
Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten

Astrid Steinmetz

Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten

Kommunikation ohne Worte – KoW[®]

Mit einem Geleitwort von
Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

Astrid Steinmetz
Potsdam, Deutschland

Diese Veröffentlichung wurde als Dissertation im Jahr 2014 unter dem Titel „Kommunikation ohne Worte – Fundierung und Evaluierung eines Trainingsprogramms zur Förderung von dialogischer Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten“ im Fach Gerontologie an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg angenommen.

ISBN 978-3-658-11333-9 ISBN 978-3-658-11334-6 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-11334-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

„Auf einer Fahrt erfuhr Rabbi Jehuda Zwi von Stretyn, dass Rabbi Schimon von Jaroslaw in der entgegengesetzten Richtung desselben Weges fahre. Er stieg aus dem Wagen und ging ihm entgegen. Aber auch Rabbi Schimon hatte von seinem Nahen gehört, war ausgestiegen und kam ihm entgegen. Sie begrüßten einander brüderlich. Dann sprach Rabbi Jehuda Zwi: 'Jetzt ist mir der Sinn des Spruchs aufgegangen: 'Mensch und Mensch begegnen, Berg und Berg begegnen nicht.' Wenn der eine sich für einen einfachen Menschen hält und der andere desgleichen, können sie einander begegnen. Wenn aber der eine sich für einen hohen Berg hält und der andere desgleichen, können sie einander nicht begegnen.'„

(Martin Buber, 1963, Werke, Bd. III, 538).

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt den vielen schwerkranken Menschen, die mich gelehrt haben, dass auch bei krankheitsbedingten kommunikativen Einschränkungen am Ende des Lebens dialogische Begegnung möglich ist. Ihre feinen, zumeist wortlosen Antworten sind Ursprung für die Entwicklung des Trainingsprogramms „Kommunikation ohne Worte“. Ihre existenzielle Angewiesenheit auf Dialogpartner, die ihre Möglichkeiten des Verstehens und Antwortens berücksichtigen, ist beständige Motivation für seine Weitergabe.

Auch den vielen Teilnehmern am Trainingsprogramm sei gedankt für ihren Ansporn von Anfang an, das Themenangebot stetig auszubauen. Ihre differenzierten Fragen haben mich herausgefordert, das Konzept permanent und praxisorientiert weiterzuentwickeln und mich für einen Prozess von mehrjähriger, berufsbeleitender wissenschaftlicher Arbeit zu entscheiden.

Dass das Thema der vorliegenden Arbeit auf das Interesse von Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse stieß, erfüllt mich mit großer Freude. Seiner wertschätzenden, ermutigenden und anregenden Begleitung des Arbeitsprozesses sowie seinem Vertrauen in meine Person ist ein wertvoller Einfluss auf die vorliegende Arbeit beizumessen. Prof. Dr. Eric Schmitt danke ich für seine bereitwillige Übernahme der Zweitbegutachtung.

Heike Lauber vom „Standardisierten Patienten“-Programm der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg danke ich für die angenehme Zusammenarbeit und das professionelle Training der „Standardisierten Patienten“, auf die ich mich durchweg verlassen konnte. Dipl.-Pflegepäd. (FH) Gabriele Ensink unterstützte durch ihre Organisation die Durchführung des Trainingsprogramms am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Für die fundierte statistische Beratung bin ich Dr. phil. Kerstin Herm sehr dankbar.

Mein innigster Dank geht an meinen Mann Volker, der den gesamten Prozess mit großer Anteilnahme und verlässlicher Unterstützung begleitet hat. Ihm ist diese Arbeit gewidmet.

