



Leseprobe aus Wirsing, Psychologie in der Altenpflege, ISBN 978-3-621-28752-4
© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28752-4>

Inhalt

Vorwort zur 8. Auflage	13
Einführung	14
Psychologie als Bezugswissenschaft für die Pflege	14
Psychologie in den Rahmenlehrplänen der generalistischen Pflegeausbildung	21
1 Persönlichkeitspsychologie: Wer bin ich und wer bist du?	28
1.1 Person und Persönlichkeit: In Resonanz kommen	29
1.2 Persönlichkeits-Typologien	31
1.2.1 Die Temperamentenlehre	32
1.2.2 Die Big-Five – Dimensionen der Persönlichkeit	33
1.3 Psychodynamische Persönlichkeits-Theorien	36
1.4 Humanistische Persönlichkeits-Theorien	37
1.5 Die Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie)	40
2 Entwicklungspsychologie: Wie wir werden, was wir sind	44
2.1 Entwicklung und Lebensspanne	45
2.2 Entwicklungsaufgaben für jedermann	46
2.3 Psychologische Lerntheorien und persönliche Entwicklung	48
2.3.1 Signallernen: Wie uns die Umwelt vertraut wird	48
2.3.2 Verstärkungslernen: Aus Erfahrung wird man klug	49
2.3.3 Trotz und Widerstand: eine Lebensenergie	52
2.3.4 Beobachtungslernen: sozial-kognitive Lerntheorie	53
2.4 Bewältigungstheorien und persönliche Entwicklung	56
2.4.1 Das Transaktionale Stress-Bewältigungsmodell nach Richard Lazarus	56
2.4.2 Entwicklungspsychologisches Modell der Daseinsthemen von Hans Thoma	59
3 Biografiearbeit in der Altenpflege	63
3.1 Das Lebensflussmodell	63
3.2 Die fünf Säulen der Identität	65
3.3 Biografiegeleitete Altenpflege	67
3.3.1 Biografie und Pflegealltag	69
3.3.2 Eigene Prägungen erkunden: Selbstreflexion	69
3.3.3 Information und Kommunikation in der biografiegeleiteten Altenpflege	70
3.3.4 Erinnerungspflege und emotionales Erfahrungsgedächtnis	75
3.3.5 Biografie und Psychotrauma-Reaktivierung im Alter	81
3.3.6 Biografiegeleitete kultursensible Altenpflege	86
3.3.7 Biografiegeleitete Pflege und Toleranzspielraum	87

4	Berufliches Selbstverständnis im Pflegeberuf: Ich im Team und im Unternehmen	90
4.1	Berufliches Rollenverständnis entwickeln	91
4.2	Motivation für den Altenpflegeberuf	93
4.3	Im Team meinen Platz finden	94
4.3.1	Teamarbeit und Gruppendynamik	95
4.3.2	Wie sich Teams entwickeln	96
4.3.3	Vier Team-Kulturen: Das Riemann-Thomann-Modell	99
4.3.4	Pflegekräfte aus anderen Ländern und Kulturen	101
4.4	Lernen lernen	102
4.4.1	Leistungsmotivation	102
4.4.2	Lerntipps	103
4.4.3	Präsentation und Moderation	105
4.5	Älterwerden im Pflegeberuf	109
4.6	Führungsstil und Mitarbeitermotivation	112
4.7	Qualitätsmanagement	114
4.8	Veränderungsprozesse in Organisationen	116
5	Wahrnehmungspsychologie im Pflegeprozess	118
5.1	Der Pflegeprozess in der Langzeitpflege	119
5.1.1	Das sechsstufige Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier	119
5.1.2	Das vierstufige Strukturmodell für die Langzeitpflege	120
5.2	Wahrnehmung: Jeder baut sich seine Welt	122
5.2.1	Grundlagen der menschlichen Wahrnehmung: Können wir unseren Sinnen trauen?	123
5.2.2	Wahrnehmungstendenzen: ein Brillensortiment	127
5.3	Beobachtung: Schlüssel zum Verstehen alter Menschen	131
5.3.1	Introspektion (Selbstbeobachtung)	131
5.3.2	Fremdbeobachtung	132
5.4	Dokumentation von Beobachtungen	134
5.5	Befragung und Interview	137
5.6	Psychologische Tests	138
6	Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten	140
6.1	Grundlagen der Kommunikationspsychologie	140
6.2	Nonverbale Kommunikation: Wie wir ohne Worte reden	142
6.3	Spiegelneurone: Resonanz, Empathie und emotionale Mitschwingung	146
6.3.1	Neuronale Hardware der Empathie	147
6.3.2	Was Spiegelneurone, Stress und Pflegealltag miteinander zu tun haben	149
6.4	Kommunikationsmodelle für den Pflegeprozess	150
6.4.1	Das Vier-Seiten-Modell der Kommunikation	151
6.4.2	Die Transaktionsanalyse	156
6.5	Kommunikationswerkzeuge: einander verstehen lernen	159
6.5.1	Passende Anrede und Sprache wählen	160
6.5.2	Aktiv zuhören: mit ganzem Ohr, offenen Augen und Herz dabei sein	161

