

Ulrich Pfeifer-Schaupp

# Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit – Prä-Therapie in der Altenpflege

**Zusammenfassung:** Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, welche Bedeutung der von Garry Prouty entwickelte Ansatz der Prä-Therapie für den Bereich der Pflege von demenziell erkrankten alten Menschen hat. Zunächst wird die Entstehung des prä-therapeutischen Ansatzes beschrieben, die Ziele sowie die Praxis der Anwendung werden vorgestellt. Im zweiten Schritt wird die Vorgehensweise der qualitativ- deskriptiven explorativen Studie erläutert. Der Ansatz wurde an 111 Pflegekräfte vermittelt und von diesen im Alltag erprobt. Die Auswertung der Daten erfolgte auf der Grundlage der Grounded Theory. Drittens werden die Ergebnisse vorgestellt und anhand von Fallvignetten illustriert. Das Ergebnis des Projekts ist, dass der Ansatz einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Demenzpflege leisten kann. Zur Bezeichnung der Arbeitsweise wird der Begriff der Achtsamkeitsbasierten Kontaktarbeit vorgeschlagen, um eine Verwischung mit der Arbeit in therapeutischen Kontexten zu vermeiden.

**Schlüsselwörter:** Prä-Therapie, Demenz, Altenpflege, Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit

**Abstract:** The article examines the relevance of Pre-Therapy for dementia care. The approach was developed by Garry Prouty. The article first presents the theoretical concept of Pre Therapy as developed from the Person-Centred Approach. In the project the approach was taught to 111 geriatric care staff. The data analysis is based on Grounded Theory. The experience of the staff and the results of transfer to practice are described. Case-vignettes of dementia care show the practical procedure with this method and demonstrate the possible applications. The result of the project is, that Pre-Therapy techniques can be useful for the improvement of care for severely demented patients. To characterize this kind of care-work the term Mindfulness Based Contact Work is suggested.

**Key Words:** Pre-Therapy, Dementia Care, Mindfulness based Contact Work

Die Bedeutung klientenzentrierter Grundhaltungen für die Altenpflege wird immer wieder betont (z. B. Morton, 1999/2002; Pörtner, 1996; 2005; Wittrahm, 1990). Garry Prouty hat den Personzentrierten Ansatz seit den 1960er Jahren zur „Prä-Therapie“ weiterentwickelt, einem Konzept für die Arbeit mit schwer kontaktgestörten Menschen. Prouty war Schüler von Eugene Gendlin, dessen Ansatz des Focusing und der Experienziellen Psychotherapie (Gendlin, 1978/1985; 1996/1998) eine wichtige Grundlage der Prä-Therapie darstellt. Prouty entwickelte seinen Ansatz ursprünglich für die Arbeit mit Menschen, die an einer schweren psychotischen oder autistischen Störung leiden oder die geistig behindert sind (Prouty et al., 1996; Pörtner 1996).

Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, inwieweit der Ansatz auch geeignet ist, einen Beitrag zur Verbesserung der Pflege von alten Menschen zu leisten, die an einer schweren demenziellen Störung leiden und deshalb als „kommunikationsunfähig“ oder „verwirrt“ gelten. Leiden im Alter wird hier allerdings nicht primär als Krankheit verstanden, sondern als eine existenzielle Grunderfahrung, die (fast) jeden von uns trifft bzw. treffen kann, also als eine Grenzsituation im Sinne von Karl Jaspers (Jaspers, 1994; Dörner &

Plog et al., 2000). Deshalb wird der Begriff der „demenziellen Erkrankung“ vorsichtig verwendet und wenn möglich ganz vermieden. Stattdessen bevorzuge ich phänomenologische Begriffe wie „Verwirrtheit“. Der Begriff der Verwirrtheit dient in der gerontologischen und gerontopsychiatrischen Pflege zur Beschreibung von Zuständen räumlicher, zeitlicher und personaler Desorientierung (Ground, 1996).

Die Ausgangsfrage des beschriebenen Projekts war, ob Prä-Therapie einen Beitrag zur Verbesserung der Pflegequalität für diese Zielgruppe leisten könne. Im Rahmen von Weiterbildungskursen wurde das Konzept der Prä-Therapie an Pflegekräfte vermittelt und dann von diesen im Alltag erprobt. Der Beitrag fasst die Ergebnisse des Projekts zusammen und illustriert die Erfahrungen der Pflegekräfte anhand von Fallvignetten.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ich danke Ursula Deinhart, Dozentin an der Caritasakademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Freiburg, für die Kooperation, der Leitung der Akademie für die Unterstützung und besonders den Pflegekräften, die sich mit großem Engagement auf neue Erfahrungen eingelassen, ihre Erfahrungen dokumentiert und zur Verfügung gestellt haben.

## Das Konzept der Prä-Therapie

Prä-Therapie ist meines Erachtens eine der wichtigsten Weiterentwicklungen des personenzentrierten Konzepts. Der prä-therapeutische Ansatz stellt eine Hilfe dar, um eine Brücke in die Welt von Klientinnen zu bauen, die nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage sind, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen. Es geht dabei um die Wiederherstellung der so genannten „Kontaktfunktionen“ der Klientinnen und die Herstellung einer Beziehung zu Menschen, die als „nicht therapiefähig“ gelten und die deshalb häufig abgeschoben oder aussortiert werden.

Der Begriff „Kontaktstörung“ beschreibt die Störung einer Beziehung zu sich selbst und zur äußeren Realität sowie zu anderen Menschen. Dieser Begriff hat zwar den Nachteil, dass er den Blick hauptsächlich auf Defizite lenkt. Aber er beschreibt zutreffend, was der Helfer bzw. die Pflegekraft erleben, wenn sie eine Beziehung aufzunehmen versuchen.

Das Konzept der Prä-Therapie entwickelte der amerikanische Psychologe Garry Prouty. Sein Anliegen war es, das personenzentrierte Konzept für die Arbeit mit schwer behinderten, autistischen oder schwer psychotisch gestörten Menschen fruchtbar zu machen. Prouty wuchs mit seinem geistig behinderten Bruder Bobby auf. Diese Erfahrung hat ihn tief geprägt und motiviert, sein Leben der Förderung von „geistig behinderten“ oder „kontaktunfähigen“ Menschen zu widmen. „Die Erinnerungen an meinen Bruder sind mit quälendem Schmerz verbunden. Dieser Schmerz hat etwas von ‚an seiner Stelle sein‘. Ich weiß, dass ich als Kind an seiner Einsamkeit mitgelitten habe.“ (Prouty, 1998, S. 17)

Prouty besuchte zunächst das Teacher's College in Buffalo und wechselte dann zur dortigen Universität, wo er vom philosophischen Denken der Phänomenologie und von der Soziologie des symbolischen Interaktionismus geprägt wurde. Nach einem Wechsel an die University of Chicago lernte er Gendlin und seine „erlebensbezogene Methode“ kennen (Gendlin, 1996/1998). 1966 arbeitete Prouty in einer geschützten Werkstätte für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen. Er bot dort psychologische Beratung und Psychotherapie an. Ausgehend von diesen Erfahrungen entwickelte Prouty seinen eigenen Ansatz, den er später „Pre-Therapy“ nannte.

Mit dem Begriff brachte Prouty zum Ausdruck, dass es bei dieser Arbeit um die Schaffung von Grundlagen für eine therapeutische Beziehung geht: um das Herstellen von psychologischem Kontakt. Prouty nahm an, dass jeder Halluzination und jedem autistischen Verhalten konkrete Erfahrungen zu Grunde liegen, die er als „prä-symbolisch“ bezeichnete. Er ging davon aus, dass das Bild oder die Erfahrung vorhanden wären, aber weder vom Klienten noch vom Therapeuten oder Helfer gedeutet werden könnten. Der Klient vermochte etwas *noch nicht* auszudrücken. Durch die Prä-Therapie sollten diese Erfahrungen oder vorsprachlichen Erlebensgehalte in einen expressiven Zustand gebracht werden; das heißt, die

Bedeutung wurde erkannt und einem sprachlichen Ausdruck zugänglich (Prouty, 1998).

