt und analysiert haben, sowie Ward et al. (2006b), die mehr als 1.000 Stunden von Interaktionen in Pflegeheimen auf Video aufgezeichnet und ausgewertet haben, und schließlich auch Tappen und Williams (1998), die Angehörige und Pflegekräfte danach befragten, ob und wie Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Krankheitsstadium ihre Gefühle ausdrücken. Romero und Kurz (1989) vermuten auf Grund der Befragung der von ihnen geleiteten Angehörigengruppen, dass sich das Ausdrucksrepertoire von Menschen mit Demenz durch nonverbales Modellverhalten und das Herstellen einer entspannten und toleranten Atmosphäre sogar gezielt erweitern lässt. Der Bericht von Smiley (1993) über den erfolgreichen Versuch, schwer demenzkranken Menschen die Gebärdensprache-Zeichen für Hunger, Durst, Schmerz und Müdigkeit beizubringen, scheint diese Vermutung zu untermauern.

Tappen und Williams (1998) stellen allerdings die berechtigte Frage, ob nicht auch unsere Konzentration auf die Körpersprache mangels verständlicher sprachlicher Äußerungen zu der Fehleinschätzung führen kann, dass diese wegen des Verlusts der Sprachfähigkeit

immer intensiver eingesetzt wird. Bowlby Sifton (2004) geht sogar von einem tatsächlichen und zunehmenden Verlust der nonverbalen Ausdrucksfähigkeit aus.

Was charakterisiert nun die nonverbale Kommunikation von Menschen mit Demenz? Bei oberflächlicher Betrachtung können Menschen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium einerseits reglos und ausdrucksarm wirken. Das liegt erstens daran, dass ihre körpersprachlichen Reaktionen häufig zeitverzögert erfolgen (Hoffman et al. 1985; Wagener et al. 1998). Zweitens fand die Arbeitsgruppe um Wagener (1998) bei einer Beobachtung der Interaktionen zwischen Pflegenden und Gepflegten während des Essens und Trinkens heraus, dass die von den letzteren ausgesendeten Signale oft von geringer Intensität sind. Bei der ethnographischen Studie von Hubbard et al. (2002), bei der Menschen in einem Tageszentrum beobachtet wurden, zeigte sich zudem, dass einige Signale mehrdeutig sein können. Vielleicht bezeichneten einige interviewte Pflegekräfte und Angehörige sie deshalb als schwer zu interpretieren (Tappen & Williams 1998), und vielleicht werden sie deshalb von Pflegenden häufig übersehen (Ward et al. 2006a).

Andererseits erfolgt die Körpersprache von demenzkranken Menschen aber auch heftiger und schneller: So bekundeten etwa Angehörige und Pflegepersonen, dass die Stimmungen der Betroffenen sehr schnell und unvorhersehbar umschlagen können und die damit einhergehenden Gefühle z.T. intensiv und „ungeschminkt“ gezeigt werden (Tappen & Williams 1998).

Wozu nutzen Menschen mit Demenz die Körpersprache? Nonverbale Signale werden im weitesten Sinne für kommunikative Zwecke eingesetzt, nämlich um

- die Bedeutung verbaler Äußerungen zu unterstreichen (Hubbard et al. 2002),
- den Verlust der Sprachfähigkeit zu kompensieren und mit anderen zu interagieren (Hubbard et al. 2002; Nyström & Lauritzen 2005; Santo Pietro & Ostuni 2003),
- und schwerhörigkeitsbedingte Verständigungsprobleme zu umgehen (Hubbard et al. 2003).

Bei der nonverbalen Kommunikation nutzen wir

- Mimik,
- Blickkontakt,
- Gestik und Pantomime,
- Berührungen,
- den Klang unserer Stimme,
- Körperhaltung
- und Nähe und Distanz.

Im Folgenden geht es darum, ob und wie sich die Wahrnehmung und der Einsatz dieser körpersprachlichen Elemente und Ebenen bei Menschen mit Demenz verändert.

#### STUDIEN ZUR MIMIK

Ganze zwei Studien befassen sich damit, ob und wie demenzkranke Menschen die Mimik anderer wahrnehmen. Ellis und Astell (2004) haben eine Einzelfallstudie vorgelegt. Sie konnten zeigen, dass eine schwerst demente Dame sehr sensibel darauf reagierte, als ihre Gesprächspartnerin mehrfach in einer längeren Interaktion plötzlich ein unbewegtes, ausdrucksloses Gesicht machte und Blickkontakt vermied: Erstens schaute sie vermehrt im Raum umher und überprüfte immer wieder flüchtig, ob ihr Gegenüber sie wieder anblickt. Zweitens versuchte sie durch Ansprache und Näherrücken, den Kontakt wiederherzustellen. Und drittens wurde sie, als das nichts nützte, ängstlich und agitiert – sie begann schwer zu atmen und wollte sogar aufstehen und den Raum verlassen.

Hoffman et al. (1985) haben getestet, wie Heimbewohner mit und ohne Demenz auf positive und negative nonverbale Stimuli reagieren: Sie haben sich ihren Probanden mal mit freundlichem und mal mit bösem Gesicht genähert, und dabei ihren Namen entweder mit sanfter, freundlicher oder mit harscher, abrupter Stimme gesprochen, und ihnen entweder vorsichtig die Hand gegeben, oder aber ihr Handgelenk fest umklammert. Es ergab sich, dass selbst schwer demente Teilnehmer nonverbal genau so empfänglich (responsiv) waren wie kognitiv gesunde. Sie reagierten wie diese mit Worten und Körpersprache positiv auf emotional positive Signale, während ne-

gative Botschaften Rückzug und Unwohlsein bei ihnen auslösten. Hoffman und Platt (1991) zeigen sich in ihrem, u.a. auf dieser Untersuchung aufbauenden Lehrbuch zur Kommunikation mit Demenzkranken davon überzeugt, dass es angesichts der großen Sensibilität der Betroffenen für Gesichtsausdrücke nicht möglich ist, Gefühle wie Müdigkeit, Ärger und Ungeduld vor ihnen zu verbergen.

Um eine Antwort auf die Frage zu finden, ob und wie sich die Mimik von demenzkranken Menschen (vor allem im fortgeschrittenen Krankheitsstadium) verändert, wurden diese in vielen Studien in unterschiedlichen Situationen beobachtet und/oder gefilmt. Dabei zeigte sich, dass es große individuelle Unterschiede gibt (Asplund et al. 1991; Lawton et al. 1996; Re 2003). Man sieht demenzkranken Menschen im Vergleich zu kognitiv gesunden seltener positive Emotionen und häufiger Angst an (Lawton et al. 1996; Tappen & Williams 1998). Grundsätzlich scheint die Ausdrucksfähigkeit und die Intensität der Mimik bei Demenz abzunehmen (Wagener et al. 1998): Die beobachtbaren Muskelbewegungen werden immer spärlicher (Asplund et al. 1991; Asplund et al. 1995), und das Gesicht kann rigide und maskenhaft erscheinen (Hoffman & Platt 1991), besonders in emotional neutralen Situationen (Jansson et al. 1993; Re 2003). Im direkten Kontakt mit anderen ist der Gesichtsausdruck allerdings oft deutlich lebhafter (Grond 1984; Hoffman & Platt 1991; Jansson et al. 1993).

Manche Betroffene ziehen auch Grimassen (Jansson et al. 1993) bzw. machen stereotype mimische Bewegungen: Sie saugen beispielsweise die Wangen ein oder mahlen mit den Kiefern (Re 2003). Garratt und Hamilton-Smith (Garratt & Hamilton-Smith 1998) weisen allerdings zu Recht darauf hin, dass ihre Mimik durch Medikamente erheblich verändert bzw. beeinträchtigt sein kann. Wie auch immer: Je geringer und unklarer das Mienenspiel der Betroffenen ausgeprägt ist, desto größer ist die Gefahr von Fehlinterpretationen (Asplund et al. 1995).

Erforscht wurde auch, welche unterschiedlichen Gefühlsqualitäten die Gesichter von

Menschen im fortgeschrittenen Demenzstadium noch ausdrücken können. Beobachtet wurden

- Zufriedenheit (Lawton et al. 1996),
- Freude (Bär et al. 2003; Jansson et al. 1993; Lawton et al. 1996; Magai et al. 1996; Re 2003; Tappen & Williams 1998),
- Überraschung (Jansson et al. 1993),
- Neugier (Jansson et al. 1993),
- Ärger bzw. Wut (Bär et al. 2003; Cunningham & Williams 2007; Jansson et al. 1993; Lawton et al. 1996; Magai et al. 1996; Re 2003),
- Unwohlsein (Jansson et al. 1993),
- Verwirrung (Jansson et al. 1993),
- Traurigkeit (Bär et al. 2003; Lawton et al. 1996; Magai et al. 1996; Re 2003),
- Angst (Lawton et al. 1996; Magai et al. 1996; Tappen & Williams 1998),
- Ekel (Jansson et al. 1993; Magai et al. 1996; Re 2003)
- und Schmerz (Jansson et al. 1993; Strauss, 2002).

Offensichtlich nutzen Menschen mit Demenz die Mimik auch metakommunikativ: nämlich um einen Kommunikationswunsch (Kontos 2004), Interesse (Lawton et al. 1996; Magai et al. 1996) und Aufmerksamkeit bzw. Zuhören (Jansson et al. 1993) sowie Verständnisprobleme (Taylor 2007) zu signalisieren.

## STUDIEN ZUM BLICKKONTAKT

Untersuchungen, die sich gezielt mit dem Thema Blickkontakt befassen, liegen bislang nicht vor. Dennoch zeigen einige Beobachtungsstudien, wie wichtig der Blickkontakt für die Verständigung mit demenzkranken Menschen ist (Kontos 2004): Ihre Augen verraten ihre Bedürfnisse und Stimmungen (Tappen & Williams 1998; Ward et al. 2006b). Sie schätzen es, wenn wir ihnen einen freundlichen Blickkontakt anbieten (Grond 1984). Verweigern wir ihn, reagieren sie z.T. unruhig und verunsichert (Ellis & Astell 2004). Schauen uns Menschen mit Demenz an, zeigen sie damit Wachheit (Hoffman & Platt 1991) und Kontaktbereitschaft (Ward et al. 2006a). Fehlt der Blickkontakt, können oder wollen sie nicht

kommunizieren (Hoffman & Platt 1991; Kontos 2004). So verdeutlichte beispielsweise die Frau, die Cunningham und Williams (2007) bei Interaktionen mit dem Pflegepersonal gefilmt haben, ihre Ablehnung von Babysprache und verkindlichem Verhalten dadurch, dass sie ein ablehnendes Gesicht machte und den Blickkontakt verweigerte.

Als weitere Gründe für ein verändertes Blickverhalten werden kulturelle Normen und Nebenwirkungen von Medikamenten genannt (Garratt & Hamilton-Smith 1998).

#### STUDIEN ZU GESTIK UND PANTOMIME

Auch Gestik und Pantomime stehen nicht im Fokus des Interesses qualitativ arbeitender Demenz-Wissenschaftler. Aus ihren Erfahrungen und Beobachtungen geht aber hervor, dass Gesten bei demenzkranken Menschen oft schlicht und nicht subtil sind (Hoffman & Platt 1991). Zwar ist klar, dass ihre Gesten Gefühle ausdrücken (Nyström & Lauritzen 2005; Tappen & Williams 1998), inhaltliche Botschaften kommunizieren (Hubbard et al. 2002) und fehlende Worte ersetzen sollen (Nyström & Lauritzen 2005). Oft ist es allerdings sehr schwer, sie korrekt zu interpretieren – nicht zuletzt, weil einige sehr verlangsamt erfolgen, und andere endlos wiederholt werden (Hoffman & Platt 1991).

#### STUDIEN ZU BERÜHRUNG

Das Thema Berührung bildet offensichtlich einen Schwerpunkt bei der Erforschung der nonverbalen Kommunikation von und mit Menschen mit Demenz. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die taktile Wahrnehmung selbst dann noch funktioniert, wenn alle anderen Sinne durch Alter und/oder Krankheit bereits erheblich eingeschränkt sind (Hoffman & Platt 1991). Die Betroffenen nehmen dementsprechend sehr genau wahr, wie Pflegende sie berühren (Garratt & Hamilton-Smith 1998). Sie fühlen, ob und wann Pflegende schlechte Laune haben (Routasalo & Isola 1996) oder sie nicht mögen (Hoffman et al. 1985). In Interviews gaben sie sogar an, dass sie indivi-

duelle Pflegepersonen daran erkennen, wie sie sie anfassen (Routasalo & Isola 1996). Beobachtungen und Interviews von Betroffenen und Pflegenden zeigen, dass vor allem die liebevoll gemeinten Berührungen (im Unterschied zu den bei Pflegeverrichtungen nötigen) wichtig für das Wohlbefinden demenzkranker Personen (Davis 1989; Goldsmith 1996; Routasalo & Isola 1996) und für das Gelingen der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten sind (Grond 1984; Langland & Panicucci 1982). Offenbar ist der Wunsch nach Berührungen oftmals größer als das Angebot (Routasalo 1996). Es gibt allerdings ernst zu nehmende, individuelle Unterschiede: Nicht alle mögen an jedem Tag und von jeder Pflegekraft berührt werden (Routasalo & Isola 1996). Körpersprachlich drücken sie die (mangelnde) Akzeptanz von Berührungen durch ihre Mimik (Bowlby Sifton 2004; Killick & Allan 2006), durch die Anspannung bzw. Entspannung der berührten Körperstellen (Bowlby Sifton 2004) und durch ihre Haltung, nämlich durch Zuwenden/Vorbeugen vs. Abwenden/Zurücklehnen aus (Bowlby Sifton 2004; Hoffman & Platt 1991). Je weiter die Demenz allerdings fortgeschritten ist, desto eher bleiben äußerlich sichtbare Reaktionen auf Berührungen aus (Langland & Panicucci 1982), und desto häufiger kommt es vor, dass Berührungen primitive neurologische Reflexe stimulieren (Bowlby Sifton 2004).

Welchen Effekt haben Berührungen? Wenn man die Betroffenen liebevoll und sanft (Bowlby Sifton 2004; Rose 2003; Toseland & McCallion 1998) sowie respektvoll (Bowlby Sifton 2004) berührt und sich dabei zugleich auf ihre Verlangsamung und ihren individuellen Rhythmus einstellt (Killick & Allan 2006; Thompson 2002), hat das eine Reihe positiver emotionaler Effekte:

Es kann

- Zuneigung vermitteln (Routasalo & Isola 1996),
- trösten (Bowlby Sifton 2004; Davis 1989; Garratt & Hamilton-Smith 1998; Hoffman & Platt 1991; Hubbard et al. 2002; Routasalo & Isola 1996; Strauss 2002; Ward et al. 2006a),

- Sicherheit geben (Bowlby Sifton 2004; Kim & Buschmann 1999; Tappen 1991)
- und beruhigen (Burnside 1973; Grond 1984; Kim & Buschmann 1999; Rose 2003; Routasalo & Isola 1996; Strauss 2002)

Berührungen machen Menschen mit Demenz in interaktiver Hinsicht aufmerksamer (Davis 1989; Hoffman & Platt 1991; Langland & Panicucci 1982; Moses 1985; Wagener et al. 1998) und kommunikativer: Sie bewirken verbale und nonverbale Reaktionen (Killick & Allan 2006; Kim & Buschmann 1999; Langland & Panicucci 1982; Moses 1985). Auch helfen Berührungen ihnen, sich auf gemeinsame Handlungen zu konzentrieren (Burnside 1973) und entsprechende Aktivitäten zu bewältigen (Hoffman & Platt 1991; Wagener et al. 1998).

Einige Interventionsstudien ergaben schließlich, dass der Einsatz von Berührung auch dazu beitragen kann, agitiertes Verhalten zu reduzieren – wenn auch nicht alle Arten von Berührungen bei allen Betroffenen und in allen Studien gleich effektiv sind. Kim und Buschmann (1999) haben gezeigt, dass der Einsatz von liebevollen Berührungen (2 x täglich 5,5 Minuten Handmassage) zusammen mit ruhigen, tröstenden Verbalisierungen das Vorkommen von Angst bzw. herausfordernden Verhaltensweisen unter institutionalisierten Betroffenen erheblich und sogar längerfristig reduzieren kann. Snyder et al. (1995) haben untersucht, ob sich das Vorkommen von agitierten, abwehrenden Verhaltensweisen während der Pflege reduziert, wenn man den demenzkranken Menschen vorher eine fünfminütige Handmassage anbietet. In dieser Studie wirkte die Handmassage jedoch während der Morgenpflege, nicht aber nachmittags wie gewünscht – und auch nur bei den Frauen. Die männlichen Probanden zeigten häufiger und intensiver agitiertes Verhalten. Die Masagetechnik, die Rowe und Alfred (1999) pflegenden Angehörigen beibrachten, half, die Agitation der Betroffenen (nicht jedoch das Vorkommen von Schreien) zu verringern. Laut Woods und Dimond (2002) bewirken zweimal 5-7 Minuten Therapeutic Touch täglich, dass Heimbewohner mit Demenz in der Interventi-

onsphase und bis zu 1,5 Tage danach ruhiger sind und vor allen Dingen seltener rufen und umherlaufen. In einer größer angelegten Folgestudie konnten Woods et al. (2005) diese Ergebnisse bestätigen.