6.5.3	Wahrnehmungen überprüfen	163
6.5.4	Ich-Botschaften senden	163
6.5.5	Feedback geben und nehmen	164
6.6	Kommunikation im Beratungsgespräch	165
6.6.1	Grundfragen der Auftragsklärung	166
6.6.2	Vier Werkzeuge für eine Beratung	167
6.6.3	Die fünf Schritte eines Beratungsgesprächs	168
6.7	Die kollegiale Fallberatung	169
7	Psychologie menschlicher Grundbedürfnisse im Pflegeprozess	172
7.1	Bedürfnisorientierte Pflegeprozess-Modelle	173
7.1.1	Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) im Pflegeprozess	173
7.1.2	Strukturmodell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel (ABEDL)	175
7.2	Psychologische Grundlagen bedürfnisorientierter Pflege	177
7.2.1	Bedürfnisorientiertes Modell der person-zentrierten Pflege (Kitwood)	177
7.2.2	Bindung und Beziehungspflege	179
7.2.3	Bedürfnishierarchie nach Maslow	182
7.2.4	Motive und Motivation im Pflegeprozess	184
7.2.5	Emotionen im Pflegeprozess	186
7.2.6	Psychische Reaktionen auf Krankheit und Behinderung	188
7.3	Kommunizieren können	192
7.4	Sich bewegen können: Psychomotorik	194
7.5	Essen und trinken	196
7.5.1	Probleme beim Essen und Trinken	198
7.5.2	Zwiespalt beim Essen reichen: Be-vor-Mund-en oder Sein-lassen	199
7.6	Kontinenz: Tabu und Scham	199
7.6.1	Harninkontinenz	200
7.6.2	Stuhlinkontinenz	201
7.6.3	Inkontinenz betrifft Leib und Seele	202
7.6.4	Ekel: Ein ganz normales Gefühl	204
7.7	Berühren und berührt sein	205
8	Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen pflegen	208
8.1	Was ist normal und was »ver-rückt«?	209
8.1.1	Medizinisches Krankheitsmodell	209
8.1.2	Biopsychosoziales Krankheitsmodell	210
8.1.3	Salutogenese: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	211
8.2	Verbreitung psychischer Erkrankungen bei alten Menschen	213
8.3	Depression und Angst im Alter	215
8.4	Organisch bedingte psychische Störungen	218
8.4.1	Akutes organisches Psychosyndrom: Delir und Verwirrtheit	218
8.4.2	Chronisch organisches Psychosyndrom: Demenz	219
8.5	Psychophysischer Werkzeugverlust bei Demenz	224
8.5.1	Das Vier-Stufen-Modell des Werkzeugverlusts	224

8.5.2	Die zwei Demenzgesetze	226
8.5.3	Chronischer Stress und Alzheimer-Demenz	228
8.6	Grundhaltungen der gerontopsychiatrischen Pflege	229
8.6.1	Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	229
8.6.2	Suchhaltung: Verstehenshypothese und Introspektion	232
8.6.3	Validation und Integrative Validation	235
8.7	Erlebensaktivierende Pflege und Betreuung	237
8.7.1	Die multiple Stimulation nach Petzold	237
8.7.2	Die basale Stimulation	238
8.7.3	Die 10-Minuten-Aktivierung	239
8.7.4	Betätigung anstelle von Beschäftigung	240
8.7.5	Snoezelen	241
8.7.6	Musik und Klang als Königsweg	241
8.8	Die MAKS®-Intervention: Evidenzbasierte erlebensaktivierende Betreuung	244
8.9	Perspektivenwechsel im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen	247
9	Krisen und Konfliktmanagement im Pflegeprozess: Herausforderungen meistern	252
9.1	Konfliktfelder in der Altenpflege	252
9.2	Grundhaltungen und Werkzeuge im Konfliktmanagement	255
9.3	Selbstschutzprogramm in Konfliktsituationen: Abwehrmechanismen	256
9.4	Herausforderndes Verhalten im Pflegeprozess: Wer fordert hier wen heraus?	257
9.4.1	Das biopsychosoziale Modell der Aggression	260
9.4.2	Nähe und Distanz im Pflegeprozess	263
9.4.3	Werkzeugverlust und Ausdruck von Aggression bei Demenz	265
9.4.4	Taktile Abwehr	266
9.4.5	Pflegediagnostik bei Herausforderndem Verhalten	266
10	Altern als normaler Entwicklungsprozess	269
10.1	Strukturwandel des Alters und Bilder von alten Menschen	269
10.2	Altern als Veränderungsprozess	271
10.2.1	Perspektiven auf das Alter	271
10.2.2	Gerontologische Alternsmodelle	272
10.2.3	Der menschliche Körper und seine Jahreszeiten	275
10.2.4	Liebe und Partnerschaft	277
10.3	Soziale Netzwerke im Alter	280
10.3.1	Alleinsein und Einsamkeit	280
10.3.2	Prothetische soziale Netzwerke	282
10.4	Leistungsfähigkeit des älteren Menschen	284
10.4.1	Lernen: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr?	286
10.4.2	Das Gedächtnis	287