## Kontaktarbeit – Ziele und praktische Anwendung

Der Kern der Prä-Therapie ist die *Kontaktarbeit*. Diese erweist sich als außerordentlich hilfreich für die Arbeit mit psychotischen Patientinnen und Patienten (Deleu, 1992; Van Werde, 1990; 1998). Beschrieben wird auch die Anwendung in der Altenhilfe und bei der Arbeit mit behinderten Menschen (Pörtner 1996; 2005), also in Kontexten, in denen es nicht vorrangig um „Psychotherapie“, sondern ganz allgemein um hilfreiche und förderliche Kommunikation mit „sehr schwierigen Menschen“ geht. Das Ziel der Kontaktarbeit ist es, Wege zu finden, um mit „kontaktgestörten Menschen“ in eine Beziehung eintreten zu können (kommunikativer Kontakt) und ihnen (wieder) eine Beziehung zu sich selbst, zu den eigenen Emotionen, zum eigenen Körper (Selbstkontakt) und zur Realität in ihrer Umgebung (Realitätskontakt) zu ermöglichen bzw. diese Kontaktebenen zu fördern. Dabei werden prä-expressive Erfahrungen, das heißt vorsprachliche Erfahrungen vor der Explikation, aufgegriffen. In der Praxis bedeutet dies, sich auf das konkrete, wahrnehmbare Erleben zu konzentrieren und dieses zu „reflektieren“. Mit „existenzieller Einfühlung“ werden Brücken zum anderen Menschen gebaut. Prouty spricht auch von „Mit-Sein“: Dabei geht es darum, mit dem ganzen Wesen zu hören, mit dem Herzen wahrzunehmen. Wichtig für die Praxis ist es, Feinheiten der Reaktion bzw. der scheinbaren Nicht-Reaktion genau zu beachten und zu „reflektieren“; insbesondere hat es sich als hilfreich erwiesen, auf die Atmung zu achten. Praktisch wird dies durch sogenannte Kontaktreflexionen umgesetzt.

Kontaktreflexionen:

1. Situationsreflexion (SR): Ansprechen der äußeren Situation, z. B. „Ich höre die Kinder spielen“ – „Wir sind im Garten“ – „Hier ist es warm“. Die Situationsreflexion fördert den Kontakt zur Realität.
2. Gesichtsausdrucksreflexion (GR): Ansprechen des Gesichtsausdrucks, z. B. „Sie schauen mir in die Augen“ – „Tränen laufen über Ihre Wangen“ – „Deine Augen sind ganz starr“. Die Gesichtsausdrucksreflexion regt an, einen Kontakt zu eigenen Gefühlen (wieder) zu entwickeln.
3. Verhaltensreflexion (VR): Ansprechen des Verhaltens, z. B. „Du stehst auf“ – „Sie seufzen“. Die Verhaltensreflexion fördert den Selbst-Kontakt.
4. Körperhaltungsreflexion (KR): Wiedergeben der Körperhaltung, z. B. „Du schaukelst mit dem Oberkörper“ – „Dein Arm ist starr“. Die Körperhaltungsreflexion unterstützt den Kontakt zum eigenen Körper und trägt dazu bei, Abspaltung zu überwinden.
5. Wort-für-Wort-Reflexion (WWR): Das Gesagte wird Wort für Wort wiederholt, z. B.: Bewohnerin: „Sie kommen bald!“ – HelferIn: „Sie kommen bald!“ Die Wort-für-Wort-Reflexion fördert das

Selbstvertrauen und bringt eine Anerkennung für das Gesagte zum Ausdruck.

6. Wiederaufgreifende Reflexion (WR): Wiederaufgreifen von Kontakt, der zu einem früheren Zeitpunkt bestand, z. B. (nach einer längeren Pause): „Sie haben gesagt: Sie kommen bald!“ Die wiederaufgreifende Reflexion weckt die Gefühle des Klienten und hilft ihm, sich zu erinnern.

(nach Prouty, 1998, S. 33 ff.)

Kontaktreflexionen sind ein Instrument, um dem Klienten einfühlernden Kontakt anzubieten. Die Kontaktfunktionen des Klienten sollen unterstützt werden. Sein Realitätskontakt – das heißt seine Wahrnehmung der Welt, sein affektiver Kontakt, der Kontakt mit dem „Selbst“, die Wahrnehmung von Gefühlen, Stimmungen und Emotionen sowie der kommunikative Kontakt, also der Kontakt mit dem anderen – soll ermöglicht, gefördert und erleichtert werden. Im Kontaktverhalten zeigen sich Veränderungen, die durch Kontaktreflexionen ausgelöst wurden und die Kontaktfunktionen des Klienten verbessern. Der Prozess, in dem die Kontaktfunktionen bei psychotischen, autistischen und behinderten Menschen durch die Kontaktarbeit bzw. Prä-Therapie zunehmen, wurde detailliert beschrieben (Prouty, 1994; Prouty et al., 1998).

Eine Hypothese, wie diese positive Wirkung von Kontaktreflexionen zustande kommt, liefert die Säuglingsforschung. Sie zeigt, dass insbesondere die präverbale Kommunikation mit Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen wesentlich für die Konstitution des kindlichen Selbst ist (siehe bereits Bettelheim, 1967/1983). Das kindliche Selbst als handlungsleitende Struktur entsteht in einer kontinuierlichen nonverbalen Interaktion mit erwachsenen Bezugspersonen. Das „Reflektieren“ kindlicher Laute, Mimik und Gesten durch erwachsene Bezugspersonen ist demnach nicht nur die Voraussetzung für das Entstehen stabiler Bindungen, sondern auch für Selbst-Strukturen. Säuglinge verfügen bereits von Geburt an über einen relativ differenzierten Wahrnehmungsapparat und nehmen eine hoch differenzierte präverbale Kommunikation nicht nur auf, sondern tragen dazu bei, sie aufrechtzuerhalten; sie initiieren sie auch von sich aus und wirken auf sie ein (Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 36 ff.).

Die personenzentrierten Grundhaltungen sind notwendige Bedingungen für förderliche menschliche Kommunikation. Voraussetzung dafür ist allerdings bekanntermaßen, dass der Klient in der Lage ist, psychologischen Kontakt aufzunehmen und die Realisierung der Grundhaltungen beim Helfer wahrzunehmen. Doch bei Menschen mit Demenz ist diese Voraussetzung nicht oder nur eingeschränkt gegeben. Sie sind in verschiedener Beziehung desorientiert. Diese Desorientierung hat unterschiedliche Dimensionen, wie sie insbesondere Naomi Feil in ihrem Konzept der Validation beschreibt.

Dimensionen von Desorientierung:

1. Räumliche Dimension: Verwurzelung und Heimat
2. Zeitliche Dimension: sinnhafte Ereignisse und Struktur

3. Soziale Dimension: Eingebettetsein in soziale Netzwerke
4. Identitätsdimension: Verlust der Orientierung in Bezug auf den eigenen Körper, die eigenen Gedanken, Sinn und Aufgaben im Leben

(siehe Morton, 1999/2002)

## Projektdesign

Ziel des Projekts war es herauszufinden, ob sich der Ansatz der Prä-Therapie dafür eignet, Pflegekräften zu ermöglichen, psychologischen Kontakt zu Menschen mit schwerer Demenz herzustellen, die Desorientierung zu reduzieren und damit auch die Pflegequalität zu verbessern. Dazu vermittelte der Autor die Prinzipien der Kontaktarbeit im Rahmen von Weiterbildungskursen für Gerontopsychiatrie im Lauf von acht Jahren an insgesamt 111 Fachkräfte, zu 95 Prozent Frauen.