Astrid Steinmetz, im Juni 2015

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung

Kognitive Abbauprozesse bei dementiell erkrankten Menschen und krankheitsbedingte Veränderungen von Bewusstsein, Denken und Gedächtnisleistungen bei onkologischen Palliativpatienten führen zu veränderten Bedingungen für die Kommunikation. Einschränkungen von Sprachproduktion und Sprachverständnis erfordern, in der Interaktion den Fokus auf nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten zu verschieben, um auch bei eingeschränkter Dialogfähigkeit der relationalen Verfasstheit des Menschen (Martin Buber) gerecht zu werden.

In einer Vielzahl von Trainingsprogrammen werden Kommunikationskompetenzen erfolgreich vermittelt. Doch werden nonverbale Fertigkeiten nach wie vor nur in wenigen Programmen fokussiert und Teilnehmer differenziert darin geschult. Das Trainingsprogramm „Kommunikation ohne Worte“ (KoW®) wurde mit der Zielsetzung entwickelt, nonverbale dialogische Interaktionen zu fördern und Kompetenzen im Dekodieren von Emotionen, im Enkodieren von Mitteilungen, für die Abstimmung auf das Gegenüber und die Orientierung auf Gegenseitigkeit zu vermitteln. Es wurde über 12 Jahre mit >2000 Teilnehmern praxisorientiert entwickelt und integriert effektive Trainingsmethoden. Die Wirksamkeit des Trainingsprogramms hinsichtlich der Teilnehmer und ihrer Kommunikationskompetenzen wird überprüft.

Methode

Die Effektivität des Trainingsprogramms mit einem Umfang von zwei mal drei Tagen (48 UST) wurde im Rahmen eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs evaluiert, an der eine Stichprobe von 29 Studierenden (Gesundheit und Gesellschaft – Care) in zwei Gruppen teilnahm. In Prä- und Postmessung wurden zum einen die Persönlichkeitsmerkmale Empathie (SPF) und emotionale Sensibilität (SSI) mittels Selbsteinschätzung erhoben. Ferner wurden im Anschluss an Interaktionen mit a verbalen, kognitiv eingeschränkten „Standardisierten Patienten“ die primär nonverbalen interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten sowie die Gesamtkompetenz jeweils durch Selbst- und Partnerbeurteilung bewertet (CSRS).

Ergebnisse

Bei den Selbstbeurteilungs-Messungen hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale Empathie und emotionale Sensibilität zeigten sich keine Verbesserungen durch die Intervention. Die Teilnahme am Trainingsprogramm erbrachte dagegen eine hoch signifikante Verbesserung in allen Subskalen der Selbsteinschätzung interpersoneller Kommunikationsfertigkeiten ($p \leq .001$). Es verbesserten sich signifikant die erforderlichen Fertigkeiten, um dem verbal und kognitiv eingeschränkten Kommunikationspartner gegenüber situativ angemessene Beteiligung, Aufmerksamkeit und Interesse zu zeigen (*attentiveness*, $r = .64$), diesem Gelassenheit und Ruhe zu vermitteln (*composure*, $r = .37$), sich passend mimisch, gestisch und stimmlich auszudrücken (*expressiveness*, $r = .45$) sowie die Interaktion koordiniert und störungsfrei zu gestalten (*coordination*, $r = .42$). Die Partnerbeurteilung zeigte eine sehr hohe Effektstärke ($r = .57$ bis $r = .64$) und bestätigte die Selbsteinschätzung. Bei der State-Selbstbeurteilung des Kompetenzzempfindens in der Interaktion mit dem averbalen, kognitiv eingeschränkten Kommunikationspartner wurden starke Effekte hinsichtlich der Zunahme der Qualität als Kommunikationspartner ($p = .009$, $r = .80$), von Geschicklichkeit in der Interaktion ($p = <.001$, $r = .66$), der Fähigkeit als Kommunikationspartner ($p = .0005$, $r = .58$), der Eignung bzw. Angemessenheit als Kommunikationspartner ($p = .0015$, $r = .54$) und der Effektivität als Kommunikationspartner ($p = <.001$, $r = .66$) nachgewiesen und durch die Partnereinschätzung der kommunikativen Kompetenz bestätigt ($r = .64$ bis $r = .68$). Die retrospektive Beurteilung des subjektiven Kompetenzzempfindens wies auf einen Response-Shift hin: Im Vergleich der Post-Werte mit den Then-Werten erbrachte die Intervention in der Selbstbeurteilung eine hoch signifikante Verbesserung des Kompetenzzempfindens ($r = .76$ bis $r = .86$). Das Persönlichkeitsmerkmal Empathie stand in keiner bzw. einer minimal negativen Korrelation zu dem Zuwachs an interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten ($Rho .16$ bis $-.17$). Zwischen dem Ausmaß unterschiedlicher Erfahrung in der Dementenbetreuung bzw. Versorgung Schwerstkranker und dem Zuwachs an interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten bestand kein bzw. ein minimal negativer Zusammenhang ($Rho .076$ bis $-.27$). Auch zwischen dem Ausmaß der aktuellen Betreuung von Demenzkranken bzw. Palliativpatienten und dem Zuwachs an interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten war kein bzw. ein minimal negativer ($Rho .16$ bis $-.17$) Zusammenhang nachzuweisen.