11	Langzeitpflege: Im Heim und daheim	291
11.1	Wohnen und Identität: Wo lebt es sich im Alter am besten?	291
11.1.1	Einstellungen zum Wohnen im Heim	293
11.1.2	Der Umzug ins Altenheim: eine psychische Krisensituation	293
11.2	Die Lebenswelt Heim	296
11.2.1	Lebensweltorientierung: milieutherapeutisch inspirierte Pflege	297
11.2.2	Altenheime als Hausgemeinschaften	300
11.2.3	Die Eden – Alternative	301
11.3	Begleitung in der letzten Lebensphase	304
11.3.1	Psychosoziale Aspekte des Sterbens	305
11.3.2	Sterben: das letzte Stück des Lebensweges	305
11.3.3	Die psychophysische Situation von Sterbenden	308
11.3.4	Psychologische Betreuung Sterbender	310
11.4	Abschiednehmen – Trauern	313
11.4.1	Vier-Phasen-Modell des Trauerns	313
11.4.2	Hilfreiche Rituale im Trauerprozess	314
12	Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Langzeitpflege	317
12.1	Angehörige pflegen Angehörige	317
12.1.1	Belastungssituation pflegender Angehöriger	318
12.1.2	Ambivalenz in Pflegebeziehungen	322
12.1.3	Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen	323
12.1.4	Filiale Reife. Eine Entwicklungsaufgabe für Angehörige	324
12.1.5	Unsichtbare Bindungen im Familiensystem – ein Tabu	325
12.2	Ambulanter Pflegedienst und Angehörige	327
12.3	Heimbewohner:innen und ihre Angehörigen	328
12.4	Psychodynamik beim professionellen Pflegen	331
12.4.1	Pflegende sind auch Angehörige	331
12.4.2	Verstrickungen und Lösungen im Beziehungsband Pflege	332
13	Psychohygiene – Pflege deinen Nächsten und dich selbst	337
13.1	Belastungsfaktoren in der Altenpflege	338
13.2	Stress und Stressbewältigung	340
13.2.1	Das integrative Stressmodell für die Altenpflege nach Cohen-Mansfield	344
13.2.2	Umgang mit Stress	344
13.3	Burn-out und Cool-out: Wenn die heiße Liebe zum Beruf erkaltet	349
13.3.1	Symptome von Burn-out	350
13.3.2	Entwicklung von Burn-out und Cool-out	351
13.4	Burn-out vermeiden und Resilienz stärken	354
13.4.1	Pausen erholsam gestalten	354
13.4.2	Die Sieben-Säulen der Resilienz	355
13.4.3	Der Balance-Kompass	358
13.4.4	Kurze Wege zu mehr Gelassenheit und Präsenz	361
13.5	Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz	364

13.5.1	Gratifikationskrisen im Pflegeberuf	365
13.5.2	Ansatzpunkte für betriebliches Gesundheitsmanagement	366
13.5.3	Supervision	367

Anhang

	Hinweise zum Online-Material	370
	Literatur	371
	Glossar	382
	Sachwortverzeichnis	386

6 Kommunikation im Pflegeprozess: miteinander in Beziehung treten

Was Sie in diesem Kapitel erwartet

Wissen Sie, dass Sie mehrere Sprachen beherrschen? Auf jeden Fall zwei. Die verbale und die nonverbale Kommunikation. Die Sprache des Gesichts, der Körperhaltung und die von Herz zu Herz sagt in der Pflege oft mehr als alle Worte. Eine aufmunternde Geste, ein interessierter Blick oder eine liebevolle Berührung zählen ebenso zur Kommunikation wie das Gespräch. Zur Pflegekunst gehört die Kompetenz, sich auf eine leibliche Resonanz mit dem anderen Menschen einzulassen. Einander wirklich verstehen, gelingt nur über das besondere Band einer spürbar stimmigen Beziehung. Und wichtig zu wissen: ein bedeutender Teil der Kommunikation läuft auf der unbewussten Ebene ab, so wie man bei einem Eisberg auch nur den kleineren Teil über Wasser zu Gesicht bekommt.

Im Vier-Seiten-Modell der Kommunikation wird deutlich, dass Menschen über vier Sende- und Empfangsantennen verfügen: Es geht nicht nur um die Sache, sondern auch um Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell. Missverständnisse bleiben da nicht aus. Altenpfleger:innen brauchen daher professionelle Kommunikationswerkzeuge: Aktives Zuhören, Ich-Botschaften, Wahrnehmungsüberprüfung und Feedback gehören in die Werkzeugkiste. Im Kommunikationsmodell der Transaktionsanalyse wird deutlich, wodurch unsere Kommunikationsmuster bestimmt werden, inwieweit das Kind-Ich, das Erwachsenen-Ich oder das Eltern-Ich eine Rolle spielen. Pflegende können sich mit diesem Modell bewusst machen, ob und wie sie in der Kommunikation mit anderen Menschen z. B. Wertschätzung gezeigt haben.

In der Beratungsarbeit, ob mit pflegebedürftigen Menschen oder ihren Angehörigen, sind insbesondere Fragen der Auftragsklärung wichtig: Wer will was von wem? Wer will was von wem *nicht*?

Das elementare Bedürfnis, mit anderen Menschen in Beziehung treten zu können, begleitet Menschen ein Leben lang, auch im Alter. Und Beziehung ist ganz wesentlich Kommunikation.

6.1 Grundlagen der Kommunikationspsychologie

Wenn zwei Menschen miteinander kommunizieren, begeben sie sich in einen wechselseitigen Informationsfluss. In der trockenen Sprache der Nachrichtentechnik bedeutet dies, dass ein Sender einem Empfänger über seine verbalen und nonverbalen Kommu-

nikationskanäle Informationen übermittelt. Der Empfänger entschlüsselt die Information mit seinen Kommunikationskanälen. Reagiert der Empfänger auf die erhaltene Botschaft durch ein Feedback (Rückmeldung, Rückkoppelung) spricht man von Interaktion. Dieser Interaktionsprozess ist allerdings vielfältiger, als es ein rein nachrichtentechnisches Modell abbildet. Jede menschliche Kommunikation hat immer auch eine leibhaftige Komponente, wie es das Modell der Embodied Communication (s. Abschn. 6.2) verdeutlicht.

Die fünf Grundsätze der Kommunikationspsychologie

Der Kommunikationsforscher Paul Watzlawick (1990) hat für das Verständnis von zwischenmenschlicher Kommunikation fünf Grundsätze (Axiome) aufgestellt.