Berührungen können allerdings auch sehr negative Wirkungen haben. Zu Ärger und Ablehnung kann es führen, wenn wir individuelle Vorlieben und Abneigungen (Bowlby Sifton 2004; Garratt & Hamilton-Smith 1998; Goldsmith 1996; Hoffman & Platt 1991; Strauss 2002; Thompson 2002) sowie kulturelle Tabus ignorieren (Bowlby Sifton 2004; Garratt & Hamilton-Smith 1998; Hoffman & Platt 1991). Zu Schreck- und Katastrophenreaktionen kann es schließlich kommen, wenn wir sie

- am falschen Ort (z.B. am Kopf und im Gesicht; Bowlby Sifton 2004),
- zum falschen Zeitpunkt (z.B. wenn sie sehr aufgeregt, ängstlich oder verärgert sind; Bowlby Sifton 2004; Rowe & Alfred 1999),
- aus der falschen Richtung (d.h. wenn man nicht gesehen werden kann; Bowlby Sifton 2004)
- oder auf die falsche Art und Weise berühren (d.h. die Berührung darf nicht als sexuell missverstanden werden können; Bowlby Sifton 2004; Hoffman & Platt 1991; Routasalo & Isola 1996).

Das Wissen darüber, ob und mit welcher Intention Menschen mit Demenz andere berühren, stammt aus Untersuchungen, bei denen vorwiegend das alltägliche Verhalten von Heimbewohnern beobachtet wurde. Während der Pflege (Routasalo 1996) und beim Essen und Trinken (Wagener et al. 1998) berühren demenzkranke Menschen Pflegepersonen offenbar eher selten. Wenn sie es doch tun, geschieht dies einerseits in kommunikativer Absicht (Clarke 2004; Hubbard et al. 2002): Mit Berührungen leiten sie verbale Kommunikation ein, bzw. halten sie aufrecht (Hubbard et al. 2002; Kramer & Gibson 1991). Andererseits nutzen sie Berührungen auch, um Gefühle wie Zuneigung (Grond 1984; Hubbard et al. 2003; Routasalo 1996; Strauss 2002), seltener auch sexuelles Verlangen (Routasalo & Isola 1996), Dank (Routasalo 1996) und Vertrauen (Strauss 2002) auszudrücken. Ferner signalisierten Be-

rührungen das Sicherheits- und Nähebedürfnis der Betroffenen (Hubbard et al. 2002).

#### STUDIEN ZU STIMMKLANG UND PROSODIE

Das Wissen über Stimmklang und Prosodie stammt nicht aus gezielten Untersuchungen, sondern von den alltäglichen Erfahrungen Pfleger und Betroffener. Menschen mit Demenz verlieren zwar die Fähigkeit, Sprache zu verstehen. Sie verlernen aber nicht, die Botschaften wahrzunehmen, die im Klang der menschlichen Stimme mitschwingen (Strauss 2002), und sie reagieren sensibel darauf (Santo Pietro & Ostuni 2003): Eine sanfte, warme, empathische, nicht zu laute Sprechweise gefällt ihnen (Grond 1984; Hoffman et al. 1985) und kann sie trösten ((Davis 1989); eine kalte und harsche Stimme kann sie verärgern oder ängstigen (Hoffman et al. 1985; Rose 2003). Der Klang der Babysprache empört viele Betroffene in den anfänglichen Krankheitsstadien (Cunningham & Williams 2007; Hoffman & Platt 1991), kann aber im sehr späten Demenzstadium auch trösten und beruhigen (Hoffman & Platt 1991).

Santo Pietro und Ostuni (2003) zufolge wird die Stimme demenzkranker Menschen ab dem mittleren Stadium leiser und weniger lebendig. An Veränderungen von Sprechgeschwindigkeit, Tonlage und Lautstärke lassen sich ihre Gefühle ablesen (Garratt & Hamilton-Smith 1998; Hoffman & Platt 1991; Rose 2003; Tappen & Williams 1998; Ward et al. 2006b).

#### STUDIEN ZUR KÖRPERHALTUNG

Über die Wahrnehmung von Körperhaltung bei Demenz weiß man bislang so gut wie nichts. Garratt und Hamilton-Smith (1998), die sowohl beruflich wie auch privat mit der Pflege demenzkranker Menschen befasst sind, haben allerdings festgestellt, dass diese durch angespannte Körperhaltung angesteckt und nervös gemacht werden.

Hinsichtlich der Bedeutung von Haltung und Muskelspannung bei Demenz besteht Einigkeit darin, dass diese Rückschlüsse auf die

Gefühle (Bowlby Sifton 2004; Garratt & Hamilton-Smith 1998; Hoffman & Platt 1991; Tappen 1991; Tappen & Williams 1998) und kommunikativen Absichten der Betroffenen zulassen (Hubbard et al. 2002; Kontos 2004).

#### NÄHE UND DISTANZ

Trotz der Wichtigkeit der Proxemik<sup>1</sup> für das menschliche Miteinander liegen keine qualitativen Studien zu diesem Thema vor.

#### FAZIT

Insgesamt ist ein gewisser Widerspruch festzustellen: Einerseits zeigen die Studien, dass die Wahrnehmungsfähigkeit demenzkranker Menschen für körpersprachliche Signale erhalten bleibt oder sogar zunimmt. Andererseits werden die nonverbalen Zeichen, die sie selber auszusenden in der Lage sind, immer spärlicher und schwieriger zu interpretieren. Dennoch besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass wir lernen müssen, genau(er) hinzuschauen, um effektiver mit Menschen mit Demenz zu kommunizieren, sie besser zu verstehen und ihr Selbstwertgefühl, und damit ihre Lebensqualität, positiv beeinflussen zu können. Was all diese Untersuchungsergebnisse für unseren alltäglichen Umgang mit demenzkranken Personen bedeuten und welche Empfehlungen für die Praxis daraus ableitbar sind, wird im nächsten Beitrag zusammenfassend dargestellt.

Svenja Sachweh

<sup>1</sup> Die Proxemik ist ein Teilgebiet der Psychologie und Kommunikationswissenschaft. Sie befasst sich damit, welche Signale Individuen durch die Einhaltung bestimmter räumlicher Abstände austauschen und erfasst somit das Raumverhalten als einen Teil non-verbaler Kommunikation.



# NON-VERBALE KOMMUNIKATION:

## III. Empfehlungen für die Praxis

### WAS BEDEUTEN DIE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE FÜR UNSEREN ALLTÄGLICHEN UMGANG MIT DEMENZKRANKEN PERSONEN?

Alles Verhalten ist Kommunikation (Bartol 1979). Nonverbales Verhalten ist zudem Ausdruck des Personseins (Kontos 2005). Wenn wir die Körpersprache reflektiert und gezielt einsetzen, können wir nicht nur effektiver mit demenzkranken Menschen kommunizieren, sie besser verstehen und ihr Selbstwertgefühl, und damit ihre Lebensqualität, positiv beeinflussen, sondern letztlich auch dazu beitragen, ihre Identität und ihr Personsein zu bewahren (Hubbard et al. 2002). Da dies aber leichter gesagt als getan ist, empfiehlt es sich, die eigene Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit möglichst frühzeitig und wiederholt im Hinblick auf den Umgang mit demenzkranken Menschen hin zu schulen (Bär et al. 2003; Kobayashi et al. 1993; Kontos 2005; Magai et al. 1997; Schiaratura 2008; Thompson 2002) – und vor allen kommunikativen Bemühungen zunächst ein Vertrauensverhältnis zwischen sich und den Betroffenen herzustellen, denn ohne das kann nonverbale Kommunikation kaum gelingen (Bartol 1979).

Zum einen müssen wir lernen, genau(er) hinzuschauen: Welche körpersprachlichen Signale könnten bei welchem Menschen welche Bedeutung haben? Um Fehleinschätzungen und falsche Ursachenzuschreibungen zu vermeiden, benötigen wir die Fähigkeit, unterschiedliche negative Befindlichkeiten wie Überforderung, Wut und Traurigkeit besser voneinander zu unterscheiden (Bär et al. 2003; Hoffman et al. 1985). Motorische Anzeichen von Agitation sollten uns dazu bringen, nach Ursachen und Interventionsmöglichkeiten zu schauen (Bartol 1979). Durch genaues Beobachten können wir auch herausfinden, ob und welche

individuell bedeutsame Musik agitierte Betroffene beruhigt (Ragneskog et al. 2001). Wer sich überdies die Zeit nimmt, die Gründe für bestimmte, uns problematisch erscheinende Verhaltensweisen herauszufinden, um auf die dahinter liegenden Bedürfnisse eingehen zu können, spart auf lange Sicht tatsächlich viel Zeit – und macht damit so manche sedierende Pille überflüssig (Kontos & Naglie 2007). Zudem brauchen wir eine gewisse Frustrationstoleranz, oder das sprichwörtliche dicke Fell: Auch nach intensiven Schulungen wird einem nicht jeder Versuch gelingen, die Körpersprache von Menschen mit Demenz richtig zu deuten. Das ist aber halb so schlimm, denn die Erfahrungen und Beobachtungen der Praktiker zeigen, dass bereits der Versuch zu verstehen von den Betroffenen sehr wohl wahrgenommen wird und sich positiv auf alle Beteiligten auswirkt (Hoffman & Platt 1991). Zum anderen sollten wir in diesen Schulungen lernen, Körpersprache gezielt und demenzgerecht einzusetzen (Hoffman et al. 1985). Das bedeutet u.a., dass wir für Kommunikation und Kontaktaufnahme mit Menschen im fortgeschrittenen (!) Erkrankungsstadium intensive und deutliche Signale nutzen sollten (Wagener et al. 1999). Überdies sollten alle verbalen und nonverbalen Signale übereinstimmen und sich nicht widersprechen (Bartol 1979; Bucks & Radford 2004). Ferner gilt: Je mehr Kommunikationskanäle (z.B. Sprache, Blick, Mimik, Berührung, Körperhaltung) wir gleichzeitig gebrauchen, desto besser können wir uns ihnen verständlich machen, und desto eher versetzen wir sie in die Lage, auf ihre Umwelt reagieren und mit anderen kommunizieren zu können (Allender & Kaszniak 1989; Kramer & Gibson 1991; Lavenu et al. 1999; Moses 1985; Ogrocki et al. 2000; Wagener et al. 1998). Setzen wir die Körpersprache bewusst und ständig als zusätzliches Kommunikationsmittel

ein, kann das demenzkranke Menschen dazu animieren, auch auf diese Weise mit uns in Kontakt zu treten (Bartol 1979; Hubbard et al. 2002). Unnötigen Missverständnissen können wir ferner vorbeugen, indem wir langsamer werden (Bartol 1979; Bowlby Sifton 2004; Tappen 1991; Thompson 2002) und unseren Bewegungsrhythmus und unsere Geschwindigkeit an sie anpassen (Killick & Allan 2006; Wagener et al. 1998 + 1999). Auch sollten wir uns darauf einstellen, dass ihre Reaktionen auf unsere Kontaktbemühungen oft sehr langsam und zeitverzögert erfolgen (Bartol 1979; Hoffman et al. 1985).

Schließlich sollten wir uns unbedingt auch einen Spiegel vorhalten und uns unserer eigenen nonverbalen Signale und Verhaltensweisen bewusst werden (Hoffman et al. 1985; Hoffman & Platt 1991; Langland & Panicucci 1982). Jeder, der mit demenzkranken Menschen umgeht, muss sich ständig klar darüber sein, dass unsere Verhaltensweisen und Verfassungen sich im Guten wie im Schlechten auf sie übertragen (Bartol 1979; Hoffman et al. 1985; Hoffman & Platt 1991): Hektik, schnelle Bewegungen und Stress stecken sie an (Bartol 1979), und ein konzentriertes Gesicht (das bei den meisten von uns nach sieben Tage Regenwetter aussieht) kann sie verängstigen und verunsichern. Entsprechend ist das wichtigste Gebot, selber ruhig und gelassen zu bleiben (Bartol 1979). Musik und Tanz tun Menschen mit Demenz gut (Nyström & Lauritzen 2005) – aber nur, wenn wir sie nicht dauerhaft damit beschallen. Weil wir damit freundliche positive Signale senden und weil darauf nahezu ausnahmslos automatisch positive Reaktionen erfolgen, empfiehlt es sich auch, die Betroffenen anzulächeln, ihnen die Hand zu geben oder ihnen auch nur im Vorbeigehen zuzuwinken (Bartol 1979; Preston 1973).

Angehörige und Pflegende sollten überdies unbedingt alle Techniken/Wege aufschreiben (und miteinander austauschen!), die sich im Umgang mit einzelnen Personen und bestimmten Situationen bewährt haben (Bartol 1979).

WELCHE EVIDENZBASIERTEN EMPFEHLUNGEN LASSEN SICH NUN IM DETAIL AUS DEN VORHANDENEN STUDIEN ABLEITEN?

#### MIMIK

Empfehlenswert ist, im Kontakt mit demenzkranken Menschen ein freundliches Gesicht zu machen und ihnen ein echtes Lächeln (!) zu schenken (Bartol 1979; Hoffman & Platt 1991; Preston 1973; Thompson 2002; Wagener et al. 1999). Ein aufgesetztes Lächeln („Cheese-Zähnefletschen“) kann sie hingegen irritieren und verunsichern. Damit unsere Absichten gut zu erkennen sind, sollte unsere Mimik situationsadäquat deutlich, möglicherweise sogar bewusst etwas übertrieben ausfallen (Bartol 1979; Bucks & Radford 2004; Spoletini et al. 2008). Aber auch, wenn viele Menschen mit Demenz emotionale Gesichtsausdrücke noch gut erkennen: Verlassen Sie sich nicht darauf, dass Ihre Mimik ausreicht, um fehlerfrei Botschaften wie Zustimmung oder Kritik auszusenden; kommunizieren Sie Ihre Absichten zeitgleich auch verbal (Brosigole et al. 1983a).

#### BLICKKONTAKT

Bieten Sie immer wieder freundlichen Blickkontakt an (Bartol 1979; Preston 1973; Wagener et al. 1999), denn das zeigt Interesse und Sympathie (Hoffman & Platt 1991). Fixieren Sie Menschen mit Demenz aber nicht zu lang, weil sie das unter Umständen als Aggression oder Feindseligkeit fehldeuten (Hoffman & Platt 1991). Schauen Sie sie besser kurz und oft an. Lesen Sie am Blickverhalten der Betroffenen ihre Verfassung und ihr Befinden ab (Bartol 1979; Hoffman & Platt 1991). Prinzipiell gilt: Wer Sie anschaut, ist kontaktbereit; wer wegschaut, ist es meist nicht. Er kann abgelenkt oder gelangweilt, verärgert oder ratlos sein – beispielsweise, weil er Sie nicht verstanden hat (Bartol 1979; Tappen 1991).

#### GESTIK UND PANTOMIME

Untermalen und verdeutlichen Sie das, was Sie sagen, durch sprachbegleitende Gestik und Pantomime (Bartol 1979; Hoffman & Platt 1991; Miller 2008; Tappen 1991; Wagener et

al. 1999). Laden Sie durch Zeigegesten (z.B. eine offene Hand) zur Bewegung in eine bestimmte Richtung ein, und fordern Sie durch eine ausgestreckte Hand und ein Herbeiwinken zum Mitmachen bei irgendwelchen Aktivitäten auf (Preston 1973). Nutzen Sie Kontaktgesten, um Beziehungen zu den Betroffenen zu etablieren oder zu festigen (Preston 1973): Winken Sie im Vorbeigehen, wenn Sie wenig Zeit haben, und geben Sie ihnen sonst bei jeder Begegnung zur Begrüßung die Hand.

### BERÜHRUNG

Integrieren Sie Berührungen bewusst in Ihr Kommunikationsrepertoire (Langland & Panicucci 1982; Tappen, 1991). Das bedeutet, nicht nur selber mit Körperkontakt zu arbeiten, sondern sich auch selber berühren zu lassen (Burnside 1973). Selbstverständlich müssen Sie vorab herausfinden, ob und welche Berührungen einzelne Menschen mit Demenz mögen (Gleeson 2004; Thompson 2002). Wenn Sie wissen, dass jemand Körperkontakt schätzt, sollten Sie die betreffende Person trotzdem vor jeder Berührung ansprechen und so auf sich aufmerksam machen, damit sie nicht erschrickt oder sich bedroht fühlt (Miller 2008). Vermeiden Sie es aus diesem Grund unbedingt auch, schlafende oder dösende Menschen im Gesicht anzufassen! Sanfte Berührungen sind den meisten angenehm (Hoffman & Platt 1991).