Schlussfolgerung

„Kommunikation ohne Worte“ ist ein hoch effektives Trainingsprogramm zur Verbesserung nonverbal-dialogischer Interaktionsfertigkeiten in der Interaktion

mit dem kommunikativ eingeschränkten, demenzkranken und palliativen Patienten, unabhängig vom Ausmaß der Empathie, der beruflichen Vorerfahrungen und der Möglichkeit zu paralleler praktischer Anwendung im Arbeitsfeld. Die Veränderung bei den Teilnehmern bezieht sich nicht auf selbsteingeschätzte Persönlichkeitsmerkmale, sondern auf Kommunikationskompetenzen, bestätigt durch die Partnereinschätzung. Die positive Bewertung der erworbenen Fertigkeiten durch die Teilnehmer sowie der Zuwachs in deren Kompetenzerfinden können als positive Einflussvariablen für den Transfer bewertet werden. Die Integration der erworbenen Kompetenzen in die Arbeitsumgebung sowie die Stabilität der Kompetenzen bleiben weiter zu untersuchen.

Inhalt

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	19
Einleitung	21
1 Das dialogische Prinzip Martin Bubers: Grundlegende Dimensionen des Menschseins	23
1.1 Die Grundworte als Wesenshaltungen	23
1.1.1 Ich-Es	24
1.1.2 Ich-Du	25
1.2 Kennzeichen der dialogischen Beziehung	26
1.2.1 Hinwendung zum anderen	26
1.2.2 Innwerden.....	26
1.2.3 Verantwortung	27
1.2.4 Anerkennung der Andersartigkeit	27
1.2.5 Gegenseitigkeit	27
1.2.6 Gleichheit und Umfassung	28
1.3 Wirkungen der dialogischen Beziehung	28
1.3.1 Bestätigung	28
1.3.2 Personwerdung.....	29
1.3.3 Das „Zwischen“	29
1.3.4 Wirklichkeit	30
1.4 Das Verhältnis der Grundworte zueinander	30
1.4.1 Aktualität und Latenz.....	30
1.4.2 Die Grundworte im 20. Jahrhundert.....	31
2 Das dialogische Prinzip in nicht-reziproken Beziehungen	33
2.1 Rezeptionen des dialogischen Prinzips	34
2.1.1 Anfänge der Rezeption	34
2.1.2 Das dialogische Prinzip in der zeitgenössischen Medizin.....	36
2.1.3 Das dialogische Prinzip in der Pflege	41
2.2 Entfaltung dialogischen Lebens	46