Man kann nicht nicht kommunizieren. Ausgangspunkt ist die Einsicht, dass Menschen, die sich wahrnehmen und in Beziehung treten können, zwangsläufig miteinander kommunizieren. Es ist unmöglich, in Situationen, in denen man andere Menschen von Angesicht zu Angesicht sieht, nicht zu kommunizieren. Zwischen zwei Menschen, die sich im Lift begegnen, findet ein Nachrichtenfluss statt, auch wenn sie kein Wort wechseln: Blicke, Gesichtsausdruck oder Körperhaltung teilen dem anderen etwas mit, und sei es auch nur: »Ich will nicht mit dir reden«.

Jede Kommunikation enthält einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt. Der Inhaltsaspekt einer Kommunikation betrifft den Sachverhalt: Was wird gesagt? Der Beziehungsaspekt sagt etwas darüber aus, wie die Nachricht gemeint ist, wie der Sender seine Beziehung zum Empfänger definiert. Daraus ergeben sich für den Empfänger wichtige Zusatzinformationen, z. B. wie der Sender über den Empfänger denkt oder wie der Empfänger die Nachricht verstehen soll, ob der Sender z. B. eine Antwort erwartet.

Jede Kommunikation enthält eine Verlaufsstruktur. Menschen neigen dazu, ihr Verhalten als Reaktion auf etwas Vorangegangenes zu erleben. Dabei beurteilt jeder das Geschehen aus seiner Sicht. So entstehen Muster wie »Du bist schuld«/»Nein, du bist schuld« oder »Du hast angefangen«/»Nein, du«. Dieses Spiel kann endlos weitergehen, wenn nicht einer der Kommunikationspartner bereit ist, zunächst auf seine Interpretation der Problemstellung zu verzichten und auf den anderen einzugehen.

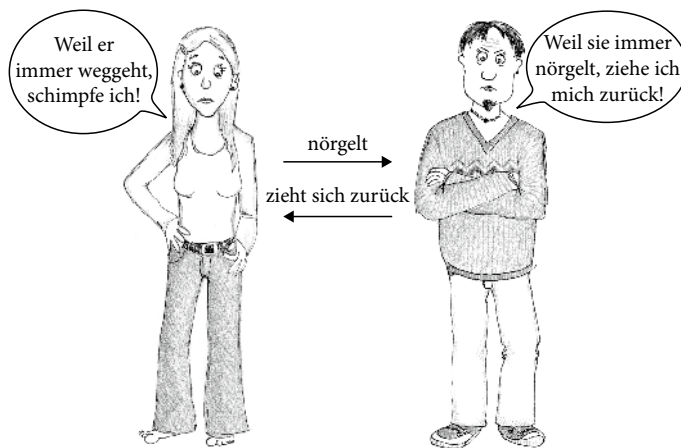


Abbildung 6.1 Erst die beteiligten Personen geben dem an sich unendlichen und nicht strukturierten Kommunikationsablauf eine Struktur, sie interpunktieren ihre Interaktion. Da sie das in der Regel nicht zusammen machen und unterschiedliche Sichtweisen haben, ist ein Streit oft unvermeidbar (nach Schulz von Thun, 1989)

Digitale und analoge Kommunikation. Bei der digitalen Kommunikation sind die verwendeten Zeichen wie Worte, Schriftzeichen, Zahlen, relativ eindeutig zu entschlüsseln: Der Begriff Hose steht z. B. für die Sache Hose. Analoge Kommunikation findet meist auf der nonverbalen Ebene statt, mit mimischen Zeichen oder bildhaften Botschaften. Diese Zeichen sind nicht immer eindeutig zu interpretieren: Ein Stirnrunzeln kann z. B. Ausdruck des Erstaunens oder der Missbilligung sein.

Symmetrische und komplementäre Kommunikation. Kommunikation kann symmetrisch und/oder komplementär verlaufen. Eine symmetrische Beziehung basiert auf Gleichgewicht, ist spiegelbildlich angelegt. Die Kommunikationspartner versuchen einander in Stärken und Schwächen ebenbürtig zu sein. Ergänzt das Verhalten des einen Partners das des anderen, handelt es sich um eine komplementäre Kommunikation. Diese Beziehung basiert auf einander ergänzenden Unterschiedlichkeiten.

6.2 Nonverbale Kommunikation: Wie wir ohne Worte reden

Worte verbinden nur, wo unsere Wellenlängen längst übereinstimmen.

Max Frisch (1911–1991)

Menschen verfügen über weitaus mehr Möglichkeiten als das geschriebene und gesprochene Wort, um sich ihrer sozialen Umgebung mitzuteilen.

Leibliche Resonanz ermöglicht Verstehen ohne Worte

»Wenn Pflegende im Stande sind, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus der Sicht des Menschen mit Demenz betrachten können, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Dafür bedarf es in Ergänzung zur verbalen auch der nonverbalen Kommunikation. Damit ist beispielsweise gemeint, sich auf den Körperausdruck eines Menschen einzulassen, in gegenseitige leibliche Resonanz zu kommen, um nachvollziehen zu können, in welcher Gemütslage sich das Gegenüber befindet, auch wenn die Person sich nicht verbal äußern kann.«

Aus: Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018, S. 32)

Embodied Communication (EC). Die leibliche Resonanz ist bei der nonverbalen Kommunikation evident (s. Abschn. 6.3). Das gilt nach dem Modell der Embodied Communication (M. Storch & W. Tschacher, 2014) für jegliche Form des Miteinander-in-Beziehung-Tretens.