Berührungen sind sinnvoll, um Kommunikation einzuleiten: Sie bewirken im besten Fall, dass die Betroffenen aufmerksam werden und sich auf das Zuhören und Kommunizieren einstellen (Bartol 1979; Preston 1973). Mit Körperkontakt können Sie auch effektive Beziehungsarbeit leisten (Langland & Panicucci 1982; Routasalo & Isola 1996) und das Persönsein der Erkrankten stärken (Gleeson 2004). Nutzen Sie deshalb Berührungen, um sie zu trösten, zu ermutigen, zu loben, oder ihnen Einfühlung und Empathie zu zeigen (Preston 1973).

Probieren Sie unbedingt aus, ob der rechtzeitige und regelmäßige Einsatz von Berührungen (Kim & Buschmann 1999), Massagetechniken (Rowe & Alfred 1999; Snyder

et al.1995) oder Therapeutic Touch (Woods 2005; Woods & Dimond 2002) dazu beiträgt, den Betroffenen Sicherheit und Ruhe zu vermitteln, so dass sie weniger oft rufen, weniger umherlaufen und es trotz der krankheitsbedingten Agitation seltener zu Katastrophenreaktionen kommt. Doch Achtung: Der Einsatz dieser Methoden ist nur im Vorfeld, d.h. vor dem Auftauchen schwieriger Situationen angezeigt. Wenn sich Menschen mit Demenz erst einmal agitiert zeigen und sich „herausfordern“ verhalten, sollten wir besser Abstand halten und Berührungen erst einmal vermeiden (Rowe & Alfred1999).

### STIMME UND PROSODIE

Verdeutlichen Sie Ihre Gefühle und Absichten durch den Klang Ihrer Stimme (Allen & Brosigole 1993; Tappen 1991). Auch hier kann etwas Übertreiben helfen, dass auch Menschen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium Sie verstehen (Bartol 1979; Bucks & Radford 2004). Empfehlenswert ist es, etwas langsamer zu sprechen (Bartol 1979; Hoffman & Platt 1991), nicht zu schreien (Bartol 1979; Hoffman & Platt 1991) und eher mit tiefer Stimme zu reden (Bartol 1979; Hoffman & Platt 1991), weil das für altersschwerhörige Menschen am besten zu verstehen ist und obendrein beruhigend wirkt (Hoffman & Platt 1991; Tappen 1991; Thompson 2002). Ideal ist es, wenn unsere Stimme nicht nur ruhig und tröstend klingt, sondern auch so, als hätten wir alles im Griff (Bartol 1979). Achtung: Wenn Sie gestresst sind, hört man das Ihrer Stimme in der Regel an. Aufgrund des Ansteckungseffekts sollten Sie in diesem Fall erst einmal wieder „runterkommen“ und sich abregen, bevor Sie einen erneuten Kontaktversuch starten, oder andernfalls eine Kollegin um Hilfe bitten (Bartol 1979).

Zu bedenken ist ferner, dass Schweigen im Umgang mit demenzkranken Menschen ein wertvolles und zu Unrecht unterschätztes Kommunikationsmittel ist (Killick & Allan 2006): Oft ist es (gerade gegen Abend) besser, einfach mal nichts zu sagen und über Blicke und Berührungen zu kommunizieren, statt die Betroffenen in gut gemeinter Absicht zuzutexten.

Machen Sie sich bewusst, dass der Klang der Babysprache nur einigen, wenigen Menschen im sehr fortgeschrittenen Krankheitsstadium gut tut, von vielen anderen aber als herablassend, und damit als Ärgernis wahrgenommen wird (Hoffman & Platt 1991).

Wenn wir schließlich den Klang der Stimme von Menschen mit Demenz spiegeln, verdeutlichen wir ihnen unser Bemühen, uns in sie einzufühlen (Thompson 2002).

#### HALTUNG

Versuchen Sie, im Kontakt mit demenzkranken Menschen eine offene, zugängliche Körperhaltung einzunehmen (Hoffman & Platt 1991). Wenden Sie Kopf und Körper klar Ihrem Gegenüber zu, um ihm Aufmerksamkeit und Kontaktbereitschaft zu signalisieren (Wagener et al. 1999). Lehnen Sie sich im Gespräch mit den Betroffenen vor und nicken Sie, um zu zeigen, dass Sie interessiert zuhören (Hoffman & Platt 1991).

#### NÄHE UND DISTANZ

Ob Menschen mit Demenz uns überhaupt bemerken, bzw. wie unsere Annäherung auf sie wirkt, hängt erheblich davon ab, wie und von wo wir an sie herantreten. Günstig ist es, sich von vorne, also in ihrem Gesichtsfeld, auf sie zuzubewegen (Bartol 1979; Hoffman & Platt 1991; Miller 2008). Gespräche sollten Sie, wenn möglich, immer auf Augenhöhe mit ihnen führen (Hoffman & Platt 1991; Miller 2008). Alltagsbeobachtungen zeigen darüber hinaus, dass es auch oft gut ankommt, wenn wir uns vorübergehend kleiner machen als die Betroffenen, etwa, indem wir uns vor ihren (Roll-) Stühlen hinknien.

In Pflegesituationen muss jedes Eindringen in den persönlichen Nahraum unbedingt angekündigt und erklärt werden (Hoffman & Platt 1991).

Vermeiden Sie es, unruhig Umherlaufende festzuhalten, oder sich ihnen in den Weg zu stellen. Besser ist, ein Stück mit ihnen zu gehen und dabei Kontakt zu ihnen aufzunehmen (Bartol 1979).

Svenja Sachweh

# TECHNISCHE HILFEN

## zur Verständigung mit Menschen mit Demenz

Seit etwa 10 bis 15 Jahren ist man dabei, informations- und kommunikationstechnische Lösungen zur Unterstützung der Betreuung von Menschen mit Demenz voranzutreiben. Für die Entwicklung sinnvoller und tatsächlich funktionierender Angebote stellt dies eine relativ kurze Zeitspanne dar. Dies bedeutet u.a. auch, dass die Erfahrungen sowie die wissenschaftliche Datenlage zum Einsatz dieser Hilfsmittel noch recht spärlich sind und endgültige „harte“ Bewertungen noch nicht zulassen.

Eine nicht unerhebliche Rolle spielen hier technische Unterstützungssysteme, welche Verständigung, Kontakt und Selbständigkeit der zu diesem Personenkreis Zählenden unterstützen sollen. Diese reichen von EDV-gestützten Computerprogrammen bis zu sogenannten «low-tech» Hilfsmitteln, die insbesondere über Grafiken oder Bilder arbeiten. Alle Produkte verfolgen auf ihre Weise das Ziel, über die Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten das Selbstwertgefühl von Menschen mit Demenz zu stärken und so ihre Lebensqualität zu erhöhen. Das Spektrum reicht von Computerprogrammen, die für die Erinnerungsarbeit eingesetzt werden oder die Selbständigkeit vor allem derjenigen fördern sollen, die im häuslichen Bereich leben, bis hin zu Bild- bzw. Symbolsystemen, die als Kommunikationshilfe eingesetzt werden. Daneben gibt es auch Computerprogramme, die gezielt als Kommunikationstraining für Pflegende eingesetzt werden. Der folgende Beitrag bietet einen Überblick über in Fachzeitschriften publizierte Angebote und kann bei der Dynamik, die sich derzeit in der Entwicklung technischer Unterstützungssysteme für Menschen mit Demenz abzeichnet, keineswegs als vollständig angesehen werden.

### CIRCA - COMPUTER INTERACTIVE REMINISCENCE AND COMMUNICATION AID

CIRCA verfolgt das Ziel, die Kommunikation und Interaktion zwischen dem Menschen mit Demenz und dem Angehörigen bzw. der professionellen Pflegeperson auf der Basis von Erinnerungsarbeit (Reminiszenz) zu fördern, indem Erinnerungen des Langzeitgedächtnisses aktiviert werden. Bei CIRCA kann der Anwender sich für verschiedene Themenschwerpunkte wie beispielsweise Freizeit/Erholung, Unterhaltung oder Sport entscheiden. Dies geschieht per Auswahl über einen Touchscreen. Zu jedem Schwerpunkt gibt es nach Medien unterschiedene Angebote in Form von Videoclips, Liedern, Musik und Fotografien, die ebenfalls per Touchscreen ausgewählt werden. Der Nutzer bzw. die Nutzerin wird in ihrer Interaktion mit dem Programm von einer ausschließlich assistierenden Pflegeperson unterstützt. Durch das Abspielen beispielsweise eines Musikstücks sollen Erinnerungen angeregt bzw. geweckt werden und hierüber ein Austausch entstehen. Geschwindigkeit, Auswahl und Beendigung des Spiels sind der Person mit Demenz überlassen. Sowohl Bildschirmoberfläche als auch Bedienung des Programms wurden den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz angepasst. Die Bedienung ist durch den Einsatz eines Touchscreens vergleichsweise einfach. Die Bildschirmoberfläche ist mit wenigen und großen Bedienungsflächen übersichtlich gestaltet. Die Farben auf dem Bildschirm sind intensiv und kontrastreich, um mögliche Sehschwächen auszugleichen. Anwendungsfehler durch die Benutzer sollen nicht entstehen können. Jede Auswahl führt im Programm weiter. Die Lust und Motivation mit dem Programm zu spielen, sollen so erhalten bleiben (Astell 2009; Alm et al. 2007). Gowans et al.

(2004) zeigen auf, dass Menschen mit einer leichten Demenz mit diesem Programm die strukturiertesten Erinnerungen hervorbringen, wengleich auch Menschen mit schwererer Demenz dieses System nutzen können. In anderen Studien wird darauf hingewiesen, dass CIRCA die Pflegekräfte leichter mit den Menschen mit Demenz in Kontakt bringt als es auf konventionelle Art der Fall wäre. Auch lernen die Pflegekräfte auf diese Weise ihre Klienten besser kennen und werden sicherer im Kontakt mit ihnen ((Astell 2009; Alm et al. 2007). Tamura et al. (2007) können diesen Vorteil in ihrer Studie nicht aufzeigen. Sie geben zu bedenken, dass Voraussetzung für den Einsatz eines Computers ist, dass man diesen auch bedienen kann.

#### LIM - LIVING IN THE MOMENT

LIM ist als klassisches Computerspiel konzipiert, an dem ein Einzelner oder mehrere Personen mit Demenz teilnehmen können. Ziel ist es, die Autonomie und die Kontrolle der Menschen zu stärken. In 3-D Format sind unterschiedliche virtuelle Umgebungen wie beispielsweise ein botanischer Garten oder eine Gaststätte entwickelt worden. Die Menschen mit Demenz wählen mittels eines Touchscreens eine Umgebung aus. Anhand der Bilder sollen sie angeregt werden, diese zu kommentieren und miteinander ins Gespräch zu kommen. Ebenso ist es möglich, Gegenstände selbst zu zeichnen. Ähnlich wie bei CIRCA ist die Konzipierung von Bildschirmoberfläche und Anwendung an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst (Astell 2009). Astell et al. (2009) berichten über positive Rückmeldungen von Menschen mit Demenz über diese Art der Freizeitbeschäftigung.

#### PROSTHETIC MEMORY AID

Bei den Memory Aids handelt es sich um schriftliche Erinnerungshilfen, die mit Hilfe von Angehörigen oder professionellen Pflegepersonen entwickelt werden. Ziel dieser Hilfen ist es, die Kommunikationsfähigkeit im Sinne ei-

ner Reduzierung unverständlicher und verworrener Aussagen sowie einer Förderung an der Realität orientierter Sätze zu verbessern. Dazu werden mit dem Angehörigen / der professionellen Pflegeperson sogenannte Stimuli erarbeitet. Stimuli sind Themen, die dieser Person erfahrungsgemäß Schwierigkeiten bereiten, beispielsweise das Erinnern von Namen oder Tagesabläufen. In Bezug auf diese werden etwa zehn bedeutende Fakten ausgewählt und in kurze und einfache Sätze zusammengefasst. Darüber hinaus können auch Fotografien ausgewählt werden. Jedes Bild und jeder Satz wird auf ein Blatt Papier geschrieben und laminiert. Am Ende steht für jeden Stimulus ein etwa zwölfseitiges Erinnerungsbuch (Bourgeois 1990; Bourgeois 1993; Bourgeois et al. 2001). Während der Arbeit mit den Betroffenen können auch neue Stimuli wichtig und dann ebenfalls zu einem Buch zusammengefasst werden.

#### BEISPIELE FÜR STIMULI UND THEMEN VON ERINNERUNGSHILFEN

(aus Bourgeois 1990; Übersetzung: Ch. Boes)

##### Thema 1: Mein Tag

Anregung: „Erzähl mir etwas über deinen Tag!“

1. Ich stehe auf und ziehe mich an etwa um 9 Uhr.
2. Danach frühstücke ich.
3. Nach dem Frühstück wasche und trockne ich mein Geschirr.

##### Thema 2: Mein Leben

Anregung: „Erzähl mir etwas über dein Leben!“

1. Ich bin am 30. April 1924 geboren.
2. Meine Eltern waren Mark und Fanny Baker.
3. Meine Brüder heißen Jeff, Walt, Jack und Edwin.

##### Thema 3: Über mich selbst

Anregung: „Erzähl mir etwas über dich!“

1. Mein Name ist Sarah Michaels.
2. Mein Ehemann heißt Sam Michaels.
3. Ich wohne in Scardale, Pennsylvania

Voraussetzung für die Anwendung dieser Hilfen ist eine Schulung. Die Memory Aids werden in einer etwa fünfminütigen – möglichst natürlichen - Gesprächssituation eingesetzt. Dabei leiten die professionellen Pflegepersonen/Angehörigen das Gespräch mit einer kurzen Einführung und der anregenden Frage ein. Die Betroffenen sollen die erarbeiteten Sätze lesen und, wenn möglich, noch ergänzen und weitererzählen. Bei Fehlern wird der Satz wiederholt. Die vorliegenden Studien (Bourgeois 1990; Bourgeois 1993; Bourgeois et al. 2001) arbeiteten mit Menschen mit einer mittelschweren Alzheimer-Demenz sowie ihren Angehörigen bzw. professionellen Pflegepersonen einer Tages- und stationären Pflegeeinrichtung. In allen Studien zeigen die Ergebnisse, dass die Betroffenen mehr verständliche Aussagen formulieren und die Zahl von unverständlichen, nicht in den Kontext passenden Aussagen sich reduzieren – teilweise auch über die Erinnerungssitzungen hinaus. Von den pflegenden Angehörigen wird diese Verbesserung allerdings nicht wahrgenommen. Bourgeois (1990) führt dies u.a. darauf zurück, dass die pflegenden Angehörigen den Betroffenen sehr nahe stehen und geringe Veränderungen kaum erkennen. In einer weiteren Studie berichten Bourgeois et al. (2001), dass professionelle Pflegekräfte damit begannen, Erinnerungshilfen teilweise bei herausfordernden Verhaltensweisen etwa im Zuge der Körperpflege einzusetzen. Wie sich zeigte, konnten Widerstand und Abwehr auf diese Weise reduziert werden. Zudem berichteten die Pflegenden, dass sie durch die Erarbeitung der Erinnerungshilfen die Personen mit Demenz besser kennengelernt hätten und ihre Unsicherheit im Umgang mit ihnen sich reduzierte (Bourgeois 1993; Bourgeois et al. 2001).

#### TALKING MATS©

Talking Mats (zu Deutsch etwa: «sprechende Sets») ist ein visuelles System zur Unterstützung von Kommunikation, das mit bildhaften Symbolen arbeitet. Ziel des Einsatzes ist es, Menschen mit Sprachschwierigkeiten beim

Kommunizieren zu unterstützen. Bereits in der ersten Ausgabe von DeSS orientiert zu „Hearing the Voice“ wurde auf diese Kommunikationshilfe hingewiesen. Mittlerweile wurde das System im Hinblick auf seinen Einsatz bei Menschen mit Demenz weiterentwickelt und evaluiert (Murphy et al. 2007, Communication and Dementia Download bei der Rowntree Foundation). Ursprünglich hatte man die Talking Mats 1998 in einem Forschungsprojekt an der Universität von Stirling als Kommunikationshilfe für Menschen mit einer Aphasie entwickelt (Murphy 2000, zitiert nach Cox et al. 2008). Mittlerweile wurden eine Reihe von Folgeprojekten durchgeführt, so dass der Einsatzbereich deutlich erweitert werden konnte (z.B. bei Kindern mit Lernbehinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund etc.). Neuere Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass der Einsatz dieser Kommunikationshilfe auch bei Menschen mit Demenz bis in späte Krankheitsstadien hilfreich sein kann (Murphy et al. 2007, Cox et al. 2008).