2.3	Dialogik mit kommunikativ eingeschränkten Menschen.....	48
2.3.1	Patientengruppen mit eingeschränkter Dialogfähigkeit: Demenzkranke Menschen und Palliativpatienten	49
3	Demenzkranke Menschen	51
3.1	Definition und Ursachen	51
3.2	Psychopathologie.....	52
3.2.1	Kognitive Symptomatik.....	53
3.2.2	Nicht-kognitive Symptomatik.....	54
3.3	Beziehungsorientierte Ansätze des Demenz-Konzeptes	55
3.3.1	Das person-zentrierte Verständnismodell	55
3.3.2	Relationale Demenz-Ethik	56
3.3.3	Behandlungsleitlinie	57
3.4	Bedeutung von Kommunikation für demenzkranke Menschen	58
3.4.1	Innensicht.....	58
3.4.2	Außensicht	59
3.5	Bedingungen für Kommunikation mit demenzkranken Menschen...	60
3.5.1	Sprachliche Beeinträchtigungen	60
3.5.2	Kommunikative Kompetenzen	62
3.6	Auswirkungen der Kommunikationsbeeinträchtigung.....	66
3.6.1	Der demenzkranke Mensch.....	66
3.6.2	Der professionelle Helfer	67
3.7	Fazit: Erforderliche Kommunikationsfertigkeiten	69
4	Palliativpatienten	73
4.1	Definitionen und Konzepte	73
4.2	Relationale ethische Ansätze der Palliative Care.....	74
4.3	Anwendungsbereiche der Palliative Care	77
4.3.1	Patienten mit onkologischen Erkrankungen.....	78
4.3.2	Patienten mit chronischen Erkrankungen des höheren Lebensalters	79
4.4	Die emotionale Situation palliativer Patienten.....	81
4.5	Bewältigung terminaler Erkrankung.....	83
4.6	Bedürfnisse am Lebensende	85
4.7	Kommunikation in der palliativen Versorgung.....	86
4.8	Kommunikationsbeeinträchtigungen von Palliativpatienten.....	89
4.8.1	Patienten mit intrakraniellen Tumoren.....	90
4.8.2	Patienten mit fortgeschrittener Demenz.....	91
4.8.3	Patienten im Delirium	92

4.8.4	Der Sterbeprozess	93
4.8.5	Die Auswirkungen von Aphasie auf Identität und Krankheitsbewältigung	94
4.9	Fazit: Erforderliche Kommunikationsfertigkeiten	95
5	 Evaluierete Kommunikationstrainings in Dementenversorgung und Palliative Care	99
5.1	Evaluierete Kommunikationstrainings in der Dementenversorgung .	101
5.1.1	Übersichtsarbeiten.....	101
5.1.2	Trainingsschwerpunkte.....	102
5.1.3	Auswirkungen der Trainingsprogramme	105
5.2	Evaluierete Kommunikationstrainings in der Palliative Care	108
5.2.1	Übersichtsarbeiten.....	109
5.2.2	Trainingsschwerpunkte.....	110
5.2.3	Dauer und Setting	114
5.2.4	Auswirkungen der Trainingsprogramme	114
5.3	Transfer.....	117
5.3.1	Langzeiteffektivität	117
6	 Kriterien für Effektivität von Kommunikationstrainings.....	119
6.1	Dauer, Setting und Kontext effektiver Trainingsprogramme.....	120
6.2	Lehr- und Lernmethoden effektiver Trainingsprogramme	121
6.2.1	Kognitive Elemente	122
6.2.2	Verhaltensorientierte Elemente.....	123
6.2.3	Affektive Elemente	124
6.3	Methodenkonzept aus der Gesprächsforschung.....	124
6.3.1	Aktive Repräsentationsmethoden	125
6.3.2	Rezeptive Repräsentationsmethoden	126
6.3.3	Reflexive Bearbeitungsmethoden	127
6.3.4	Analytische Bearbeitungsmethoden.....	127
7	 Trainingsprogramm Kommunikation ohne Worte	129
7.1	Hintergrund der Konzeptentwicklung.....	129
7.2	Darstellung der Module	131
7.2.1	Modul I: Grundlagen des nonverbalen Dialogs	131
7.2.2	Modul II: Patientengerechte und ressourcenorientierte Interaktion.....	139
7.2.3	Modul III: Nonverbaler Beziehungsaufbau durch Synchronisation	144
7.2.4	Modul IV: Interaktion mit kommunikativ stark einschränkten Patienten	148

