



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

Psychomotorik mit Menschen,
die an den Folgen von Demenz leiden,
in einem interdisziplinären Kontext

verfasst von / submitted by

Silke Harsch - Köttler

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2024 / Vienna 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 992 795

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Psychomotorik

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort.....	1
2	Einleitung	3
3	Demenz	4
3.1	Gliederung des Nervensystems.....	4
3.1.1	Nervensystem	4
3.2	Krankheitsbild Demenz – Gehirnerkrankungen.....	5
3.2.1	Morbus Alzheimer	6
3.2.2	Vaskuläre Demenzformen	7
3.2.3	Symptome	7
3.2.4	Psychische und soziale Problematik.....	8
3.2.5	Therapiemöglichkeiten	8
3.2.6	Präventive Maßnahmen	9
4	Arbeit mit Menschen mit demenzieller Erkrankung	11
4.1	Multiprofessionelle Handlungsleitlinien	11
4.1.1	Psychische Grundbedürfnisse	12
4.1.2	Psychobiografisches Pflegemodell	13
4.1.3	Ergotherapeutische Zielsetzungen	14
4.1.4	Basale Stimulation.....	15
4.1.5	Sensomotorik	16
4.1.6	Kinästhetik.....	17
4.2	Allgemeine Kommunikationsrichtlinien.....	18
4.2.1	Aktives Zuhören	19
4.3	Validation	21
4.3.1	Stadien der Verwirrtheit	21
4.3.2	Integrative Validation	22
4.4.	Milieuthapie	23
5	Psychomotorik im Tätigkeitsfeld Demenz	24
5.1.1	Das Menschenbild in der Psychomotorik	25
5.1.2	Die Haltung in der Psychomotorik.....	27
5.1.3	Beziehungsarbeit.....	27
5.1.4	Beziehungsarbeit in der Begegnung mit alternden Menschen	28
5.1.5	Selbstwirksamkeit in psychomotorischer Arbeit	31
5.1.6	Wirkungsweise von Musik	32
5.1.7	Psychomotorik mit Senioren: innen – Motogeragogik	33
6	Praxisbezug	36
6.1.1	Erfahrungsraum Körper - Kompetenz	36
6.1.2	Aktivierung des Körpers	36
6.1.3	Funktionsfähigkeit des Körpers erhalten.....	37
6.2	Erfahrungsraum Material - Kompetenz	37
6.2.1	Eindruck von Materialien	38
6.2.2	Beschaffenheit von Materialien.....	38
6.3	Erfahrungsraum Soziale Kompetenz	39
6.3.1	Empathie	39
6.3.2	Freude im Miteinander.....	40
6.4	Praktische Stundenbilder aus der Anwendung	41
7	Diskussion	48
8	Zusammenfassung – Fazit.....	54
	Literaturverzeichnis.....	57

Abbildungsverzeichnis	61
Tabellenverzeichnis	62
Abstract	63

1 Vorwort

Ich begleite bereits seit über einem Jahrzehnt Menschen, die an Demenz erkrankt sind und unterstütze mit meiner psychomotorischen Arbeit ihre Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit. Es ist mir ein Herzensanliegen, ferner möchte ich durch die Auseinandersetzung mit diesem Thema die Wirkungsweise von Psychomotorik im Zusammenhang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, aufzeigen und analysieren. In meinen psychomotorischen Stunden konnte ich jedes Mal beobachten, wie sehr Menschen auf den persönlichen Kontakt reagieren, Annäherungen zu eigenständigem Handeln anregen, ferner wie belebend die Handlungsabläufe durch Beziehungsgestaltung und Interaktion werden.

Im Demenzbereich ist die Kontaktaufnahme durch Beziehungsaufbau mitunter nicht so einfach, da auf Erinnerungen und Widererkennungswerte meist nicht gebaut werden kann. Umso herausfordernder, aber auch, umso schöner, wenn Kontakt gelingt und immer wieder aufs Neue hergestellt werden kann. Die Verbundenheit zu Menschen mit Demenz begleitet mich schon sehr lange, da mein Großvater vor vielen Jahren an Demenz erkrankt war und ich mich seit dieser Zeit mit diesem Thema intensiv auseinandersetze und meine fachliche Qualifikation erweitere.

Psychomotorische Haltung und Sichtweisen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eignete ich mir schon früh in meinem pädagogischen Handeln an. Mich fasziniert die Wirkungsweise von Ernst J. Kiphard und der Blick auf die Ressourcenorientiertheit. Die Weiterbildungsmodule im Bereich der Geragogik und geriatrischem Assessment runden meine Ausbildungen ab, eröffnen mir neue Tätigkeitsfelder und lassen mich eintauchen in die Auseinandersetzung mit dem Thema Alter in ganzheitlicher Hinsicht, Prävention, Beziehungsarbeit und dem geistigen Verfall. Eine Annäherung oder vielmehr eine Möglichkeit der Kommunikation mit Menschen zu schaffen, wo Worte oftmals keine sinnstiftende Bedeutung mehr erlangen, sehe ich in meiner Arbeit als herausfordernd und exorbitant essenziell. Interaktion, die nur durch einen möglichen Blick oder eine Berührung ausgelöst werden, erlebe ich als unglaublich bereichernd in meiner Arbeit und bin zutiefst berührt, wenn gelingt, was scheinbar nicht mehr als Möglichkeit in Aussicht steht.

Es sind oftmals nur kleine Gesten, nur winzige Sekunden an Augenblicken, die den Funken eines Beziehungsbandes erglühen lassen und doch, sind es aus meiner Sicht die Momente, auf die es in unserer Arbeit als Psychomotoriker: innen ankommt.

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Menschen bedanken, denen ich mit Wertschätzung begegnen durfte und die mein Leben so bereichernd mitgestalten. Mein Dank gilt auch den Bewohner: innen, die ich in den Wohngruppen von Betreuungseinrichtungen mit psychomotorischen Angeboten durch Motogeragogik-Einheiten, bis an ihr Lebensende begleiten durfte.

Außerdem möchte ich mich bei *vaLeo* bedanken, wo ich einen Ort als Wissensquelle für mich gefunden habe, ferner Menschen, die mich durch ihren unermüdlichen Einsatz in Bezug auf Psychomotorik inspirieren und ich heute auch als meine Freunde bezeichnen darf. Des Weiteren gilt mein Dank Herrn Dr. Michael Methlagl, der immer ein offenes Ohr für Anliegen und Hilfestellungen bei meiner Masterarbeit hatte und mich durch sein Fachwissen im wissenschaftlichen Arbeiten unterstützt hat.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann, Andreas Köttler, ohne ihn hätten mir der Mut und die Ressourcen gefehlt einen akademischen Titel anzustreben und eine Masterthesis zu verfassen. Meinen Kindern Katharina, Miriam und Sarah möchte ich für ihre Geduld mit mir danken, ferner ihre Besonnenheit in der Zeit der eingeschränkten Ressourcen, die durch diese Arbeit entstanden sind. Miriam, für ihren unermüdlichen, geduldigen Einsatz! Danke allen für jegliche Unterstützung, jedes Wort des Zuredens, technische Hilfestellungen und Rücksichtnahme. – Danke!

2 Einleitung

In der folgenden Masterarbeit wird auf die Arbeit mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, näher eingegangen und sich der Frage gewidmet, welchen Beitrag ein psychomotorisches Angebot, in einem meist multiprofessionellen Setting, leisten kann. Der Mensch, als soziales Wesen, benötigt ein Gegenüber, um seiner Spezies gerecht zu werden. Jeder Mensch braucht Beziehungen zu anderen, damit in unserem Dasein unser eigenes „Ich“ gespürt werden kann, ferner das Handeln sinnstiftend Reaktionen erfährt. Beziehungsgestaltung spielt in vielerlei Hinsicht eine große Rolle, verändert sich im Laufe eines Lebens und variiert an Intensität. Im Vordergrund steht oftmals, wie ein Mensch noch in Beziehung treten kann, ferner wie es gelingen kann Begegnungen zu schaffen, um Interaktionen zu ermöglichen. Die Entwicklung des Gehirns gibt mögliche Einblicke darüber, welche Areale aktiviert werden könnten, damit Beziehungsgestaltung gelingen kann und eröffnet Möglichkeiten mit Reizen Reaktionen auszulösen. Von zentraler Bedeutung sind dabei auch das Krankheitsbild Demenz und professionelle Beziehungsbegegnungen, wie sie später noch erörtert werden. Handlungsleitlinien unterstützen den Bereich der Sensorik und auch auf die Beziehungsgestaltung, als Schlüsselbegriff psychomotorischer Arbeit wird näher eingegangen und mit unterschiedlichen Kommunikationsaspekten der Blick darauf geschärft.

Insbesondere fällt das Augenmerk auf Menschen, die durch ihr fortschreitendes Alter und ihr Krankheitsbild gezwungen sind, sehr isoliert zu leben und der Kontakt zur Außenwelt sehr erschwert ist. Laut Bevölkerungsprognosen ist der Trend zur Bevölkerungsalterung bereits stark ansteigend, sodass 2021 die über 65-jährigen in Europa, bereits 20,8% ausmachen. In Österreich leben aktuellen Schätzungen zufolge 115.000. bis 130.000. Menschen, die an den Symptomen von Demenz leiden. Diese Zahl wird sich bis 2050 geschätzt noch verdoppeln und somit ist es als besonders herausfordernd zu sehen, sich besonders mit dieser Dialoggruppe auseinanderzusetzen (Pointecker, 2022, S. 10f).

Möglichkeiten, wie eine Kontaktaufnahme gelingen kann und Interaktion auch im demenziellen Bereich umgesetzt werden kann, werden im Folgenden erörtert. In der Masterarbeit wird im Besonderen der Blick auf interdisziplinäre Zusammenarbeit gelenkt, Reizverarbeitungsressourcen aufgezeigt, um qualitätsvolle Beziehungsarbeit bei Menschen, die an den Symptomen von Demenz leiden, zu leisten. Des Weiteren wird der Bereich der Psychomotorik, auch in praktischer Umsetzung, in den Fokus gerückt und der Frage nachgegangen, welchen Beitrag die Psychomotorik, in einem interdisziplinären Setting, bei Menschen mit Demenz leisten kann.

3 Demenz

Im Folgendem wird näher auf das menschliche Nervensystem eingegangen, da es Grundlagen zu der folgenden Masterarbeit eröffnet und Aufschluss über mögliche Handlungsabläufe darstellt. Des Weiteren werden Gehirnerkrankungen und die Symptome der Demenz Erkrankung in diesem Kapitel aufgegriffen.

3.1 Gliederung des Nervensystems

Unser Nervensystem steuert alle Organfunktionen und alle Bewegungen. Reize werden aufgenommen, verarbeitet und falls die Notwendigkeit besteht, eine Reaktion ausgelöst. Dies geschieht entweder bewusst oder ganz unbewusst. Außerdem kann das Nervensystem Informationen abspeichern, es ist der Sitz des Bewusstseins, des Denkens, des Lernens und des Empfindens (Bley et al., 2020, S. 466). Das zentrale Nervensystem setzt sich aus dem Gehirn und dem Rückenmark zusammen. Das periphere Nervensystem setzt sich aus allen weiteren Nervenstrukturen zusammen, wo Hirnnerven und Spinalnerven den größten Anteil umfassen. Unterteilt man das Nervensystem in seiner Funktion, so unterscheidet man zwischen dem somatischen Nervensystem, wo die Reizverarbeitung willkürlich oder reflexartig geschieht und dem autonomen Nervensystem, wo die inneren Organe kontrolliert werden und nicht willkürlich steuerbar sind (Charlier, Baier, Kriesten, Mettrop & Meyer, 2007, S. 52f).

3.1.1 Nervensystem

Das zentrale Nervensystem besteht aus dem Gehirn und dem Rückenmark. Unser Gehirn hat im wesentlichen drei Funktionen zu erfüllen. Es kontrolliert die Organfunktionen, ist Schaltzentrale des Nervensystems und kann Hirnleistungen vollbringen. Das Rückenmark stellt die Verbindung zwischen dem Gehirn und den Rückenmarksnerven (Spinalnerven) her. Im Großhirn ist das Bewusstsein und das Sprachzentrum angesiedelt, es vollbringt höhere Hirnleistungen, ist zuständig für Erinnerungen, kontrolliert die Emotionen und plant Bewegungen. Allerdings sind nicht alle Funktionen gleichmäßig auf beide Großhirnhemisphären verteilt. In der linken Hälfte befindet sich meist die Sprachfähigkeit, während in der rechten Hälfte das Verständnis für räumliche Verhältnisse angesiedelt ist. (Bley et al., 2020, S. 468ff). „Im Zwischenhirn befindet sich der Thalamus, der Hypothalamus, der Subthalamus, der Epithalamus und die Neurohypophyse mit Infundibulum“ (Bley et al., 2020, S. 471). Im Thalamus werden alle sensiblen Reize aufgenommen und dort wird entschieden, welcher Reiz weiter zum Großhirn kommt, ferner eben nicht. Im Hypothalamus wird das Hormonsystem und die Körpertemperatur gesteuert, der Epithalamus reguliert den Tag-Nachtrhythmus, während der Subthalamus wesentlich

zur Steuerung der Motorik beiträgt. Im Hirnstamm entspringen die meisten Hirnnerven, er besteht aus dem Mittelhirn (Mesencephalon), der Brücke (Pons) und dem verlängerten Mark (Medulla oblongata). Sämtliche optische und akustische Reize werden hier weitergeleitet, das Atem- und Kreislaufzentrum, das Brechzentrum und unzählige Nervenbahnverbindungen sind hier angesiedelt. In Zusammenwirken mit dem Großhirn ist das Kleinhirn vor allem für die willkürlichen Bewegungen und das vestibuläre System, dem Gleichgewichtssinn im Innenohr zuständig. Das periphere Nervensystem besteht aus Hirnnerven, Spinalnerven und peripheren Nerven, somit aus allen Nervenstrukturen, die außerhalb des Gehirns und dem Rückenmark liegen. Jeder dieser Nerven erfüllt eine bestimmte Aufgabe. Es leitet Informationen weiter, sorgt unter anderem dafür, dass das Gehirn beispielsweise Bewegungsbefehle durch Reize erhält, leitet motorische Impulse zu den Muskeln, Sinneswahrnehmungen werden aufgenommen und gleichzeitig steuert es auch Funktionen vieler Organe (Bley et al., 2020, S. 470ff).

3.2 Krankheitsbild Demenz – Gehirnerkrankungen

Bei Demenz handelt es sich um eine degenerative Gehirnerkrankung, wobei zerebrale Nervenzellen unumkehrbar zerstört werden. Laut WHO ist Demenz wie folgt definiert: „Demenz ist eine erworbene, globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen, einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen ohne ausgeprägte Bewusstseinsstörung“ (Charlier et al., 2007, S. 150). Würde man das Wort Demenz selbst übersetzen, ist es der Geist, ferner der Verstand (*mens*), der weg (*de*) ist. Die Steuerung über den Geist geht bei dieser Krankheit verloren und es entsteht ein Kontrollverlust über Emotionen, Triebe und Gedächtnisleistungen. Dabei ist zu beachten, dass vor allem das Kurzzeitgedächtnis rapide zurückgeht und Menschen, die an Demenz erkranken, jegliche Orientierung in ihrem momentanen Alltag verlieren. Demenz ist ein Symptom von verlierender Gedächtnisleistung und krankhaftem Abbau des Gehirns. Dabei unterscheidet man zwischen primären und sekundären Demenzformen (Charlier et al., 2007, S. 150). Bei *primären Demenzen* liegen Schädigungen des Hirngewebes vor, sie zählen zu den häufigsten Formen von Demenz. *Sekundäre Demenzen* gehen auf eine Störung oder auf Geschehnisse zurück, denen keine Schädigung des Gehirns zugrunde liegt. Es handelt sich um Folgeerscheinungen von anderen Krankheitsbildern, wo das Gehirn nicht unmittelbar betroffen sein muss. Neuropsychologische Testverfahren, internistische Verfahren und neurologisch-psychiatrische Befunderhebungen machen die Diagnostik von Demenz möglich und dienen der Erhebung der Diagnosestellung. Dabei fließen auch Sozialanamnese und Biografie der Betroffenen in das diagnostische Verfahren

mit ein. Jegliche Störungen der Nerven, des Gehirns oder des Rückenmarks werden unter neurologischer Erkrankung zusammengefasst. Dadurch dass das Nervensystem so viele Funktionen im Körper übernimmt, können die Symptome ganz unterschiedlich sein. Ein Gedächtnisverlust könnte beispielsweise ein Symptom einer Fehlfunktion des Gehirns sein. Dabei spielen das Kurz- und das Langzeitgedächtnis eine Rolle. Informationen werden in unterschiedlichen Bereichen des Gehirns gespeichert, der Hippocampus hilft neue Informationen zu ordnen und mit bereits Bekanntem zu verknüpfen. Durch den Ausfall von funktionfähigem Hirngewebe, oder aber auch durch unterschiedlich befallene Herde, wo Zellen abgestorben sind, kann es zum Verlust von intellektuellen Fähigkeiten kommen, ferner tritt der Verstandesverlust, die Demenz, ein. Dabei ist nicht nur das Leistungsdefizit, sondern ferner sind auch affektive und produktive Störungen erkennbar. Diverse multiple, kognitive Defizite entwickeln sich als Symptome und erkennbare Merkmale bei einer Demenz. Die merkbaren Folgen sind Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörung, Verhaltensstörung und Persönlichkeitsstörung. Dabei sind unterschiedliche Krankheitsursachen zu unterscheiden, die als möglicher Grund in Erwägung gezogen werden, wenn gleich die Symptome ähnlich sind (Steidl & Nigg, 2014, S. 104ff).