Die TeilnehmerInnen waren überwiegend AltenpflegerInnen, zum kleineren Teil auch Gesundheits- und Krankenschwestern, HeilerziehungspflegerInnen und SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen: 68 TeilnehmerInnen arbeiteten in Altenpflegeheimen, 12 in ambulanten Pflegediensten, sieben in Wohngruppen für demente Menschen und zwei in der Tagespflege. Sieben waren in sonstigen Kontexten tätig, z. B. im Krankenhaus. 90 Prozent der KursteilnehmerInnen absolvierten an der Akademie eine einjährige Gerontopsychiatrie-Weiterbildung, zirka zehn Prozent besuchten nur die Kurse zur Prä-Therapie.

Der Ansatz wurde im Rahmen dieses Kurses in einem Block von drei bis vier Tagen vermittelt. Im Abstand von ein bis zwei Jahren konnten die Fachkräfte an einem Aufbau- und Vertiefungskurs von weiteren zwei Tagen teilnehmen. Etwa 20 Prozent der KursteilnehmerInnen erarbeiteten sich das prä-therapeutische Vorgehen zusätzlich in kollegialen Lerngruppen.

In den Kursen wurde das Konzept zunächst im Plenum theoretisch vermittelt, anhand von Rollenspielen praktisch demonstriert und so direkt erlebbar gemacht; die Einübung erfolgte dann anhand praktischer Situationen aus dem Pflegealltag in Kleingruppen (zu jeweils drei Personen) mit Supervision.

## Überprüfung der Anwendung im Bereich der Demenzpflege und Erfahrungen mit der Vermittlung

Zur Prüfung der Relevanz des Ansatzes wurde verschiedenes Datenmaterial im Sinne einer Triangulation ausgewertet (Flick, 1995): Protokolle teilnehmender Beobachtung durch eine Beobachterin im Kurs, Protokolle teilnehmender Beobachtung der Fachkräfte in ihrem Pflegealltag, Auswertungsberichte aller Fachkräfte am Ende des Kurses, Video-Aufzeichnungen von Präsentationen der TeilnehmerInnen am Ende des Gesamtkurses sowie schriftliche und

mündliche Berichte von TeilnehmerInnen ein bis vier Jahre nach Kursabschluss.

Die Auswertung orientierte sich an den Prinzipien der Grounded Theory (Strauss, 1991). Die Ergebnisse wurden mit TeilnehmerInnen und Kursassistenten sowie mit zwei externen Pflegewissenschaftlerinnen kommunikativ validiert (Kvale, 1995).

## Erfahrungen mit der Vermittlung des Ansatzes an Pflegekräfte

Die personenzentrierte Grundhaltung ist Grundlage für die Anwendung des prä-therapeutischen Ansatzes. In den gerontopsychiatrischen Weiterbildungskursen, in denen wir tätig waren, gab etwa ein Drittel der Pflegekräfte an, vom Personenzentrierten Ansatz bereits gehört zu haben, zwei Drittel kannten ihn nicht. Mit der Umsetzung hatten die meisten zunächst Schwierigkeiten. Das personenzentrierte Vorgehen musste deshalb zunächst eingeübt werden, was vor den Blocks zur Prä-Therapie geschah. Das sogenannte „aktive Zuhören“ war der Mehrheit der KursteilnehmerInnen bekannt. Es kann zwar für das Einüben und Lernen des Ansatzes fruchtbar sein und mag auch eine Erleichterung und Förderung der Kommunikation z. B. mit Angehörigen von Pflegebedürftigen bewirken. Es zeigte sich aber, dass dieses Vorgehen zunächst vielfach im Sinne einer „Papegeientechnik“ missverstanden wurde. Wichtig war es deshalb zu vermitteln, dass einführendes Verstehen über aktives Zuhören weit hinausgeht und auch mehr meint als das „Spiegeln“ von Gefühlen. Für die spätere Einübung der Kontaktarbeit war es wichtig, dass die TeilnehmerInnen direkt erfahren konnten, wie es ist, die Welt mit den Augen des anderen zu sehen, mit seinen Ohren zu hören, sich in seine Körperwahrnehmung hineinzusetzen. Insbesondere war es für die Pflegekräfte wichtig zu spüren, was es heißt, auf das Erleben des anderen – nicht nur auf das Gesagte, sondern auch auf Mimik, Gestik und Körperhaltung – zu achten und dann auf der Grundlage einführenden Verstehens nicht alleine zu reden, sondern im Sinne von „Caring“, von besorgtem Sich-Kümmern, auch zu handeln (Binder & Binder, 1992).

Im Rahmen der Vermittlung des Ansatzes reflektierten die Pflegekräfte in einem nächsten Schritt, was bis dahin im Pflegealltag dazu beitrug, Schwierigkeiten mit BewohnerInnen zu erzeugen, und was sich als hilfreich und nützlich erwiesen hat. Wesentlich erschien uns, die Aufmerksamkeit dafür zu schärfen, was die Pflegekraft jeweils selbst zum Gelingen oder zum Scheitern von Begegnungen mit „kontaktgestörten“ Menschen beiträgt. Der Akzent lag also auf der Beschreibung konkreter Situationen und bestimmten Verhaltens.

Die KursteilnehmerInnen erwiesen sich als sehr kreativ bei der Suche nach Dingen, die „funktionieren“, und solchen, die häufig zu Problemen mit BewohnerInnen führen. In der Regel wurden bereits in diesem Schritt zahlreiche Elemente benannt, die später für

die Umsetzung der Kontaktarbeit wichtig sind. Es wurde deutlich, dass der Personenzentrierte Ansatz und seine Weiterentwicklung in der Prä-Therapie kein aufgesetztes, am Grünen Tisch entwickeltes theoretisches Konzept darstellen, das mit dem Pflegealltag nichts zu tun hat, sondern dass es darum geht, bisherige konstruktive Erfahrungen auszubauen, zu systematisieren und zu erweitern. Eine der Pflegekräfte brachte dies treffend auf den Punkt: „Wichtig ist für mich die Bestätigung bei vielem, was ich intuitiv schon so oder ähnlich gemacht habe. Jetzt hat es einen Namen.“

Hilfreich für die Pflegekräfte war Folgendes:

1. Lächeln, streicheln, Ruhe
2. „Initialberührung“
3. Ausdruck dessen, was ich durch Körperhaltung sagen will
4. Validation: mit Körperkontakt die Sprache unterstützen
5. Augenkontakt herstellen, aufmerksam zuhören
6. Im Gespräch mit den Angehörigen genau erklären, warum ich etwas tue
7. Kenntnis über die Biografie der BewohnerInnen
8. Aufmerksame Zuwendung, aktives Zuhören
9. Rituale, feste Bezugsperson im Pflegealltag
10. Die Tonlage der Bewohnerin aufnehmen und bestätigend antworten
11. Kontakt durch alle Sinne, z. B. Geruch
12. Wertschätzung, Ernstnehmen
13. Klare, eindeutige Gesten, ruhige Bestimmtheit
14. Anfassen, sanfte körperliche Berührung, Körperkontakt; wie es situativ passt
15. Zulassen von Gefühlen
16. Aushalten der Situation, Ruhe ausstrahlen, Verständnis
17. Unvoreingenommenheit
18. Klare Grenzen setzen: „Jetzt reicht’s!“
19. Rückzug und Freiheit zum Selbstkontakt
20. Sich (räumlich) auf die gleiche Ebene begeben
21. Kontaktaufnahme durch Mimik
22. Signal der Kontaktbereitschaft
23. Begleiten, wenn jemand unruhig umhergeht oder wegläuft
24. Ruhe, sich Zeit nehmen
25. Gegenstände in die Hand legen
26. Die eigene Hand in jene der Bewohnerin legen
27. Wahrnehmen der Person, sie respektieren
28. Autonomie im Rahmen des Möglichen gewähren
29. Kollegiale Unterstützung suchen

Es fällt auf, dass diese Auflistung hilfreicher Verhaltensweisen in der Sprache der Pflegekräfte bereits alle wesentlichen Elemente der personenzentrierten Grundhaltungen enthält. Die Sammlung dessen, was nicht funktioniert, kann helfen, dies im Folgenden zu vermeiden, das heißt auf Problemlösungen zu verzichten, die sich als unwirksam erweisen und die dazu beitragen, Probleme zu erzeugen.