■ Definition

Mit **Embodiment** (engl. = Verkörperung) wird in der Psychologie das Zusammenspiel von körperlichen und psychischen Funktionen bezeichnet, die sich gegenseitig beeinflussen.

Das EC-Modell geht davon aus, dass menschliche Kommunikation nicht ein Hin- und Herschicken von präzise definierten Informationspaketen in einem Übertragungskanal ist. Vielmehr aktiviert jede Information im Gehirn der Beteiligten neuronale Netzwerke, seien es Wörter, Sätze, Bilder oder nonverbales Verhalten. Diese sind mit dem emotionalen Erfahrungsgedächtnis (s. Abschn. 3.3.4) und körperlich wirksamen Affekten verknüpft. Einander verstehen ist mehr, als eine objektive Botschaft zu entschlüsseln.

Stimmigkeitsgefühl. »Verstehen im Sinne des EC-Modells stellt sich ein, wenn die Personen in Kontakt sind und ein Stimmigkeitsgefühl entsteht ... Stimmigkeit bedeutet, dass die Personen Synchronie erzeugen, und zwar sowohl auf körperlicher nonverbaler Ebene als auch auf geistiger Ebene.« (Storch et al., 2006, S. 115). So wie es im Expertenstandard empfohlen wird. Stimmigkeitszeichen sind die gemeinsame Sprachmelodie (Tonhöhe, Lautstärke etc.) und eine synchrone Gestik, Mimik und Körperhaltung. Die Autoren empfehlen, dem Gegenüber in der Kommunikation das »AAO-Geschenk« zu machen:

- (1) **Aufmerksam sein** (auf die Situation, auf die eigenen Affekte und auf die des Gegenübers)
- (2) **Augen auf** (Wechsel zwischen direktem Blickkontakt und peripherem Gesichtsfeld)
- (3) **Ohren auf** (zwei Ohren genügen, die aber wirklich offen)

Das AAO-Geschenk macht auch eine gelingende Pflegebeziehung aus.

■ Wichtig

In der Kommunikation mit anderen Menschen werden rund 70 Prozent der Informationen nicht über das Sprechen, sondern über nonverbale Ausdrucksformen vermittelt. Dies gilt vor allem für bewusste und unbewusste Mitteilungen über die Art von Beziehungen.

Körpersprache

Jeder Mensch spricht und versteht neben seiner Muttersprache zumindest eine weitere Sprache: die Körpersprache. Sie ist der oft unbewusste Kommunikationskanal zur Mitteilung von Empfindungen. Die Körpersprache kann das gesprochene Wort unterstreichen – z. B. bekräftigt eine drohende Geste die Aufforderung »Geh' mir aus dem Weg« – oder es abmildern. Zuweilen sendet der Mensch auf den beiden Kanälen auch widersprüchliche Informationen: z. B. behauptet ein älterer Mann auf der verbalen Ebene »Ich habe keine Angst vor der Operation«, während ihm gleichzeitig der Angst-



Abbildung 6.2 Ein offener Blick und ermunternde Körpersprache laden zu gemeinsamer Aktion ein

schweiß auf der Stirn steht. Manche nonverbalen Signale ermöglichen die Verständigung mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturkreisen, ohne deren Sprache zu sprechen. So wird Kopfnicken von den meisten Menschen als Zustimmung, eine erhobene Faust als Zorn und Winken als freundlicher Gruß interpretiert (s. Tab. 6.1). Andere Zeichen wiederum sind kulturabhängig und bleiben daher auch für Fremde unverständlich.

Mimik und Blickkontakt

Der Gesichtsausdruck spielt bei der Übermittlung von Gefühlszuständen eine zentrale Rolle. Besonders die physiologischen Begleiterscheinungen von starken Emotionen – erröten, blass werden, weinen, Weitung der Pupillen – lassen sich kaum unterdrücken und sind für einen Kommunikationspartner offensichtlich.

- ▶ **Mimik:** Mit dem äußerst komplexen Muskelspiel unserer Mimik – Bewegungen der Mundregion, der Nase, der Augenbrauen usw. – können wir Gemütsbewegungen wie Trauer, Freude oder Angst differenziert Ausdruck verleihen.
- ▶ **Blickkontakt:** Ein wichtiges Kommunikationsmittel ist der Blickkontakt. Es irritiert, wenn ein Gesprächspartner keinen Blickkontakt aufnimmt. Andererseits sind »tiefe« Blicke Zeichen von Vertrautheit, die bei Verliebten erfreuen, bei Fremden aber auch Grenzen verletzen können.

Gestik und Körperhaltung

Während durch die Mimik vor allem die Art von Gefühlszuständen signalisiert wird, unterstreichen Gestik und Körperhaltung deren Intensität. Die Körperhaltung kann zudem Aufschluss darüber geben, ob ein anderer Mensch uns gegenüber freundlich, kühl, dominant oder z. B. unterwürfig eingestellt ist.