3.2.1 Morbus Alzheimer

Die häufigste Ursache von Demenzen gehen auf den Typus Morbus Alzheimer zurück und zählen zu den primär degenerativen Erkrankungen des Gehirns, benannt nach Dr. Alois Alzheimer, der Anfang des 20. Jahrhunderts, post mortem Beta-Amyloid-Plaques und Tau-Fibrillen bei einer Obduktion in einem Gehirn entdeckte. Bei Morbus Alzheimer bilden sich Proteine und Plaques im Gehirn und setzen sich dort ab. Dabei werden Nervenzellen geschädigt und sterben nach und nach ab. Die Ursache für die Bildung solcher Plaques sind noch nicht zur Gänze geklärt, allerdings sieht man bereits Jahre vor Ausbruch der Krankheit, bei bildgebenden Untersuchungsverfahren, diese Ablagerungen im Gehirn. Die Krankheit schreitet langsam voran, die Betroffenen verlieren nach und nach ihre Gehirnleistung, Sprache, Orientierung und Erinnerungsvermögen, dazu kommt es unter anderem durch neuropathophysiologische Veränderungen (Steidl & Nigg, 2014, S. 107ff). Forschungsergebnisse machen immer wieder deutlich, wie vielfältig das Krankheitsbild selbst ist und wie unterschiedlich die Symptome sein können. Neuronen Überaktivität anzukurbeln, gilt als ein mögliches Therapieziel, wenn gleich die Expertenmeinungen darüber oftmals sehr konträr sind (Felsberger, 2021). Prozentuell gesehen gelten Demenzen vom Typus Alzheimer als häufiger, als vaskuläre Demenzen und einen geringen Anteil machen auch andere Demenzen aus, dessen Ursachen noch sehr unerforscht sind (Charlier et al., 2007, S. 152ff).

3.2.2 Vaskuläre Demenzformen

Zu den primären Demenzen zählen auch die vaskuläre Demenz, wo eine Hirnleistungsstörung durch eine Gefäßerkrankung, ferner eine Durchblutungsstörung vorliegt. Somit wird der Blutfluss zum Gehirn unterbrochen und deshalb einzelne Hirnareale geschädigt. Eiweißablagerungen, sogenannte Lewy-Körperchen, im Gehirn können ebenso zu einer Demenz führen. Des Weiteren können Nervenzellen im Fronto-Temporal-Lappen abgebaut werden und somit eine frontotemporale Demenz entstehen. In diesem Gehirnareal befinden sich die Gefühle und das Sozialverhalten, weshalb vermehrt Persönlichkeitsveränderungen als Resultat auftreten können. Die Demenz bei Morbus Pick geht auf das Schrumpfen der Frontal- und Temporallappen und später auf die ganze Hirnoberfläche zurück. Auch HIV-Erkrankungen können eine Demenz auslösen, indem das Zentralnervensystem geschädigt wird (Steidl & Nigg, 2014, S. 108f).

3.2.3 Symptome

Der Abbauprozess ist zunehmend durch mangelnde kognitive Fähigkeiten gekennzeichnet, aber auch durch Verhaltensveränderungen und Wahrnehmungsstörungen. Folgende medizinische Beeinträchtigungen lassen sich als Symptome definieren:

Amnesie, ein schleichender Prozess der mit dem Verlust des Gedächtnisses einhergeht. Dabei ist vorrangig das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt. Das Langzeitgedächtnis ist erst bei fortschreitender Krankheit betroffen. Agnosie, wobei Sinnesreize nicht mehr verarbeitet werden können. Dabei ist zu beachten, dass die Wahrnehmung der Sinne allerdings noch bis zu sehr späten Zeitpunkten von schwereren Krankheitsverläufen möglich ist. Allerdings die Verarbeitung der Sinnesreize erschwert ist. Aphasie, vor allem komplexe Zusammenhänge, können nicht mehr ausgedrückt werden. Ist die Krankheit weit fortgeschritten, entstehen oft nur mehr Lalllaute und Sprache geht zur Gänze verloren. Apraxie, darunter wird die Unfähigkeit, Planungsabläufe zu bewältigen, verstanden und schließlich die Abstraktionsstörung, wo abstrakte Denkmuster, nicht mehr nachvollzogen werden können (Charlier et al., 2007, S. 151). Je fortgeschrittener die Erkrankung ist, umso mehr wird auch das Langzeitgedächtnis geschädigt. Alle Entwicklungsschritte gehen in gewisser Weise verloren und es scheint, als würde sich der Mensch in rücklaufender Entwicklung wieder zurück entwickeln, da alle erlernten Fähigkeiten allmählich verloren gehen (Bley et al., 2020, S. 634).

3.2.4 Psychische und soziale Problematik

Unterschiedliche Stadien und Einteilung in Schweregrade ermöglichen einen besseren Umgang für Betroffene, Angehörige und Menschen, die mit Erkrankten arbeiten. Eine ganz exakte Abgrenzung von eigenen Demenzphasen gibt es allerdings nicht, da die Erkrankung Prozessartig verläuft und die Grenzen verschwimmen. Für die Betroffenen selbst ist vor allem das Anfangsstadium der Erkrankung besonders schwierig, da die Bewusstheit des *sich Verlierens* noch als real wahrgenommen werden kann. Das Bemerkte der Krankheit und das Wissen über den drohenden Verlauf bringen psychische und soziale Problematiken mit sich. Da die Betroffenen noch bewusst wahrnehmen, dass sich diese Krankheit bei ihnen ausbreitet, sind die Ängste real und wirken sich auf die gesamte Persönlichkeit mitunter sehr negativ aus. Der fortschreitende Verlust des Verstandes, wird in späteren Stadien womöglich nicht mehr wahrgenommen, allerdings leiden die betroffenen Angehörigen darunter. Physische, psychischen und soziale Beeinträchtigungen können die Folgen sein. Menschen, die ihr Gedächtnis verlieren leiden unter dem Verlust der Selbstachtung und es können sich Depressionen mit Suizidgefahr entwickeln. Demenzerkrankte geraten immer mehr in Isolation, wodurch sich gesonderte Problematiken für alle Betroffenen ergeben. Auch Angehörige, Betreuungs- und Pflegepersonal geraten oftmals an ihre Grenzen und leiden unter der psychischen und sozialen Belastung (Steidl & Nigg, 2014, S. 114).

3.2.5 Therapiemöglichkeiten

Festzuhalten ist, dass es derzeit bei Demenz als Krankheitsbild, keine Möglichkeit der Heilung gibt. Immer wieder werden neue Forschungsansätze diskutiert, Symptome können allerdings gelindert werden und durch unterschiedliche Maßnahmen positiv beeinflusst werden. Das Fortschreiten der Erkrankung kann allerdings für gewisse Zeit durch medikamentöse Therapien verzögert werden. Außerdem helfen medikamentöse Therapien Grunderkrankungen positiv zu beeinflussen und die Symptome der Demenzerkrankung zu lindern. Auch sekundäre Krankheitssymptome werden medikamentös versucht einzudämmen und positiv zu beeinflussen, damit das Wohlbefinden gesteigert werden kann (Steidl & Nigg, 2014, S. 120f).

Eine Wiederherstellung in den Gesundheitszustand gibt es auch durch Medikamente derzeit nicht, allerdings kann das Fortschreiten der Erkrankung für gewisse Zeit durch medikamentöse Therapien verzögert werden (Böhmer, 2009, S. 42; Hafner & Meier, 2005, S. 68ff).

3.2.6 Präventive Maßnahmen

Betroffene und Angehörige haben meist ein rudimentäres Wissen über die Erkrankung und die Folgeerscheinungen von Demenz. Ein umfassendes, professionelles Beratungsgespräch, sowie Expertisen durch Professionisten und praktische Unterstützungsmaßnahmen können als Präventionsgespräch vorbeugend Ängste nehmen und Zuversicht vermitteln (Schieron et al., 2021, S. 222). Bei allen präventiven Maßnahmen gilt es in den unterschiedlichen Stadien von Demenz auf die Betroffenen adäquat zu reagieren und auch die Sprache anzupassen, da bei jeglicher Kommunikationsform die Haltung widergespiegelt wird, die wertschätzend und respektvoll sein sollte (Büker & Schumacher, 2024, S. 124).

Präventive Maßnahmen können im vaskulären Bereich forciert werden, wodurch Risikofaktoren positiv beeinflusst werden können. Somit verringern physische und geistige Aktivität, sowie das Eingebundensein in ein soziales Umfeld, vaskuläre Erkrankungen (Steidl & Nigg, 2014). Bewegung an sich dient der ganzheitlichen Förderung und kann auch in der Langzeitpflege nachweislich zur Verbesserung beitragen. Selbstgestaltung, körperliche Aktivität und aktive Teilhabe verbessern demnach den Allgemeinzustand, fördern das Wohlbefinden und steigern die Mobilität des gesamten Organismus (Kruse et al., 2019, S. 246f). Unterschiedliche medikamentöse Behandlungen werden je nach Schweregrad der Erkrankung eingesetzt und können unterschiedliche Auswirkungen auf den Organismus haben (Steidl & Nigg, 2014, S. 112f). „Beispielsweise Acetylcholinesterase - Hemmer führen zu einer Anreicherung von Acetylcholin, da cholinerge Systeme des Großhirns eine besondere Bedeutung für Gedächtnisfunktionen haben“ (Steidl & Nigg, 2014, S. 113).

Präventions- und Rehabilitationsbedarf deckte die empirische Studie ORBIT (Organisation und Rehabilitation für Bewohner: innen im Pflegeheim zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Teilhabe) auf, wo das Entwicklungspotenzial bei Menschen in Pflegeeinrichtungen untersucht wurde, ferner richtete sich das Augenmerk auf die Mobilität der Bewohner: innen, wo durch Teilhabe und Intervention deutliche Verbesserungen der Mobilität und dadurch resultierenden Lebensqualität zu beobachten war. Weiters wird dabei über Erfolg versprechender Prävention durch körperliche Aktivität in der Langzeitpflege, ferner im Bereich der Pflege bei hochaltrigen Menschen, wo Menschen mit Demenz zugehörig sind, berichtet. Dabei wird immer wieder die ganzheitliche Förderung betont, die auch Bewegungsförderung mit sich bringt. Signifikante Unterschiede im Bereich der körperlichen Funktionen konnten im Unterschied zu Kontrollgruppen festgestellt werden, wenn Selbstgestaltung ermöglicht wird, da sich auch kognitive Fähigkeiten der Pflegebedürftigen verbessern, wenn sie aktiv bleiben. Die Erhaltbarkeit, ferner die Verbesserung der Selbstständigkeit werden angeführt und auch durch psychosoziale Förderung positiv beeinflusst (Kruse et al., 2019, S. 247ff).

Bewegungsförderung im Allgemeinen sind der Gesundheit des Individuums dienlich, jedoch ist im demenziellen Bereich auch das Thema der Adhärenz nicht außer Acht zu lassen, ferner braucht es nähere Betrachtung und spezielle Fördermaßnahmen zur Durchführung von Bewegungseinheiten, weil der Zusammenhang von Gesundheitsförderung durch Bewegung, von demenzerkrankten Menschen, oftmals nicht erkannt beziehungsweise durchgeführt werden kann (Schröder, 2021, S. 53ff). Menschen mit Demenz aktiv für Präventionskonzepte einzubeziehen, ferner die aktive Einbindung als Weg zur aktiven Teilhabe zu sehen, eröffnet Möglichkeiten, aus der Betroffenenperspektive Schwerpunkte zu setzen und Präventionsprozesse durch Einbindung aktiv voranzubringen (Brandenburg et al., 2015, S. 274).

Durch körperliche Aktivität wird auch die Durchblutung des Gehirns gefördert und kann somit die Ablagerung in Blutgefäßen minimieren, grundsätzlich wirkt sich Bewegung positiv und im demenziellen Bereich speziell gut auf die Gehirnleistung aus. Hormone werden in Bewegung angeregt, die zur Synapsenbildung beitragen und neue Nervenzellen gebildet werden können. Außerdem wird durch Bewegung das Zellwachstum im Hippocampus angeregt, welches für das Lern - und das Erinnerungsvermögen zuständig ist. Definitiv wirkt sich Bewegung positiv auf die Gehirnleistung aus, außerdem werden zusätzlich positive Effekte wie beispielsweise Blutdrucksenkung erzielt. Im Alter stellt hoher Blutdruck ein hohes Risiko dar, somit wirkt Bewegung präventiv auf mehreren Ebenen. Als Tertiärpräventionsmaßnahme sei nochmals die ganzheitliche Förderung durch Bewegung im demenziellen Bereich anzuführen, da sich Bewegung positiv sowohl auf physische, psychische, ferner kognitive Bereiche auswirken (Pfitzer – Bilsing, o.J.).¹

Bedarfsanalyse, Maßnahmenplanung, Durchführung und Bewertung sind die Eckpfeiler bei der Anwendung von pflegeprophylaktischen Anwendungen, ferner dienen auch rehabilitative Maßnahmen dazu, den Menschen größtmögliche Eigenständigkeit und Selbstbestimmtheit zu ermöglichen, zu unterstützen und zu fördern (Lauber & Schmalstieg, 2018a, S. 53).

¹ Pfitzer – Bilsing, Bewegung als Schutz vor Alzheimer und Demenz, *Alzheimer Forschung Initiative* e.V., <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/vorbeugen/bewegung/> (abgerufen am 16. Oktober 2024).

4 Arbeit mit Menschen mit demenzieller Erkrankung

Um Menschen mit Demenz zu begegnen, scheint es essenziell zu verstehen, dass hinter der Erkrankung Menschen stehen, die individuell verschieden und einzigartige Individuen sind. Unterschiedliche Handlungsleitlinien können helfen, Begegnungen und Umgang mit Demenzerkrankten positiv zu beeinflussen (Flemming, 2018, S. 14f).

4.1 Multiprofessionelle Handlungsleitlinien

Erkranken Menschen an Demenz, geschieht das meist schleichend und bis es zu einer Diagnose kommt, vergehen oft Jahre. Zu Beginn kommt der Mensch noch gut alleine zurecht, versucht seine Vergesslichkeit zu kaschieren, organisiert sich Hilfe, bis zu dem Zeitpunkt, wo es nur mehr durch das Außen möglich ist, Hilfe zu leisten und es vermehrten Unterstützungsbedarf gibt. Dabei steckt oftmals auch die Schwierigkeit, denn zu helfen, wenn der oder die Bedürftige gar nicht erkennen kann, dass Hilfe notwendig wird und Handlungsbedarf entstanden ist, macht es den Helfenden nicht leicht. Wichtig erscheint jedoch für alle Professionisten, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, dass die respektvolle Haltung und Wertschätzung, mit der einander begegnet wird, essenziell ist und nicht die Krankheit, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit im Zentrum steht. Die Diagnoserelevanz richtet sich nach der jeweiligen Profession in der Arbeit mit den Betroffenen. Ein grundsätzliches Diagnoseverständnis müssen alle Berufsgruppen in der Begegnung mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, mitbringen. Für Ärzte und Ärztinnen und Pflegepersonal sind Pflegediagnose und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten von großer Relevanz, um bestmöglich unterstützen zu können. Therapeuten: innen legen einen eigenen Fokus auf die Erkrankung, wobei auch da, der Mensch in seiner Gesamtheit immer im Vordergrund steht (Flemming, 2018, S. 47ff).