Ein Beispiel:

*Frau E. beschimpft die Pflegerinnen auf der Station unflätig. Dieses Verhalten wiederholt sich und hat schon ritualisierten Charakter angenommen. Als die Pflegerin nicht wie sonst üblich mit ihr schimpft oder sie zur Ruhe mahnt, sondern leise und bedeutungsvoll mit ihr flüstert, hört Frau E. mit ihren Beschimpfungen auf.*

Es wird also die Aufmerksamkeit dafür geweckt, was „funktioniert“, was hilfreich und für die Kommunikation förderlich ist: „Wenn etwas funktioniert, mach mehr davon!“

Was nicht hilfreich war oder zu Schwierigkeiten geführt hat:

1. Ablehnung
2. Neugier im Sinne von „den anderen zum Objekt machen“
3. Unruhig und gehetzt sein, große Eile, schnell etwas verändern wollen, Stress, Unruhe, Ungeduld, keine Ruhe haben
4. Rituale nicht einhalten, den normalen Tagesablauf stören
5. Zeitvorgaben, Zeitdruck und als Konsequenz dessen: nicht bei diesem speziellen Patienten sein
6. Zu zielorientiert sein, Aufzwingen von Vorgaben, „Realitätsdruck“
7. Nicht erkennen, was der Mensch braucht, keine Bereitschaft zum Sprechen haben, nicht authentisch sein
8. „Überfall“, z. B. mit Gewalt ins Bett bringen
9. Nicht wirklich zuhören
10. Unverständliche Worte
11. Störung durch lautes Sprechen

Zu Schwierigkeiten im Kontakt führt also in der Regel ein Verhalten der Pflegekraft, das man als nicht-personenzentriert bezeichnen könnte.

Häufig stellten Pflegekräfte zu Beginn die Frage, ob Kontaktarbeit geeignet sei, funktionalen Zwecken (Waschen, Essengeben, Ins-Bett-Bringen usw.) zu dienen. Das kann zwar nach unserer Erfahrung durchaus sein, ist jedoch nicht das Wesentliche. Obersten Zweck der Pflege stellen die Erhaltung bzw. Erhöhung der Lebensqualität der BewohnerInnen dar. Wenn sie „berührt werden“, ist dies ein ganz wesentlicher Schritt. Diesen fundamentalen Grundsatz kennt man zwar aus der Pflegeausbildung, er gerät aber im Pflegealltag leicht aus dem Blick. Daran erinnert zu werden, war für einen großen Teil der KursteilnehmerInnen, wie sie später immer wieder berichteten, eine sehr wichtige Lernerfahrung.

Als hilfreiche Leitidee beim Erlernen des Ansatzes erwies sich für viele Teilnehmerinnen die Trias von Herz, Kopf und Hand, die auf Pestalozzi zurückgeht (Kern & Wittig, 1985, S. 153ff). Dabei geht es nicht darum, Techniken anzuwenden, um bestimmte funktionale Ziele zu erreichen, sondern um die Realisierung einer bestimmten Grundhaltung, um ein spielerisches Ausprobieren ohne Veränderungsdruck. „The techniques are simple, the art is difficult“, betonte Prouty in seinen Seminaren immer wieder. Man könnte es auch so

formulieren: Die Kunst ist es zu erkennen, dass Technik und Grundhaltung nicht voneinander zu trennen sind. Trotzdem – oder gerade deshalb – erweisen sich einige einfache Hilfsregeln als sinnvoll zur Unterstützung des Lernprozesses.

Hilfsregeln:

1. Versuche, auf das unmittelbare Erleben einzugehen, auf das, was „da“ und im Moment wahrnehmbar ist. Leitfrage: Was nehme ich wahr? Was nimmt wohl die Klientin wahr?
2. Gehe auf den Realitätssinn der Klientin ein, wo er sich zeigt. Bestätigung der Realität hilft zur Verankerung. Leitfrage: Wo zeigt die Klientin noch/bereits Kontakt zur Realität?
3. Die HelferIn muss genau hinschauen und genau zuhören. Leitfragen: Was sagt die BewohnerIn? Welchen Körperausdruck zeigt sie? Welche Gefühle und Bedürfnisse hat sie wohl? Welche kann und will ich jetzt erfüllen? Es geht um das Zuhören mit allen Sinnen. Nicht das Tun ist entscheidend, sondern Einfühlen und Mit-Sein

(Nach Prouty u. a., 1998, 28 ff.; vgl auch Pörtner, 1996, 2005)

## **Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit im Pflegealltag – Ergebnisse und Erfahrungen**

Die Erfahrungen der Pflegekräfte mit der Umsetzung im Alltag waren überwiegend positiv. Zunächst seien einige Aussagen von Pflegekräften, die das Spektrum der Erfahrungen beleuchten, im Wortlaut angefügt.

Beispiele von Erfahrungen der Pflegekräfte bei der Umsetzung der Kontaktarbeit:

1. „Schwierig ist vor allem, die Ziellosigkeit zu lernen.“
2. „Wichtig ist der Mut, etwas Neues zu probieren, mich in den anderen hineinzusetzen und die Ideen dann umzusetzen.“
3. „Man muss die Theorie vergessen und den Menschen wahrnehmen.“
4. „Es ist auch okay, wenn's nicht geht.“
5. „Wenn Frau S. sehr schnell isst und ich esse dann auch ganz schnell mit, entsteht Kontakt; wenn ich dann das Tempo verlangsame, tut sie es auch.“
6. „Frau G. hat lange Zeit nichts getrunken. Ich habe immer wieder versucht, in ihre Körperhaltung zu gehen, setze mich vor sie hin und trinke mit – nach einem Jahr begann sie auch zu trinken.“
7. „Auf die eigene innere Stimme zu hören bringt oft Überraschungen.“
8. „Vielleicht kommt mehr an, als ich denke.“
9. „Einfach da sein reicht oft.“
10. „Kontaktarbeit macht Spaß!“
11. „Das Hauptproblem sind die Kolleginnen, die mein Verhalten befremdlich finden und unverständlich.“