Bei den Talking Mats handelt es sich um ein sehr einfaches System, das aus einer «Matte» (d.h. einer Unterlage oder einem Set) mit einer Textiloberfläche besteht, auf die im Gesprächsverlauf die Bildsymbole gelegt werden können. Diese können drei Bereichen zugeordnet werden

- Themen über die gesprochen werden soll (z.B. Essen, Wohnen, Aktivitäten etc.)
- bestehende Wahlmöglichkeiten zum jeweiligen Thema
- eine visuelle Skala, die den Gesprächsteilnehmern hilft, ihre Meinung zur vorgelegten Wahlmöglichkeit zu äußern.

Im Rahmen der Studie zur Nützlichkeit von Talking Mats bei Menschen mit Demenz wurden vier Gesprächsthemen zugrunde gelegt, die in Bezug auf Wohlbefinden für wichtig erachtet wurden: Aktivitäten, Bezugspersonen, Umgebung und Selbst. Die Auswahl dieser vier Themen beruhte auf früheren Forschungserfahrungen (Murphy et al. 2005 zitiert nach Cox 2008) sowie auf den Empfehlungen eines Projektbeirates, an dem auch Menschen mit Demenz beteiligt waren.

Die vier Themenfelder wurden mit Menschen mit Demenz unter drei unterschiedlichen Bedingungen besprochen: (1) als offenes Gespräch; (2) als strukturiertes Interview und (3) mit Unterstützung von Talking Mats. An der Studie waren 31 Personen mit unterschiedlichen Schweregraden einer Demenz beteiligt. Im offenen Gespräch wurden die Teilnehmer aufgefordert, über ihre Aktivitäten, die Menschen in ihrem Leben, ihre Umgebung und sich selbst zu erzählen. In der strukturierten Gesprächsform wurden den Interviewten im Gespräch verschiedene Optionen zu den besprochenen Themen angeboten, etwa Spazieren gehen oder Plaudern als Optionen für Aktivitäten. Auf eine ähnliche Weise wurden auch die Gespräche mit den Talking Mats aufgebaut mit dem Unterschied, dass die Themen und Antwortmöglichkeiten in bildhafter Form vorgelegt wurden. Die Bilder wurden dann auf die Sets gelegt und gemäß den Vorlieben der Befragten bewertet. Am Ende des Gespräches konnte so auf den gesamten Gesprächsverlauf noch einmal Rückschau gehalten werden.

Jedes vollständige Set wurde fotografiert. Alle drei Gesprächsvarianten wurden auf Video aufgezeichnet und anhand spezifischer Indikatoren wie z.B. Verständnis des Teilnehmers, Verständnis des Interviewers, bei der Sache bleiben, Intensität der Beteiligung bewertet.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind wie folgt zusammengefasst (Cox et al 2008):

- Menschen mit einer leichten bis mittleren Demenz können Talking Mats effektiv nutzen
- Auch einige der Betroffenen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien waren in der Lage die Talking Mats zu benutzen
- Talking Mats machen es Menschen mit mittlerer und fortgeschrittener Demenz leichter; ihre Meinung zu äußern als in einem herkömmlichen Gespräch
- Für Personen in einem frühen Stadium erleichtert die Nutzung der Talking Mats es, bei der Sache zu bleiben und es zeigte sich, dass die Gespräche auf für Dritte leichter verständlich sind.

- Menschen in dieser frühen Phase können in der Regel noch sehr gut kommunizieren, doch kann die Nutzung der Talking Mats dabei helfen, zwischen den Vor- und Nachteilen einer bestimmten Handlungsweise besser abzuwägen
- Gespräche mit Talking Mats dauern in der Regel länger als herkömmliche
- Talking Mats können an sich als sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeit genutzt werden.
- Die deutlichsten Unterschiede zwischen der Nutzung von Talking Mats und herkömmlichen Gesprächen können bei Menschen in mittleren bis späten Krankheitsphasen ausgemacht werden.

Talking Mats sind ein sehr einfach anzuwendendes Hilfsmittel, das in jedem Setting von unterschiedlichen Personen (professionell Pflegende, Angehörige etc.) eingesetzt werden kann. Die Studienergebnisse zeigen, dass die Talking Mats ein effektives Hilfsmittel für Gespräche mit Menschen mit Demenz sind und diesen dabei helfen können, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Ein weiterer Vorteil der Methode ist, dass Kopien oder Fotos der vollständigen Sets in die Pflegedokumentation aufgenommen werden können, um so die Ansichten der Person mit einer Demenz festzuhalten.

Die speziell für Menschen mit Demenz entwickelte Version der Talking Mats kann einschließlich einer DVD und einem Anleitungsbuch über das Internet bestellt werden. ([www.talkingmats.com](http://www.talkingmats.com)).

#### COACH - COGNITIVE ORTHOSIS FOR ASSISTING ACTIVITIES IN THE HOME

Der COACH ist ein Computersystem, das Menschen mit einer mittelschweren und schweren Demenz bei der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen soll. Ziel ist, die Menschen in die Lage zu versetzen, diese Aktivitäten mit möglichst wenig Fremdhilfe durchzuführen. Erprobt wurde der COACH beim Händewaschen. Das System besteht aus einer Videokamera, die an einen Computer mit einer entsprechenden Software



angeschlossen ist. Die Videokamera filmt den Betroffenen und das Softwareprogramm setzt diese „Filmszenen“ um. Wird ein Schritt übersprungen oder inkomplett durchgeführt, werden anhand kurzer Sätze Anweisungen gegeben. Diese sollen befähigen, das Händewaschen fortzusetzen. Kommt ein Betroffener trotz dieser Hilfestellung nicht zurecht, wird durch einen akustischen und optischen Alarm eine Pflegekraft zu Hilfe gerufen ((Mihailidis et al. 2004). Mihailidis et al. (2004) zeigen in ihrer Studie auf, dass die Betroffenen insgesamt durch dieses Computersystem mehr Einzelschritte im Rahmen des Händewaschens ohne die Hilfe von Pflegekräften durchführen können. Sie beschreiben, dass die Weiterentwicklung des Systems neben den sprachlichen Anweisungen auch nonverbale insbesondere grafische Hilfestellungen beinhalten soll, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

#### VERBAL INSTRUCTION TECHNOLOGY

Ebenfalls mit dem Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens überprüfen Lancioni et al. (2009) in ihrer Studie die Wirkung von einfachen verbalen Anweisungen zur selbstständigen Durchführung der Morgentoilette, des Anziehens, des Tischdeckens sowie des Kaffeekochens. Das System besteht aus einer batteriebetriebenen Fotozelle, die Bewegungen über Lichtschranken und deren Überschreitung registriert und an ein Softwareprogramm weiterleitet. Dieses ist mit einem Walkman verbunden, der dem Betroffenen in einfachen Sätzen Durchführungsanweisungen gibt. Lancioni et al. (2009) berichten, dass Menschen mit einer leichten oder mit

#### LISTE VON SÄTZEN ZUR DURCHFÜHRUNG DER MÖRGENTOILETTE (Auswahl)

(aus Lancioni et al. 2009; Übersetzung Ch. Boes)

1. Setz dich auf die Toilette
2. Nimm die Seife
3. Benutze das Bidet.
4. Nimm das Handtuch.
5. Trockne dich ab.

telschweren Alzheimerdemenz von dieser Art der Assistenz profitieren und sich ihre Selbstständigkeit erhöht. (siehe Tabelle)

#### ECA - EMBODIED CONVERSATIONAL AGENTS ALS TRAININGSPROGRAMM FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE

Das Ziel dieser Computerprogramme ist es, die Sicherheit und Kompetenz von Pflegekräften in Bezug auf die Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz zu verbessern. Diese Art der Programme werden auch in anderen Bereichen wie beispielsweise bei der Polizeiarbeit angewendet. ECAs sind animierte Computercharaktere, die auf den unterschiedlichen Ebenen der Kommunikation reagieren können also mit Gestik, Mimik und Sprache. Sie können so programmiert werden, dass sie direkt auf einen Anwender und deren Kommunikation reagieren. Ebenso ist es möglich, dass simulierte – vorher programmierte Ereignisse – analysiert werden können. In Bezug auf das Training von Pflegekräften können sie typische Kommunikationssituationen nachstellen. Pflegekräfte können hier beispielsweise lernen, Betroffene in die Lage zu versetzen, ihre Fähigkeiten und Erinnerungen zu nutzen. Oder es kann erfahren werden, wie die Körpersprache die gesprochene Sprache beeinflusst. Dies kann genutzt werden, um gezielt deeskalierend zu wirken oder zu lernen, nicht fordernd, sondern fördernd zu kommunizieren. Auch diese Systeme befinden sich noch in der Entwicklung (Green 2008). Studien zur Effektivität dieser Systeme liegen nicht vor.

#### ZUSAMMENFASSUNG

##### PROBLEME BEI DER ENTWICKLUNG VON GEEIGNETER SOFT- UND HARDWARE

An Soft- und Hardware werden hohe Anforderungen gestellt, wenn Computersysteme von Menschen mit Demenz sinnvoll genutzt werden sollen. Dies bezieht sich einerseits auf Veränderungen der Sinneswahrnehmungen, die im Alter und speziell bei einer Demenz auftreten. Bei der Entwicklung von Hard- und

Softwareprogrammen muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass im Alter die Tiefenwahrnehmung, das Kontrastsehen oder auch das Hören nachlässt. Gleichzeitig heißt Bedienerfreundlichkeit in diesem Zusammenhang eine möglichst einfache Oberfläche und übersichtliche Anordnung von Bedienungselementen. Sind die Anforderungen an dieser Stelle zu hoch, verlieren die Menschen mit Demenz unter Umständen die Motivation an dem Spiel. Diese hohen Anforderungen haben immer wieder zu Problemen bei der Entwicklung von geeigneter Hard- und Software geführt (Inglis et al. 2004). Hierbei gilt es stets zu bedenken, dass die derzeit von einer Demenz betroffenen Generationen den Umgang mit solchen Medien kaum bis gar nicht gewohnt sind (Tamura et al. 2007). Hier besteht nach wie vor Entwicklungs- und Verbesserungsbedarf, wenngleich von der Erzielung von Fortschritten berichtet wird.

#### STUDIEN MIT GERINGEN FALLZAHLEN UND KONKRETISIERUNG DES NUTZENS

Die hier aufgeführten Studien zeigen zum großen Teil eine positive Wirkung der Computerprogramme auf die Menschen mit Demenz und auf Pflegekräfte – letzteres gilt vor allem für die Erinnerungsarbeit. Diese Tendenz ist positiv zu bewerten. Gleichzeitig muss man bedenken, dass in diesen Studien zum Teil mit sehr geringen Fallzahlen von 3 bis 6 Teilnehmern gearbeitet wurde. Dies unterstreicht, dass die erzielten Ergebnisse noch in Studien mit größeren Fallzahlen untermauert bzw. deren genauer Nutzen noch aufzuzeigen ist. Ebenso dürfte es erforderlich sein, den Nutzen solcher Angebote zumindest nach unterschiedlichem Schweregrad einer Demenz zu spezifizieren, um hier mehr auf die Bedürfnisse der einzelnen Person eingehen zu können und Über- und Unterforderung zu vermeiden. Wichtig ist außerdem, die Effekte solcher Programme auf das Pflegepersonal weiter im Blick zu behalten. Sofern es sich bestätigt, dass dadurch mehr Sicherheit und Kontakt zu Menschen mit Demenz erzielt wird, wäre ein beachtlicher Schritt im Hinblick auf die Verbesserung von Lebensqualität vollzogen. Bei

Programmen zur Förderung der Selbstständigkeit ist beispielsweise noch unklar, inwieweit sich etwa Alarmfunktionen auf Menschen mit Demenz auswirken und damit u. U. Unsicherheit erhöhen oder ob nonverbale Instruktionen verbale ergänzen können oder gar hilfreicher sind als diese (Mihailidis et al. 2004).

#### FAZIT

Der Umstand, dass Technik auch in der Arbeit mit Menschen mit Demenz Einzug hält, um den Bedürfnissen und der Teilhabe dieser Klientel Rechnung zu tragen, ist schon fast eine notwendige Konsequenz der gesellschaftlichen Entwicklung und entspricht dem Zeitgeist. Die auftretenden Probleme bei der Entwicklung entsprechender Systeme und Anwendungen sind nicht verwunderlich, da in diesem Feld immer mit „Kinderkrankheiten“ zu rechnen ist, die in der praktischen Anwendung beobachtet und dann beseitigt werden müssen. Inwieweit die jetzt von Demenz betroffenen Generationen von diesen Entwicklungen profitieren, lässt sich aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht genau feststellen. Für die kommenden Generationen sind diese Bemühungen sicherlich von Bedeutung, da diese Medien Teil unseres täglichen Lebens sind und dieses auch zunehmend mehr prägen.

Charlotte Boes

# KREATIVITÄT, KUNST, KOMMUNIKATION: Neue Wege zum Dialog mit Menschen mit Demenz

## 1. EINLEITUNG

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Von Geburt an hat er das Bedürfnis, mit seiner Umwelt in Interaktion zu treten. Eine charakteristisch menschliche Eigenschaft ist dabei die Fähigkeit, verbal zu kommunizieren (Allan & Killick 2009). Sie wird sogar so hoch geschätzt, dass Kommunikation häufig mit verbaler Kommunikation gleichgesetzt wird (Hill 1999/1999). Doch der verbale Part einer Botschaft beinhaltet nur den geringsten Teil des Informationsgehaltes; wesentlich bedeutender sind die Zwischentöne, das Nonverbale, also Mimik, Gestik, Emotionen (Muthesius & Ganß 2004). Die Fähigkeit, verbal zu kommunizieren nimmt bei Menschen mit Demenz bereits in einem frühen Stadium der Erkrankung ab und geht im weiteren Verlauf oft vollständig verloren. Trotzdem bleibt das Bedürfnis nach einer lebendigen Kommunikation mit der Umwelt unverändert erhalten. Daher sind Menschen mit Demenz in hohem Maße darauf angewiesen, eher ungewohnte, nonverbale Kommunikationskanäle zu nutzen (Ganß 2004), und sie brauchen Personen, die diese Sprache fördern und verstehen. Seit einigen Jahren machen sich Praktiker und Wissenschaftler auf den Weg, um Möglichkeiten eines sinnlich-emotionalen Dialoges auszuloten; und als besonders viel versprechend haben sich dabei kreative Ausdrucksformen (Kunst, Musik, Theater etc.) erwiesen. Ein Startschuss für und Meilenstein in diesem Prozess war das Symposium „Creative Expression and Dementia Care“, zu dem das „Center on Age & Community“ der Universität von Wisconsin Milwaukee im Juni 2006 führende Demenzforscher der USA eingeladen hatte. Sie bildeten einen „Thinktank“ mit dem Ziel, Ideen zu bündeln und Strategien zu entwickeln, um kreative Interventionen für Menschen mit Demenz zu

fördern und deren Verbreitung in der Versorgungslandschaft voranzutreiben (UWM Center on Age & Community 2006).

## 2. FORSCHUNGSSTAND

Die meisten Projekte und Programme, in denen Menschen mit Demenz kreativ und künstlerisch aktiv sind, haben sich aus der Praxis heraus entwickelt. Es gibt einen ungeheuer reichen Schatz an Erfahrungswissen zu kreativtherapeutischen Ansätzen. Auch wenn umfassende wissenschaftliche Studien zum Thema derzeit noch ausstehen, zeichnet sich klar ab, dass kreative Interventionen in hohem Maße dazu beitragen können, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu erhöhen. Dargestellt ist dies in zahllosen Praxisberichten, Einzelfallschilderungen sowie Handlungsleitfäden zum Einsatz kreativer Techniken im (Pflege-)Alltag. Ein großer Teil dieser Literatur stammt aus den USA und Großbritannien; vor allem im Bereich der kunsttherapeutischen Arbeit gibt es auch in Deutschland viele Erfahrungen (z.B. Ganß 2004; Ganß 2007; Muthesius & Ganß 2004). Um das überzeugende, in der Praxis gewachsene Wissen zum Potenzial kreativer Ansätze zu bestätigen, wird jedoch auch die Notwendigkeit zu mehr systematischer und qualitativ hochwertiger Forschung in diesem Feld klar gesehen (UWM Center on Age & Community 2006; Basting 2004). Fakt ist, dass Kostenträger in der Regel „harte Daten“ sehen wollen, bevor sie die Wirksamkeit bestimmter Therapien anerkennen und diese auch finanzieren. Will man kreative Interventionen künftig also stärker ins Bewusstsein potenzieller Geldgeber rücken, ist breiter angelegte Forschung von Bedeutung. Darüber hinaus werden auch Forschungsprojekte gefordert, in denen an Demenz erkrankte Menschen selbst Stellung beziehen (Jonas-Simp-

son & Mitchell 2005). Der vorliegende Artikel wirft Schlaglichter auf die breite Palette an Möglichkeiten des kreativen Austausches und auf die zahlreichen Akteure, die solche bereichernden Begegnungen anregen können.