Je nach Schwere der Erkrankung kommen unterschiedliche Professionisten mit den Betroffenen in Berührung. Bei leichter kognitiver Beeinträchtigung sind die Einschränkungen noch gering, bei leichtgradiger und mittelschwerer Demenz brauchen die Betroffenen und meist auch ihre pflegenden Angehörigen schon vermehrt Unterstützung, um den Alltag meistern zu können. Im Stadium der schweren Demenz, wo Betroffene in allen Lebensbereichen auf professionelle Hilfe angewiesen sind, da auch die Kontrolle über Ausscheidungsfunktionen eingeschränkt sind, Versteifung der Gliedmaßen, Schluckstörungen oder Krampfanfälle mitunter den Alltag prägen können, werden interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar (Büker & Schumacher, 2024, S. 120ff).

4.1.1 Psychische Grundbedürfnisse

Alle multiprofessionellen Handlungslinien haben immer ein gemeinsames Ziel, nämlich die Aufgabe den Menschen hinter seiner Krankheit zu betrachten, auf seine Bedürfnisse zu schauen und zu versuchen diesem Verlangen nachzugehen. Tom Kitwood, ein englischer Sozialpsychologe, fasst seine Erkenntnisse bildlich anhand einer Grundbedürfnis Blume zusammen, indem er Liebe und Wertschätzung ins Zentrum rückt. Jeder Mensch ist mit Grundbedürfnissen ausgestattet, denen er versucht nachzugehen und den Drang danach zu erfüllen. Gerade im demenziellen Bereich gelingt diesen Menschen das Bedürfnis nach Befriedigung dieser Grundbedürfnisse nicht mehr und es braucht Menschen, die diesen Bedürfnissen nachgehen und versuchen diese Wünsche zu stillen. Gelingt die Erfüllung dieser Bedürfnisse, kann sich der Mensch sowohl körperlich als auch psychisch wohler fühlen, Ängste können gelindert und mitunter auch abgebaut werden. Die Wurzeln der Grundbedürfnisse liegen meist in der Vergangenheit und sind bereits in der frühen Kindheit angesiedelt. Es überrascht nicht, dass Menschen, mit einer demenziellen Erkrankung, ein vorrangiges Grundbedürfnis nach Kontrolle und Orientierung haben. Der Erhalt der Selbstbestimmung scheint essenziell zu sein. Auch das Gefühl zu jemanden dazu zugehören und ein Bindungsbedürfnis gehören zu den existenziellen Grundbedürfnissen. Der Mensch, als soziales Wesen braucht ein Gegenüber, damit er bestehen kann. Bei fortgeschrittener Demenz ist gerade das Gefühl des Alleinseins oftmals vorherrschend und dem gilt es entgegenzuwirken. Somit gilt es diese Menschen miteinzubeziehen und in eine Form der Beschäftigung zu bringen. Dabei ist es wichtig, ihnen ein Gefühl von echter Aufmerksamkeit, ferner Bedeutsamkeit und keine Animationsanleitungen zu geben. Auch wenn Fertigkeiten verschwinden, können die Sinne bis zuletzt wahrgenommen werden und zum Einsatz kommen. Wenn der Geist schwindet, verlieren diese Menschen ihre Identität, Verlustängste nehmen immer mehr Raum ein, da die Kontrolle über sich selbst verloren geht und damit das Bedürfnis nach Trost oberste Priorität erhält. Durch echte Empathie und das sich Hineinversetzen in die Bedürfnisse des anderen, werden hilfreiche Begleitung ermöglicht. Die Identität von Menschen mit Demenz kann nur durch das Außen aufrechterhalten werden und demnach gilt es möglichst viel Wissen über die Biografie zu wissen, damit gut darauf eingegangen werden kann (Charlier et al., 2007, S. 158ff).

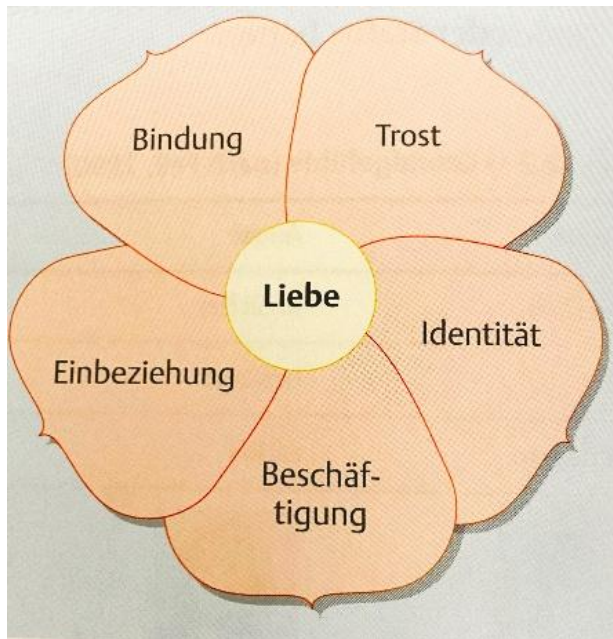


Abb. 1: Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz nach Kitwood, 2000 (Chalier et al., 2007, S. 158).

4.1.2 Psychobiografisches Pflegemodell

Eine Interventionsmaßnahme bei der Demenzpflege ist die Biographiearbeit, nach Erwin Böhm. Diese besagt alle Ressourcen des Menschen zu nutzen, denn gutes Wissen über die Lebensgeschichte ermöglicht es Kompetenzen zu erhalten oder womöglich wiederherzustellen. Durch die eigene biografische Geschichte, durch die Vergangenheit wird das Individuum unter anderem zu diesem einen Menschen. Eine Identität zu haben und darüber Bescheid zu wissen, ermöglicht Kontinuität zu erfahren und das Selbstbild mit dem Fremdbild übereinzustimmen oder zu einem eigenen Selbst zu kreieren. Durch intensive Biographiearbeit wird die Erhaltung der Persönlichkeit gefördert und dies ermöglicht wiederum selbstwirksames Handeln. Eine Biografie gestützte Kommunikation ermöglicht einen guten Umgang mit diesen Menschen. Durch das Kennen der Lebensgeschichten und Lebensgewohnheiten ist es möglich, einen Ressourcen basierten Umgang zu pflegen, ferner kann auf die Grundbedürfnisse somit besser eingegangen werden. Wenn einzelne Phasen und Abschnitte des Lebens bekannt sind, können sie in weiteren Kommunikationsabfolgen immer wieder in Erinnerung gerufen werden und dienen in weiterer Verständigung als positiv beeinflussbarer Gesprächsverlauf. Im Zusammenhang mit Biographiearbeit wäre auch noch die Reminiszenz Therapie zu erwähnen, weil sie an Erinnerungen anknüpft, um das

Wohlbefinden zu stärken und zu steigern. Unter gewissen Bedingungen konnte die Stimmung und somit die Lebensqualität von Menschen, die an Demenz leiden, evidenzbasierend gesteigert werden (Charlier et al., 2007, S. 130ff).

4.1.3 Ergotherapeutische Zielsetzungen

In der Ergotherapie beispielsweise sind die einzelnen Stadien der Erkrankung von Bedeutung, damit konkret an der Erhaltung der Alltagsbewältigung gearbeitet werden kann. Routineangelegenheiten werden zur großen Herausforderung und brauchen bestimmte therapeutische Maßnahmen, um Handlungskompetenzen ein Stück weit aufrecht zu erhalten. Je nachdem wie weit die Erkrankung bereits fortgeschritten ist, wird ein Therapieplan erstellt und mögliche therapeutische Hilfestellungen getroffen. Bei beginnender Demenz geht es hauptsächlich, um Orientierungshilfen und Alltagsplanung durch Hilfestellungen weitgehend selbstständig zu meistern. Durch spielerische Tätigkeiten werden feinmotorische Aufgaben geübt und können so der Erkrankung ein Stück weit im Anfangsstadium entgegenwirken. Im weiteren Krankheitsverlauf werden beispielsweise die Hände als wichtiges Werkzeug in der ergotherapeutischen Praxis in den Vordergrund gestellt. Die Hände dienen zum Begreifen der Umwelt und tragen unter anderem einen essenziellen Beitrag als Ausdrucksmittel und können durch therapeutische Maßnahmen im speziellen in den Vordergrund gerückt werden (Schaade, 2023, S. 93ff).

Unsere Sinnesrezeptoren nehmen Reize aus unserer Umwelt auf und diese werden dann in Impulse umgewandelt und über Nervenbahnen weiter zu unseren Sinneszentren im Gehirn geleitet. Einiges wird im Langzeitgedächtnis abgespeichert, anderes verwendet, oder wieder ausgesondert. Bei der Verwendung von Sinnesreizen werden über Nervenbahnen Impulse an die Affektoren gesandt, die wiederum eine Reaktion auslösen. Es gibt unterschiedliche Reize, die auf unsere Zellen einwirken, indem sie das Energiegleichgewicht verändern. Jeder Mensch filtert Reize anders und unser Gehirn unterscheidet dabei Gewohntes von Ungewohntem, ferner ist individuell ganz verschieden. Unsere Gegenwart wird dabei von unserer Vergangenheit mitbestimmt, da all unsere Emotionen und Empfindungen, all unsere Wahrnehmungen uns zu der Persönlichkeit gemacht haben, die wir sind. Unser Gedächtnis speichert all unsere Eindrücke und formt uns zu einer Persönlichkeit. Jeder Mensch braucht sensorische Reize, würde es zu Reizentzug kommen, können sich Wahrnehmungsstörungen ergeben. Durch unterschiedliche Wahrnehmungskanäle nehmen wir Reize aus unserer Umwelt auf. Wir sehen, hören, riechen, schmecken und fühlen in unterschiedlicher Intensität und durch differenzierte Wahrnehmungskanäle. Bereits in der embryonalen Entwicklung, wird das Ohr beispielsweise als erstes Sinnesorgan des Menschen ausgebildet und ist im Sterbevorgang auch eines der letzten Sinne, die der Körper

verabschiedet. Alle Reize werden in unserem Gehirn verarbeitet, welches in unterschiedliche Strukturen durch Neurologen geteilt ist. In unserem Großhirn, in welchem sich das Denken abspielt, unterscheidet sich die linke Hirnhälfte, wo sich alles Logisch, Rationale befindet, von der rechten Hirnhälfte, wo das Intuitive und Emotionale angesiedelt ist. Im Zwischenhirn werden unsere Gefühle verarbeitet, auch das Immunsystem ist dort angesiedelt und im Stammhirn befinden sich alle Instinkte, Triebe und Archetypen. Besonders interessant, dass im Zwischenhirn auch das sogenannte limbische System laut Hirnforschern angesiedelt ist, wo die Gefühlswelt des Menschen ihren zentralen Ursprung hat. Werden jetzt Reize aufgenommen, gefiltert, im Fühlen und Denken verarbeitet, ist es noch das „Wollen“, welche als Instanz noch zwischengeschaltet ist. Alles noch bevor unser Handeln beginnen kann und idealerweise unsere Bedürfnisse zum Ausdruck gebracht werden. Wahrnehmungsprozesse laufen auch in zwischenmenschlichen Beziehungen ab, sind nie einseitig und können von allen Beteiligten ganz unterschiedlich erlebt werden (Charlier et al., 2007, S. 48ff).

Bei fortgeschrittener Erkrankung richtet sich das Augenmerk in der ergotherapeutischen Betrachtungsweise auf die Körperwahrnehmung, die Sensibilisierung der Sinne und letztendlich auf die basale Stimulation (Schaade, 2023, S. 95ff).

4.1.4 Basale Stimulation

Das Konzept der basalen Stimulation findet im Besonderen Anwendungen bei Menschen, die in ihrer Ausdrucksweise sehr eingeschränkt sind und oftmals nur mehr non verbal kommunizieren können. Bereits in den 1970er Jahren hat sich dieses Konzept entwickelt und wurde über die Jahre immer wieder neu reflektiert, weiter ausgebaut und überdacht. Es wird als Kommunikationsmodell umschrieben, dessen Wurzeln in der Pädagogik, aber auch in der Therapie verankert sind. Das Handlungsmodell der basalen Stimulation richtet sich nach den Lebensumständen der betroffenen Menschen, bei denen basale Stimulation stattfindet. Es handelt sich dabei um keine konkrete immer wiederkehrende Anwendung, sondern eine situativ basierende, dem Individuum entsprechende konzeptionelle Haltung, die immer wieder aufs Neue reflektiert und evidenzbasierend erneuert wird (Bürker & Schumacher, 2024, S. 38ff).

Reize, die gesetzt werden, brauchen im Vorfeld genaue Beobachtungen und ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse. Immer im Fokus der Modifizierung, falls es individuell notwendig erscheint. Theoretische Ansätze stehen im Wechselspiel zu praktischer Anwendung und haben in der Interaktion, der Beziehungsgestaltung, neurowissenschaftliche Aspekte, ferner ethische Grundansätze im Blickpunkt. Das bedürfnisorientierte Konzept richtet sich vorwiegend an Menschen, die körperliche Nähe brauchen und nonverbale Kommunikation

vorrangig ist. Wenn Lageveränderungen nur über andere Menschen vollzogen werden können und sich individuelle Begegnungen in einem dialogischen Kontext widerspiegeln, orientiert sich basale Stimulation und bietet Möglichkeiten der Bedürfnislinderung. Grundbedürfnisse können dadurch begleitet oder mitunter auch gestillt werden. Immer im Fokus bleiben die Lebensumstände des Individuums und die Diversität der Persönlichkeit (Mohr et al., 2019, S. 26ff).

Eine Studie beschreibt, dass basale Berührungen, speziell im demenziellen Bereich, gut zur Anwendung kommen können, da bei fortschreitender Erkrankung sinnhafte verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist. Berührungen, die dabei zur Kommunikation beitragen können, leisten eine wesentliche Verbesserung und reduzieren herausfordernde Verhaltensweisen. Körperpflege wurde im Sinne von basaler Stimulation in einem strikten Schritt für Schritt Vorgehen angewandt und durch die basalen Berührungen konnten dem an Demenz Erkrankten, Orientierung vermittelt werden und so zu einem angemesseneren Verhalten bei der Körperpflege verholfen werden (Kohler et al., 2018, S. 13ff).

4.1.5 Sensomotorik

Die Wechselwirkung von Sensorik und Motorik spielen eine wesentliche Rolle auch im demenziellen Bereich, da die Kontrolle und Steuerung von motorischen Abläufen an die Funktionsfähigkeit der Sinne geknüpft sind und umgekehrt. Wenn im Krankheitsverlauf immer mehr sensorische und motorische Funktionen verloren gehen, gilt es ein besonderes Augenmerk auf die Zusammenhänge zu lenken und dem entgegenzuwirken. Die gegenseitige Wirkungsweise von Sensibilität und Reagibilität beeinflussen die sensomotorische Koordination und lassen das Individuum Handlungsleitlinien ausführen. Alle Sinne sind miteinander, ferner auch mit motorischen Komponenten verknüpft, außerdem werden sie gegenseitig voneinander beeinflusst. Empfindungs- und Wahrnehmungsfunktionen können durch spezifische Förderung gezielt verbessert werden, ferner kann propriozeptive, neuromuskuläre Fazilitation stattfinden und Deprivationen entgegenwirken. Motopädisch lässt sich dabei das taktil-kinästhetische System, über das Hautorgan gut fördern und sensibilisieren. Die Haut gilt im Allgemeinen als Sinnesgebiet, welches mit unterschiedlichen Nocirezeptoren ausgebildet ist. Sie sind nicht gleichmäßig verteilt, jedoch können Berührungen, Druck, Temperatur und Schmerz wahrgenommen, verarbeitet und rückgemeldet werden (Pöhlmann et al., 2011, S. 59ff).

Auch Bewegungsunsicherheiten sind auf Beeinträchtigungen des sensomotorischen Systems zurückzuführen, verdeutlichen die Zusammenhänge und können sich auf Bewegungssicherheit und Sturzrisiko auswirken (Ebenbichler, 2011, S. 414ff).

Im Folgenden wird die Verkoppelung von Sensorik und Motorik beschrieben. Beides hat wechselseitig aufeinander Einfluss und ist nicht gesondert zu betrachten. Die Sensibilität von sensorischen Prozessen wirkt sich auf die Reagibilität aus, die wiederum auf die Sinnessysteme Einfluss nimmt. Im Bereich der Sensorik ist der Mensch mit unterschiedlichen Sinnen und Funktionen ausgestattet. Das visuelle System, der auditive Bereich, die Propriozeption, die vestibuläre Regulation, die viszeraltaktile Rezeptorik und die Schmerzsensibilität bilden gemeinsam den Begriff der Sensorik, ferner die Sensibilität eines Menschen. Durch unterschiedliche Erfahrungsfelder im Bereich der Umwelt-, Körper-, ferner Materialerfahrung ist Reagibilität im Bereich der Motorik möglich und wirkt in Wechselseitigkeit aufeinander ein. Im Bereich der Motorik, wo Eigenreflexe, Fremdreflexe, Reflexketten, Automatismen, Motilität und apsychonome Motorik gemeint sind, können ebenso Förderverfahren durch Sensibilisierung oder Desensibilisierungsmaßnahmen, sensordominantes Training oder Differenzierung stattfinden, wie im Bereich der Sensorik. Somit greift alles ineinander, ist in Wechselseitigkeit und beeinflusst sich gegenseitig. Aus diesem Bewusstsein heraus, können Fördermaßnahmen gezielt zum Einsatz kommen und können auch nicht gesondert gesehen werden. Anwendungen im Bereich der Sensorik wirken auf die Motorik und umgekehrt (Pöhlmann et al., 2011, S. 62).