Die Erfahrungen können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Die Umsetzung braucht Zeit und Geduld, nicht sofort zeigt sich zunächst (äußerlich) Erfolg. Ein wichtiger Effekt ist die Verlangsamung des Pfl egetempos: zu lernen innezuhalten, nichts zu tun und abzuwarten. Wesentlich scheint es, dass die Pflegekräfte sich und den BewohnerInnen Zeit geben.
2. Kontaktarbeit wirkt deeskalierend und beruhigt bei Konflikten. Auch funktionale Zwecke können häufig menschlicher, leichter und mit weniger Energieaufwand erreicht werden, wie in den folgenden Fallvignetten deutlich wird. Die wichtigste Erfahrung war allerdings nicht die Reduktion von Symptomen oder die Verbesserung funktionaler Abläufe, sondern die Verbesserung der Beziehungsqualität. Bedeutsam war die zunehmende Wachheit für BewohnerInnen und die Fähigkeit, etwas geschehen zu lassen und weniger zu „machen“.
3. Das bedeutet nicht „Ziellosigkeit“ oder „Zeitverschwendung“, wie manche HelferInnen zunächst befürchteten, sondern ein anderes, größeres Ziel: die Ermöglichung einer Ich-Du-Beziehung im Sinne Martin Bubers (Buber 1984; Rogers & Buber 1992). Dabei ist oft eine Paradoxie zu erleben: Symptome freundlich willkommen zu heißen, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie verschwinden.
4. Die Ebene der Kontaktaufnahme muss mit der psychologischen Ebene übereinstimmen, auf der sich die Bewohnerin befindet. Das heißt, das „Nachmachen“ von Gesten oder das Wiederholen von Lauten sind nur dann angemessen, wenn verbal kein Kontakt möglich ist.
5. Bei Kontaktreflexionen erwies sich das „therapeutische Du“ als hilfreich, das sonst in der Altenpflege eher verpönt ist, also das Ansprechen mit dem Vornamen. Auch das Ansprechen in der dritten Person – wie bei Kindern – erhöhte häufig die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme. Es bestätigte sich, dass offene Formulierungen und ein fragender Tonfall hilfreich sind.
6. Wichtig war für viele die Einübung von Demut und Respekt vor unveränderlichem Leiden: Es kann manchmal auch darum gehen, Beziehungslosigkeit zu akzeptieren und Nicht-Kontakt oder die Ablehnung von Kontakt anzunehmen und auszuhalten.
7. In der Umsetzung erwies es sich für die Pflegekräfte als wichtig, auch eigene Grenzen zu respektieren, Distanz zu wahren und den richtigen Zeitpunkt abzuwarten.
8. Hilfreich und kontaktfördernd war es, alle Sinneskanäle zu nutzen, z. B. Gerüche beim Kochen, Musik, Rhythmik, Arbeit im Garten, Tiere, die Begegnung mit kleinen Kindern. Als wichtige Aufgabe erwies sich, auch die Gestaltung der Räume, die Möbel und sinnhafte Ereignisse (z. B. gemeinsames Kochen) zu nutzen, um eine Entwicklung der Kontaktarbeit von der Ebene des Face-to-face-Kontaktes in Richtung der Schaffung eines „Kontaktmilieus“ (Van Werde, 1998) zu fördern.
9. Es wurde auch berichtet, dass ein plötzlicher Kontaktabbruch für BewohnerInnen sehr problematisch sein kann, wenn die Pflege-

kraft, die mit Hilfe der Kontaktarbeit eine Beziehung aufgebaut hat, plötzlich versetzt wird oder ihr Praktikum beendet ist. Wir haben daraus gelernt, diesen ethischen Aspekt in den Kursen stärker zu betonen.

10. Schwierigkeiten machte vor allem die Betroffenheit durch starke eigene Gefühle – sie machten das Zuhören und die Kontaktarbeit schwierig. Zumindest hier erscheint die Möglichkeit einer zusätzlichen Supervision notwendig.

## Die Prä-Therapie ist hilfreich für demente Menschen

Die Frage, ob das Konzept der Prä-Therapie für die Altenpflege, insbesondere für den Umgang mit dementen Menschen, hilfreich sein kann, lässt sich positiv beantworten. Insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz, die mit anderen Methoden nicht oder kaum erreichbar sind, scheint der Ansatz eine sinnvolle Ergänzung zum sonstigen Repertoire von Strategien und Konzepten.

Durch Kontaktreflexionen gelingt es häufig, bei schwer gestörten BewohnerInnen einen situativen Bezug zur äußeren Realität zu vermitteln, Kontakt zu finden und (bessere) Beziehung zu schaffen, Inseln der Orientierung zu erreichen und durch das Ansprechen von Struktur und Ereignissen eine zeitliche Orientierung zu ermöglichen. Damit lässt sich eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von schwer dementen Pflegebedürftigen erreichen. Relevant bei der Kontaktarbeit ist vor allem die Haltung, nicht die Umsetzung einzelner Techniken.

Allerdings geht es im Pflegealltag nicht um Prä-„Therapie“, sondern um alltagsorientierte pflegerische Arbeit. Die Arbeit mit Kontaktreflexionen macht Pflegekräfte nicht zu TherapeutInnen, sondern kann sie in ihrer pflegerischen Arbeit auf der Grundlage ihrer spezifischen Professionalität unterstützen. Wir schlagen deshalb vor, nicht von der Anwendung von Prä-Therapie zu sprechen, sondern von *Achtsamkeitsbasierter Kontaktarbeit* oder von *Mindfulness Based Contact Work*. Achtsamkeit erweist sich in vielen Therapieverfahren als zentraler Wirkfaktor (Heidenreich & Michalak, 2006).

Achtsamkeit charakterisiert das zentrale Anliegen des Personenzentrierten Ansatzes (Bundschuh-Müller, 2006; 2007; Knoche, 2007; Reisch, 2007). Achtsamkeit lässt sich als konzentrierte Zuwendung, als Aufrechterhalten ungeteilter, nicht urteilender Aufmerksamkeit (Kabat-Zinn, 2006) definieren. Mit oder ohne Achtsamkeit kann man ebenso Geschirr spülen oder Blumen gießen wie sich einem Menschen und seinen Bedürfnissen wie Gefühlen zuwenden. Der Begriff der Achtsamkeitsbasierten Kontaktarbeit macht deutlich, dass es dabei weder um Therapie noch um irgendeine beliebige Art der Kontaktaufnahme geht, sondern um eine Ich-Du-Beziehung im Sinne Martin Bubers und Carl Rogers (Buber, 1984; Rogers & Buber 1992).

Für den Bereich der Pflege erscheint der Begriff der Achtsamkeit zur Kennzeichnung des Ansatzes auch deshalb angemessen, weil hier alltagsorientierte Handlungen ganz wesentlich sind. Zum Medium der Kommunikation und des Kontakts können sachbezogene Handlungen werden, etwa Spritzen zu geben, Verbände anzulegen, Essen zu geben, BewohnerInnen zur Toilette zu bringen. Pflege steht im Spannungsfeld von personalen und sachbezogenen Handlungen: Das Aufräumen des Zimmers, das Waschen der Haare, das Baden oder Duschen, das Bereitlegen von Gegenständen für die Nacht etc. können achtsam oder unachtsam vollzogen werden. Außerdem kann der Begriff der Achtsamkeit auch auf die Bedürfnisse der Pflegekraft selbst, jene der Institution, der KollegInnen und Vorgesetzten bezogen werden sowie die Gestaltung eines angemessenen Milieus bezeichnen (vgl. Pörtner, 2005).

## Der Alltag ist das Wesentliche

Wie Prä-Therapie als Ressource für die Arbeit mit dementen Menschen wirken kann, ist am besten anhand von konkreten Situationsbeschreibungen nachvollziehbar. Die Ergebnisse sollen deshalb anhand einiger Erfahrungen von Pflegekräften illustriert und durch eine längere sowie mehrere kurze Fallvignetten anschaulich gemacht werden – ansonsten bliebe die Beschreibung der Ergebnisse blass und distanziert, und das würde dem Ansatz nicht gerecht.<sup>2</sup>

Die schriftliche Situationsbeschreibung vermag allerdings nur einen Teilaspekt des interaktiven Geschehens wiederzugeben, das sich nur begrenzt sprachlich adäquat ausdrücken lässt. Mimik, Gestik und Körperspannung, Tonfall usw. machen zentrale Qualitäten der Begegnung aus. Das tiefe Berührtsein vom anderen hat eine Dimension, die sich eher erleben denn beschreiben lässt. So sind etwa die relativ langen Pausen des Schweigens in den Sequenzen nicht „Leere“, sondern ganz wichtige Elemente der Interaktion.