### 3. KREATIVITÄT: WAS BEDEUTET SIE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ?

Der Psychologe Rollo May definiert Kreativität wie folgt: „Creativity is putting into the world something new that has value“ (zit. nach Sierpina & Cole 2004). Kreativ ist derjenige, der etwas erschafft, das neu und (für ihn) von Bedeutung ist. Wenn wir jedoch an Kreativität denken, dann selten so schlicht. Häufig assoziieren wir Kreativität mit dem Werk begabter Kunstschaffender. Kreativität hat jedoch auch im Alltag ihren Platz: wir können kreativ sein darin, wie wir uns kleiden, uns bewegen, uns ausdrücken etc. (UWM Center on Age & Community 2006; Bogousslavsky 2005). Kreative Potenziale und kognitive Leistungsfähigkeit sind zwei verschiedene Komponenten und voneinander unabhängig (Bogousslavsky 2005; Hannemann 2006). Auch ist Kreativität weder einer bestimmten Altersgruppe vorbehalten oder an bestimmte biologische Determinanten gebunden, noch ist sie professionellen Künstlern vorbehalten. Kreativität existiert durch die gesamte Lebensspanne hindurch (Hannemann 2006), und es gibt keinen Grund daran zu zweifeln, dass auch Menschen mit Demenz Kreativität besitzen. Aus verschiedenen Gründen eignen sich kreative Anregungen sogar insbesondere für diese Gruppe. Erstens: Es gibt in Kreativität und Kunst kein Richtig und kein Falsch. So können Menschen mit Demenz in der schöpferischen Arbeit nicht scheitern und erleben sich als kompetent (Anderson et al. 2006). Zweitens: während die kognitive Leistungsfähigkeit im Verlauf der Demenz abnimmt, bleibt die Fähigkeit, Stimmungen und Emotionen wahrzunehmen bis zum Schluss erhalten. Und kreative Therapieformen können so modifiziert werden, dass sie fast ausschließlich die Ebene der Emotionalität ansprechen (Muthesius & Ganß 2004). Drittens fördert kreatives Tun

die Interaktion über eben diese emotional-sinnlichen Kanäle und kann damit die abnehmende Kompetenz zu verbaler Kommunikation zumindest zum Teil kompensieren. Kurz: Kreativität verbindet Menschen mit Demenz mit sich selbst, ihrer Kultur und der Gemeinschaft in der sie leben. Sie kann im Idealfall neuen Sinn in ein oft als sinnlos erlebtes Leben mit Demenz zurückbringen (Zeisel 2009).

### 4. POSITIVE EFFEKTE: WIE WIRKEN SICH KREATIVE IMPULSE AUS?

Ein Konzept, das grundlegend für die kreative Arbeit mit Menschen mit Demenz ist, ist die personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood (2005), die die von Demenz betroffene Person mit ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen ins Zentrum jeder (pflegerischen) Begegnung stellt. Ganz im Sinne des personenzentrierten Ansatzes betrachten auch kreative Methoden den einzelnen Menschen mit Respekt und Würde und holen ihn in seiner Lebens- und Ausdruckswelt ab. In diesem Sinne hat der Begriff des Personseins zentralen Einfluss darauf, dass sich mehr und mehr ein Bewusstsein für den Wert von kreativen Prozessen in der Begleitung demenziell Erkrankter entwickelt (UWM Center on Age & Community 2006). In fast allen im Rahmen dieses Artikels gesichteten Texten werden ausschließlich positive Effekte kreativer und künstlerischer Arbeit mit Menschen mit Demenz berichtet. Die folgende Liste fasst die meistgenannten Ergebnisse zusammen (vgl. z.B. (Bowen et al. 2003; Craig & Killick 2004; Chavin 2002). Demnach gilt: Kreativität / ein kreatives Projekt...

- bietet Gelegenheit, sich in Gesellschaft zu vergnügen,
- reduziert Isolation,
- reduziert Depressionen,
- fördert soziale Teilhabe und soziale Netzwerke,
- unterstützt die Erinnerungsfähigkeit,
- ermöglicht das Teilen gemeinsamer Erinnerungen,
- stimuliert Kommunikation,
- verbessert verbale Fähigkeiten,

- unterstützt den Erhalt kognitiver Fähigkeiten,
- erhält physische Aktivität,
- unterstützt die Abnahme von agitiertem Verhalten,
- fördert das Ausdrücken von Gefühlen und Erfahrungen,
- stimuliert die Sinne,
- regt die Fantasie an,
- fördert die Selbstachtung,
- kann Identität und Persönlichkeit festigen,
- hilft, Vorurteile gegenüber Menschen mit Demenz abzubauen.

## 5. UMFELD: WER KANN KREATIVEN AUSTAUSCH FÖRDERN?

Viele verschiedene Personengruppen im Umfeld eines demenziell veränderten Menschen können sich aktiv daran beteiligen, kreative Begegnungsräume zu schaffen und Kommunikation mittels künstlerischer und kultureller Erfahrungen zu ermöglichen. Beim Erschließen dieses oft ungewohnten Kommunikationsfeldes sind Experimentierfreude und Ideenreichtum gefragt. Jeder Mensch ist anders und es gibt kein Patenrezept, auf das alle Personen mit Demenz gleichermaßen positiv reagieren (Bowen et al. 2003). Um die Motivation und den Mut von Pionieren auf diesem Terrain zu fördern, kann ein Angebot zur regelmäßigen Beratung oder Supervision durch in der kreativen Arbeit erfahrene Praktiker unterstützend wirken (Mullan 2005). Im Folgenden werden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – die Handlungsspielräume wichtiger Begleiter im Umfeld eines demenziell erkrankten Menschen kurz umrissen.

### 5.1 FAMILIENANGEHÖRIGE

Familie oder Freunde können wichtige Zugänge in die Welt der Person mit Demenz öffnen. Sie kennen ihren Angehörigen oft seit Jahrzehnten, entwickeln meist eine hohe Sensibilität für seine Befindlichkeit. Mit dieser Kompetenz kann keine andere Gruppe in der Begleitung des Erkrankten konkurrieren (Craig & Killick 2004). Angehörige sind der Schlüssel zu biografischen Informationen

(Bowen et al. 2003), die wiederum wesentlich sind für die Auswahl der kreativtherapeutischen Angebote. Angehörige können aber keinesfalls nur als Informanten agieren, sondern selber die Initiative ergreifen und kreative Angebote machen (z.B. Ausflug ins Museum, Hausmusikabend mit Nachbarn) (Zeisel 2009), oder durch gemeinsame Teilnahme an therapeutischen Angeboten (z.B. zugehende Kunsttherapie) in einen gleichberechtigten Dialog mit der demenziell veränderten Person eintreten. Wenn ein Familienangehöriger erlebt, dass der demenziell erkrankte Mensch von kreativen Impulsen profitiert, entlastet das auch ihn selber deutlich (UWM Center on Age & Community 2006).

### 5.2 THERAPEUTEN

Kreativtherapeuten sind die Spezialisten im Einsatz kreativitätsbezogener Kommunikationsformen. Sie wissen, wie man therapeutische Prozesse steuert und diese im Sinne bedeutungsvoller Aktivität den Bedürfnissen des einzelnen anpasst (Craig & Killick 2004). Im Gegensatz zu Pflegenden, die eine auf Kontinuität angelegte Alltagsbeziehung zum demenziell veränderten Menschen aufbauen, sind sie seltener anwesend und haben in ihrer speziellen therapeutischen Arbeit Raum dafür, mehr Experimente zu wagen und Chaos zuzulassen (Muthesius & Ganß 2004). Neben ihrer eigenen aktiven Tätigkeit als Therapeuten können sie auch als Multiplikatoren für Kreativprogramme und als Lehrer und Berater für Pflegende oder Angehörige von Menschen mit Demenz fungieren, die kreative Kommunikationsformen in den Lebensalltag integrieren möchten (Chavin 2002).

### 5.3 PFLEGENDE

Pflegende sind wichtige Bezugspersonen für demenziell veränderte Menschen. Sie bringen Fachwissen, einen reichen Erfahrungsschatz und Empathie mit. Künstlerische Ausdrucks- und Kommunikationsformen können ein Hilfsmittel sein, um diese wichtige Pflegebeziehung aufzubauen und immer wieder neu zu beleben (Craig & Killick 2004).

Pflegende sollten zum einen befähigt werden und bereit sein, jederzeit auf in der kreativtherapeutischen Arbeit angestoßene Prozesse einzugehen, und zum anderen selber kreativ werden im Umgang mit Menschen mit Demenz (Bowen et al. 2003). Grundlegend dafür ist, dass kreative Begegnungsformen nicht als Luxus betrachtet werden, die die „normale“ Pflege ergänzen, sondern als integraler Bestandteil personenzentrierter Pflege (Bowen et al. 2003). Pflegende sind keine geschulten Experten und müssen dies auch nicht sein. Ihre Kommunikation durch Kreativität und Kunst kann ganz spielerisch in alltäglichen Begegnungen passieren: indem sie spontan ein Lied mitsingen, immer einen Malblock griffbereit haben etc.

#### 5.4 KÜNSTLER

Künstler haben weniger reflektiertes Wissen als Therapeuten, jedoch ein starkes Gespür für das kommunikative Potenzial kreativer Ausdrucksformen, ebenso aber auch für die Anstrengungen, die künstlerische Auseinandersetzung bedeuten kann. Sie können besondere Experimentierfreudigkeit und Verspieltheit in die kreative Arbeit hineinbringen (Craig & Killick 2004). Um zahlreichere und buntere kreative Begegnungsräume für Menschen mit Demenz zu schaffen, ist es wichtig, Künstler zum Beispiel als Freiwillige für die Arbeit mit dieser Personengruppe zu gewinnen (Zeisel 2009).

#### 5.5 KUNSTEINRICHTUNGEN

Denkt man etwa an Museumsführungen für Menschen mit Demenz, wie es sie in Deutschland beispielsweise im Duisburger Wilhelm Lehbruck Museum (Stiftung Wilhelm Lehbruck Museum 2009) gibt, wird deutlich, dass auch öffentliche (Kunst-)Einrichtungen eine wichtige Rolle dabei spielen, Menschen mit Demenz einen Zugang zu Kunst und Kultur zu ermöglichen. Zeisel (2009) sieht die größte Herausforderung darin, diese Institutionen davon zu überzeugen, dass es in ihrer gesellschaftlichen Verantwortung liegt, sich diesen ganz besonderen Besuchern und ihren Bedürfnissen zu öff-

nen, und dass die Begegnung mit kognitiv eingeschränkten Gästen für alle Beteiligten wertvoll sein kann. Überzeugend kann dies jedoch nur gelingen, wenn Mitarbeiter in öffentlichen Kunsteinrichtungen geschult und begleitet werden, damit sie adäquat auf den Austausch mit Personen mit Demenz vorbereitet sind und positive Erfahrungen mit dieser Gruppe machen.

#### 5.6 ÖFFENTLICHKEIT

Um die soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz zu fördern ist es von großer Bedeutung, die Produkte ihrer künstlerischen Arbeit der Öffentlichkeit zugänglich zu machen: So kann die klare Fokussierung auf die Defizite demenziell erkrankter Menschen langsam zugunsten eines Bewusstseins für ihre (gestalterischen) Fähigkeiten aufgeweicht werden. Dies kann beispielsweise durch Kunstausstellungen wie die „Demenz Art“ (Wißmann & Ganß 2006), einer Präsentation von Werken demenziell veränderter Künstler, geschehen. Ganß (2004) beschreibt den Wert einer solchen Kommunikation mit der Öffentlichkeit wie folgt: „Durch die Ausstellungen nehmen die Menschen mit Demenz gestaltend am gesellschaftlichen Leben teil, welches ihnen ansonsten zumeist verwehrt ist. In der ihnen hierbei entgegengebrachten Achtung und Bewunderung für ihre künstlerische Kompetenz durch die Besucher... erleben sich die Menschen mit Demenz als Teil der Gesellschaft“ (Ganß 2004).

#### 6. GELEGENHEITEN: WO UND WANN ENTSTEHEN BEGEGNUNGSRÄUME?

Wenn man im Zusammenhang mit Demenz von kreativen Ansätzen spricht, fällt rasch der Begriff der Therapie. Doch die Begegnung mit Kunst kann durchaus therapeutische Effekte haben, ohne gleich Therapie – wahlmöglichst unter Anleitung geschulter Experten – zu sein. Nur wenn es gelingt, kreative Impulse im Alltag zu ermöglichen, können Menschen mit Demenz regelmäßig und ausreichend davon profitieren (Craig & Killick 2004; Zeisel 2009). Die Gelegenheit zu kreativer

Arbeit und Kommunikation kann dabei auf vielfältige Weise geschaffen werden. Durchaus formell, im Rahmen therapeutischer Sitzungen, aber auch ganz informell im Alltag. Ebenso können solche Begegnungsräume in der Gruppe oder – da sich nicht alle demenzerkrankten Menschen in der Gruppe wohl fühlen – in der Eins-zu-eins-Begegnung entstehen (Bowen et al. 2003). Bisher findet kreative Arbeit meist formell organisiert im stationären Setting statt. Da aber der überwiegende Teil von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit lebt, sollten mehr kreative Angebote geschaffen werden, die diesen Menschen künstlerischen Austausch ermöglichen (Sierpina & Cole 2004). In Deutschland könnten sich diesbezüglich neue Handlungsspielräume durch die Ausweitung der Finanzierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI ergeben (Ganß 2007). Ferner kann das Erleben von Kunst und Kultur entweder durch eigenes künstlerisches Schaffen (z.B. im offenen Atelier, in der Musiktherapie, im Theaterworkshop) stattfinden, oder aber durch die Wahrnehmung von und Teilnahme am kreativen Tun anderer (z.B. Museums-, Konzert-, Theaterbesuch) (Zeisel 2009). Die Möglichkeiten, kreativen Austausch zu fördern, sind also so variabel, dass es mit einem gewissen Maß an Fantasie und Experimentierfreude gelingen müsste, für jedes Lebensumfeld und jeden demenziell veränderten Menschen umsetzbare Strategien zu entwickeln.

## 7. ZUGANGSWEGE: WELCHE METHODEN ÖFFNEN TÜREN?

Es gibt zahlreiche Optionen, über kreatives Tun in den Dialog mit Menschen mit Demenz zu treten. Eine detaillierte Beschreibung aller würde den Rahmen dieses Artikels bei weitem sprengen. Daher werden im folgenden Abschnitt – wiederum ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit – die Besonderheiten einiger künstlerischer Zugangswege in Bezug auf Kommunikation dargestellt und ihre Bedeutung in der Arbeit mit demenziell veränderten Personen herausgearbeitet.

### 7.1 BILDENDE KUNST

*„The arts, is all that's left. Give them to us!“  
(Craig & Killick 2004)*

Will man mit dem Ziel eines sinnlich-emotionalen Austauschs mit Menschen mit Demenz bildnerisch arbeiten, kann es nicht um kreative Beschäftigung im Sinne von „Malen nach Zahlen“ gehen. Wenn künstlerisch orientiertes Arbeiten tatsächlich eine Möglichkeit sein soll, zu kommunizieren, bedarf es eines Rahmens, der ein unzensiertes freies Erproben und Finden von Ausdrucksformen erlaubt (Wißmann & Ganß 2006). Der Vorgang des Malens ist ein geistig-seelischer Akt, mit dem ein Mensch sich seiner Umwelt mitteilt. Es findet dabei keine kognitiv-begriffliche Auseinandersetzung mit einem Thema statt. Und dennoch hat das Ergebnis für den Betrachter eine formal-klaare Aussage (Warns 2006), über die ein begleitender Kommunikationsprozess zwischen dem Künstler und seinem Umfeld, den Therapeuten, Pflegenden und Familienangehörigen, angeregt wird (Ganß 2004). Neben der Malerei eignet sich insbesondere das plastische Gestalten für kognitiv eingeschränkte Menschen: Skulpturen und Plastiken lassen sich ertasten, sie bieten zusätzliche Sinnesreize durch ihre Materialien und ihre Dreidimensionalität (Bowen et al. 2003). Insbesondere dann, wenn das Kunstprojekt nicht im Sinne eines offenen Ateliers in der Pflegeeinrichtung (Ganß 2004), sondern im Sinne einer zugehenden Arbeit (Shaw 2003; Braganza & Clegg 2002) auch die Familie beteiligt, öffnet die gemeinsame Beschäftigung mit bildender Kunst Menschen mit Demenz und deren Angehörigen neue Fenster, um wieder gleichberechtigt miteinander in Kommunikation zu treten (Zeisel 2009).