4.1.6 Kinästhetik

Kinästhetik ist ein erfahrungsbezogenes Lernkonzept und wurde von Frank Hatch & Lenny Maietta in den 1970er Jahren begründet. Es beschreibt die Bewegungsempfindung mittels Förderung der Wahrnehmungsfelder, wo es darum geht, die bewusste Eigenbewegung wahrzunehmen und als Ressource zu nutzen. Seit den 1980er Jahren findet Kinästhetik auch in der Pflege ihre Anwendung und wird durch gezieltes Fachwissen zum Wohle der Patienten: innen genutzt. Bewegungsabläufe finden auch statt, wenn die Bewegungsmöglichkeiten schon sehr eingeschränkt sind. Alltagsbewegungen, die zur Eigenpflege notwendig sind, können dabei gezielt unterstützt und gefördert werden. Mobilisierungspflege dient dem Erhalt der Selbstständigkeit und Autonomie und wirkt sich auf den gesamten Organismus positiv aus. Durch die Vertrauensbasis zwischen Pflegenden und Klienten können gezielt Perspektiven aufgezeigt werden, um die Eigenständigkeit zu fördern, ferner die Pflegeabhängigkeit zu minimieren und prophylaktisch weiteren Bewegungseinschränkungen vorzubeugen (Claus et al., 2017, S. 160ff).

Die Zielsetzung von Kinästhetik bei Menschen mit Demenz besteht darin, die Qualität von Bewegungsunterstützung zu forcieren und somit über Berührung, ferner Bewegung die Lebensqualität zu stärken. Ein entwickeltes Konzeptsystem hilft den Pflegenden eine Anwendungsform für Kinästhetik den Klienten: innen näher zu bringen. Durch Muskelspindel, die

einen kinästhetischen Sinn darstellen, gilt es über Berührung kommunikativ zu interagieren (Bauer-Söllner, 2018, S. 1ff).

4.2 Allgemeine Kommunikationsrichtlinien

Im Allgemeinen meint miteinander zu kommunizieren, gemeinsam in Verbindung zu treten und zu interagieren und bietet für jeden Menschen essenzielle Grundlagen des Wohlbefindens, da so Kontakt mit dem Außen aufgenommen werden kann. Ohne Austausch verkümmert der Einzelne, dabei spielen intrapersonale und intrapsychisches Erleben für das Individuum eine große Rolle, um so in Beziehung zu anderen treten zu können. Dabei können Menschen entweder digital, somit verbal, oder analog, was für nonverbal steht, miteinander kommunizieren. Somit verlaufen Kommunikationsmuster entweder symmetrisch oder komplementär ab und bestimmen die Beziehungsform in der Interaktion (Schieron, Büker & Zegelin, 2021, S. 190). Wie der vernetzte Austausch und die verknüpfte Interaktion veranschaulicht werden können, zeigt die folgende Abbildung des Johari – Fensters zur Selbst- und Fremdwahrnehmung jeglicher Kommunikation, wo gegenseitige Beeinflussung der Kommunikationspartner: innen innerhalb eines Kommunikationssystems gut sichtbar gemacht werden können.

	dem Selbst bekannt	dem Selbst nicht bekannt
anderen bekannt	I öffentlich	II blinder Fleck
anderen nicht bekannt	III Intimsphäre	IV Unbewusstes

Abb. 2: Johari-Fenster zur Selbst- und Fremdwahrnehmung (Chalier et al., 2007, S. 79).

Einfache Sender und Empfänger Grundmodelle beschreiben Kommunikationsvorgänge, wo es darum geht sich miteinander auszutauschen und jede Nachricht eines Senders differenziert bei einem Empfänger ankommen kann. Für den Erfolg einer Verständigung sind

immer beide Kommunikationspartner: innen verantwortlich, da alle Beteiligten zum Gelingen oder Misslingen beitragen. Das Gesagte wird auf unterschiedliche Weise gehört, ferner wird wieder eine neue Reaktion gesetzt. Schulz von Thun beschreibt in seinem Kommunikationsmodell die Grundannahme, dass gesendete Nachrichten, nach einem vier *Ohren Modell*, bei jedem Empfänger individuell ankommen können. Somit könnte sowohl das Gesagte als auch das Gehörte, immer subjektiv betrachtet und selektiv wahrgenommen, auf einer sachlichen Ebene stattfinden und die Sache selbst stünde im Vordergrund. Allerdings könnte auch Ausgesprochenes und Wahrgenommenes auf der Beziehungsebene stattfinden, wo die Beziehung der beiden Partner: innen während der Kommunikation im Vordergrund stehen könnte. Des Weiteren beschreibt er eine Apell Ebene, wo der Austausch ein- oder beidseitig als Apell verstanden werden kann und als letztes des vier Ohren Modells beschreibt Schulz von Thun die Selbstoffenbarungsebene, wo etwas über die eigene Befindlichkeit, ferner das mitschwingende, dahinterstehende Gefühl indirekt zum Ausdruck kommt. Um Missverständnissen vorzubeugen oder Konflikte besser lösen zu können wäre es wichtig den Blickwinkel zu verändern und aus der Meta – Ebene zu betrachten. Dabei wird versucht die dahinterstehende Botschaft des Gegenübers, aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, zu verstehen, mit Respekt und konkreter Sachlichkeit einander zu begegnen und durch aktives Zuhören und Spiegeltechniken einander zu begegnen (Charlier et al., 2007, S. 81ff).

4.2.1 Aktives Zuhören

Diese Methode beruht auf der Grundhaltung von Empathie, Wertschätzung und einer echten, ehrlichen Einstellung, wo Interesse am Gegenüber besteht. Aktives Zuhören gilt als Voraussetzung von gelungener Kommunikation und ist im Umgang mit älteren Menschen unumgänglich. Dabei werden Signale gesetzt, die wahrhaftiges Interesse an den Bedürfnissen des Gegenübers, ferner Verständnis für Anliegen zeigen und somit ein Verständnis für den anderen kommuniziert wird. Dabei gilt es sich empathisch in die Emotionen und Gedanken des Gegenübers hineinzusetzen, ferner eine Vertrauensbasis aufzubauen. Die Beziehungsebene, Emotionen und der sachliche Inhalt stehen während des Gespräches im Vordergrund und sollen nachhaltige Lösungsoptionen in kooperativer Zusammenarbeit, während der Kommunikationsmethode, in den Vordergrund stellen. Durch gezielte, positive Fragestellungen, die der Klarheit des Inhalts dienlich sind, wird das Gehörte immer wieder neu zusammengefasst und nachgefragt, ob das Erzählte auch richtig verstanden wurde. Ebenso werden die dabei entstandenen Gefühle hinterfragt, um aufrichtige Empathie zu spiegeln, die der Kommunikationstechnik als Grundlage dienen (Wehner et al., 2016, S. 42ff). Menschen mit Demenz sind in ihrer Kommunikation beeinträchtigt, Worte,

Gedanken gehen oftmals verloren. Emotionen bleiben allerdings erhalten, ferner kann darauf reagiert werden. Emotionalen Ausdruck zu erkennen und darauf eingehen zu können, stellen Kommunikationsschwierigkeiten dar, die es gilt zu überwinden. Die Kommunikationsstärke liegt bei Menschen mit Demenz auf der nonverbalen und der Beziehungsebene. Es bedarf einer individuellen Anpassung, um nicht die Schwäche der Beeinträchtigung, sondern den Menschen mit seinen Emotionen, ferner auch mit seinen Stärken in den Vordergrund zu stellen (Haberstroh et al., 2016, S. 34ff).

Nicht der Sachverhalt selbst, sondern die dahinterstehende emotionale Aussage steht im Vordergrund und bedarf es zu erkennen, damit Kommunikation bei Menschen mit Demenz gelingen kann. Die Realitäten von gesunden Menschen und Menschen mit Demenz sind oftmals nicht deckungsgleich und das Wechseln von dem Realitätsbezug stellt meist Schwierigkeiten dar. „Erkennt mich meine Mutter als Tochter oder sieht sie in mir ihre Schwester?“ (Eckardt, 2020, S. 23).

Diese Ambiguitäten in den unterschiedlichen Realitäten gilt es zu erkennen, damit auf diese Dialoggruppe reagiert werden kann, ferner gute Kommunikation durch Perseveranz gelingt. Dabei müssen auch Grenzen erkannt und Entscheidungen getroffen werden, die mitunter schwierig sind. Wiederholen Menschen mit Demenz immer wieder Forderungen, auf die man beispielsweise nicht eingehen kann, dann gilt es abzuwägen, ferner das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken. Dabei gibt es vielfältige Möglichkeiten neue Themen zu finden, die entweder im Zusammenhang mit der Person, durch biografische Einblicke in Verbindung stehen, oder ganz unabhängige Themen. Alle Bereiche, die der Ablenkung dienen, können eingebracht werden (Büker & Schumacher, 2024, S. 128ff).

Auftretendes, herausforderndes Verhalten, welches oftmals auch durch Sinnestäuschungen oder Halluzinationen, die Menschen mit Demenz oftmals haben, zum Vorschein kommt, erschweren aktives Zuhören und Interaktion im Miteinander. Manchmal können sich Menschen mit Demenz aber nur mehr durch ihr Verhalten verständlich machen und es dient als Mittel, eine Art von Selbstbestimmung wiederherzustellen. Wichtig erscheint es, Verhaltensmuster zu beobachten und Analyserversuche anzustellen. Dadurch können Vorgehensweisen besser verstanden werden, ferner darauf eingegangen werden. Je besser die Hintergründe, der neurologische Status, die Biographie und demografische Variablen analysiert werden können, umso mehr können Verhaltenshypothesen zum richtigen Umgang in der Kommunikation führen (Haberstroh et al., 2016, S. 80ff).

Eine weitere Kommunikationsmöglichkeit bietet im demenziellen Bereich die Validationsmethode, wo der Mensch mit seinen psychischen Grundbedürfnissen im Zentrum der Anwendungen steht.

4.3 Validation

Validation ist eine Kommunikationsmethode und dient dem Umgang mit desorientierten Menschen und findet speziell im demenziellen Bereich ihre Anwendung. Entwickelt wurde diese ursprüngliche Methode von Naomi Feil in den 60er Jahren und stellte eine Gegenbewegung zum Realitätsorientierten Ansatz (ROT – Konzept) dar. Bei diesem Konzept bedient man sich Orientierungshilfen und überdimensionalen Anfertigungen, um in der Realität zu bleiben und der realen Umwelt folgen zu können. Beispielsweise sollen große Kalenderblätter praktische Hinweise geben und Hilfestellungen in der Orientierung zur Realität geben. Die Konfrontation mit der Realität soll den Menschen Unterstützung und Anknüpfung an die reale Umwelt sein. Entgegen ist das Validationskonzept ein Ansatz der Gesprächsführung, wo die Gefühlsklärung in den Mittelpunkt rückt. Wörtlich übersetzt meint Validation Wertschätzung und dient dazu, die subjektive Wirklichkeit der erkrankten Person zu akzeptieren und sich in die Gefühlswelt hineinzusetzen, um dann eine wertschätzende Bestätigung zum Ausdruck zu bringen. Dieser Ausdruck kann verbal, oder nonverbal sein. Außerdem knüpfte Naomi Feil an die soziale Reifeentwicklung von Erikson an, demnach nicht erfüllte Lebensaufgaben im Alter wiederkehren und bewältigt werden sollten. Naomi Feil teilt die Gefühlswelt der Betroffenen in vier unterschiedliche Grundgefühle ein, damit die Stimmung des Gegenübers gut erkannt, ferner darauf eingegangen werden kann. Das Gefühl der Freude, gekennzeichnet durch lächelnde, strahlende Mimik und Ausstrahlung von Zufriedenheit. Das Gefühl der Angst, gekennzeichnet durch Unsicherheit und Besorgnis, Ratlosigkeit und angsterfüllter Gesichtsausdruck. Das Gefühl der Trauer, eine weinerliche Mimik und verloren, verstimmte Gestikulation. Das Gefühl des Ärgers, wütend, zornige Ausstrahlung bis hin zur Aggression (Flemming, 2018, S. 47ff; Charlier et al., 2007, S. 156ff).

4.3.1 Stadien der Verwirrtheit

In der Validationsmethode nach Naomi Feil werden die Verwirrheitszustände desorientierter, demenziell erkrankter Menschen in vier Stadien unterteilt. *Mangelnde Orientierung*, als erstes Stadium, wo kognitive Orientierung bereits noch vorhanden ist, die Bewegungsmuster noch relativ stabil sind und eine gewisse Gefühlsverleugnung vorherrschend ist. In dieser Phase haben Berührungen noch wenig Platz, die Betroffenen wollen Distanz wahren, die eingehalten werden sollte. Eine offene Gesprächsführung hat hier gut Platz, Fragen die kausalen Antworten abverlangen, sollten vermieden werden. *Zeitverwirrtheit*, als zweites Stadium, ist gekennzeichnet durch regressives Verhalten, das Kurzzeitgedächtnis gerät immer mehr in Bedrängnis, die Merkfähigkeit von eben Erlebten geht verloren und die Triebs-

teuerung tritt vermehrt in den Vordergrund. Körperkontakt werden in diesem Stadium wichtiger, das Spiegeln der Emotionen tritt als mögliche Kommunikationsmethode in den Vordergrund. *Sich wiederholende Bewegungen*, als drittes Stadium, zeichnet sich durch wiederholende rhythmische Bewegungen und Klangwiederholungen aus. Die Gefühle und deren Betonung rücken in den Fokus, das Sprechen und Denken lässt mehr und mehr nach und die Beteiligung an der Umwelt geschieht oftmals widerwillig und unmotiviert. In der Kommunikationstechnik nach Feil rückt der Blickkontakt als Hauptaugenmerk ins Zentrum, die Sinne werden angesprochen und der Zusammenhang zwischen dem beobachtbaren Verhalten und dem dahinterstehenden Bedürfnis rücken in den Vordergrund. Im letzten Stadium, *dem Vegetieren*, ist der Blick der Betroffenen sehr leer, meist ist es der Rückzug ins Bett und letztlich in Embryonalstellung, die diese Phase auszeichnen. Blickkontakt, sensorische Stimulation und Berührungen können als Intervention angeboten werden (Charlier et al., 2007, S. 157ff).

4.3.2 Integrative Validation

Aufbauend auf die Erkenntnisse und die Methodik von Naomi Feil entwickelte Nicole-Richard, eine deutsche Psychogerontologin, die Validationsmethode weiter und formte den Begriff der integrativen Validation. Dabei konzentriert sich der Validationsanwender, die Anwenderin ganz auf die Person selbst, es werden keine Validationsphasen analysiert oder herangezogen, sondern viel mehr die situative Begegnungsform versucht zu spiegeln und das vorrangige Gefühl in den Fokus zu rücken. Die wertschätzende Haltung spielt dabei in der Methodik der integrativen Validation eine wesentliche Rolle, dabei rückt die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt und die Perspektive auf den Menschen und nicht auf die Erkrankung stehen im Vordergrund. Durch Bezugspflege, Biographiearbeit und Milieuthherapie können sich verwirrte Menschen besser zurechtfinden und sich wohler fühlen. Eine gute Schulung im Umgang sind notwendig, um diese Art von Validationstechnik anzuwenden und gelten als Voraussetzung für integrative Validation. Das Hineinversetzen in den anderen, in die Schuhe des anderen hineinsteigen und mit der Brille des anderen zu sehen, sind bildhafte Vergleiche, um die Methodik zu erklären und die empathische Haltung zu umschreiben. Bei dieser Kommunikationstechnik geht man schrittartig vor und zu Beginn wird das vorrangige Gefühl in den Mittelpunkt gerückt und gespiegelt. Durch Aussagesätze und Bestätigungen über positive Eigenschaften wird eine situative Intervention gefördert und durch Redewendungen und Zuspruch deeskaliert (Weigel & Richard, 2018, S. 248ff).