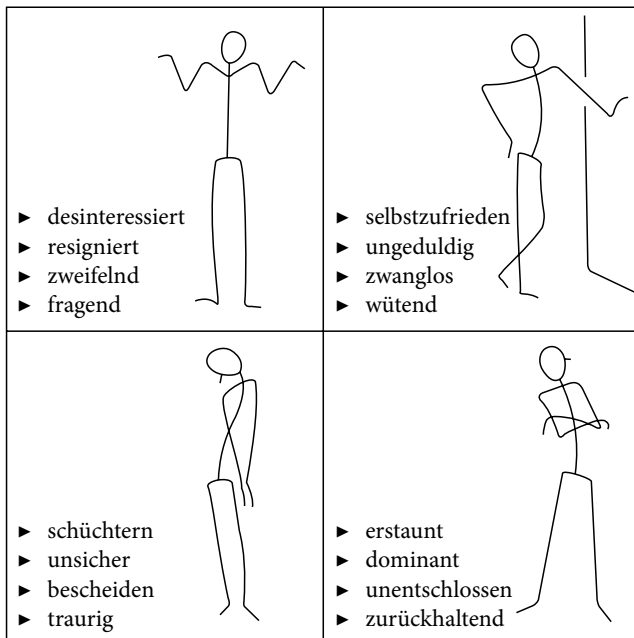


Abbildung 6.3 Ausdruck emotionaler Zustände durch die Körperhaltung (nach Sarbin & Hardyck, 1953, in Argyle, 1972, S.137). Verblüffend schnell lösen selbst diese Strichmännchen beim Betrachtenden einen Eindruck aus, ohne dass er etwas über die Mimik und die Situation etc. weiß

Tabelle 6.1 Manche Gesten können ebenfalls relativ eindeutig interpretiert werden. Sie sind auch für Menschen mit Sprachstörungen und Hörbehinderungen verständlich.

Geste	Bedeutung
Händeschütteln	Begrüßung
Kopfnicken	Zustimmung
Faust ballen	Ärger
Handflächen reiben	Erwartung
Hände reiben	Frieren
Hand heben	Gruß oder Achtung
Heranwinken	Komm her
Mit dem Finger zeigen	Die Richtung angeben
Mit den Achseln zucken	Ich weiß nicht
Schulter klopfen	Ermutigen
Magen reiben	Hunger
Mit der Hand winken	Abschied

■ Wichtig

Medikamente können die Kommunikationsfähigkeit beeinflussen. Höher dosierte Neuroleptika bewirken eine starre und relativ unbewegliche Mimik, eine schleppende Sprechweise und verlangsamte Blickbewegungen. Diese Einschränkung der nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten kann auf einen Gesprächspartner sehr irritierend wirken.

6.3 Spiegelneurone: Resonanz, Empathie und emotionale Mitschwingung

Kennen Sie das? Wenn Sie einem pflegebedürftigen alten Menschen Essen eingeben, dass Sie unwillkürlich selbst den Mund aufmachen? Müssen Sie auch manchmal gähnen, wenn ein anderer Mensch in Ihrer Gegenwart gähnt? Verziehen Sie schmerzhaft das Gesicht, wenn Sie sehen, wie sich jemand gerade wehtut, vor allem wenn er Ihnen persönlich nahesteht?

Zwischen Ihnen und dem anderen kommt es offenbar zu einer Resonanz (s. Abschn. 1.1), etwas in Ihnen wird zum Mitschwingen gebracht. Die neurologische Hardware zur Resonanz sind die Spiegelneurone im Gehirn.

Spiegelneurone sind »Nervenzellen, die im eigenen Körper ein bestimmtes Programm realisieren können, die aber auch dann aktiv werden, wenn man beobachtet oder auf andere Weise miterlebt (hört, riecht etc.), wie ein anderer Mensch dieses Programm in die Tat umsetzt (...) Beim Menschen genügt es zu hören, wie von einer Handlung gesprochen wird, um die Spiegelneurone in Resonanz treten zu lassen« (Bauer, 2006, S. 23 f.). Diese Nervenzellen feuern, d. h. sie entwickeln Aktionspotenziale, wenn wir bei uns selbst Emotionen wie Freude oder Angst fühlen. Aber auch dann, wenn wir einen Menschen mit solchen Gefühlen wahrnehmen. Die Sprache und Stimme, Mimik, Gestik, Körperhaltung und Blicke eines anderen Menschen führen zu einer spiegelbildlichen Mitaktivierung der entsprechenden neuronalen Netzwerke im Gegenüber. Zwei Beispiele:



Abbildung 6.4 Augenzwinkern. Ein fröhliches Begrüßungsritual zwischen Frau Z. und den Pflegenden

- ▶ Wenn wir einem Musiker zusehen, wie er sein Instrument spielt, werden in unserem Gehirn Zellen in dem motorischen Bereich aktiv, der für solche Bewegungen zuständig ist.
- ▶ Wenn wir Bilder sehen, wie sich jemand vor etwas ekelt, geraten auch in unserem Gehirn Zellen in Schwingung, die das Gefühl des Ekels aufkommen lassen.

Es erfolgt eine Art emotionale und motorische Ansteckung. Die positive oder schlechte Stimmung eines anderen Menschen kann unsere eigene Stimmung positiv oder negativ beeinflussen. Emotionales Verständnis und Empathie – Basisfähigkeiten für die Altenpflege – beruhen auf dieser Fähigkeit zur Resonanz.

Diese Spiegelung geschieht unwillkürlich und unbewusst und ermöglicht uns, die Gefühle, Handlungen und Absichten anderer Menschen intuitiv zu verstehen. Neben der emotionalen Resonanz entsteht auch eine Ahnung, was gleich passieren könnte.

6

Probieren Sie es aus

Wenn Sie mit anderen in einer Gruppe zusammenstehen, brauchen Sie nur einmal plötzlich Ihren Blick nach oben zu richten und Sie werden feststellen, dass einige Ihren Blicken folgen werden. Das gehört zu unserem evolutionären Erfahrungsschatz, den wir Menschen teilen. Das hilft uns unbewusst, potentiellen Gefahren (Stein, Tier o. ä. von oben!) auszuweichen. Sie können auch demonstrativ gähnen, das zeigt ebenfalls Wirkung.