7.2.5	Modul V: Die Stimme im Dialog mit dem Patienten.....	152
7.2.6	Modul VI: Koordinierte Gestaltung von komplexen Interaktionen	156
8	Studienziele und Hypothesen.....	161
8.1	Hypothesen	161
9	Empirische Untersuchung.....	163
9.1	Studiendesign.....	163
9.1.1	Operationalisierung der Hypothesen.....	166
9.2	Messinstrumente	166
9.2.1	Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zu Empathie (SPF).....	166
9.2.2	Social Skills Inventory (SSI).....	168
9.2.3	Conversational Skills Rating Scale (CSRS).....	168
10	Stichprobenbeschreibung.....	171
11	Analyse der Daten.....	173
11.1	Hypothese 1	173
11.2	Hypothese 2	174
11.3	Hypothese 3	175
11.4	Hypothese 4	179
11.5	Hypothese 5	180
11.6	Beurteilung von Trainingsprozess und -effekt.....	182
11.7	Zusammenhang zwischen Empathie und interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten	183
11.8	Zusammenhang zwischen praktischer Vorerfahrung und der Zunahme interpersoneller Kommunikationsfertigkeiten	184
11.9	Zusammenhang zwischen aktueller Betreuung und der Zunahme interpersoneller Kommunikationsfertigkeiten	185
11.10	Response-Shift: veränderte Selbsteinschätzung aufgrund der Teilnahme am Training.....	186
12	Diskussion.....	189
12.1	Quasi-experimenteller Versuchsplan	190
12.2	Stichprobe	192
12.3	Selbstbeurteilung von Empathie	193
12.3.1	Empathie und interpersonelle Kommunikationsfertigkeiten.....	194
12.4	Selbstbeurteilung von Emotionaler Sensibilität	195

12.5	Partnerbeurteilung durch „Standardisierte Patienten“	196
12.5.1	Partnerbeurteilung und Selbstbeurteilung	197
12.6	Interpersonelle Kommunikationsfertigkeiten in der nonverbalen dialogischen Interaktion	198
12.6.1	Der Einfluss von Berufserfahrung auf die Trainierbarkeit interpersoneller Kommunikationsfertigkeiten	199
12.6.2	Der Einfluss praktischer Anwendungsmöglichkeiten auf die Trainierbarkeit interpersoneller Kommunikationsfertigkeiten ..	200
12.7	Response-Shift	200
12.8	Kompetenzempfinden	201
12.9	Transfer	201
12.10	Einschränkungen und Ausblick	202
12.11	Zusammenfassung	203
Literaturverzeichnis		205
Anhang.....		241
1	Ausschreibung Blockseminar	241
2	Einverständniserklärung	243
3	Soziodemografische Informationen	244
4	Bewertung von Trainingsprozess und -effekt	245
5	Rollenskripte	247
6	Patienten- und Situationsbeschreibung	260
7	Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zu Empathie (SPF).....	263
8	Selbst-Beschreibungs-Inventar aus dem Social Skills Inventory (SSI-Riggio).....	265
9	Conversational Skills Rating Scale (CSRS) / Selbstbeurteilung	269
10	CSRS / Kompetenzempfinden	271
10.1	Retrospektive Erhebung des Kompetenzempfindens	271
11	Conversational Skills Rating Scale (CSRS) / Partnerbeurteilung	272
12	Stichprobe	275
13	Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation)	277
13.1	Faktorenanalyse der Skalen EC / PT aus dem Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zur Empathie (SPF) prä.....	277
13.2	Faktorenanalyse der Skalen EC / PT aus dem Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zur Empathie (SPF) post	278
14	Faktorenanalyse aller Items der Conversational Skills Rating Scale (CSRS)	280
15	Beurteilung des Trainings durch die Teilnehmer	282