Eine mögliche Hilfestellung bei praktischer Anwendung von Validation könnte das schrittweise Vorgehen sein, wo sich das Hineinversetzen in das Gegenüber, als erste Aufgabe

herausstellt. Dabei zentriert sich die Person ganz auf die zu validierende Person und versucht sich in die Lage des anderen zu versetzen. Dort, wo im Hier und Jetzt, das Gefühl im Vordergrund steht, versucht man den Augenblick aufzugreifen und zu zeigen, dass man sowohl das Gefühl als auch die Sachlage verstanden hat. Durch unterschiedliche Begrifflichkeiten, die zu der Situation der Betroffenen passend sind, wird signalisiert, dass der Zusammenhang verstanden worden ist und Gemeinsamkeiten werden, versucht zwischen den Dialogbeteiligten herzustellen. Der letzte Schritt ist es eine mögliche Lösung anzubieten und einen Strategievorschlag in Aussicht zu stellen (Flemming, 2018, S. 102ff).

Wissenschaftliche Studien bestätigen die Wirksamkeit von Validation. Die Umgebung und das Umfeld der Betroffenen spielen insgesamt eine wesentliche Rolle in der Begleitung, milieutheraeutische Ansätze können dabei unterstützen (Feil & Klerk-Rubin, 2020, S. 140).

4.4. Milieuthherapie

Der milieutheraeutische Ansatz geht auf den Psychoanalytiker und Psychiater Wilfred Bion zurück und ist keine gesonderte Therapieform, sondern der Ansatz einer Prozessbegleitung. Jede Form von Therapie und jeder Umgang mit anderen, findet in einem bestimmten *Milieu* statt, das es in diesem Fall zu gestalten gilt. 1803 formulierte Johann, Christian Reil, ein deutscher Mediziner, bereits, dass Anstalten in einer Gegend angesiedelt werden sollten, die umgeben von Flüssen und Seen liegen, wo auch Ackerbau und Viehzucht möglich sei. Bereits in den Anfängen des vergangenen Jahrhunderts wurden Rahmenbedingungen und Räume für psychiatrisch erkrankte Menschen geschaffen, die allerdings einer Absonderung gleichkamen und einen gewissen Bewahrungscharakter hatten. Über die Jahrzehnte hat sich dieses Bild verändert und der Stellenwert der Umgebung hat immer mehr Bedeutung auf den Einfluss möglicher Bewusstseinsverbesserungen gezeigt. Der äußere Rahmen, der bei der Gestaltung von Räumlichkeiten, Beziehungsarbeit und Umweltfaktoren geschaffen wird, hat somit Auswirkungen auf das Krankheitsbild und den Allgemeinzustand aller Beteiligten in einem therapeutischen Setting (Deister, 2003, S. 798ff). Umweltfaktoren, die therapeutisch verändert werden und Abänderung zwischenmenschlicher Umgangsformen bis hin zu einer wertschätzenden, offenen Haltung bieten die Basis für weitere Therapieformen und sollen die Grundlage für weiteres therapeutisches Handeln sein. Dabei kommt auch der Raumgestaltung eine große Rolle zu, weil sie einerseits anregend, andererseits aber nicht Reizüberflutend sein sollte. Gestaltung zu einer Wohlfühl- Wohnatmosphäre bieten einerseits eine allgemeine Verbesserung des Wohlbefindens und andererseits sollen reflektierte, therapeutische Interventionen der Lebensgemeinschaft innerhalb des Settings dienen. Nachdem im demenziellen Bereich kausale Zusammenhänge zur

physischen Ursache der Krankheit nicht zur Gänze geklärt werden können, spielen milieuthérapeutische Ansätze eine ebenso große Rolle, weil sie den Umgang mit der Krankheit in den Vordergrund rückt und den Menschen, hinter der Krankheit sieht. Subjektiv bedrohlich empfundene Umgebungen, verschlechtern den Zustand von demenziell Erkrankten und fördern den Unruhezustand. Nachdem diese Krankheit oftmals auch mit einer gewissen Anpassungsstörung einhergeht, ist jegliche Veränderung kontraproduktiv. Gewohnte Umgebungen zu schaffen und Mitgestaltungsmöglichkeiten zu geben, lindern Angstzustände und wirken sich dagegen positiv auf Menschen mit Demenz aus. Alle körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten, die als Hilfestellung dienen, sollen ausgeschöpft werden und dabei kann der milieuthérapeutische Ansatz einen Therapieprozess begleiten und als Unterstützung nützlich sein (Bruder, 1999, S. 288f). Im Folgenden wird ein weiteres Betätigungsfeld beschrieben und den Kernfragen der Masterthesis nachgegangen.

5 Psychomotorik im Tätigkeitsfeld Demenz

Ein weiteres Handlungsfeld im Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, bietet die Psychomotorik. „Bei der Psychomotorik handelt es sich um eine psychonome Motorik. Im Gegensatz zu der apsychonomen Motorik sind die motorischen Prozesse und Abläufe wesentlich durch psychische Prozesse mitbedingt und mitbestimmt“ (Pöhlmann et al., 2011, S. 85).

Dabei steht die psychonome Auseinandersetzung im Wechselspiel und gegenseitigem Austausch mit Wahrnehmung, Antrieb, Kognition und der Koordination im sozialen Gefüge. Im Wesentlichen werden psychomotorische Vorgänge durch antriebssystemische Grundlagen mitbestimmt, die in Wechselbeziehung zu emotionalem Handeln, sozialer Kompetenzen und Willensqualitäten aufeinander Einfluss haben. Der Fokus in psychomotorischer Arbeit beruht auf den Zusammenhängen und Wechselwirkungen zwischen motorischen und psychischen Prozessen (Pöhlmann et al., 2011, S. 86ff).

Bei vaskulären Demenzformen wirkt Bewegung vaskulären Risikofaktoren entgegen. Bewegungsformen, die über Ausdauertraining das Herz-Kreislaufsystem aktivieren und somit die Sauerstoffversorgung im Gehirn verbessern und den Stoffwechsel anregen, vermindern Risikofaktoren und wirken primärpräventiv. Das Gehirn muss genauso wie das Herz als Muskel gefordert und gefördert werden. Die Steuerung von Bewegung ist in unserem Gehirn hoch komplex und vernetzt, deshalb werden über Bewegungsabläufe auch viele Areale in unserem Denkorgan angesprochen und über das Medium Bewegung gefördert. Eine Metaanalyse von Heyn, die 2008 veröffentlicht und von Doris Schröder, Pflegewissenschaftlerin, 2021 publiziert wurde, legt mit 30 eingeschlossenen Studien dar, dass die kognitive

Leistungsfähigkeit durch Bewegungsprogramme statistisch signifikant gesteigert werden konnte. Auch physische Leistungsfähigkeit, Kraft und positive Verhaltensweisen konnten bei der Datenerhebung von 2020 Personen mit demenziellem Erkrankungsbild durch körperliche Betätigung beobachtet werden (Eidenschink, 2017, S. 77ff).

5.1.1 Das Menschenbild in der Psychomotorik

Der Begriff Menschenbild wird in der Literatur umschrieben und meint den Ausdruck von Selbstverständnis, eingebettet in eine soziale Ordnung. Es umschreibt die Identifikation und die Analyse eines Menschen, dem Moral, kultureller Hintergrund, Pädagogik, Recht und politische Eingebundenheit, zugrunde liegen. Wahrnehmung und emotionales Empfinden prägen das Denken und Handeln eines Individuums und sind konstitutiv für die Art und Weise wie wir Menschen sind (Zichy, 2024, S. 2ff).

Im Zentrum der Herangehensweise in psychomotorischer Arbeit steht der Mensch, mit all seinen Bedürfnissen, seinen kognitiven, sozialen und emotionalen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die daraus resultierende Haltung ermöglicht unterschiedliche Betrachtungsweisen und Begegnungen, die von Wertschätzung und Respekt geprägt sind (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 20).

„Auf Basis eines holistischen Menschenbildes, das von einer Einheit von Körper, Seele und Geist ausgeht, beschreibt die Psychomotorik die Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Bewegung und deren Bedeutung für die Entwicklung der Handlungskompetenz des Individuums im psychosozialen Kontext“ (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 21).

Die folgende Abbildung zeigt die Wechselwirkung in psychomotorischer Herangehensweise. Die Entwicklung des Einzelnen steht im Zentrum und im Gegenspiel zueinander beeinflussen sich die unterschiedlichen Komponenten.

Unsere psychomotorische Praxis

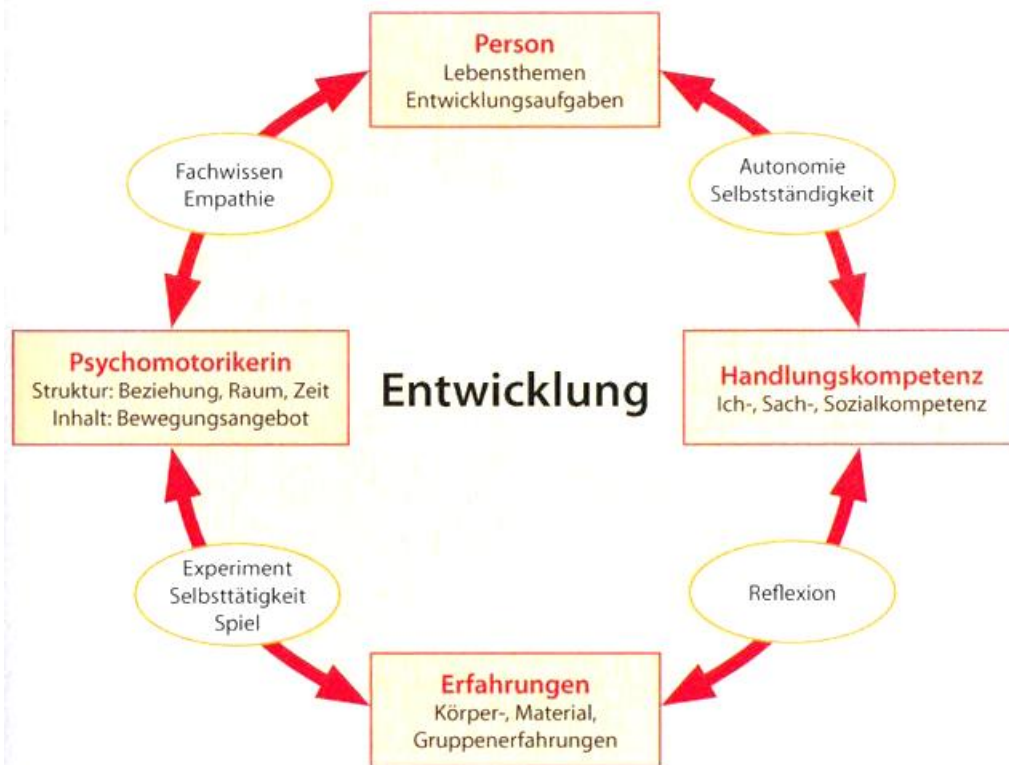


Abb. 3: Psychomotorische Praxis (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 123).

Der Mensch, mit all seiner Individualität und seiner Einzigartigkeit, rückt in jeder psychomotorischen Herangehensweise in den Vordergrund, ferner stehen Prozesse der Selbstwirksamkeit, durch die Eröffnung von Erfahrungs- und Erlebnisräumen, im Mittelpunkt der Handlungsräume. Durch aktive Auseinandersetzung mit sachbezogenen Materialien, sozial- emotionalen Erfahrungsräumen und Körperwahrnehmung ermöglichen Handlungsräume für den Einzelnen und bieten Chancen zur ganzheitlichen Aktivierung und Entwicklung. Aus psychomotorischer Sichtweise wird jede Bewegung immer auch als Bewegungshandlung gesehen, wo der ganze Mensch sowohl in kognitiver, sozialer und emotionaler Wahrnehmung beteiligt ist (Zimmer, 1999, S. 26f).

Die subjektive Bedeutsamkeit des Körpers spielt in diesem Zusammenhang auch eine große Rolle, weil in der Psychomotorik der Körper, nicht nur biologisch betrachtet, sondern auch von einer *leiblichen Existenz* ausgegangen wird. Dabei wird nicht nur von den medizinisch beschriebenen Vorgängen eines Körpers ausgegangen, sondern ebenso von Bedeutung sind Erlebnisse und Erfahrungen, die über die Körperwahrnehmung aufgenommen werden, ferner emotional reflektiert werden können. Erfahrungen, die ein Mensch selbst macht, haben Auswirkungen auf sein Selbstkonzept und sein Selbstbild. Dieses Konzept kann entweder durch ein kognitiv orientiertes Selbstbild oder einem emotional herausentwickelten Selbstwertgefühl entstehen (Zimmer, 1993, S. 222ff).

Wesentlich ist die Erkenntnis der Erfahrung von Selbstwirksamkeit für das Selbstkonzept jedes Menschen, denn die Erfahrung etwas zu bewirken, ermöglicht die Erkenntnis der Wirkmächtigkeit, die sich persönlichkeitsbildend auswirkt. Somit steht die Person selbst auch immer im Mittelpunkt und alle Lebensthemen und Entwicklungsaufgaben im Zentrum jeder psychomotorischen Intervention (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 17ff).

5.1.2 Die Haltung in der Psychomotorik

Im Wesentlichen bestimmt die Haltung der Psychomotoriker: in die Herangehensweise in jeglicher Arbeit mit den Dialoggruppen in psychomotorischen Settings. Dabei wird in wertschätzender Haltung mit Achtsamkeit und Respekt dem Gegenüber begegnet, ferner spiegelt sich die Haltung auch in den Handlungen wider und wird dadurch wirksam. Als Basis dessen werden Raum, Zeit und Beziehungsebenen in den Vordergrund gerückt und eröffnen einen wertschätzenden Umgang im Miteinander. Im Erfahrungs- und Entwicklungsraum sollen die Individualität, unter Schutz und Verständnis, sichtbar gemacht werden. Dabei steht auch die kreative Gestaltbarkeit des *Raumes* im Mittelpunkt und soll Selbstbestimmung und Freiwilligkeit in den Fokus rücken. Der Faktor *Zeit* spielt in Entwicklungsfragen eine große Rolle, dem die Psychomotorik offen und geduldig begegnet. Dabei ist das Verständnis von selbstbestimmter Zeit im Mittelpunkt, die es gilt zu gestalten und ausreichend zu Verfügung zu stellen. Im Wechselspiel von Nähe und Distanz bietet die *Beziehung* einen weiteren Eckpfeiler in der Psychomotorik. Dabei gilt es mit Offenheit einander zu begegnen und im Dialog die Beziehung zu gestalten (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 71).

5.1.3 Beziehungsarbeit

Im Folgenden wird näher auf die Beziehungsarbeit eingegangen, ferner Beziehungsgestaltung näher erörtert, weil sie als Basis jeglicher psychomotorischen Handlung gilt. Der Begriff Beziehung wird in unserem täglichen Sprachgebrauch immer wieder verwendet, dabei unterscheidet man unterschiedliche Arten von sozialen Verbindungen an Dauer, Häufigkeit

und unterschiedlicher Intensität. Jeder Mensch braucht den Kontakt zu anderen, weil er/sie ein Beziehungswesen ist und zwischenmenschliche Kontakte eine Grundvoraussetzung für Wohlbefinden darstellen. Im Unterschied zu Bindungen, die von längerer Dauer und Intensität geprägt sind, können Beziehungen auch nur von kurzer Dauer sein und im Sinne einer Begegnung für einen kurzen Moment und dennoch von großer Wichtigkeit sein. Der Mensch, als soziales Wesen, braucht den Umgang mit anderen Menschen, um ein Gefühl der Zufriedenheit zu erlangen, sich wertgeschätzt zu fühlen und um sein Wohlbefühl reflektiert spüren zu können (Schäfter, 2010, S. 23f).

Unumstritten ist auch in diesem Zusammenhang die Bindungstheorie von John Bowlby und die fortsetzenden Gedanken von Mary Ainsworth, die Bindungen über die Lebensdauer näher betrachtet hat. Dabei ist bemerkenswert, dass Bindungen ein Gefühl von Sicherheit vermitteln und nicht die Stärke der Bindung selbst, sondern die Qualität von Bindung hervorzuheben ist (Grossmann & Grossmann, 2015, S. 14ff).