#### Mögliche Formen

- Besuch eines Museums, einer Ausstellung in der Stadt
- eigene kreative Arbeit im offenen Atelier einer Pflegeeinrichtung
- zugehende kunsttherapeutische Sitzungen in der eigenen Häuslichkeit
- spontanes künstlerisches Arbeiten auf Anregung durch Angehörige/Pflegende

## 7.2 MUSIK

„*Music is powerful stuff! Use it wisely.*“ (Chavin 2002, S. 154)

Musik eine universelle Sprache, die in allen Kulturen der Erde ihren Platz hat. Die Sensibilität für musikalische Ereignisse ist im menschlichen Gehirn fest verankert. Schon ein Fötus im Mutterleib reagiert auf Musik; und diese universelle Fähigkeit, lässt – wenn überhaupt – erst sehr spät im Verlauf einer demenziellen Erkrankung nach. Sie bildet einen stabilen Ansatzpunkt für einen erfolgreichen kreativen Austausch (Zeisel 2009). Jeder Mensch hat jedoch einen sehr individuellen Zugang zu Musik, klare Vorzüge, bestimmte musikalische Erinnerungen und Emotionen. Man muss die musikalische Biografie eines Menschen kennen, um ihm bedeutungsvolle und positive Begegnungen mit Musik zu ermöglichen. Da Musik unsere Emotionen und Erinnerungen so direkt wie kaum eine andere Kunstform anspricht, kann sie – falsch eingesetzt – auch negative Reaktionen auslösen (Chavin 2002). Hier sind sensible Therapeuten und Begleiter gefordert. Musik zeichnet sich auch dadurch aus, dass sie sogar physische Funktionen unmittelbar beeinflusst: Beim aktiven Musizieren reagieren Atmung und Herzschlag, sogar bei passiven Zuhören wirken die Schallwellen auf zellulärer Ebene (Friedman 2004).

### Mögliche Formen

- Besuch eines Konzerts
- Einladung von Musikern, einer Musikschulklasse, musikalischen Nachbarn etc. nach Hause oder in die Pflegeeinrichtung
- Anhören von CDs mit Familie, Freunden, Pflegenden etc.
- aktives Singen, Musizieren oder Komponieren mit dem Therapeuten

## 7.3 TANZ

„*At its best these dances are truly five-minute love affairs, with all the best bits of a new relationship.*“ (Greenland 2009, S.31)

Der Tanz ist eine dem Menschen ureigene Aktivität, die in unserer stark auf den Intellekt fi-

xierten Kultur, in der spontane Bewegungsäußerungen eher unüblich sind, wenig Raum hat. Tanzen meint hier kein abschreiten festgelegter Schritte und Figuren, sondern freie bewusste oder unbewusste Bewegungen, die ausdrücken, wer wir sind und wie wir fühlen. Sieht man einem anderen Menschen beim Tanzen zu, werden im Gehirn dieselben Neuronen aktiv, die unsere eigenen Bewegungen initiieren. Wenn zwei Menschen miteinander tanzen, sind sie über ihre neuronale Aktivität also ganz unmittelbar miteinander verbunden, agieren miteinander und reagieren aufeinander. Diese Funktion bleibt auch bei Menschen mit Demenz bestehen. Beide Tanzpartner geben und empfangen Bewegungsimpulse und sind beim Sprechen dieser Körpersprache gleichermaßen kompetent. Ziel tanztherapeutischer Arbeit sollte es sein, dem Menschen mit Demenz die Tür zur direktesten Kommunikationsform überhaupt zu öffnen: der Kommunikation durch den Körper (Greenland 2009; Hill 1999).

### Mögliche Formen

- tanztherapeutische Sitzung mit einem Therapeuten und der Person mit Demenz
- Tanznachmittag im Pflegeheim
- Besuch eines Tanztees in einer Tanzschule oder einem Café in der Stadt
- spontanes Tänzchen auf dem Flur

## 7.4 LITERATUR

„*Who's in charge of the spare words?*“ (Killick 1999)

Der Umgang mit Literatur, also geschriebenem, gesprochenem und gehörtem Wort, ist vor allem für demenziell erkrankte Menschen sinnvoll, deren verbale Kommunikationsfähigkeit noch nicht allzu stark eingeschränkt ist. Für die Arbeit mit Menschen mit Demenz eignen sich insbesondere:

- Gedichte: Sie sind vergleichsweise kurz, pointiert und beinhalten starke Bilder, die von Menschen mit Demenz oft gut verstanden werden (Zeisel 2009).
- Erinnerungen: Viele Menschen haben interessante Lebensgeschichten zu erzählen (Killick 1999).



- Fiktionale Geschichten: Sie fordern keine Erinnerungen, sondern fördern Fantasie und Imagination (Basting 2004; Sierpina & Cole 2004).
- Märchen, Mythen, Legenden: Sie sind oft seit frühester Kindheit vertraut und werden lange erinnert (Killick 1999).

Die Produktion eigener Texte ermöglicht auch deren Publikation oder ihre Präsentation in Lesungen. Somit entsteht soziale Teilhabe und Kontakt und Austausch mit der interessierten Öffentlichkeit.

Mögliche Formen

- Literatur-Lesungen und Austausch darüber
- Storytelling oder Dichten in der Gruppe
- eigene Geschichten aufschreiben

## 7.5 THEATER

*„Sie wiegt sich durch das Bild, ihr Hüftschwung neckt, lässt Lebenslust sichtbar werden.“ (Narr 2009, S. 20)*

Das Theater unterscheidet sich von den bildenden Künsten insofern, als es mehrere Sinne zugleich anspricht und den Akteur, bzw. Rezipienten mit Geräuschen, visuellen Eindrücken und körperlichen Erfahrungen umgibt. In der Begegnung mit dramatischer Kunst kann sich der Besucher oder Beteiligte weniger leicht entziehen, als bei der Begegnung mit bildender Kunst (Zeisel 2009). Ob das ein Weg zu einem intensiven Zugang sein, oder aber Überforderung darstellen kann, ist im Einzelfall zu erproben. In jedem Fall gilt: Da Menschen mit Demenz die in der dramatischen Darstellung übermittelten Emotionen unmittelbar fühlen können, stellt diese Ausdrucksform einen kraftvollen Weg dar, über Erfahrungen, Ängste und den Umgang mit Demenz zu kommunizieren (Zeisel 2009). Das Theater erlaubt Menschen, in andere Rollen zu schlüpfen und ermöglicht so eine mittelbare, gefilterte Auseinandersetzung auch mit schwierigen Themen (Killick 2003). Besonders geeignet scheint für Menschen mit Demenz das Improvisationstheater zu sein, bei dem das Bühnengeschehen aus dem Moment heraus gestaltet wird,

und nur sinnlich-emotionale Erinnerungen, nicht aber auswendig gelernte Szenen von Bedeutung sind (Narr 2009).

Mögliche Formen

- Theaterbesuch im städtischen Schauspielhaus
- Theateraufführung in der Pflegeeinrichtung
- aktives Theaterspiel, z.B. Improvisationstheater
- szenische Lesungen in der Gruppe
- Themennachmittage: Piraten, Zirkus, Ostern etc.

## 7.6 WEITERE MÖGLICHKEITEN

*„Popcorn might be appropriate.“ (Zeisel 2009, S. 131)*

Zahlreiche weitere Formen der Begegnung von Menschen mit Demenz mit Kunst und Künstlern sind denkbar und können zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen: Fotosafaris, Kinobesuche, DVD-Abende, der Einsatz von Puppen und Tieren, Erinnerungsarbeit, Innenraum- und Gartengestaltung, Eurythmie und Aromatherapie sind nur einige Beispiele (vgl. Bowen et al. 2003; Hannemann 2006; Mitchell 2005; Zeisel 2009). Letztendlich bleibt es dem Einfallsreichtum des Umfelds überlassen, wie kreativ es selber im Erschaffen innovativer Begegnungsräume ist.

## 8. VERBREITUNG: WIE GELANGEN BEWÄHRTE METHODEN HINAUS IN DIE WELT?

Um möglichst vielen Menschen mit Demenz, Teilhabe an kreativem Austausch zu ermöglichen, müssen Ideen, Erfahrungen, Methoden und Programme viel systematischer als bisher verbreitet werden (UWM Center on Age & Community 2006)(Bogousslavsky 2005). Absolut zentral scheint dabei die Weiterbildung derer zu sein, die Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen, Begegnungsstätten, Stadtteilzentren etc. begleiten, sowie die Motivation von Künstlern, Ehrenamtlichen etc., die sich in diesem Bereich engagieren möchten. Sie alle brauchen Training im Umgang mit

künstlerischen Prozessen, damit sie diese ungewohnten Wege sicher beschreiten können (Craig & Killick 2004). In den USA und Großbritannien gibt es mittlerweile mehrere Projekte, die diese strukturierte Weitergabe von Wissen praktizieren. Drei davon werden im Folgenden kurz vorgestellt.

#### 8.1 MAGIC ME – THE UK’S LEADING PROVIDER OF INTERGENERATIONAL ARTS PROJECTS

Ziel des in London beheimateten Projekts Magic Me ist es, Menschen verschiedener Generationen und Kulturen in Kunstprojekten zusammenzubringen und so den Austausch mit- und das Verständnis füreinander zu fördern. Gegründet wurde Magic Me 1989 durch die Grafikdesignerin und heutige Projektdirektorin Susan Langford. Neben der eigentlichen Kulturarbeit in London bietet das Magic Me Team ein landesweites Schulungs- und Beratungsprogramm an, um das Entstehen ähnlicher Projekte in anderen Regionen Großbritanniens zu fördern.

Internet: [www.magicme.co.uk](http://www.magicme.co.uk)

#### 8.2 TIMESLIPS – CREATIVE STORYTELLING PROJECT

TimeSlips ist eine Methode, die zum Geschichtenerzählen in der Gruppe anregt. Sie verzichtet auf die Anforderung an die Teilnehmer, sich an Vergangenes erinnern zu müssen, und ermutigt dazu, fiktive neue Geschichten zu erschaffen. TimeSlips wurde 1998 von Dr. Ann Basting, Theaterwissenschaftlerin und Direktorin des „Center on Age & Community“ der Universität von Wisconsin Milwaukee, entwickelt. Heute gibt es ein strukturiertes nationales Trainingsprogramm mit 10 Ausbildungszentren in den USA sowie dem Angebot zu Inhouse-Schulungen für neue TimeSlips-Moderatoren in Einrichtungen und Institutionen.

Internet: [www.timeslips.org](http://www.timeslips.org)

#### 8.3 ARTZ – ARTISTS FOR ALZHEIMER’S

ARTZ ist ein Projekt, das Kunstinstitutionen, Künstler und freiwillig Engagierte motiviert, ihre Einrichtungen und ihre Kunst für Menschen mit Demenz zu öffnen. So entwickelte

ARTZ unter anderem Museumsführungen in so bedeutenden Kunststätten wie dem Pariser Louvre und dem New Yorker Museum of Modern Art. Gegründet wurde das Projekt 2001 in Boston. Initiatoren waren der Soziologe Dr. John Zeisel und der Psychologe Sean Caulfield. ARTZ hat den Anspruch, weltweit Interessierte für seine Ideen zu begeistern und unterhält mittlerweile Zweigstellen in Melbourne, Paris und Stuttgart.

Internet: [www.artistsforalzheimers.org](http://www.artistsforalzheimers.org)

### 9. FAZIT

Die im Rahmen dieses Artikels gesichtete Literatur wirft Schlaglichter auf das Potenzial, das kreative Begegnungen für Menschen mit Demenz bergen. Um die Chance zu fantasievoller Kommunikation in Zukunft intensiver zu nutzen, sollten drei Dinge gefördert werden: Erstens sollten kreative Ansätze und Programme offensiver bekannt gemacht und strukturiert in die Versorgungspraxis gestreut werden. Zweitens sollte eine intensivere Beforschung kreativtherapeutischer Angebote initiiert werden, um sozialpolitische Entscheidungs- und Kostenträger von den positiven Effekten zu überzeugen. Drittens – und dies vor allem – sollten alle Personen, die Menschen mit Demenz betreuen, darin bestärkt werden, mehr Experimente zu wagen und ihre Scheu vor der Erprobung ungewöhnlicher Kommunikationskanäle abzulegen. Dies ist auch im Alltag und ohne ständige Anleitung ausgebildeter Profis möglich und machbar. Wood (2004, S. 23, Übersetzung durch die Autorin) bringt die Bedeutung von kreativen Begegnungsräumen treffend auf den Punkt: „Kreativität bietet eine echte Chance, Kommunikation und Teilhabe aller Beteiligten – Menschen mit Demenz, ihren Familien und Pflegenden – durch ein reiches Angebot unterhaltsamer Aktivitäten zu fördern. Im Wesentlichen: Kreativität ... öffnet neue Horizonte und hilft, Identität zu bewahren. Ist das nicht genau das, worum es in der personenzentrierten Begleitung von Menschen mit Demenz geht?“

Kerstin Köhler

## WEITERE INFORMATIONEN:

Stiftung Wilhelm Lehmbruck Museum (2009):  
Flyer

[http://www.duisburg.de/micro2/lehbruck/  
medien/bindata/Folder-Demenz-Web.pdf](http://www.duisburg.de/micro2/lehbruck/medien/bindata/Folder-Demenz-Web.pdf)

Moran 2004: Narrative Approaches in Dementia Care

Rösler 2005

Urbas, S.: Kunsttherapie – in Kontakt gehen mit sich selbst und der Welt (Refman Kürzel ALZGESWC)

Ward, R.; Vass, A.A., Aggerwal, N.; Garfield, C.; Cybyk, B. (2005): What is dementia care? 1. Dementia is communication. Journal of Dementia Care 13 (6), 22-24.

# GUTE PRAXIS

## Himmelsleiter - Das Pflegeheim als Theaterbühne

### DIE THEATERGRUPPE

Die englische Theatergruppe Ladder to the moon (Himmelsleiter) hat sich auf eine Art Improvisationstheater für alte und kranke Menschen spezialisiert. Dabei werden neue Wege erprobt, um in Gesundheitseinrichtungen interaktives Theater anzubieten mit dem Ziel, die Lebensqualität der dort lebenden Menschen zu verbessern. Bei den Aufführungen werden alle Anwesenden – Bewohner, Mitarbeiter oder Besucher – aktiv einbezogen. Dadurch wird ein unterhaltsames und aktivierendes Angebot geschaffen, das die Fähigkeiten der Bewohner befördert (Stichwort empowerment). Die Anwesenden können wählen, ob sie sich aktiv am Stück beteiligen wollen, indem sie Rollen übernehmen und die Geschichte beeinflussen oder, ob sie sich lieber im Sessel zurücklehnen und die Aufführung genießen.

Die Arbeitsweise der Theatergruppe sieht vor, dass die Schauspieler als bestimmte Charaktere die Gesundheitseinrichtung besuchen und versuchen, die dort Anwesenden in eine (fiktionale) Handlung einzubinden. Die Figuren agieren ihre Geschichte aus und nehmen die Einflüsse der Umgebung auf, die in das sich entfaltende Stück integriert werden. So entwickelt sich ein interaktives Theaterstück, bei dem die individuellen Bedürfnisse der Anwesenden in die Weiterentwicklung der Geschichte einfließen.

### DIE SEIFENOPER «THE GRAND»

Zu Beginn dieses Jahres verwandelte die Theatergruppe zwei Pflegeheimen für Menschen mit Demenz in ein Grand Hotel, das als Kulisse für eine Seifenoper diente. Über einen Zeitraum von zwei Wochen besuchten die Schauspieler täglich in einer Fortsetzungsgeschichte

(nach dem als bekannt voraussetzbaren Format der Daily Soaps) die Einrichtungen. Die Handlung drehte sich um ein Zimmermädchen des Hotels und einen reichen Gast. Stück für Stück wurde die durch Höhen und Tiefen führende Liebesgeschichte unter Beteiligung der Heimbewohner als Ratgebende und Kommentatoren entfaltet, die dem Format entsprechend in der Hochzeit der zentralen Figuren gipfelte. Das Stück bot sehr viele Möglichkeiten für Erinnerungen, Musik, Kreativität und des Spielens mit Situationen. In ihrer jeweiligen Rolle holten die Schauspieler bei den Anwesenden Rat insbesondere in Sachen Liebe und Beziehungen ein. Außerdem wurden die Bewohner aktiv in die Hochzeitsvorbereitungen einbezogen, indem sie beispielsweise die Hochzeitseinladungen und Blumenarrangements gestalteten und bei der Vorbereitung von Gebäck und Kuchen halfen. Für die Hochzeitsfeier wurden alle Anwesenden mit einem Hut festlich ausgestattet. Im Internet sind unter <http://www.laddertotheemoon.co.uk/Movies/TheGrandMovie.htm> kleine Szenen zu sehen, die gut veranschaulichen, mit wie viel Spaß und Freude die Bewohner am Geschehen teilnahmen.

Diese innovative Form eines kreativen Zugangs zu Menschen mit Demenz wird derzeit vom London Centre for Dementia Care evaluiert.