## Mit-Sein und Kontakt finden

In der folgenden Sequenz wird deutlich, dass es nicht möglich und auch nicht sinnvoll ist, die verschiedenen Kontaktreflexionen scharf voneinander abzugrenzen. Es geht vielmehr um ein fließendes Geschehen, bei dem das aufmerksame Schweigen genauso bedeutsam ist wie das sichtbare Tun.

*Herr G. ist 76 Jahre alt, verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Er leidet an schwerer Demenz und an einer Aphasie und kann nur*

*noch einzelne Laute von sich geben. Zudem besteht der Verdacht auf eine Altersdepression. Herr G. hat zu anderen Bewohnerinnen des Pflegeheims kaum Kontakt, er sitzt meist in seinem Zimmer und meidet jeglichen Kontakt. Auch der Kontakt zum Pflegepersonal ist sehr eingeschränkt. Herr G. sitzt am Tag meistens auf dem Sofa oder im Rollstuhl mit starrem Blick geradeaus. Er macht einen ängstlichen Eindruck. Nachts schläft Herr G. oft sehr unruhig, trotz Schlaftabletten. Die Pflegerin kommt zu Herrn G. ins Zimmer. Herr G. sitzt mit steifer Körperhaltung auf dem Sofa und schaut mit starrem Blick geradeaus. Die Pflegerin begrüßt Herrn G. und will ihm die Hand geben. Herr G. zeigt keinerlei Reaktion. Seine Arme und Beine sind überkreuzt. Die Pflegerin setzt sich an das andere Ende des Sofas und versucht Herrn G. anzusprechen; er zeigt wieder keine Reaktion, beachtet sie nicht, sondern schaut weiter mit starrem Blick nach vorne ins Leere.*

*P. (Pflegekraft): „Ich sitze mit Ihnen auf dem Sofa.“ (Situations-Reflexion, SR)*

*Herr G. zeigt keine Reaktion.*

*P. (lange Pause): „Wir sitzen in Ihrem Zimmer.“ (SR)*

*Herr G. zeigt keine Reaktion.*

*P. (wiederum nach langer Pause): „Es ist sehr warm in Ihrem Zimmer. (SR) (Pause). Ihr Körper ist ganz steif. (Lange Pause.) Sie sitzen ganz ruhig da. Ihre Arme und Beine sind gekreuzt. (Körperhaltungsreflexion, KR) (Mehrere Minuten Pause.) Sie haben einen starren Blick nach vorne. (KR) (Schweigen) Sie bewegen sich nicht. (KR) (Schweigen) Sie schauen ängstlich.“*

*P. (nach längerer Pause) nimmt einen Stuhl und setzt sich Herrn G. gegenüber. Herr G. zeigt keine Reaktion, es wirkt auf die Pflegekraft, als schaue er durch sie hindurch und nehme sie gar nicht wahr.*

*P. übernimmt die Körperhaltung von Herrn G. und schaut ihm direkt in die Augen (etwa zwei Minuten lang). (KR)*

*Herr G. zeigt noch immer keine Reaktion.*

*P.: „Sie sitzen auf dem Sofa und bewegen sich nicht.“ (KR)*

*(Lange Pause). „Sie haben die Arme und Beine gekreuzt.“ (KR)*

*Herr G. löst die gekreuzten Arme und legt sie auf seine Beine.*

*P. löst ebenfalls die Arme und legt sie auf die Beine. (Verhaltensreflexion, VR) In dieser Körperhaltung sitzen sich beide einige Minuten schweigend gegenüber.*

*P.: „Sie sitzen auf dem Sofa. – Ihre Arme liegen auf Ihren Beinen. – Ihr Körper ist ganz steif.“*

*Herr G. (nach längerer Pause) löst die Beine und stellt sie nebeneinander. Er schaut der Pflegerin direkt in die Augen.*

*P. schaut ihm ebenfalls in die Augen. (Gesichtsausdrucksreflexion) So sitzen beide einige Minuten.*

*P.: „Sie sitzen auf dem Sofa. (VR) – Ihre Arme liegen auf Ihren Beinen. – Sie schauen mich ängstlich an.“ (GR)*

*Herr G. zeigt zunächst keine weitere Reaktion, doch einige Minuten später sagt er „Mamama“ und lächelt.*

*P.: „Mamama“ (Wort-für-Wort-Reflexion, WWR). Sie lächelt zurück (GR).*

<sup>2</sup> Ich danke Elisabeth Fritsch, Heike Kern, Patricia Ruppenthahl-Ott, Nina Sachs und allen namentlich nicht genannten Pflegekräften herzlich für ihre Berichte und für ihre einfühlsame Arbeit mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern.

Herr G. bewegt seine Beine, die steife Körperhaltung löst sich. Er schaut sich im Zimmer um. Herr G. macht nun einen entspannteren und zufriedenen Eindruck.

P. setzt sich zu Herrn G. auf das Sofa und bleibt noch einige Zeit bei ihm sitzen. Sie liest ihm aus der Zeitung vor.

Herr G. hört interessiert zu, teilweise kommentiert er das Vorgelesene mit „Mamamama“. Herr G. lächelt.

## Biografisches Wissen

Adäquate Kontaktreflexionen gelingen häufig dann besonders gut, wenn entsprechende Kenntnisse der Biografie vorhanden sind. Reflektiert wird also nicht nur das aktuelle Verhalten, sondern gegebenenfalls auch die persönliche Lebens-Geschichte.

Herr M. ist 84 Jahre alt. Er soll abgeholt werden, um im Gemeinschaftsraum Kaffee zu trinken. Er weigert sich mitzugehen. Herr M. will keinen Kaffee. Er wirkt, als würde er etwas Schweres tragen. Er steht gebeugt da, eine Hand gebogen.

P.: „Kommen Sie, es gibt Kaffee!“ Sie nimmt ihn am Arm. Herr M. sträubt sich.

Die Pflegekraft nähert sich nochmals, diesmal von vorn.

P.: „Herr M., ich habe noch ein bisschen Kaffee, wollen Sie ein wenig?“

Herr M. zögert.

P.: „Oh, Sie haben was Schweres zu tragen, kommen Sie, ich helfe Ihnen!“ Die Pflegekraft nähert sich ihm und hilft ihm, die schwere Last zu tragen. (Verhaltensreflexion, VR) Sie nimmt ihm – pantomimisch – die Last ab.

Er geht jetzt bereitwillig mit zum Kaffeetrinken.

P.: „Ich wusste, er hat als Maurer gearbeitet, und ich hab auch mal auf dem Bau gearbeitet. Da ist es so, dass man nach der Pause nicht gleich wieder zum Kaffee darf. Aber wenn die Hausfrau was anbietet, was übrig ist, darf man. Und ich habe gesehen, er trägt was Schweres.“

## Funktionale Zwecke

Die nächsten Vignetten zeigen, wie Kontaktreflexionen auch hilfreich sein können, um funktionale Zwecke (besser) zu erreichen.

Frau A., 82 Jahre alt, spricht fast nur die Worte „Ponti – Penti – Puti“. Wenn die Pflegekräfte sie bitten, eine Tablette zu nehmen, lehnt sie ab. Als die Pflegekraft fragt: „Darf ich Ihnen ein Puti geben?“, sagt Frau A. „Ja“ und nimmt die Tablette bereitwillig. (WWR)

Frau G. wird auf der gerontopsychiatrischen Station behandelt. Die Pflegekräfte und die Ärztin sind der Meinung, Frau G. brauche einen Katheter, da sie nicht urinieren will. Die Pflegekraft geht mit Frau G.

aufs Klo, schließt ab, lässt selbst auch die Hose herunter und drückt. (VR) Frau G. uriniert, bis das Uringefäß voll ist.