5.1.4 Beziehungsarbeit in der Begegnung mit alternden Menschen

In der Begegnung mit älteren Menschen ist speziell im Demenzbereich besonders der Augenblick im Fokus und der Beziehungsaufbau gestaltet sich oftmals nonverbal und es ist ein Blick eine Geste, die dem Gegenüber signalisieren, wie wichtig einem der Mensch ist und wie wertvoll die Begegnung an sich. Es ist der Moment, der zählt, wo Kontakt aufgenommen werden kann und wo sich das Individuum als solches wahrnehmen kann. Im Säulenmodell von Petzhold kann man sehr gut erkennen, wie sich die Identität im Alter verändert und die Säule der sozialen Kontakte mitunter ins Wanken gerät. Dabei ist nicht außer Acht zu lassen, wie sehr sich das auf den Menschen auswirken kann. Wichtig erscheint, dass das Eingebundensein in eine Gesellschaft, ein soziales Netzwerk von großer Bedeutung sind und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hat. Soziale Beziehungen an sich oder in einem familiären Konstrukt nehmen mit dem Alter eher ab und sind speziell im Demenzbereich nach fortschreitender Krankheit kaum mehr in einer Form möglich, die wir, als gesunde Menschen, als relevant erleben würden. Dennoch ist die Zuwendung speziell auch bei Menschen mit Demenz essentiell. Durch mögliche gesundheitliche Einschränkungen im Alter wird die Abhängigkeit und Angewiesenheit auf andere Menschen verstärkt. Soziale Unterstützung, die von den Menschen auch emotional wahrgenommen wird, kann eine salutogene Wirkung aufzeigen. Psychoedukative Maßnahmen können den Alterungsprozess des Menschen deutlich hinauszögern (Steidl & Nigg, 2014, S. 51).

Eine ganzheitliche Entwicklungsbegleitung bis ins hohe Alter erscheint nur selbstverständlich und lässt Menschen, die sich angenommen und wertgeschätzt fühlen, Glückshormone

wie Oxytocin und Dopamin ausschütten, die sich wiederum positiv auf die Gehirnentwicklung auswirken. Mit Menschen in Beziehung zu treten und sei es auch nur ein Erstkontakt oder eine kurze gewollte Berührung auf beiden Seiten, ermöglicht einen Beziehungsaufbau, der für den weiteren Verlauf einer gelingenden Beziehungsarbeit unumgänglich ist. Carl Rogers hat bereits in den Anfängen des zwanzigsten Jahrhunderts auf den Zusammenhang zwischen Beziehung im zwischenmenschlichen Bereich und therapeutischen Erfolg hingewiesen. Er beschreibt die Beziehungsebene als wesentlichen Faktor in der Personenzentrierten Psychotherapie (Stumm & Keil, 2018, S. 57ff).

Demnach stellt Beziehung einen Schlüsselfaktor für gelingende Arbeit auch in der Psychomotorik dar. Sowohl in den Bereichen der emotionalen, sozialen und sachbezogenen Entwicklung steht die Eigenständigkeit und die Selbsttätigkeit in jeder psychomotorischen Arbeit im Vordergrund und erzielt somit positive Selbstwirksamkeit. Die Handlungskompetenz des Einzelnen steht dabei im Vordergrund und lässt Entwicklungsspielraum zu. Im Demenzbereich geht es oftmals darum eigenständige Handlungen auch als solche zu erkennen und Möglichkeiten zu schaffen, wo selbstständiges Tun gut möglich und für den Einzelnen erlebbar wird. Durch mögliche Funktionseinschränkungen im fortschreitenden Krankheitsbild, wie es Demenz mit sich bringt, können dennoch Bewegungsmöglichkeiten neu gefunden werden, die dem Menschen vermitteln, dass er oder sie Aufgaben erfüllen kann und ihre/seine Kompetenzen in den Vordergrund rücken. Oftmals sind es Materialien, mit denen hantiert wird, die es durch eine Zweckentfremdung ermöglicht, neue Bewegungsmuster zu erproben und im Experiment zu erforschen. Durch kreative und fantasievolle Weise werden Bewegungsanlässe geschaffen, die sowohl zur körperlichen Aktivität als auch zur innerlichen Bewegtheit anregen ferner Beziehungsarbeit unterstützen (Eisenburger et al., 2008, S. 6ff).

Psychosoziale Aspekte spielen in der Psychomotorik eine wichtige Rolle und dabei ist auch die verhaltenswissenschaftliche Seite nicht außer Acht zu lassen. Das Zusammenspiel von Erlebbarem ist essentiell für das Wohlbefinden von alternden Menschen und wirkt sich auf deren Verhalten aus (Steidl & Nigg, 2014, S. 26).

Die Handlungsspielräume können durch gezielte psychomotorische Indikation erweitert werden und fördern somit das Wohlbefinden. Die Psychomotorik bedient sich dem Medium Bewegung, wenn gleich Bewegung nicht allein mit körperlicher Aktivität gleichzusetzen ist, sondern auch im Sinne von Bewegtheit im sozialen, und emotionalen Sinne. Als essentiell wichtig erscheint es, um emotionale und soziale Entwicklung voranzutreiben, Gefühle auch ausdrücken zu können und Kreativität zu entfalten. Bewegung fördert demnach auch die Wahrnehmungsfähigkeit an sich und macht den Menschen in seiner Ganzheit sichtbar und fördert seine Kompetenzen (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 80ff).

Wahrnehmung ist demnach ein ganzheitlicher Prozess und für den Menschen wesentlich, damit er seiner Umwelt begegnen, sich in ihr zurechtfinden kann, ferner um in Beziehung treten zu können. Den Sinnesorganen kommt bei der Aufnahme über Rezeptoren eine wesentliche Bedeutung zu und ist damit auch an intakte Wahrnehmungsmechanismen gebunden. Dr. Fröhlich entwickelte allerdings bereits in den 70er Jahren das Konzept der basalen Stimulation, die im Bereich bei Menschen mit Wahrnehmungsstörungen zum Einsatz kommen. Dabei werden basale Wahrnehmungssysteme stimuliert, gefördert und gleichzeitig wird die Reaktionsfähigkeit darauf gezielt verstärkt. Die Anregungen der Sinne werden in den Hirnarealen verarbeitet und miteinander verknüpft, sodass es dann als Gesamteindruck für den Menschen erlebbar wird (Lauber & Schmalstieg, 2018a, S. 4ff).

Sinne werden unterteilt in Nah- und Fernsinne. Dabei werden Nahsinne als propriozeptive Rezeptoren bezeichnet, da sie aus der körperlichen Eigenwahrnehmung, wie beispielsweise Muskeln, Gelenken, vestibulärem System kommen und Fernsinne als exterozeptive Rezeptoren, wie beispielsweise aus dem visuellen, auditiven, olfaktorischen und haptisch-taktilen System. Somit entstehen auch Schnittstellen zwischen äußerer und innerer Wahrnehmungswelt, die der Mensch vollzieht. Diese Kenntnisse erscheinen speziell auch in der Arbeit mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind für aufschlussreich, da Wahrnehmungsfelder eingeschränkt, aber dennoch erlebbar gemacht werden können. Dabei kommt auch der haptisch-taktilen Wahrnehmung eine große Bedeutung zu, wie sie beispielsweise durch Berührungen stattfindet. Dabei sind vier unterschiedliche Mechanorezeptoren verantwortlich, die sich in den verschiedenen Hautschichten befinden. Eine davon, die sogenannten Meissner-Körperchen reagieren auf Druckveränderung und werden auch als Berührungsezeptoren bezeichnet. Wahrnehmungsleistung wird allerdings erst durch Interpretation in unserem Gehirn vollständig und dann in unserem Gedächtnis abgespeichert. Ein besonderes Augenmerk liegt in der psychomotorischen Arbeit im Bereich der kinästhetischen Wahrnehmung, wo der Bewegungsempfindung Raum gegeben wird. Bewegungsimpulse werden über unser Gehirn an die Muskeln weitergegeben und durch das Zusammenspiel mehrerer Muskelgruppen wird Bewegung möglich. Dabei ist beispielsweise ein Augenaufschlag ebenso automatisiert wie angepasste Bewegungsmuster beim Gehen oder Laufen. In gesunder Entwicklung erlernt der Mensch unzählige Bewegungsmuster und Bewegungsabläufe und vertieft sie im Laufe eines Lebens. Allerdings spielen dabei nicht nur physiologische, sondern auch psychologische Einflüsse eine Rolle. Da nicht alle Reize aufgenommen werden können, selektiert und interpretiert unser Gehirn Signale und strukturiert diese psychologischen Vorgänge im Wahrnehmungsprozess. Auch bei der Bewegungsempfindung

ist unser Gehirn aktiv, es empfängt Signale über Rezeptoren, verarbeitet diese und verknüpft es mit anderen Hirnarealen, wo es gleichermaßen verarbeitet wird und ins Bewusstsein rückt (Lauber & Schmalstieg, 2018b, S. 18ff).

Störungen im Gehirn können sich negativ auf Bewegungsabläufe auswirken und beeinflussen die Sensorik des Menschen. Reizsignale gehen womöglich auf dem Weg zum Gehirn verloren oder können nicht mehr verarbeitet oder ausgeführt werden. Da Bewegungsabläufe oftmals auch unbewusst ablaufen, kann dem meist nicht entgegengewirkt werden. Allerdings können neue Bewegungsmuster gefunden werden, wenn eine Bewusstheit darüber herrscht. Psychisch positive Erlebnisse wirken sich günstig auf verändernde Motorik aus und können möglichen negativen Erlebnissen entgegenwirken. Demnach ist nicht außer Acht zu lassen, wie wichtig das Zusammenspiel zwischen Physiologie und Psychologie sind (Lauber & Schmalstieg, 2018a, S. 25).

Bewegungsabläufe und körperliche Aktivitäten erweitern den Wahrnehmungsradius und wirken sich zudem äußerst positiv auf den Organismus aus. Als präventive Maßnahme wird die Gesundheit gefördert und ermöglicht größere Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter. Dabei kommt der Kompetenzentwicklung im Alltagsumgang große Bedeutung zu. Körperliche Aktivität nimmt auch positiv Einfluss auf chronische Erkrankungen und hat positive Auswirkungen auf Organe, wie Studien belegen (Steidl & Nigg, 2014, S. 51).

5.1.5 Selbstwirksamkeit in psychomotorischer Arbeit

Durch die Selbsttätigkeit erlebt sich der Mensch auch als selbstwirksam und das eigene Selbst gewinnt an Bedeutung und Wert. Erfahrungsfelder werden in psychomotorischen Einheiten eröffnet, um Selbstwirksamkeit zu erleben. Im Bereich der Körpererfahrung, nimmt sich der Mensch mit seinem Körper wahr, erkundet die Umwelt und erlebt sich als funktionell tätig und seinen Körper als wertvoll. Materialerfahrungen eröffnen grenzenloses Erleben in Bezug auf den Umgang mit Materialien und sein eigenes Können steht im Vordergrund. Selbstwirksamkeit durch hantieren, experimentieren und Neues zu gestalten rückt in den Vordergrund und bereichert das Selbstbild des Einzelnen. Sozialerfahrungen steigern den Selbstwert und die eigene Identität wird als selbstwirksam erlebt. Sich in einer Gruppe oder mit einem Gegenüber zu erleben, ermöglicht in Beziehung zu treten und sich mit dem eigenen Selbstbild auseinanderzusetzen (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 71). In jedem psychomotorischen Angebot werden persönlichkeitsbildende Bewegungsmöglichkeiten ganzheitlich genutzt und fördern somit Handlungskompetenzen, die erweitert und stabilisiert werden können, die wiederum zur Selbstwirksamkeit beitragen (Pöhlmann et al., 2011, S. 176ff).

5.1.6 Wirkungsweise von Musik

Ein besonderes Augenmerk liegt in der Anwendung von Musik, die in jeder psychomotorischen Einheit, im Setting mit demenziell erkrankten Menschen, zum Einsatz kommen kann. Musik und Motorik sind ganz eng aneinandergeknüpft, betonen die Ganzheitlichkeit und die Wirkungsweise im demenziellen Bereich, die auch durch Evidenz basierende Studien belegt werden können. Trotz Hirnleistungsabbau kann Musik als therapeutische Ressource genutzt werden, da das musikalische Gedächtnis auch bei fortgeschrittener Demenz ein Stück weit erhalten bleibt. Eine minimalere kortikale Atrophie konnte in diesem Hirnareal, im Unterschied zum restlichen Hirngewebe bei fortgeschrittener Alzheimer Erkrankung festgestellt werden. Dies wird auch durch die Beobachtung bestärkt, dass bei fehlender Sprache im fortgeschrittenen Krankheitsbild, fehlerfreie Liedtexte oftmals mitgesungen werden. Außerdem wirkt sich der Einfluss von Musik auch positiv auf das Verhalten der Betroffenen aus und kann dadurch gezielt zum Einsatz kommen. Demenzassoziierte Verhaltensauffälligkeiten liegen ursprünglich ebenfalls im Frontalhirn, weshalb eine Verhaltensveränderung, durch Musik erzielt werden kann (Kressig, 2023, S. 147ff). „Beim aktiven Musikhören spielt der präfrontale Kortex eine wichtige Rolle. Mittels funktioneller Bildgebung kann eine eindrückliche musikinduzierte Aktivierung im mediofrontalen Frontalkortex nachgewiesen werden“ (Kressig, 2023, S. 150).

Bewegung kombiniert mit Musik hat demnach aber nicht nur Einfluss auf Kognition und Emotion, sondern auch auf Stabilisierung im vestibulären Bereich, erhöht dadurch die Gangsicherheit und wirkt somit auch präventiv. Da Musik meist Freude auslöst und aktives Musizieren meist Freude bereitet, wird dabei eine neurochemische Reaktion ausgelöst und Dopamin freigesetzt. Dies trägt zur Verbesserung des Allgemeinzustands bei und fördert die Motivation zur musikalischen Aktivität und Beteiligung. Außerdem werden degenerierende Gehirnregionen durch Musik angeregt und gefördert (James, 2024).

Durch Musikintervention wird die Stimmungslage von demenzerkrankten Menschen positiv beeinflusst und auch der Vorfreude auf Musikintervention kommt dabei schon Bedeutung zu. Die mitschwingenden Emotionen werden durch die hervorgerufene Intervention angeregt und beeinflussen die Stimmungslage der Betroffenen. Sowohl in psychischen, physischen, aber auch kognitiven und funktionellen Aspekten kann musikalischer Einfluss nachweislich zur Veränderung des Gesamtzustandes beitragen. Deshalb ist der Einsatz von Musik im psychomotorischen Kontext, wo die Ganzheitlichkeit im Vordergrund steht, unerlässlich und kommt im gerontologischen Setting zum Einsatz (Kersten, 2019, S. 69ff).

Wahrnehmung und Bewegung werden sowohl in der Rhythmik als auch in der Psychomotorik gefördert und lassen als Gemeinsamkeit die kreative Bewegungsarbeit in den Fokus

rücken. Speziell in der Musikwahrnehmung, durch groove basierende Musik, kann der psychomotorische Ansatz in seiner Besonderheit auch auf Menschen mit Beeinträchtigungen, wie es die Demenz mit sich bringt, wirken und ganzheitliche Entwicklung und Förderung ermöglichen (Schlesinger, 2023, S. 41ff).

Durch wiederkehrende Rhythmen und musikalischem Einsatz werden neurologische, physiologische und psychologische Wirkungsweisen erzielt und dienen der Betrachtungsweise der ganzheitlichen Auseinandersetzung mit dem Individuum (Göhle & Gluth, 2021, S. 10ff).

Im psychomotorischen Setting kommt auch der Auswahl von Musik eine bedeutende Rolle, gerade im demenziellen Bereich, zu. Es gilt eine passende Musikauslese, im Sinne der Dialoggruppe, zu treffen. Auch werden Überlegungen angestellt, die den Musikgeschmack dieser Menschen betreffen und in welcher Phase ihres Lebens bestimmte Musikstücke eine Rolle gespielt haben. Passende Musikstücke zu finden, in psychomotorischen Runden anzubieten und wieder zu reflektieren, ob die Wirkungsweise von der gewählten Musikrichtung passend war, gilt es immer wieder aufs Neue zu überdenken. Ausgelöste Erinnerungen können sowohl positiv, aber auch negativ wirken. Wichtig im Zusammenhang mit Musikauswahl erscheint, Musik als bewegendes Element einzusetzen und niemals als Untermahlung oder Hintergrund. Aufgabenstellungen verlangen hohe Konzentration und bedürfen großer Aufmerksamkeit. Gerade ältere Menschen und Menschen, die an Demenz erkrankt sind, fokussieren sich besser auf eine Sache, wenn sie nicht abgelenkt werden. Deshalb sollte der Einsatz von Musik und Rhythmik stets achtsam erfolgen (Eisenburger et al., 2008, S. 21).