Weitere Informationen auf <http://www.laddertotheemoon.co.uk>

## LITERATURVERZEICHNIS

- Albert, M. S.; Cohen, C.; Koff, E. (1991):** Perception of affect in patients with dementia of the Alzheimer type. In: Archives of Neurology 48(8), 791-795.
- Allan, K.; Killick, J. (2009):** Communication and relationships: an inclusive social world. In: Downs, M.; Bowers, B. (Hrsg.): Excellence in Dementia Care: Research into Practice. Maidenhead: Open University Press McGraw-Hill, 212-229.
- Allen, R.; Brosgole, L. (1993):** Facial and auditory affect recognition in senile geriatrics, the normal elderly and young adults. In: International Journal of Neuroscience 68(1-2), 33-42.
- Allender, J.; Kaszniak, A. W. (1989):** Processing of emotional cues in patients with dementia of the Alzheimer's type. In: International Journal of Neuroscience 46(3-4), 147-155.
- Alm, N.; Dye, R.; Gowans, G.; Campbell, J.; Astell, A.; Ellis, M. (2007):** A Communication Support System for Older People with Dementia. In: Computer 40(5), 35-41.
- Anderson, J.; Lloyd-Lawrence, K.; Flint, H. (2006):** Building Community through Arts (BCA). In: Miesen, B. M.; Jones, G. M. (Hrsg.): Care-giving in dementia. London [u.a.]: Routledge, 199-217.
- Asplund, K.; Jansson, L.; Norberg, A. (1995):** Facial Expressions of Patients with dementia: a comparison of two methods of interpretation. In: International Psychogeriatrics 7(4), 527-534.
- Asplund, K.; Norberg, A.; Adolfsson, R.; Waxman, H. M. (1991):** Facial expressions in severely demented patients - a stimulus-response study of four patients with dementia of the Alzheimer type. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 6(8), 599-606.
- Astell, A. J. (2009):** Developing technology to meet psychosocial needs. In: Journal of Dementia Care 17(1), 36-39.
- Bär, M.; Kruse, A.; Re, S. (2003):** Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36(6), 454-462.
- Bartol, M. A. (1979):** Dialogue with dementia: nonverbal communication in patients with Alzheimer's disease. In: J Gerontol Nurs 5(4), 21-31.
- Basting, A. (2004):** The TimeSlips Project: Freeing the Creative Voice from Voices of Doubt. In: Signpost 8(3), 15-17.

- Blondel, A.; Desgranges, B.; de la Sayette, V.; Schaeffer, S.; Benali, K.; Lechevalier, B.; Viader, F.; Eustache, F. (2001):** Disorders in intentional gestural organization in Alzheimer's disease: combined or selective impairment of the conceptual and production systems? In: *European Journal of Neurology* 8(6), 629-641.
- Bogousslavsky, J. (2005):** Artistic creativity, style and brain disorders. In: *European Neurology* 54(2), 103-111.
- Bourgeois, M. S. (1993):** Effects of memory aids on the dyadic conversations of individuals with dementia. In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 26(1), 77-87.
- Bourgeois, M. S. (1990):** Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer's disease using a prosthetic memory aid. In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 23(1), 29-42.
- Bourgeois, M. S.; Dijkstra, K.; Burgio, L.; Allen-Burge, R. (2001):** Memory aids as an augmentative and alternative communication strategy for nursing home residents with dementia. In: *Augmentative & Alternative Communication* 17(3), 196-210.
- Bowen, S.; Hudson, R.; Davison, B.; Cameron, G.; Hill, H.; Ryszczak, T.; James, K.; Quinn, C.; Forster, S.; Piccoli, S. (2003):** Creative Care. In: Hudson, R. (Hrsg.): *Dementia Nursing : A Guide to Practice*. Ascot Vale, Melbourne, Victoria: Ausmed Publications, 250-286.
- Bowlby Sifton, C. (2004):** Navigating the Alzheimer's journey. Baltimore: Health Professions Press.
- Bowlby Sifton, C. (2007):** Das Demenz-Buch. Ein Wegbegleiter für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. Bern: Verlag Hans Huber.
- Braganza, K.; Clegg, D. (2002):** The subtle art of understanding. In: *Journal of Dementia Care* 10(6), 12-13.
- Brosigole, L.; Kurucz, J.; Plahovinsak, T.; Boettcher, P.; Sprotte, C.; Haveliwala, Y. A. (1983a):** Facial-affect recognition in normal preschool children and in senile elderly persons. In: *International Journal of Neuroscience* 20(1-2), 91-102.
- Brosigole, L.; Kurucz, J.; Plahovinsak, T. J.; Gumiela, E. (1981):** On the mechanism underlying facial-affective agnosia in senile demented patients. In: *International Journal of Neuroscience* 15(4), 207-215.
- Brosigole, L.; Kurucz, J.; Plahovinsak, T. J.; Sprotte, C.; Haveliwala, Y. A. (1983b):** Facial- and postural-affect recognition in senile elderly persons. In: *International Journal of Neuroscience* 22(1-2), 37-45.
- Bucks, R. S.; Radford, S. A. (2004):** Emotion processing in Alzheimer's disease. In: *Aging & Mental Health* 8(3), 222-232.

- Burnham, H.; Hogervorst, E. (2004):** Recognition of facial expressions of emotion by patients with dementia of the Alzheimer type. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 18(1), 75-79.
- Burnside, I. M. (1973):** Caring for the aged: touching is talking. In: *American Journal of Nursing* 73(12), 2060-2063.
- Burton, K. W.; Kaszniak, A. W. (2006):** Emotional experience and facial expression in Alzheimer's disease. In: *Neuropsychology, development, and cognition. Section B, Aging, neuropsychology and cognition* 13(3-4), 636-651.
- Cadieux, N. L.; Greve, K. W. (1997):** Emotion processing in Alzheimer's disease. In: *Journal of the International Neuropsychological Society* 3(5), 411-419.
- Carlomagno, S.; Pandolfi, M.; Marini, A.; Di Iasi G.; Cristilli, C. (2005):** Coverbal gestures in Alzheimer's type dementia. In: *Cortex* 41(4), 535-546.
- Chainay, H.; Louarn, C.; Humphreys, G. W. (2006):** Ideational action impairments in Alzheimer's disease. In: *Brain and Cognition* 62(3), 198-205.
- Chavin, M. (2002):** Music as Communication. In: *Alzheimer's Care Quarterly* 3(2), 145-156.
- Clarke, R. (2004):** Precious experiences beyond mere words. In: *Journal of Dementia Care* 12(3), 22-23.
- Cox, S.; Murphy, J.; Gray, C. (2008):** Communication and dementia: how effective is the Talking Mats approach? In: *Journal of Dementia Care* 16(3), 35-37.
- Craig, C.; Killick, J. (2004):** Reaching Out with the Arts: Meeting with the Person with Dementia. In: Innes, A.; Archibald, C.; Murphy, C. (Hrsg.): *Dementia and Social Inclusion. Marginalised Groups and Marginalised Areas of Dementia Research, Care und Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 184-198.
- Crutch, S. J.; Rossor, M. N.; Warrington, E. K. (2007):** The quantitative assessment of apraxic deficits in Alzheimer's disease. In: *Cortex* 43(7), 976-986.
- Cunningham, J.; Williams, K. N. (2007):** A case study of resistiveness to care and elderspeak. In: *Research and Theory for Nursing Practice* 21(1), 45-56.
- Davis, R. (1989):** *My Journey into Alzheimer's Disease : Helpful Insights for Family and Friends : A true Story* by Robert Davis. Wheaton, Illinois: Tyndale House.
- de Gelder, B.; Van den Stock, J.; Balaguer, Rde D.; Bachoud-Levi, A. C. (2008):** Huntington's disease impairs recognition of angry and instrumental body language. In: *Neuropsychologia* 46(1), 369-373.

- Della Sala, S.; Lucchelli, F.; Spinnler, H. (1987):** Ideomotor apraxia in patients with dementia of Alzheimer type. In: *Journal of Neurology* 234(2), 91-93.
- Derouesné, C.; Lagha-Pierucci, S.; Thibault, S.; Baudouin-Madec, V.; Lacomblez, L. (2000):** Apraxic disturbances in patients with mild to moderate Alzheimer's disease. In: *Neuropsychologia* 38(13), 1760-1769.
- Dumont, C.; Ska, B. (2000):** Pantomime recognition impairment in Alzheimer's disease. In: *Brain Cogn* 43(1-3), 177-181.
- Ellis, M. P.; Astell, A. J. (2004):** The urge to communicate in severe dementia. In: *Brain and Language* 91(1), 51-52.
- Fernandez-Duque, D.; Black, S. E. (2005):** Impaired recognition of negative facial emotions in patients with frontotemporal dementia. In: *Neuropsychologia* 43(11), 1673-1687.
- Friedman, J. K. (2004):** Freeing the voice within: the healing art of songwriting with elders diagnosed with dementia, Alzheimer's disease and cognitive disorders. In: *Signpost* 8(3), 11-14.
- Ganß, M. (2004):** Das offene Atelier. In: Wißmann, P. (Hrsg.): *Werkstatt Demenz*. Hannover: Vincentz Verlag, 155-174.
- Ganß, M. (2007):** Wieder ins Gespräch kommen - aufsuchende künstlerische Arbeit in Familien mit Demenz. In: Sauer, P.; Wißmann, P. (Hrsg.): *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven*. Frankfurt: Mabuse, 111-118.
- Garratt, S.; Hamilton-Smith, E. (1998):** Dementia and communication. In: Garratt, S.; Hamilton-Smith, E. (Hrsg.): *Rethinking dementia - an Australian Approach*. Melbourne: Ausmed Publications, 47-71.
- Giovannetti, T.; Sestito, N.; Libon, D. J.; Schmidt, K. S.; Gallo, J. L.; Gambino, M.; Chrysikou, E. G. (2006):** The influence of personal familiarity on object naming, knowledge, and use in dementia. In: *Archives of Clinical Neuropsychology* 21(7), 607-614.
- Gleeson, M.; Timmins, F. (2004):** Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. In: *Nursing Older People* 16(2), 18-21.
- Glosser, G.; Wiley, M. J.; Barnoski, E. J. (1998):** Gestural communication in Alzheimer's disease. In: *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 20(1), 1-13.
- Goldsmith, M. (1996):** Hearing the Voice of People with Dementia : Opportunities and Obstacles. London: Jessica Kingsley Publishers.



- Gowans, G.; Campbell, J.; Astell, A.; Ellis, M.; Alm, N.; Dye, R. (2004):** Desinging CIRCA (Computer Interactive Reminiscence and Conservation Aid): A Multimedia Conversation Aid for Reminiscence Intervention in Dementia Care Environments. Dundee: School of Design, Duncan of Jordonstone College of Art, University of Dundee
- Green, N. (2008):** Simulating Alzheimer's Discourse for Caregiver Training in Artificial Intelligence-based Dialogue Systems. In: Davis, B. H. (Hrsg.): Alzheimer Talk, Text and Context. Enhancing Communication. New York: Palgrave Macmillan, 199-207.
- Greenland, P. (2009):** Dance: five-minute love affairs. In: Journal of Dementia Care 17(1), 30-31.
- Grond, E. (1984):** Erfahrungen zur non-verbalen Kommunikation freiwilliger Besucher in der Interaktion mit verwirrten Pflegeheimbewohnern. In: Zeitschrift für Gerontologie 17(2), 93-97.
- Hannemann, B. T. (2006):** Creativity with dementia patients. Can creativity and art stimulate dementia patients positively? In: Gerontology 52(1), 59-65.
- Hargrave, R.; Maddock, R. J.; Stone, V. (2002):** Impaired recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease. In: Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 14(1), 64-71.
- Henry, J. D.; Ruffman, T.; McDonald, S.; O'Leary, M. A.; Phillips, L. H.; Brodaty, H.; Rendell, P. G. (2008):** Recognition of disgust is selectively preserved in Alzheimer's disease. In: Neuropsychologia 46(5), 1363-1370.
- Hill, H. (1999):** Dance Therapy and Communication in Dementia. In: Signpost 4(1), 13-14.
- Hoffman, S. B.; Platt, C. A. (1991):** Comforting the Confused: Strategies for Managing Dementia. New York: Springer.
- Hoffman, S. B.; Platt, C. A.; Barry, K. E.; Hamill, L. A. (1985):** When Language Fails: Nonverbal Communication Abilities of the Demented. In: Hutton, J. T.; Kenny, A. D. (Hrsg.): Senile dementia of the Alzheimer's disease. New York: Liss, 49-64.
- Hubbard, G.; Cook, A.; Tester, S.; Downs, M. (2002):** Beyond words. Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. In: Journal of Aging Studies 16, 155-167.
- Hubbard, G.; Tester, S.; Downs, M. (2003):** Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. In: Ageing & Society 23(01), 99-114.
- Inglis, E. A.; Szymkowiak, A.; Gregor, P.; Newell, A. F.; Hine, N.; Wilson, B. A.; Evans, J.; Shah, P. (2004):** Usable technology? Challenges in designing a memory aid with current electronic devices. In: Neuropsychological Rehabilitation 14(1), 77-87.

- Jansson, L.; Norberg, A.; Sandman, P. O.; Athlin, E.; Asplund, K. (1993):** Interpreting facial expressions in patients in the terminal stage of the Alzheimer disease. In: OMEGA 26(4), 309-324.
- Jonas-Simpson, C.; Mitchell, G. J. (2005):** Giving Voice to Expressions of Quality of Life for Persons Living With Dementia Through Story, Music, and Art. In: Alzheimer's Care Quarterly 6(1), 52-61.
- Kato, M.; Meguro, K.; Sato, M.; Shimada, Y.; Yamazaki, H.; Saito, H.; Yamaguchi, S.; Yamadori, A. (2001):** Ideomotor apraxia in patients with Alzheimer disease: why do they use their body parts as objects? In: Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 14(1), 45-52.
- Keane, J.; Calder, A. J.; Hodges, J. R.; Young, A. W. (2002):** Face and emotion processing in frontal variant frontotemporal dementia. In: Neuropsychologia 40(6), 655-665.
- Kessels, R. P.; Gerritsen, L.; Montagne, B.; Ackl, N.; Diehl, J.; Danek, A. (2007):** Recognition of facial expressions of different emotional intensities in patients with frontotemporal lobar degeneration. In: Behavioural Neurology 18(1), 31-36.
- Killick, J. (1999):** Listening and writing with people with dementia. In: Signpost 4(1), 5-8.
- Killick, J. (2003):** Funny and sad and friendly: a drama project in Scotland. In: Journal of Dementia Care 11(1), 24-26.
- Killick, J.; Allan, K. (2006):** The Good Sunset Project: making contact with those close to death. In: Journal of Dementia Care 14(1), 22-24.
- Kim, E. J.; Buschmann, M. T. (1999):** The effect of expressive physical touch on patients with dementia. In: International Journal of Nursing Studies 36(3), 235-243.
- Kitwood, T. (2005):** Demenz : Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 4. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kitwood, T. (1997):** Dementia reconsidered : The person comes first. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- Kobayashi, S.; Masaki, H.; Noguchi, M. (1993):** Developmental process: family caregivers of demented Japanese. In: Journal of Gerontological Nursing 19(10), 7-12.
- Koff, E.; Zaitchik, D.; Montepare, J.; Albert, M. S. (1999):** Emotion processing in the visual and auditory domains by patients with Alzheimer's disease. In: Journal of the International Neuropsychological Society 5(1), 32-40.

- Kohler, C. G.; Anselmo-Gallagher, G.; Bilker, W.; Karlawish, J.; Gur, R. E.; Clark, C. M. (2005):** Emotion-Discrimination Deficits in Mild Alzheimer Disease. In: *American Journal of Geriatric Psychiatry* 13(11), 926-933.
- Kontos, P. C. (2004):** Ethnographic reflections on selfhood, embodiment and Alzheimer's disease. In: *Ageing & Society* 24(06), 829-849.
- Kontos, P. C. (2005):** Embodied selfhood in Alzheimer's disease: Rethinking person-centred care. In: *Dementia* 4(4), 553-570.
- Kontos, P. C.; Naglie, G. (2007):** Bridging theory and practice: Imagination, the body, and person-centred dementia care. In: *Dementia* 6(4), 549-569.
- Kramer, B. J.; Gibson, J. W. (1991):** The cognitively impaired elderly's response to touch: A naturalistic study. In: *Journal of Gerontological Social Work* 18(1/2), 175-193.
- Kunz, M.; Scharmann, S.; Hemmeter, U.; Schepelmann, K.; Lautenbacher, S. (2007):** The facial expression of pain in patients with dementia. In: *Pain* 133(1-3), 221-228.
- Kurucz, J.; Feldmar, G. (1979):** Prosopo-affective agnosia as a symptom of cerebral organic disease. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 27(5), 225-230.
- Lancioni, G. E.; La Martire, M. L.; Singh, N. N.; O'Reilly, M. F.; Sigafos, J.; Pinto, K.; Minervini, M. G. (2009):** Persons With Mild or Moderate Alzheimer's Disease Managing Daily Activities via Verbal Instruction Technology. In: *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 23(6), 552-562.
- Langland, R. M.; Panicucci, C. L. (1982):** Effects of touch on communication with elderly confused clients. In: *Journal of Gerontological Nursing* 8(3), 152-155.
- Lavenu, I.; Pasquier, F. (2005):** Perception of emotion on faces in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a longitudinal study. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 19(1), 37-41.
- Lavenu, I.; Pasquier, F.; Lebert, F.; Petit, H.; van der Linden, M. (1999):** Perception of Emotion in Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease. In: *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 13(2), 96-101.
- Lawton, M. P.; Van Haitsma, K.; Klapper, J. (1996):** Observed Affect in Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 51B(1), 3-14.
- Lough, S.; Kipps, C. M.; Treise, C.; Watson, P.; Blair, J. R.; Hodges, J. R. (2006):** Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia. In: *Neuropsychologia* 44(6), 950-958.