Die Entdeckung der Spiegelneuronen liefert die neurobiologische Erklärung für Resonanz, Empathie und das Imitationslernen (s. Abschn. 2.3.4). Ist diese Resonanzfähigkeit des Spiegelns bei einem Menschen nur gering entwickelt, so sprechen wir in der psychologischen Persönlichkeitsdiagnostik von mangelnder emotionaler Schwingungsfähigkeit.

Wichtig

Ein Mangel an emotionaler Schwingungsfähigkeit schließt die Eignung für einen Pflegeberuf aus, weil zu dessen Basiskompetenzen die Empathie gehört.

6.3.1 Neuronale Hardware der Empathie

Die Spiegelneurone sind bislang hauptsächlich für die Gehirnbereiche erforscht, die für die Verarbeitung visuell ausgelöster Resonanzen zuständig sind. Erste Untersuchungen lassen vermuten, dass Spiegelneuronen auch in anderen Hirnbereichen, wie z. B. dem für Gehörtes (auditiver Kortex), wirksam sind. Man kann davon ausgehen, dass der Unterton in der Stimme einer Pflegeperson seinem Gegenüber eine breite Palette von Gefühlen kommuniziert und in dessen Spiegelneuronen-System zu entsprechender Resonanz

führt. Empathie vermittelt sich nicht über die großen Gesten und Worte, sondern schon durch aller kleinste körpersprachliche und verbale Feinheiten. Das setzt bei den Pflegenden professionelle Achtsamkeit für die Wirkung des eigenen Verhaltens voraus, was in der Aus- und Fortbildung als wichtiges Werkzeug trainiert werden muss.

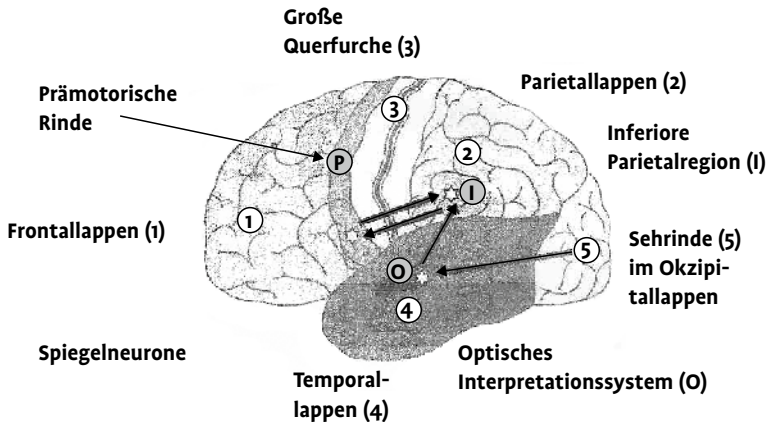


Abbildung 6.5 Sitz der Spiegelneurone im Gehirn. (nach Bauer, 2006, S. 52)

Das Gehirn wird anatomisch in vier Bereiche eingeteilt: Frontallappen, Scheitellappen (Parietallappen), Schläfenlappen (Temporallappen) und Hinterhauptslappen (Occipital-lappen). Die große Querfurche im Gehirn (Sulcus centralis) trennt den Frontallappen vom Scheitellappen. Vor der großen Querfurche im Frontallappen liegen die motorische und prämotorische Hirnrinde, zuständig für die zentrale Speicherung und Verarbeitung motorischer Abläufe.

Die prämotorische Hirnrinde ist Sitz der Handlungsneurone, die erworbene Programme für zielgerichtete Handlungen gespeichert haben. Die motorische Hirnrinde ist Sitz der für angeborene muskuläre Aktivitäten zuständigen Bewegungsneurone, die der Muskulatur die Signale der Bewegungsneurone weiterleiten. Unmittelbar hinter der großen Querfurche liegt im Scheitellappen die somatosensible Hirnrinde, die für das körperliche Empfinden zuständig ist. Vereinfacht gesagt, tauschen die Abteilung für Bewegung und Handlung Informationen mit der Abteilung für Spüren und Empfinden aus: Man spürt, wie sich Handlungen anfühlen.

Treffen im Gehirn visuelle Informationen ein, werden diese an die Sehrinde im Hinterhauptslappen weitergeleitet, die optische Eindrücke zum gesehenen Bild verarbeitet. Gesehene Lebewesen werden als Kopie zum optischen Aufbereitungs- und Interpretationssystem (STS = Sulcus Temporalis Superior) im Temporallappen geschickt. Das reagiert nur, wenn die Sehrinde Bilder von Menschen liefert und bewertet vor allem deren Körperbewegungen, Mimik und Blicke. Das optische Interpretationssystem sendet diese Informationen an die Abteilung *Spüren und Empfinden* in der somatosensiblen Hirnrinde. Ergebnis: Ich kann (mit-)fühlen, was du fühlst.

6.3.2 Was Spiegelneurone, Stress und Pflegealltag miteinander zu tun haben

Spiegelneurone und Kommunikation im Arbeitsteam. Sind Sie schon einmal gut gestimmt in die Arbeit gekommen, um schon vor der Tür von einer genervt wirkenden Kollegin mit Klagen über Probleme empfangen zu werden? Wenn ja, was war in kürzester Zeit mit Ihrer guten Stimmung? Auch das Gefühl von Stress wird gespiegelt. Die Stimmlage des Gegenübers, hektische Bewegungen, der Ausdruck der Augen, wahrscheinlich auch der »Geruch« von Stress führen dann dazu, dass auch wir uns gestresst fühlen.