Rhythmus wirkt förderlich auf psychosomatische Koordination, dient der sozialen Interaktion und wird auch als Kommunikationsfunktion eingesetzt. Wiederkehrende Rhythmen helfen Struktur zu vermitteln, zeichnen einen Anfang und ein Ende ab und geben einen strukturellen Eindruck, der wesentlich erscheint (Pöhlmann et al., 2011, S. 255ff).

5.1.7 Psychomotorik mit Senioren: innen – Motogeragogik

Basierend auf den Theorien der Entwicklungsaufgaben von Havighurst, ferner dem handlungsorientierten Ansatz nach Schilling, entwickelte Marianne Eisenburger das Konzept der Psychomotorik in den 1980er Jahren weiter, indem sie sich mit der Dialoggruppe des älteren und alten Menschen beschäftigte und festigte den Begriff der Moto Geragogik (Pöhlmann et al., 2011, S. 194).

„So ist die Konzeptionierung der Motogeragogik Ergebnis der Anpassung der Motopädagogik an die spezifischen Bedingungen des Entwicklungsabschnittes Alter. Neben der Er-

haltung, Förderung und Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und seelischen Beweglichkeit sollen dem Menschen über die Beherrschung und die Verfügbarkeit des eigenen Körpers und dessen Ausdrucksformen neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung erschlossen werden“ (Pöhlmann et al., 2011, S. 194).

Motogeragogik - Einheiten begegnen den Menschen mit wertschätzender Haltung in intensiver Auseinandersetzung mit ihren Daseinsthemen der eigenen Identität und Persönlichkeit, durch körperliche und geistige Veränderungen, ferner psychischen Empfindungen. Themen der Isolation und Integration, werden aufgegriffen und wirken dem sozialen Rückzug durch Gemeinschaft und Begegnung entgegen. Dem hohen Maß an Alltagszeit stehen adversativ die geringere Aussicht auf Lebenszeit gegenüber. In der Auseinandersetzung mit Zeit und Sinn, möchte die Motogeragogik durch Handlungsspielräume Kompetenzen im Alter fördern und die Ganzheitlichkeit mit gezielter Bewegungsarbeit anregen. Um Handlungskompetenzen zu stärken und zu erhalten, werden im Speziellen die Ich-Kompetenzen, die Sach-Kompetenzen, ferner die Sozial-Kompetenzen in motogeragogischer Intervention begleitet, unterstützt und gefördert (Pöhlmann et al., 2011, S. 194).

Möglichst vielfältige Körpererfahrungen werden speziell auch im demenziellen Bereich angeboten, um ein positives Körpergefühl zu ermöglichen und den eigenen Körper wahrzunehmen. Diverse Wahrnehmungskanäle werden über alle Sinne bereichert, indem Materialien dafür in Motogeragogik Einheiten zur Verfügung gestellt werden. In den Bereich der Körperarbeit fällt auch die Aktivierung des Organismus, wo durch Anspannung und Entspannung, ferner durch diverse Bewegungserfahrungen der Körper in seiner Ganzheit gefördert, das Herz – Kreislaufsystem angeregt und dadurch ein allgemeines Wohlbefinden erzielt werden kann (Eisenburger et al., 2008, S. 10).

Neuronale und biochemische Prozesse, die den Körper und das Gehirn aufs Engste miteinander verbinden, können durch Bewegung den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit unterstützen und wirken auch präventiv. Motilität gilt es langfristig zu erhalten, um die Gesundheitsförderung im Allgemeinen zu unterstützen und zu verbessern. Dabei ist der präventive Anteil nicht außer Acht zu lassen (Leutgeb, 2020, S. 93ff).

Ein wesentlicher Bestandteil der psychomotorischen Arbeit bei Menschen mit demenziellem Erkrankungsbild ist die Selbstbestimmung und sich selbst als kompetent zu erleben. Oftmals treten herausfordernde Verhaltensweisen an die Oberfläche, die aufgrund von eingeschränkter Selbstbestimmung kommen. Rahmenstrukturen und Routinehandlungen schränken die Selbstbestimmung bei Menschen in Pflegeinstitutionen oftmals ein, sie erleben sich als fremdbestimmt und eingeschränkt. Manchmal reagieren die Betroffenen mit Depression, Gleichgültigkeit, Passivität oder Aggression (Haberstroh et al., 2016, S. 82).

Dementgegen wirken die Grundpfeiler jeder psychomotorischen Arbeit. Erfahrungsprozesse, die entweder neu entfacht oder durch Bekanntes verknüpft werden können, werden in der psychomotorischen Arbeit eröffnet, ferner in Gang gesetzt. Der Mensch erlebt sich in seiner Selbsttätigkeit, schafft und kann Anforderungen in seiner Selbstwirksamkeit erleben und erfährt schließlich sein eigenes Selbstkonzept und bestätigt damit seine Identität (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 99).

In jeder Motogeragogik Einheit erfahren die Menschen wie gut sie Dinge bewerkstelligen können, ihre Selbstständigkeit im Tun und das stärkt ihr Selbstwertgefühl und hebt ihr Selbstbewusstsein. Erfahrungsräume werden eröffnet, wo auch Erinnerungen Platz haben, ferner durch Bewegung viel in Schwung kommt und auch bewegt wird (Eisenburger et al., 2008, S. 120ff).

6 Praxisbezug

Im Folgenden werden Themenfelder in der psychomotorischen Arbeit, bei Menschen mit demenziellem Erkrankungsbild, aufgezeigt und aus der Praxis näher erörtert. Konkrete praktische Beispiele und Stundenbilder geben Aufschluss über konkrete Umsetzungsmöglichkeiten von psychomotorischen Einheiten bei Menschen, die demenziell erkrankt sind. Als Grundlage wird das Konzept der Motogeragogik nach Marianne Eisenburger, die dieses Konzept begründet hat, herangezogen und über praktische Ausführungen mit Menschen, die unter den Folgen von Demenz leiden, ausgeführt (Pöhlmann et al., 2011, S. 194ff).

6.1.1 Erfahrungsraum Körper - Kompetenz

Körperliches Befinden und körperliche Funktionseinschränkungen lösen durch die Erkrankung oftmals ein gewisses Maß an Unwohlsein aus. In psychomotorischen Einheiten wird durch Eröffnung von Erfahrungsräumen mit dem Körper, ferner durch positive Körpererfahrungen versucht dem entgegenzuwirken. Um den eigenen Körper zu spüren und wahrzunehmen braucht es im demenziellen Bereich sensorische Reize und Bewegungsanlässe, die Selbsttätigkeit ermöglichen und ein Gefühl von positivem Selbstbild erzeugen. Dabei kommt der Sensomotorik ein großer Stellenwert zu, vor allem dann, wenn die Funktionseinschränkungen des eigenen Körpers schon sehr weit fortgeschritten sind (Zak, 2011, 128ff).

6.1.2 Aktivierung des Körpers

In jeder psychomotorischen Einheit wird der Körper, ferner das Herz-Kreislaufsystem aktiviert und durch Bewegungsangebote gefördert, um in Selbsttätigkeit zu kommen und dabei die Identität, ferner das Selbstbild zu erhalten. Dabei wird darauf geachtet, dass es zu keiner Über- aber auch zu keiner Unterforderung kommt. Die Dialoggruppe bewegt sich nach eigenem Ermessen, eigenem Tempo und Funktionsmöglichkeit. Das Prinzip der Freiwilligkeit wird im respektvollen Umgang verstärkt und bejaht. Bewegungsanlässe werden initiiert, um Aktivität zu fördern und in lustvollem Umsetzen ein Erlebnis zu schaffen, wo der eigene Körper positiv erlebt werden kann. Die Aktivierung erfolgt immer ganzheitlich und Bewegungsmuster können oftmals auch nur schwer beobachtet werden. In der psychomotorischen Arbeit mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, werden Bewegungen ganz divers ausgeführt, je nach Schweregrad der Erkrankung, kann beispielsweise nur mehr ein Wippen zu einem Musikstück beobachtet werden. Einfache Bewegungen zu einem Rhythmus lösen positive Bewegungserfahrungen aus und wirken auf das Wohlbefinden des Einzelnen. Ganzheitliche Aktivierung meint aber auch, dass die Bewegung in Form einer Bewegtheit beobachtet und gefördert werden kann (Eisenburger et al., 2008, S. 120ff).

Selbst bei einem Begrüßungsritual, wo ein Händedruck initiiert wird, werden kommunikative, motorische Botschaften gesendet und wirken sich auf die Aktivierung der Ganzheitlichkeit aus (Pöhlmann et al., 2011, S. 71).

6.1.3 Funktionsfähigkeit des Körpers erhalten

Handlungskompetenzen werden in psychomotorischen Einheiten gestärkt, gefördert und der Versuch der Erhaltung wird in forcierter Arbeit unternommen. Durch das Anleiten von konditionellen und koordinativen Bewegungsübungen wird die Alltagsmotorik beeinflusst und ermöglicht ein positives Erleben. Wenn mit Gegenständen hantiert wird, die keinen Zweck mehr erfüllen, weil die Gehirnleistung den Sinngehalt auch nicht mehr erkennt, sondern vielmehr im spielerischen Umgang ein experimentelles, selbstständiges Tun ermöglicht wird, können körperliche Ausführungen positiv erlebbar gemacht werden. Trotz massiver Deprivationen können sensomotorische Handlungsmöglichkeiten geschaffen werden, die durch das verbesserte Körpergefühl ein gewisses Maß an Wohlfühlen auslösen und Motivator für eigenständiges Handeln sind (Eisenburger et al., 2008, S. 10ff).

Dabei spielen auch die Propriozeptorik und Kinästhesie eine wesentliche Rolle. Gesetzte Reize werden über die Rezeptoren übertragen und lösen Funktionen im Körper aus. Auch durch systematische Spannungs- und Entspannungsübungen wird die Körperwahrnehmung gefördert und ermöglicht ein Erleben von Kraft, Anstrengung und Entspannung, ferner Beruhigung (Pöhlmann et al., 2011, S. 66).

6.2 Erfahrungsraum Material - Kompetenz

Existierende Materialien wurden aus einem bestimmten Grund erschaffen und sind meist Zweck gebunden und den Menschen in irgendeiner Weise dienlich und nützlich. In der psychomotorischen Arbeit mit älteren Menschen und speziell in der Arbeit mit Menschen, die an den Symptomen wie Demenz leiden, werden Materialien im Einsatz meist Zweck entfremdet und im lustvollen Umgang wieder neu entdeckt. Dabei geht es nicht um den ursächlichen Gebrauch, die Handhabung und die Idee einer Zuordnung, sondern viel mehr um den Eindruck, die Beschaffenheit, die womöglich ausgelöste Erinnerung und um die Möglichkeit neue Erfahrungen im zweckentfremdeten Umgang zu sammeln, damit Aktivierung stattfindet, ferner durch die Neuroplastizität wieder neue Verknüpfungen entstehen und neue Lernerfahrungen gesammelt werden.

6.2.1 Eindruck von Materialien

Individuen nehmen diverse Materialien ganz unterschiedlich wahr. Jede Beschaffenheit löst einen anderen Reiz aus und wirkt auf den ganzen Organismus. Der entstehende Eindruck kann dabei vielseitige Reaktionen auslösen. Sind es Materialien, die positive Erinnerungen beispielsweise auslösen oder negative Eindrücke womöglich wieder an die Oberfläche bringen. Ganz verschieden lassen sich die Reaktion auf eben benannte Materialien beschreiben. Dadurch gibt es auch kein Material, das allgemein gültig besser oder schlechter in psychomotorischen Settings zum Einsatz kommen könnte. Eindrücke, die ein Material auslösen, sind demnach völlig divers und unterstreichen die Einzigartigkeit des Menschen und seine individuellen Ansätze auf Materialien zu reagieren. Lassen sich durch Biographiearbeit beispielsweise Handlungsabläufe durch bestimmte Materialien erahnen, können diese Gegenstände Eindrücke auslösen, die an diese Erinnerung anknüpfen und dadurch Bewegungsmuster auslösen. Beispielsweise können Wollfäden zum Wickeln anregen und die feinmotorische Auseinandersetzung wieder gegeben werden. In psychomotorischen Settings sind der Phantasie des Materialeinsatzes keine Grenzen gesetzt und somit kann unbegrenzt fast jedes Material zum Einsatz kommen, wenn gleich Dinge, an denen man sich verletzen könnte, vermieden werden. Beispielsweise kann mit Zeitungspapier auf unterschiedliche Weise experimentiert werden, eigene Ideen eingebracht und umgesetzt werden. Dabei gilt es einen Auftrag so zu formulieren, damit das Individuum einen Handlungsprozess beginnen und vertiefen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Materialauswahl in den unterschiedlichen Settings variiert wird, damit möglichst unterschiedliche Eindrücke gewonnen und Erfahrungsräume eröffnet werden können.

6.2.2 Beschaffenheit von Materialien

Ins Augenmerk rückt auch die Beschaffenheit von Materialien, ferner bekommt sie in der Praxis einen hohen Stellenwert, weil es oftmals um Alltagsmaterialien geht, die allerdings bestimmte Kriterien erfüllen sollten. Dabei geht es immer um Sicherheit und ästhetisch ansprechendes Material und weniger um Kostbarkeiten oder aufwändig hergestellte Materialien. Alltagsgegenstände lassen einen großen Spielraum für Assoziationen zu und dienen dazu, an gewohnte Handlungen anzuknüpfen. So können beispielsweise Staubwedel zweckentfremdet als Spiel - Schläger verwendet werden, wo Luftballone weiter transportiert werden können. Der lustvolle Umgang mit den Materialien steht im Vordergrund und wird dabei über die Emotion zum Agieren anregen. Außerdem eignen sich aus Erfahrungsberichten Naturmaterialien, die besonders im demenziellen Bereich oftmals Verwendung finden. Wenn der Alltag geprägt ist von Pflegeeinrichtung und dessen Umgebung, können Naturmaterialien in psychomotorischen Settings aktivierend zur Selbsttätigkeit im Umgang

und Experiment mit dem Material anregen. Auch dabei gilt es die Diversität zu nutzen und mit allen Sinnen die Materialauswahl zu erleben, um Handlungsabläufe zu aktivieren. Vorsicht ist bei zu kleinen Materialien geboten, da es sonst zum Verschlucken kommen könnte, je nach Schweregrad der betroffenen Dialoggruppe. Speziell auch der Duft von Naturmaterialien, wie beispielsweise im experimentellen Tun mit Tannenzweigen, löst ganzheitliche, unterschiedliche Reaktionen aus und regt auch verbale Kommunikation an, wenn noch die sprachliche Möglichkeit gegeben ist. Nonverbal erkennt man am Gesichtsausdruck oftmals, ob die Materialauswahl passend, oder eben unpassend war. Wenn verbale Sprache nicht mehr als Ausdruck verwendet werden kann, ist die Materialausgabe oftmals herausfordernd, weil nur mehr errahnt werden kann, ob die Betroffenen das Material befühlen möchten oder nicht. Die Freiwilligkeit hat oberste Priorität und es bedarf Fingerspitzengefühl in der Aushändigung von Materialien und ein Repertoire an Möglichkeiten, um Passendes in unterschiedlichen Settings dabei zu haben. Je nach Reaktion kommt das Material wieder zum Einsatz, oder eben nicht.

6.3 Erfahrungsraum Soziale Kompetenz

In psychomotorischen Einheiten werden Begegnungszonen geschaffen und innerhalb der Dialoggruppe, aber auch in der Zuwendung mit dem einzelnen Individuum, interagiert. Durch Anregungen und Zuwendungen wird die Zurückgezogenheit, die oftmals im demenziellen Bereich vorherrschend ist, unterbrochen und es entstehen wieder Momente der Anteilnahme und Beziehungsfähigkeit. Begegnungen zu ermöglichen sind Herzstück jeder motogeragogischen Einheit und ermöglichen dem Individuum soziale Anteilnahme und demnach somit Kompetenzförderung.

6.3.1 Empathie

Wenn man von Empathie spricht, meint man kein Mitgefühl oder sogar Mitleid, sondern vielmehr ein tiefes Verständnis dem Gegenüber entgegenbringen. Dabei gilt es ein echtes Interesse am Mitmenschen, in einer Begegnung ohne Eigeninteresse, zu zeigen und die Wahrnehmungen des anderen zu respektieren. Die Emotionen des Gegenübers werden wahrgenommen und versucht die emotionale Stimmung zu deuten und einzuordnen. Dabei wird das Bedürfnis des anderen erkannt und in wertfreier Kommunikation dem Anderen Wertschätzung und Akzeptanz vermittelt. Ein einführendes Verständnis und die Empfindungen dem Menschen gegenüber sind echt und kongruent und spiegeln sich in der eigenen Haltung, Gestik und Mimik wider (Büker & Schumacher, 2024, S. 45ff).