## Bizarres, unverständliches oder störendes Verhalten

Kontaktreflexionen sind aber kein Allheilmittel. Hierzu sei ein weiteres Beispiel angefügt:

Herr L. stößt wütend eine Kanonade von Schimpfworten aus, als er gewaschen werden soll. Durch die im Kurs neu erlernte Kontaktarbeit soll er dazu gebracht werden, sich waschen zu lassen. Die Methode erweist sich jedoch in diesem Fall als wirkungslos. Es gibt zwar Kontakt, aber das Schimpfen hört nicht auf.

Kontaktreflexionen „wirken“ zwar oft auch bei unverständlich scheinendem oder „störendem“ Verhalten, allerdings scheint dies besonders dann der Fall zu sein, wenn sie nicht als Manipulationstechnik eingesetzt werden, das heißt wenn im Vordergrund die Beziehung und nicht das Bedürfnis der Pflegekraft nach Ordnung oder Ruhe stehen.

Frau B., 91 Jahre alt, sitzt im Stuhl und reibt die Hände an den Oberschenkeln. Sie macht das häufig und über lange Zeit. Die Pflegekraft setzt sich zu ihr und reibt sich in gleichem Tempo ebenfalls die Oberschenkel. (VR) Nachdem die Pflegekraft langsamer reibt, wird auch Frau B. langsamer. Die Pflegekraft hört mit einem Klatschen auf die Oberschenkel auf zu reiben. Frau B. hört ebenfalls auf.

Frau S. leidet an der Alzheimer Erkrankung. Sie trippelt ruhelos auf dem Gang auf und ab. Die Pflegekraft geht mit ihr und trippelt auch. (VR) Frau S. wird ruhiger, trippelt langsamer und wirkt zufrieden.

Frau M. sitzt am Tisch im Aufenthaltsraum und ist erregt. Sie wirft Gegenstände um sich und zerbricht dabei einen Engel aus Gips, der auf dem Tisch steht. Die anderen BewohnerInnen werden unruhig. Frau M. wird in ihr Zimmer gebracht und ins Bett gelegt. Sie lässt sich aber nicht beruhigen. Schließlich legt sich die Pflegerin für einige Minuten zu ihr ins Bett. Nach kurzer Zeit wird Frau M. ruhiger.

## Einführendes Verstehen und Kontaktreflexionen

In der folgenden Vignette wird der fließende Übergang zu „normalem“ einführendem Verstehen deutlich.

Herr M. will das Bett nicht verlassen. Mehrere Pflegekräfte haben umsonst versucht, ihn dazu zu bewegen. Die Pflegekraft kommt ins Zimmer und flüstert ihm ins Ohr: „Heinz, komm, ich hab dir einen Kaffee gemacht!“. Herr M. steht auf.

*P: (im Dialekt von Herrn M.) „Heinz, nachher rauchen wir noch ein Zigarettchen zusammen!“*

*Herr M. folgt ihr bereitwillig.*

Kontaktreflexionen erweisen sich insbesondere dann als sinnvoll, wenn die Störung so schwer ist, dass einführendes Verstehen von der pflegebedürftigen Person nicht mehr ohne weiteres wahrgenommen werden kann.

*Frau N. steht häufig wütend vom Tisch auf, weil sie sich von Äußerungen anderer Bewohnerinnen beleidigt fühlt und diese als Angriff auf sich selbst versteht. Sie will dann zur Tür hinaus. Wenn die Pflegekräfte versuchen, sie zurückzuhalten, wehrt sie sich. Wenn die Pflegekraft ihre Gefühle verbal aufnimmt – „Frau N., Sie sind jetzt sehr wütend!“ – reagiert sie nicht.*

*„Aber wenn ich selbst ihren wütenden Gesichtsausdruck annehme, die Körperhaltung übernehme, aufstampfe und sage: „Sie sind so wütend, Frau N.“, dann stutzt sie, hakt sich bei mir ein und beruhigt sich.“*

Bei Kontaktreflexionen muss also die Ebene stimmen.

## Kontaktförderndes Tun

Kontakt wird häufig dadurch hergestellt oder gefördert, dass die Pflegekraft mit dem verwirrten Menschen gemeinsam etwas tut, was für diesen Sinn macht.

*Herr L. hat immer wieder Zeiten, in denen er sich auf den Boden kniet und auf allen Vieren kriechend den Teppichboden absucht. Er kann nicht sprechen. Der Pfleger kniet sich zu ihm und sucht mit. „Herr L., Sie suchen was?“ Herr L. blickt auf und krabbelt in Richtung des Pflegers, sie suchen gemeinsam den Teppich ab. Herr L. lächelt.*

*Frau S. spuckt Mitbewohnerinnen und Pflegekräfte häufig an. Die Pflegerin nähert sich langsam, behutsam und fragt: „Frau S., darf ich mich zu Ihnen setzen?“ Frau S. schaut auf, die Pflegerin lächelt sie an. Dann nimmt sie ihre Hand. Sie sitzen fünf Minuten, atmen miteinander im gleichen Rhythmus. Frau S. spuckt nicht mehr.*

## Diskussion, Forschungsperspektiven und Zusammenfassung

Die durchgeführte Studie hat qualitativ-beschreibenden und explorativen Charakter. Die Ergebnisse qualitativer Untersuchungen dieser Art erheben nicht den Anspruch auf statistische Relevanz. Der Wahrheitsbegriff qualitativer Forschung ist ein heuristischer. Dabei geht es um kommunikative und insbesondere um ökologische Validität, das heißt um die Frage, ob die Ergebnisse einer Untersuchung

auch unter den komplexen Interaktionsbedingungen der sozialen Alltagswelt Gültigkeit besitzen (Kvale, 1995, S. 428). Dies ließ sich im Projekt eindeutig bestätigen. Es kann aber nicht der Anspruch erhoben werden, mit dieser Studie eine Wirkungsmessung vorzulegen.

Es stellt sich die Frage, ob die kurze Übungszeit von fünf Tagen ausreicht, um diesen anspruchsvollen Ansatz zu vermitteln und die Pflegepraxis tatsächlich längerfristig zu verändern. Die Beobachtungen der Handlungen der Pflegekräfte lassen vermuten, dass dies tatsächlich in vielen Fällen gelungen ist. Wir nehmen an, dass dies insbesondere dann gelingt, wenn die Fachkräfte bereits vorher intuitiv ähnlich gehandelt haben. Das wird aus der Personzentrierten Psychotherapie (Tausch & Tausch, 1990; 1995) sowie aus der Mäeutik (Schindler, 2003) ebenfalls berichtet.

Darüber hinaus scheint die Möglichkeit zur Reflexion und Übung in einer kollegialen Unterstützungsgruppe wichtig zu sein. Außerdem geschah die Vermittlung des Ansatzes in dieser Studie im Kontext eines gerontopsychiatrischen Kurses von einjähriger Dauer (die TeilnehmerInnen, die extern den Prä-Therapie-Block besuchten, verfügten bereits über eine abgeschlossene gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation).

Für die Tatsache, dass ein Teil der Pflegekräfte (etwa 30 Prozent) das Konzept nicht nutzen konnte, mögen unterschiedliche Gründe ausschlaggebend sein. Die Rückmeldungen lassen vermuten, dass hier vor allem drei Faktoren wichtig sind:

1. Wo eine zumindest wohlwollende Duldung durch KollegInnen und Vorgesetzte nicht vorhanden war, gelang die Implementierung des Konzepts nicht oder nur sehr eingeschränkt.
2. Problematisch war für einen Teil der Pflegekräfte die Erfahrung des Kontrasts zwischen dieser auf Zuwendung und Menschlichkeit basierenden Arbeit und dem Leistungs- wie Zeitdruck in ihrer Institution, die sie danach umso schmerzhafter erlebten.
3. Für einen kleinen Teil der Pflegekräfte schien das Konzept zu weit weg von eigenen Haltungen und Werten. Auch diese Beobachtung ist aus der personenzentrierten Weiterbildung bekannt: Es gibt Menschen, zu denen der Ansatz einfach nicht passt und die trotz intensiven Trainings nicht oder nur sehr begrenzt in der Lage sind, die personenzentrierten Grundhaltungen angemessen zu realisieren (Tausch & Tausch, 1990).