- Lucchelli, F.; Lopez, O. L.; Faglioni, P.; Boller, F. (1993):** Ideomotor and ideational apraxia in alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(5), 413-417.
- Luzzi, S.; Piccirilli, M.; Provinciali, L. (2007):** Perception of emotions on happy/sad chimeric faces in Alzheimer disease: relationship with cognitive functions. In: *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 21(2), 130-135.
- Magai, C.; Cohen, C.; Gomberg, D.; Malatesta, C.; Culver, C. (1996):** Emotional expression during mid- to late-stage dementia. In: *International Psychogeriatrics* 8(3), 383-395.
- Magai, C.; Cohen, C. I.; Culver, C.; Gomberg, D.; Malatesta, C. (1997):** Relation between premorbid personality and patterns of emotion expression in mid- to late-stage dementia. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 1092-1099.
- Magai, C.; Cohen, C. I.; Gomberg, D. (2002):** Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. In: *International Psychogeriatrics* 14(1), 25-38.
- Mendez, M. F.; Perryman, K. M. (2003):** Disrupted facial empathy in drawings from artists with frontotemporal dementia. In: *Neurocase* 9(1), 44-50.
- Mihailidis, A.; Barbenel, J. C.; Fernie, G. (2004):** The efficacy of an intelligent cognitive orthosis to facilitate handwashing by persons with moderate to severe dementia. In: *Neuropsychological Rehabilitation* 14(1), 135-171.
- Miller, C. A. (2008):** Communication difficulties in hospitalized older adults with dementia. In: *American Journal of Nursing* 108(3), 58-66.
- Mitchell, R. (2005):** I'm tickled that I took that photo. In: *Journal of Dementia Care* 13(2), 14.
- Moses, J. (1985):** Stroking the child in withdrawn and disoriented elders. In: *Transactional Analysis Journal* 15(2), 152-158.
- Mozaz, M.; Garaigordobil, M.; Gonzalez Rothi, L. J.; Anderson, J.; Crucian, G. P.; Heilman, K. M. (2006):** Posture recognition in Alzheimer's disease. In: *Brain and Cognition* 62(3), 241-245.
- Mullan, M. (2005):** Finding harmony together through musical expression. In: *Journal of Dementia Care* 13(2), 22-24.
- Murphy, J. (2000):** Enabling people with aphasia to discuss quality of life. In: *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 7(11), 454-458.

- Murphy, J.; Gray, C. M.; Cox, S. (2007):** Communication and dementia: How Talking Mats can help people with dementia to express themselves. York: Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2128-talking-mats-dementia.pdf>
- Murphy, J.; Tester, S.; Hubbard, G.; Downs, M.; MacDonald, C. (2005):** Enabling frail older people with a communication difficulty to express their views: the use of Talking Matstrade mark as an interview tool. In: Health & Social Care in the Community 13(2), 95-107.
- Muthesius, D.; Ganß, M. (2004):** Interventions- und Kommunikationsformen. In: Wißmann, P. (Hrsg.): Werkstatt Demenz. Hannover: Vincentz Verlag, 129-153.
- Narr, B. (2009):** Die Freude am Spiel führt zum Erzählen. In: Demenz - Das Magazin(1), 19-21.
- Nyström, K.; Lauritzen, S. O. (2005):** Expressive bodies: demented persons' communication in a dance therapy context. In: Health 9(3), 297-317.
- Ogrocki, P. K.; Hills, A. C.; Strauss, M. E. (2000):** Visual exploration of facial emotion by healthy older adults and patients with Alzheimer disease. In: Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 13(4), 271-278.
- Parakh, R.; Roy, E.; Koo, E.; Black, S. (2004):** Pantomime and imitation of limb gestures in relation to the severity of Alzheimer's disease. In: Brain and Cognition 55(2), 272-274.
- Perry, R. J.; Rosen, H. R.; Kramer, J. H.; Beer, J. S.; Levenson, R. L.; Miller, B. L. (2001):** Hemispheric dominance for emotions, empathy and social behaviour: evidence from right and left handers with frontotemporal dementia. In: Neurocase 7(2), 145-160.
- Preston, T. (1973):** Caring for the aged: when words fail. In: American Journal of Nursing 73(12), 2064-2066.
- Ragneskog, H.; Asplund, K.; Kihlgren, M.; Norberg, A. (2001):** Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions. In: International Journal of Nursing Practice 7(3), 146-155.
- Re, S. (2003):** Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36(6), 447-453.
- Richard, N. (2004):** Kommunikation und Körpersprache mit Menschen mit Demenz - die Integrative Validation (IVA). In: Unterricht Pflege 9(5), 13-16.
- Roberts, V. J.; Ingram, S. M.; Lamar, M.; Green, R. C. (1996):** Prosody impairment and associated affective and behavioral disturbances in Alzheimer's disease. In: Neurology 47(6), 1482-1488.

- Romero, B.; Kurz, A. (1989):** Kommunikationswege für Alzheimer Kranke. In: Roth, V. M. (Hrsg.): Kommunikation trotz gestörter Sprache: Aphasie, Demenz, Schizophrenie. Tübingen: Narr, 129-141.
- Rose, L. (2003):** Larry's way: Another Look at Alzheimer's from the inside. New York: iUniverse.
- Rosen, H. J.; Pace-Savitsky, K.; Perry, R. J.; Kramer, J. H.; Miller, B. L.; Levenson, R. W. (2004):** Recognition of emotion in the frontal and temporal variants of frontotemporal dementia. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 17(4), 277-281.
- Rosen, H. J.; Perry, R. J.; Murphy, J.; Kramer, J. H.; Mychack, P.; Schuff, N.; Weiner, M.; Levenson, R. W.; Miller, B. L. (2002):** Emotion comprehension in the temporal variant of frontotemporal dementia. In: Brain 125(Pt 10), 2286-2295.
- Roudier, M.; Marcie, P.; Grancher, A. S.; Tzortzis, C.; Starkstein, S.; Boller, F. (1998):** Discrimination of facial identity and of emotions in Alzheimer's disease. In: Journal of Neurological Sciences 154(2), 151-158.
- Routasalo, P. (1996):** Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. In: Journal of Advanced Nursing 23(5), 904-911.
- Routasalo, P.; Isola, A. (1996):** The right to touch and be touched. In: Nursing Ethics 3(2), 165-176.
- Rowe, M.; Alfred, D. (1999):** The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer's disease. In: Journal of Gerontological Nursing 25(6), 22-34.
- Santo Pietro, M. J.; Ostuni, E. (2003):** Successful communication with Alzheimer's disease patients: an in-service training manual. 2. Auflage. Boston: Butterworth-Heinemann.
- Schiaratura, L. T. (2008):** La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer - Non-verbal communication in Alzheimer's disease. In: Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement 6(3), 183-188.
- Shaw, B. (2003):** Exploring the galleries of the mind. In: Journal of Dementia Care 11(6), 18-19.
- Shimokawa, A.; Yatomi, N.; Anamizu, S.; Ashikari, I.; Kohno, M.; Maki, Y.; Torii, S.; Isono, H.; Sugai, Y.; Koyama, N.; Matsuno, Y. (2000):** Comprehension of emotions: comparison between Alzheimer type and vascular type dementias. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 11(5), 268-274.
- Shimokawa, A.; Yatomi, N.; Anamizu, S.; Torii, S.; Isono, H.; Sugai, Y. (2003):** Recognition of facial expressions and emotional situations in patients with dementia of the Alzheimer and vascular types. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 15(3), 163-168.

- Sierpina, M.; Cole, T. R. (2004):** Stimulating creativity in all elders: a continuum of interventions. In: *Care Management Journals* 5(3), 175-182.
- Ska, B. (1994):** Production de postures et mouvements volontaires dans la démence de type Alzheimer. In: Poncet, M.; Michel, B.; Nieoullon, A. (Hrsg.): *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*. Marseille: Solal, 277-282.
- Smiley, A. C. (1993):** Easing the pain of Alzheimer's with sign language. In: *Journal of Long-Term Care Administration* 21(2), 8-9.
- Smith, M. (1995):** Facial expression in mild dementia of the Alzheimer type. In: *Behavioural Neurology* 8, 149-156.
- Snowden, J. S.; Austin, N. A.; Sembi, S.; Thompson, J. C.; Craufurd, D.; Neary, D. (2008):** Emotion recognition in Huntington's disease and frontotemporal dementia. In: *Neuropsychologia* 46(11), 2638-2649.
- Snyder, M.; Egan, E. C.; Burns, K. R. (1995):** Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. In: *Geriatric Nursing* 16(2), 60-63.
- Spoletini, I.; Marra, C.; Di, Iulio F.; Gianni, W.; Sancesario, G.; Giubilei, F.; Trequattrini, A.; Bria, P.; Caltagirone, C.; Spalletta, G. (2008):** Facial emotion recognition deficit in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer disease. In: *American Journal of Geriatric Psychiatry* 16(5), 389-398.
- Strauss, C. J. (2002):** Talking to Alzheimer's. Oakland/CA: New Harbinger Publications.
- Tamura, T.; Ohsumi, M.; Oikawa, D.; Higashi, Y.; Fujimoto, T.; Suenaga, T.; Kuwahara, N. (2007):** Reminiscence - A Comparison of Conventional Therapeutic and Computer-Based Interactive Methods. In: *Journal of Robotics and Mechatronics* 19(6), 724-727.
- Tappen, R. M. (1991):** Alzheimer's disease: communication techniques to facilitate perioperative care. In: *AORN J* 54(6), 1279-1286.
- Tappen, R. M.; Williams, C. (1998):** Attribution of emotion in advanced Alzheimer's disease: Family and caregiver perspectives. In: *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 13(5), 257-264.
- Taylor, R. (2007):** Alzheimer's from the inside out. Baltimore: Health Professions Press.
- Teng, E.; Lu, P. H.; Cummings, J. L. (2007):** Deficits in Facial Emotion Processing in Mild Cognitive Impairment. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 23(4), 271-279.
- Thibault, S.; Lagha-Pierucci, S.; Baudouin-Madec, V.; Derouesné, C. (1998):** Perturbations gestuelles dans la maladie d'Alzheimer. In: Gely Nargeot, M. C.; Ritchie, K.; Touchon, J. (Hrsg.): *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*. Marseille: Solal, 341-348.

- Thompson, P. M. (2002):** Communicating with dementia patients on hospice. In: American Journal of Hospice & Palliative Care 19(4), 263-266.
- Toseland, R. W.; McCallion, P. (1998):** Maintaining communication with persons with dementia: An educational program for nursing home staff and family members. New York: Springer.
- UWM Center on Age & Community. (2006):** Creative Expression and Dementia Care: Moving Forward in Research May 31 - June 2, 2006. Milwaukee: University of Wisconsin. [http://cac.obiki.org/products.attachment/309561/final\\_white\\_paper.pdf](http://cac.obiki.org/products.attachment/309561/final_white_paper.pdf)
- Vittoria, A. K. (1998):** Preserving Selves: Identity Work and Dementia. In: Research on Aging 20(1), 91-136.
- Wagener, R.; Berkemeyer, C.; Hock, G.; Schneider, A.; Winterberg, C.; Ulmer, E.-M. (1998):** Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. In: Pflege 11(2), 89-95.
- Wagener, R.; Ulmer, E.-M.; Margraf, K. (1999):** Essenreichen bei Alzheimer-Demenz. In: Pflege Aktuell 11(2), 357-360.
- Ward, R.; Vass, A. A.; Aggarwal, N.; Garfield, C.; Cybyk, B. (2006b):** What is dementia care? 2. An invisible workload. In: Journal of Dementia Care 14(1), 28-30.
- Ward, R.; Vass, A. A.; Aggarwal, N.; Garfield, C.; Cybyk, B. (2006a):** What is dementia Care? 3. Seeing patterns - making sense. In: Journal of Dementia Care 14(2), 22-24.
- Warns, E. N. (2006):** Kunst als autonome Kommunikationsform eines Menschen, der an Demenz leidet - Autonomie auch für pflegende Ehepartner? In: Aldebert, H. (Hrsg.): Demenz verändert: Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten. Schenefeld, Bz Hamburg: EB-Verlag, 209-226.
- Washburn, A. M.; Sands, L. P. (2006):** Social Cognition in Nursing Home Residents With and Without Cognitive Impairment. In: Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 61(3), 174-179.
- Weiss, E. M.; Kohler, C. G.; Vonbank, J.; Stadelmann, E.; Kemmler, G.; Hinterhuber, H.; Marksteiner, J. (2008):** Impairment in emotion recognition abilities in patients with mild cognitive impairment, early and moderate Alzheimer disease compared with healthy comparison subjects. In: American Journal of Geriatric Psychiatry 16(12), 974-980.
- Willis, L.; Behrens, M.; Mack, W.; Chui, H. (1998):** Ideomotor apraxia in early Alzheimer's disease: time and accuracy measures. In: Brain and Cognition 38(2), 220-233.
- Wißmann, P.; Ganß, M. (2006):** Auf Farbtöne hören. In: Forum Sozialstation 30(142), 42-46.
- Wood, K. (2004):** Creativity and Dementia - Opening New Horizons. In: Signpost 8(3), 21-23.



**Woods, D. L.; Craven, R. F.; Whitney, J. (2005):** The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. In: *Alternative Therapies in Health and Medicine* 11(1), 66-74.

**Woods, D. L.; Dimond, M. (2002):** The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. In: *Biological Research for Nursing* 4(2), 104-114.

**Zandi, T.; Cooper, M.; Garrison, L. (1992):** Facial recognition: a cognitive study of elderly dementia patients and normal older adults. In: *International Psychogeriatrics* 4(2), 215-221.

**Zeisel, J. (2009):** *I'm still here: a breakthrough approach to understanding someone living with Alzheimer's.* New York: Avery Penguin Group.

## AUTORENVERZEICHNISS

## BOES, CHARLOTTE

Charlotte Boes ist Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin. Seit dem Jahr 2000 arbeitet sie im Bereich Demenz und ist seit 2001 DCM Trainerin. Sie leitet Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Demenz und zur Konzeptentwicklung und -umsetzung im stationären Bereich.

## KÖHLER, KERSTIN

Kerstin Köhler ist Diplom-Gerontologin und Kunsthistorikerin. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs) arbeitet sie derzeit im BMG Leuchtturmprojekt „EVIDENT“, das vernetzte Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige untersucht.

## KREUTZNER, GABRIELE

Dr. Gabriele Kreutzner ist Kultur- und Medienwissenschaftlerin und arbeitet im Bereich des gesundheitsbezogenen Informationstransfers. Als Freiberuflerin hat sie sich der Verbreitung von Wissen zum Themenkomplex Alter – Gesundheit – Geschlecht verschrieben. Mit dem Thema Demenz ist sie seit längerem intensiv befasst und u.a. als Übersetzerin und Publizistin tätig. Schließlich ist sie als Vorstandmitglied bei Aktion Demenz e.V. engagiert.

## RADZEY, BEATE

Beate Radzey ist Haushaltsökonomin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Demenz Support Stuttgart. Die erfahrene Versorgungsforscherin im Bereich Altenhilfe setzt ihre Arbeitsschwerpunkte in der Gerontopsychiatrie. Sie betreut praxisbezogene Forschungsprojekte, ist Trainerin für DCM und betreut zahlreiche Fort- und Weiterbildungen.

## SACHWEH, SVENJA

Dr. Svenja Sachweh ist Linguistin und Gesprächsforscherin und hat über die Kommunikation in der Altenpflege promoviert. Seit 15 Jahren erforscht sie Wege zur effektiven Verständigung mit demenzkranken Menschen. Das dabei gewonnene Wissen gibt sie als selbstständige Dozentin sowie als Buchautorin an Pflegekräfte und Angehörige weiter.

## IMPRESSUM

## HERAUSGEBER

Demenz Support Stuttgart gGmbH  
Zentrum für Informationstransfer  
Hölderlinstraße 4  
D 70174 Stuttgart

## REDAKTION

Beate Radzey & Dr. Gabriele Kreutzner  
unter Mitarbeit von Ulrike Fischer

Tel: 0711 / 99 787 10

Fax: 0711 / 99 787 29

Mail: [info@demenz-support.de](mailto:info@demenz-support.de)

Web: [www.demenz-support.de](http://www.demenz-support.de)

ISSN 1863-6136

## LAYOUT UND SATZ

Bastian Völler

© 2009 Demenz Support Stuttgart gGmbH,  
Zentrum für Informationstransfer, Stuttgart.

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der herausgebenden Institution unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.