Allein schon die Wörter Stress und Burn-out – klagsam und mit hängenden Mundwinkeln ausgesprochen – haben eine ansteckende Wirkung. Das können Sie am eigenen Leib spüren, wenn Sie mit diesen Wörtern in Resonanz gehen. Klagen und Jammern einzelner Mitarbeiter:innen übertragen sich stimmungsmäßig schnell in einem Arbeitsteam und dämpfen die Atmosphäre im Betrieb. In manchen Teams entwickelt sich eine Art Jammerkultur mit dem Spiegelneuronen-Wettbewerb um den Rang, wem es am schlechtesten geht. Dies schadet nicht nur der Arbeitszufriedenheit und der Gesundheit der Pflegenden, sondern wirkt sich unmittelbar auch auf die pflegebedürftigen alten Menschen aus. Ebenso wichtig wie die Fähigkeit, in Resonanz zu gehen, ist es daher für Pflegenden wichtig, Resonanzphänomenen auch widerstehen zu können und sich nicht anstecken zu lassen.

Spiegelneurone und Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Wir können davon ausgehen, dass die Spiegelneuronen-Systeme bei demenziell erkrankten Menschen weitgehend intakt bleiben. Häufig berichten Pflegenden sogar von einer besonderen Resonanzfähigkeit der Menschen mit Demenz. Sie nehmen die emotionale Stimmung beim Gegenüber besonders feinfühlig wahr, haben ein intuitives Gespür für die Gefühlslage der Pflegenden. Die unausgesprochenen Botschaften der Pflegenden beginnen bereits mit der Art und Weise, wie Sie das Zimmer betreten. Mimik, Stimmlage und fahriges Bewegungen, die ausdrücken: »Ich habe keine Zeit«, laden zu einer stressbetonten Resonanz ein. Und das kostet erst recht Zeit, denn Ansteckung mit einer Stressstimmung zieht bei den demenziell erkrankten Menschen in der Regel Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten nach sich, die einen erhöhten Zeitaufwand erfordern. Pflegenden können also durch ihr Verhalten die entsprechenden Spiegelneurone in den Gehirnen demenziell erkrankter Menschen in Richtung Anspannung oder Entspannung aktivieren.

Wichtig

Spiegelneurone sind der neurobiologische Ansatzpunkt für eine heilsame oder heillose kommunikative Beziehungsgestaltung mit demenziell erkrankten Menschen.

Das optische Aufbereitungs- und Interpretationssystem bewertet ganz besonders Blicke, d. h., die Menschen mit Demenz nehmen sehr wohl intuitiv wahr, ob ihnen »Ansehen« gegeben wird. Die deutsche Sprache hat für die Kommunikation mit Blicken treffende Ausdrücke: Es gibt »vielsagende Blicke«, »Man würdigt ihn keines Blickes«, »Jemandem einen anerkennenden Blick zuwerfen«, »Er hat sein Ansehen verloren« etc.

In der Validation (s. Abschn. 8.6.3) schwingen Sie sich durch Spiegelung seines Verhaltens in die Gefühlslage des alten Menschen ein. Das gibt diesem die Sicherheit, verstanden zu werden und angenommen zu sein.

Genauso gut können Sie Ihrerseits durch den nonverbalen und verbalen Ausdruck von Entspannung, Beruhigung und Trost das Resonanzsystem der Spiegelneuronen beim alten Menschen bewusst in Schwingung versetzen. Trösten Sie bei Unruhe mit beruhigendem Stimmklang, verlangsamen Sie das Sprechtempo in Richtung »talk down« und kontrollieren Sie präventiv Ihr nonverbales Ausdrucksverhalten. Mit einem beruhigenden »Psch-psch-psch« lässt sich sogar ein pränatales auditives Netzwerk aus der Zeit der Geborgenheit im Mutterleib aktivieren, die Erinnerung an den rhythmischen Pulsklang der mütterlichen Bauchorta.

Qualitäts-Check im Pflegeprozess

- ▶ Woran sind beim Blick von außen in Ihrem Altenheim/ambulanten Dienst ganz konkret ein Klima der gegenseitigen Wertschätzung und Kommunikationsfreude zu erkennen?
- ▶ Welchen sicht-, hör- und spürbaren Kommunikationsstil pflegen die Mitarbeiter:innen untereinander im Arbeitsteam?

Vermitteln die Mitarbeiter:innen in ihrem verbalen und nonverbalen Ausdrucksverhalten dem Menschen mit Demenz eine beruhigende Atmosphäre?

6.4 Kommunikationsmodelle für den Pflegeprozess

Altenpflege bedeutet Handeln in zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese werden vor allem durch Gespräche, Zuhören und Mitteilen, Fragen und Antworten aufgenommen und gestaltet. Von allem, was in diesem Kommunikationsprozess abläuft, sieht man nur »die Spitze des Eisbergs«. Das meiste geschieht unbewusst, wie am Beispiel der Spiegelneuronen deutlich wird.

Eisbergmodell. Der überwiegende Teil eines Eisberges liegt bekanntlich unsichtbar unter der Wasseroberfläche, nur die Spitze ragt heraus. Das Bild eines Eisberges dient daher in der Kommunikationspsychologie zur Veranschaulichung der bewussten und unbewussten Anteile in der Kommunikation. Als groben Richtwert nimmt man eine 20:80-Verteilung an. Etwa 20 Prozent machen die bewusst gestaltete offensichtliche Kommunika-