Eine interessante Frage wäre, ob sich der Ansatz auch für Angehörige, z. B. im Rahmen von Demenz-Wohngruppen, nutzen lässt.

## Fazit

Die eingangs gestellte Frage, ob das Konzept der Prä-Therapie für die Altenpflege, insbesondere für den Umgang mit dementen Menschen, hilfreich sein kann, lässt sich positiv beantworten. Insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz, die mit anderen Methoden nicht oder kaum erreichbar sind, scheint der Ansatz Erfolg

versprechend. Allerdings geht es im Pflegealltag nicht um Prä-„Therapie“, sondern um alltagsorientierte pflegerische Arbeit. Es kann auch nicht der Anspruch erhoben werden, dass die Pflegekräfte in der kurzen Zeit tatsächlich gelernt hätten, Prä-Therapie anzuwenden. Deshalb schlagen wir vor, nicht von der Anwendung von Prä-Therapie zu sprechen, sondern die Begriffe Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit oder Mindfulness Based Contact Work zu benutzen, um alltagsorientiertes kontakt-förderndes Handeln in nicht-therapeutischen Kontexten auf der Grundlage einer personenzentrierten Grundhaltung der Akzeptanz (und im Rahmen eines prä-therapeutischen Konzepts) zu bezeichnen.

Durch Kontaktreflexionen gelingt es bei schwer gestörten BewohnerInnen, Anker in der Realität zu vermitteln, schrittweise

Beziehung zu ermöglichen, Inseln der Orientierung zu finden und durch das Ansprechen von Struktur und Ereignissen eine zeitliche Orientierung zu ermöglichen. Damit lässt sich eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von schwer dementen Pflegebedürftigen erreichen. Relevant bei der Kontaktarbeit sind nicht einzelne Techniken; es ist vor allem die Haltung. Das Konzept ist anschlussfähig an andere aus der Pflegeaus- und -weiterbildung bekannte Ansätze. Insbesondere lassen sich Bezüge zur basalen Stimulation und zur Validation herstellen. Viel versprechend ist eine Prüfung der Verknüpfungsmöglichkeit mit dem Konzept des Dementia Care Mapping von Tom Kitwood (Morton, 1999/2002) und dem von Cora van der Kooij entwickelten Ansatz der Mäeutik (Van der Kooij, 2002; Schindler, 2003).

## Literatur

- Bettelheim, B. (1983). *Die Geburt des Selbst*. München: Kindler (Original erschienen 1967: *The Empty Fortress; Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: Free Press).
- Binder, U. & Binder, J. (1992). Überlegungen zum störungsspezifischen Umgang im Bereich der psychosozialen Versorgung am Beispiel von Schizophrenien, Neurotischer Depression und passiv-aggressivem Verhalten. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention. Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug*. (S. 115–130). Köln: GwG-Verlag.
- Buber, M. (1984). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Bundschuh-Müller, K. (2006). „Alles was es ist sagt die Liebe ...“ Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personenzentrierten und Experientialen Psychotherapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 405–456). Tübingen: dgvt.
- Bundschuh-Müller, K. (2007). Von Angesicht zu Angesicht. Gesprächspsychotherapie als achtsamkeitsbasiertes personenzentriertes Verfahren. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 75–83.
- Deleu, C. (1992) Hören und Überhören. Über das Hören von Stimmen und andere Halluzinationen. *GwG-Zeitschrift* 23 (2), 10–13.
- Deter, D. & Straumann, U. (Hrsg.) (1990). *Personenzentriert Verstehen – Gesellschaftsbezogenes Denken – Verantwortlich Handeln*. Köln: GwG-Verlag.
- Dörner, K. & Plog, U. et al. (2000). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl. der Neuausgabe von 1996). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Flick, U. (1995). Triangulation. In U. Flick, E. Kardorff, et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (S. 432–435). Weinheim: Beltz.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E. T. (1985). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Otto Müller (Original erschienen 1978: *Focusing*. New York: Bantam Books).
- Gendlin, E. T. (1998): *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: J. Pfeiffer bei Klett Cotta (Original erschienen 1996: *Focusing-oriented Psychotherapy*. New York: Guilford).
- Ground, E. (1996). *Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Jaspers, K. (1994). *Philosophie*. 3 Bände. München: Piper.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 103–140). Tübingen: dgvt.
- Kern, P. & Wittig, H.-G. (1985). *Notwendige Bildung. Studien zur Pädagogischen Anthropologie*. Bern, Frankfurt/M: Peter Lang.
- Knoche, M. (2007). Im Einklang mit sich selbst. Personenzentrierte Beratung und Achtsamkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 85–91.
- Kvale, S. (1995). Validierung: von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln. In U. Flick, E. Kardorff et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (2. Aufl.). (S. 427–431). Weinheim: Beltz.
- Morton, I. (2002). *Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Klett Cotta (Original erschienen 1999: *Person-Centered Approaches to Dementia Care*. Bicester-Oxon: Winslow).
- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.

- Pörtner, M. (2005). *Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical Evolutions in person-centered/experiential Therapy: Applications to schizophrenic and retarded Psychoses*. London: Praeger.
- Prouty, G. (1998). Die Grundlagen der Prä-Therapie. In G. Prouty, M. Pörtner & D. van Werde (1998). *Prä-Therapie* (S. 17–86). Stuttgart: Klett Cotta.
- Prouty, G., Pörtner, M. & van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Reisch, E. (2007). Achtsamkeit – ein Tor zur Erkenntnis. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 69–74.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In M. Behr, U. Esser et al. (Hrsg.), *Jahrbuch personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 3*. Köln: GwG-Verlag.
- Schindler U. (2003). *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Hannover: Vincentz.
- Strauss A. L. (1991). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame, hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1995). *Wege zu uns und anderen*. Reinbek: Rowohlt
- van der Kooij, C. (2002). *Mäeutik und integrierte, erlebensorientierte Pflege*. Reader des Instituts für mäeutische Entwicklung in der Pflegepraxis. (0.0.).
- van Werde, D. (1990). Die Wiederherstellung des psychologischen Kontakts bei akuter Psychose: Eine Anwendung von G. Prouty's „Pre-Therapy“. *GwG-Zeitschrift* 78 (1), 42–45.
- van Werde, D. (1998). Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station. In G. Prouty, M. Pörtner & D. van Werde, *Prä-Therapie* (S. 87–160). Stuttgart: Klett Cotta.
- Wittrahm, A. (1990). Lebensqualität durch Beziehungsqualität. Personenzentrierte Perspektiven für die Diskussion um eine menschengerechte Altenpflege. In M. Behr, U. Esser et al. (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychotherapie, Bd. 1* (S. 159–179). Salzburg: Otto Müller.

#### **Autor:**

*Ulrich Pfeifer-Schaupp, Prof. Dr., Professor für Sozialarbeitswissenschaft, Arbeitsschwerpunkt Klinische Sozialarbeit (Sozialpsychiatrie, Beratungsmethoden); Systemischer Therapeut und Supervisor (DGSF), Leiter des Freiburger Instituts für systemische Therapie und Beratung.*

#### **Korrespondenzadresse:**

*Dr. Ulrich Pfeifer-Schaupp  
Ev. Hochschule Freiburg  
D-79114 Freiburg, Bugginger Str. 38  
E-Mail: pfeifer-schaupp@eh-freiburg.de*