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 11.1.1:	Statistische Prüfung des Einflusses des Trainingsprogramms auf die Empathiefähigkeit Skala... 174
Tabelle 11.2.1:	Statistische Prüfung des Einflusses des Trainingsprogramms auf die Emotionale Sensibilität..... 175
Tabelle 11.3.1:	Cronbach's α der Subskalen prä..... 176
Tabelle 11.3.2:	Statistische Prüfung des Einflusses des Trainingsprogramms auf die interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten in der Selbstbeurteilung.... 176
Tabelle 11.4.1:	Cronbach's α der erweiterten Subskalen..... 179
Tabelle 11.4.2:	Statistische Prüfung des Einflusses des Trainingsprogramms auf die interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten in der Partnerbeurteilung.. 179
Tabelle 11.5.1:	Statistische Prüfung des Einflusses des Trainingsprogramms auf die Selbstbeurteilung der Kompetenz als Kommunikationspartner Skala: 180
Tabelle 11.5.2:	Statistische Prüfung des Einflusses des Trainingsprogramms auf die Kommunikationskompetenz aus Partnersicht 181
Tabelle 11.7.1:	Berechnung der Korrelation zwischen Ausmaß der Empathie und der Zunahme an interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten 183
Tabelle 11.8.1:	Vorerfahrung in Dementenbetreuung bzw. Versorgung Schwerstkranker..... 184
Tabelle 11.8.2:	Praktische Vorerfahrung wenig / mittel / viel 184
Tabelle 11.8.3:	Berechnung der Korrelation zwischen praktischer Vorerfahrung und Zunahme an interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten 185
Tabelle 11.9.1:	Aktuelle Betreuung von Demenzkranken / Palliativpatienten in Wochenstunden..... 185
Tabelle 11.9.2:	Aktuelle Betreuung von Demenzkranken / Palliativpatienten: 2 Kategorien..... 186
Tabelle 11.9.3:	Berechnung der Korrelation zwischen aktueller Betreuung und der Zunahme an interpersonellen Kommunikationsfertigkeiten 186

Tabelle 11.10.1:	Statistische Prüfung des Einflusses des Trainingsprogramms auf die Selbstbeurteilung der Kommunikationskompetenzen Skala.....	187
Tabelle 11.10.2:	Statistische Prüfung der <i>tatsächlichen</i> Veränderung in der Selbstbeurteilung der Kommunikationskompetenzen.....	187
Abbildung 11.3.1	Streudiagramme	177
Abbildung 11.6.1:	Beurteilung des Trainings durch die Teilnehmer	182

Einleitung

Die Begleitung, Betreuung und Versorgung von demenzkranken wie palliativen Patienten¹ bringt hohe ethische, fachliche und persönliche Anforderungen mit sich (Husebø, 2003; Kruse, 2002a; Schwerdt, 2005). Die häufigen Einschränkungen im Bereich der sprachlichen Verständigung, oft aufgrund nachlassender kognitiver Leistungsfähigkeit (Tuffrey-Wijne & McEnhill, 2008), sind ebenso wie die emotionalen Herausforderungen einer terminalen Erkrankung (Lee et al., 2002) darin unbedingt einzubeziehen. Bereits einen derart kommunikativ veränderten Patienten zu verstehen, seine Emotionen, Intentionen oder auch Schmerzen zu erkennen, stellt eine hohe Kompetenz dar, welche nicht stillschweigend als gegeben vorausgesetzt werden kann (Eritz & Hadjistavropoulos, 2011; Re, 2003; Soothill et al., 2001).

Die Einschränkung einer gemeinsamen Kommunikations- und Interaktionsbasis verringern die Möglichkeiten des erkrankten Menschen zu Selbstverantwortung (Kruse & Schmitt, 2001) und Intersubjektivität, können verunsichernd auf die Ich-Identität wirken (Tacke, 1999) und bergen in sich letztlich die Gefahr von emotionaler Isolation (Aulbert, 2007b; Chen et al., 2000). Wenn es nicht gelingt, eine zwischenmenschliche Ebene aufzubauen, führt dies in der Interaktion mit dem Patienten oftmals unwillkürlich zu einer Versachlichung seiner Person (Degner & Sloan, 1992; Schwerdt, 1998), in der die emotionalen Bedürfnisse des Patienten unberücksichtigt bleiben. Dadurch schränken sich seine Lebensqualität (Husebø, 2003) ebenso wie seine Möglichkeiten zur Bewältigung terminaler Erkrankung drastisch ein (Block, 2006). Auch bei den professionellen Helfern bzw. ebenso den Angehörigen kann das Fehlen einer Beziehungsebene mit dem Patienten Frustration, Anspannung und Stress nach sich ziehen (Berg et al., 1998; Hallberg & Norberg, 1993).

Das Ansinnen der vorliegenden Arbeit, auch bei Einschränkungen der verbalen Kommunikationsebene einen Dialog führen zu können und gegenseitige Interaktion zu ermöglichen, wurzelt in der „Wesenshaltung“ des dialogischen Prinzips von Martin Buber (2006, S. 170). Dessen umfangreiche und nicht abreißen-
ende Rezeption für Gesundheitsberufe spricht für die Relevanz von dialogischer Interaktion insbesondere auch in nicht-reziproken Beziehungskonstellationen.

1 Die Wahl des generischen Maskulinums in der vorliegenden Arbeit ist der einfacheren Lesbarkeit geschuldet.

Die „Wesenshandlungen“ des dialogischen Prinzips (ebd., S. 170) werden von Buber gerne unter Bezugnahme auf wortlose zwischenmenschliche Begegnungen skizziert („Blick in Blick, Wink in Wink“, ebd., S.191), in den Rezeptionen bleiben diese zumeist vage.

Ausgehend von der Darstellung der kommunikativen Einschränkungen von Menschen mit dementieller und terminaler Erkrankung werden in der vorliegenden Arbeit sowohl ihr Bedarf nach Kommunikationserhalt begründet, als auch ihre überwiegend nonverbalen Ausdrucksweisen veranschaulicht. Dem gegenüber werden die tatsächlichen Kommunikationskompetenzen der professionellen Helfer gestellt und damit der Trainingsbedarf von nonverbalen Fertigkeiten begründet. Eine umfassende Darstellung der Interventionsstudien aus Dementenversorgung und Onkologie sowie Palliative Care lässt erkennen, dass kommunikative Kompetenzen trainierbar sind, jedoch die für die dargestellten Patientengruppen erforderlichen nonverbalen Fertigkeiten selten bzw. wenig differenziert vermittelt werden.

Das über 12 Jahre praxisorientiert entwickelte und in seiner Durchführung erprobte Trainingsprogramm „Kommunikation ohne Worte“ stützt sich auf das dialogische Prinzip und hat zum Ziel, differenziert Kompetenzen für die nonverbale Interaktion zu vermitteln, welche den dargestellten Einschränkungen und Möglichkeiten demenzkranker wie palliativer Patienten entsprechen, eine Beziehungsebene eröffnen und Gegenseitigkeit ermöglichen. In einer zusammenfassenden Darstellung der Trainingsinhalte, methodisch-didaktischen Vorgehensweisen und der Intentionen wird das Trainingsprogramm erläutert und anschließend in seiner Effektivität bezogen auf die Trainingsteilnehmer überprüft.