Durch empathisches Agieren in der motogeragogischen Praxis lassen sich Begegnungszonen schaffen, ferner tritt das Individuum wieder in sozialen Kontakt. Dabei braucht es, je nach Schweregrad der Erkrankung, ein Miteinander in der Gruppe oder eine Zugewandtheit

der Psychomotoriker: in zu jedem Einzelnen. Diese Begegnungen müssen sich im Laufe einer Einheit immer wieder wiederholen, denn für Menschen mit Demenz, können diese Kontakte immer wieder neu sein und somit müssen empathische Handlungsweisen wiederholt zum Tragen kommen. Auch der Faktor Zeit spielt eine wesentliche Rolle, ferner wird in motogeragogischen Settings in der Langsamkeit der Dialoggruppe agiert. Je schwerer die Deprivation bereits fortgeschritten ist, desto mehr, fast übertrieben scheinende Mimik und Gestik braucht es von Seiten der Psychomotoriker: in, um ihre empathische Haltung zu zeigen und eine Reaktion auslösen zu können (Eisenburger & Zak, 2013, S. 12ff).

6.3.2 Freude im Miteinander

In der psychomotorischen Arbeit mit Menschen, die unter demenziellen Symptomen leiden, steht die Freude am Tun im Vordergrund. Die Ressourcen stehen im Fokus und darauf wird das Hauptaugenmerk gerichtet. Eine Wohlfühlatmosphäre ist vorherrschend und vermittelt ein Gefühl von Freude dabei zu sein. Infolge von Deprivationen ist es unumgänglich die Körpersprache so einzusetzen, dass sie empathisch Freude am Tun, Humor und tiefes Verständnis spiegelt. „Gerade demenzkranke und ältere Personen reagieren in zunehmendem Alter weniger auf Worte, da sie sich infolge nicht mehr darauf einlassen können. Besonders wichtig ist es, die Körpersprache gezielt einzusetzen, da die Spiegelneuronen automatisch dafür sorgen, dass sich die Körperhaltungen einander zugewandter Personen angleichen“ (Halblützel, 2016, S. 13). Strahlt die Psychomotoriker: in Freude aus und begegnet der Dialoggruppe mit einem Lächeln, wird das auf die Teilnehmer: innen Konsequenzen mit sich bringen.

Der spielerische Umgang in der psychomotorischen Praxis ermöglicht das Hineintauchen in eine andere Welt. Wenn sich beispielsweise bunte Tücher zur Musik durch eigenes Schaffen in Bewegung bringen lassen, lässt das Spiel einen großen Freiraum an Phantasie und grenzenloser Betrachtung zu. Der Mensch wird im Spiel mit all seinen Fähigkeiten gefordert und beansprucht dabei Kognition, physische, ferner psychische Ressourcen, die angeregt werden. Die Ganzheitlichkeit des Menschen wird gefördert und bekommt durch lustbetonte Auseinandersetzung und Freiwilligkeit ein hohes Maß an Spaß und Freude im gemeinsamen Tun. Die Spieltätigkeit ist als ganzheitlicher Prozess zu erachten und bringt angenehme Emotionen mit sich (Baer, 2020, S. 467f).

In psychomotorischen Einheiten gibt es auch keine Gewinner oder Verlierer in Spielformen, sondern vielmehr eine Interaktion und Kooperationsvariante, die die Freude in den Mittelpunkt rückt und über die Selbsttätigkeit das Miteingebunden sein fördert.

6.4 Praktische Stundenbilder aus der Anwendung

Im Folgenden werden drei Stundenbilder aus den Erfahrungsräumen aufgezeigt, die exemplarisch, motogeragogisch in der Arbeit mit Menschen, die an Demenz leiden, Anwendungsmöglichkeiten aufzeigen, ferner durch ein Phasenmodell die Komplexität und ganzheitliche Förderung darstellen. Die Stundeneinheiten einer Psychomotorikerin entsprechen einer realen Ausführung, wie sie in einer Wohngruppe, wo Menschen mit Demenz in einer Pflegeeinrichtung zusammenleben, tatsächlich stattgefunden haben. Der Erkrankungsschweregrad ist unterschiedlich, jedoch demenzielle Symptomatiken, als Diagnostik bei allen Bewohnern: innen beschrieben. Niemand in der Dialoggruppe ist selbstständig gehfähig, weshalb die Einheiten für Sitzgruppen ausgerichtet sind. Um die Diversität in den einzelnen Erfahrungsräumen besser zu beschreiben, wird das gleiche Material, nur in unterschiedlichen Anwendungen zur Darstellung der Stundenbilder verwendet.

Tabelle 1: Erfahrungsraum Material

Stundenthema:	Erfahrungsraum Material	Materialbedarf	Zeit
Einstieg:	➔ Lied als Begrüßungsritual – Begrüßung jedes Einzelnen mit Handschlag und Begrüßung der Gruppe ➔ Miteinander in Bewegung kommen: Förderung des Herz- Kreislaufsystems durch ausdauernde Bewegung zu Tanzmusik im Sitzen ➔ Bei Musikstopp, angeleitete Bewegungen im Sinne der Förderung der körperlichen Funktionsfähigkeiten	Musik	15min
Erarbeitung:	➔ Dialoggruppe zieht sich einzeln einen Staubwedel von der Psychomotoriker: in Kraft erleben, Begegnung schaffen ➔ Bewegungsformen mit dem Staubwedel werden gefunden – die Dialoggruppe wird eingeladen Ideen	Staubwedel, Luftballon, Musik	30min

	einzubringen, individuelles experimentieren, wiederholen, eigenständiges handeln und festigen. – Die Psychomotoriker: in tritt immer wieder in Beziehung mit einzelnen Menschen, greift Bewegungsformen auf, spricht sowohl die gesamte Dialoggruppe als auch Einzelne mit Namen an. Wertschätzende Rückmeldung → Ein gemeinsames Spiel wird initiiert, ein Luftballon wird mit den Staubwedeln weiterbewegt – die PM bietet sich als Spielpartner: in an– Freude am Tun → Zum Abschluss werden die Staubwedel als Massagegegenstand verwendet, die TN massieren ihren Körper, ein Musikstück dient zur Entspannung – Die PM bietet an Einzelne der Reihe nach mit dem Staubwedel abzuklopfen – Freiwilligkeit, Erkunden nach Wohlbefinden, Körperbild fördern → Verabschiedung mit Handschlag– Rückmeldung und Zusammenfassung im Sinne einer wertschätzenden Reflexionsrunde bei allen TN einzeln und der gesamten Dialoggruppe.		15min
Ergebnissicherung - Ziele:	Erfahrungsraum Material Handlungskompetenz durch Selbsttätigkeit Ganzheitliche Förderung		

Tabelle 2: Erfahrungsraum Körper

[illegible]

	➔ Zum Abschluss dient der Staubwedel als fiktiver Tanzpartner: in – gemeinsamer Tanz in Verwendung des Materials. ➔ Verabschiedung mit Handschlag– Rückmeldung und Zusammenfassung im Sinne einer wertschätzenden Reflexionsrunde bei allen TN einzeln und der gesamten Dialoggruppe.		
Ergebnissicherung – Ziele:	Erfahrungsraum Körper Eigenwahrnehmungsförderung Ganzheitliche Förderung durch eigenständiges Handeln Sensomotorische Wahrnehmungsförderung Vestibuläre Festigung		

Tabelle 3: Erfahrungsraum Soziales

Stundenthema:	Erfahrungsraum Soziales	Materialbe- darf	Zeit
Einstieg:	➔ Lied als Begrüßungsritual – Begrüßung jedes Einzelnen mit Handschlag und Begrüßung der Gruppe ➔ Miteinander in Bewegung kommen: Förderung des Herz- Kreislaufsystems durch ausdauernde Bewegung zu Tanzmusik im Sitzen ➔ Isometrische Übungen werden angeboten, indem sich die Psychomotorikerin allen Einzelnen widmet. ➔ Gymnastische Übungen werden im engen Wahrnehmungskreis vorgezeigt und die Einladung zur Nachahmung ausgesprochen.	Musik	15min
Erarbeitung:	➔ Die Staubwedel befinden sich in einem zugeschnürten Säckchen, dieser wird reihum gehoben und weitergegeben. ➔ Aufgeblasene Wasserbälle befinden sich in einem Sack, werden ebenfalls im Anschluss reihum weitergegeben. – verbale Auseinandersetzung durch Zuschreibungen ➔ Die Psychomotorikerin lädt im Anschluss daran ein, sich einen Staubwedel aus dem Sack zu nehmen.	Sack mit Staubwe- deln, Sack mit Wasserbäl- len	30min

	➔ Einladung an die TN den Staubwedel als verlängerten Arm zu benutzen und Wasserbälle am Boden einander zuzuspielen. ➔ Die PM geht in Beziehung mit einzelnen und steht als „ZwischenspielerIn“ in der Kreismitte, um weniger weit gerollte Bälle weiter zu befördern ➔ Gemeinsames Tun, Freude im Miteinander erleben ➔ Im Anschluss werden die Staubwedel wieder in den Sack gesteckt, indem die PM sie einzeln von den TN abholt. Die Wasserbälle werden ebenso weggeräumt. ➔ Ein Wasserball dient der Entspannung – die Psychomotorikerin rollt zu einer Musik den Ball über den Rücken der einzelnen TN– Prinzip der Freiwilligkeit – Erkundigt sich nach dem Befinden und Annehmlichkeiten, bevor sie damit beginnt. „Möchten Sie, dass....?“ ➔ Verabschiedung mit Handschlag– Rückmeldung und Zusammenfassung im Sinne einer wertschätzenden Reflexionsrunde bei allen TN einzeln und der gesamten Dialoggruppe.	Musik	15min
Ergebnissicherung:	Erfahrungsraum Soziales Gemeinsames Tun und Erleben der Teilhabe Partizipation durch gemeinsames Spiel		

	Förderung der Emotionalität Ganzheitliche Förderung durch eigenständiges Handeln Vestibuläre Stabilisierung		
--	--	--	--

7 Diskussion

Im Folgenden wird die Forschungsfrage der Masterthesis diskutiert, Fakten gegenübergestellt, ferner Annahmen reflektiert betrachtet. Das Kapitel beschäftigt sich daher mit der Forschungsfrage, welchen Beitrag ein psychomotorisches Angebot, in einem meist interdisziplinären Setting, für Menschen mit einem demenziellen Erkrankungsbild, leisten kann. In der genauen Auseinandersetzung mit dem alternden Menschen und dem Krankheitsbild, lässt sich Demenz als Symptom von einem krankhaften Abbau des Gehirns beschreiben. Dabei steht die verlierende Gedächtnisleistung im Vordergrund und wirkt sich auf den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit aus (Charlier et al., 2007, S. 150).

Die Diagnostik von Demenz ist ein langwieriger Prozess, wo neuropsychologische Testverfahren, internistische und neurologisch-psychiatrische Befunderhebungen herangezogen werden. Auch biografische Arbeit, ferner Sozialanamnese spielen bei allen Betroffenen für das diagnostische Verfahren eine Rolle und wirken auf die Diagnosestellung ein. Diverse multiple, kognitive Defizite entwickeln sich als Symptome und erkennbare Merkmale bei einer Demenz. Die merkbaren Folgen sind Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörung, Verhaltensstörung und Persönlichkeitsstörung. Dabei sind unterschiedliche Krankheitsursachen zu unterscheiden, die als möglicher Grund in Erwägung gezogen werden, wenn gleich die Symptome ähnlich sind (Steidl & Nigg, 2014, S. 104ff).

Amnesie, Agnosie, Aphasie, Apraxie und Abstraktionsstörungen sind wesentliche Merkmale bei fortschreitendem Krankheitsverlauf. Es scheint, als ob sich die Entwicklung eines Menschen in die Gegenrichtung bewegt und wieder rückläufig wird, ferner alle Fähigkeiten und erlernten Fertigkeiten wieder verloren gehen (Bley et al., 2020, S. 634).

Somit gilt es auf dieses Erscheinungsbild Lösungsansätze zu finden, um diesen Menschen zu begegnen, ferner sie in ihrer Weiterentwicklung zu fördern und im respektvollen Umgang zu begleiten. Die Haltung in der Psychomotorik, ferner das holistische Menschenbild gibt darauf Antworten und lässt die Annahme zu, hinter die Erkrankungsform zu blicken und den Menschen in seiner Einzigartigkeit zu begegnen (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 20).

In den unterschiedlichen Stadien von Demenz gilt es adäquat auf die Bedürfnisse der Betroffenen zu reagieren und Kommunikationsformen anzupassen, da sie die reflektierte Haltung rund um das Thema widerspiegeln (Büker & Schumacher, 2024, S. 124). Betroffene auch in präventive Maßnahmen miteinzubeziehen, eröffnet eine Möglichkeit wo Teilhabe aktiv stattfinden kann (Brandenburg et al., 2015, S. 274).

Allerdings können therapeutische Maßnahmen nur die Symptomatik lindern, ferner werden Krankheitsverläufe auch durch medikamentöse therapeutische Maßnahmen verzögert. Heilungschancen gibt es derzeit noch keine, wenn gleich neue Forschungsansätze immer wieder diskutiert werden (Steidl & Nigg, 2014, S. 120f).

Das Krankheitsbild selbst ist sehr unterschiedlich und in diversen Stadien kommen Betroffene mit unterschiedlichen interdisziplinären Berufsgruppen in Berührung. Dabei lässt sich festhalten, dass zu Beginn der Erkrankung vorwiegend leichtere Einschränkungen vorherrschend sind und bei fortgeschrittener Erkrankung es vermehrt Professionisten sind, die durch ihr Fachwissen Betroffene und ihre Angehörigen unterstützen können. Dabei braucht es interdisziplinäre Zusammenarbeit, Austausch und multiprofessionelle Settings, um bestmöglich beistehen und helfen zu können (Büker & Schumacher, 2024, S. 120ff).

In der Pflege von Menschen, die an Demenz leiden, gilt Erwin Böhm, als Begründer des psychobiografischen Pflegemodells, als Pflegewissenschaftler, der einen individuellen, reaktivierenden, bewohnerbezogenen Ansatz bietet, um Verhaltensweisen von desorientierten Menschen zu erklären. Dabei wird neben der körperlichen Pflege vor allem auch der Frage nach dem Wohlbefinden nachgegangen und durch aktive Biographiearbeit auf die Betroffenen eingegangen (Charlier et al., 2007, S. 130ff).

Die ergotherapeutische Betrachtungsweise forciert, je nach Schweregrad der Erkrankung, vor allem den körperlichen Einschränkungen entgegenzuwirken, ferner Handlungskompetenzen und Fertigkeiten so lange als möglich zu erhalten. Dabei wird im Besonderen auf die Sensorik und bei hochgradiger Demenz auf die basale Stimulation eingegangen (Schaade, 2023, S. 95ff). Dabei werden Grundbedürfnisse und Lebensumstände immer wieder neu reflektiert und Handlungsweisen der basalen Stimulation an das Individuum angepasst (Mohr et al., 2019, S. 26ff). Die Zusammenhänge von Sensorik und Motorik bekommen im demenziellen Bereich ein besonderes Augenmerk, da sie aufeinander wirken und es durch gesetzte Reize zu gezielter Förderung kommen kann (Pöhlmann et al., 2011, S. 62).

Weiters gilt es allgemeine Kommunikationsrichtlinien im Umgang mit Demenz zu beachten. Naomi Feil begründete die Validationsmethode, diese gilt als ein renommiertes Konzept, welches Erleichterung in der Verständigung mit Betroffenen bringen kann (Charlier et al., 2007, S. 157ff). Integrative Validation, nach Nicole Richard, erweitert dieses Konzept, indem es den Menschen als Individuum noch mehr in den Vordergrund rückt und nicht das Krankheitsbild selbst, sondern den Menschen mit all seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Kommunikationsmethode stellt (Weigel & Richard, 2018, S. 248ff)

Interdisziplinäre Berufsgruppen und Pflegemodelle setzen sich mit der Dialoggruppe und dem speziellen Erkrankungsbild auseinander und stehen in Wechselwirkung zueinander. Gemeinsam haben sie das Individuum im Fokus und wollen eine Erleichterung des Allgemeinzustandes, ferner die Förderung des Einzelnen unter anderem durch Beziehungsarbeit erzielen. Erwiesenermaßen können psychoedukative Maßnahmen den Alterungsprozess und den Krankheitsverlauf deutlich hinauszögern (Steidl & Nigg, 2014, S. 51).

Auch von wissenschaftlicher Seite ist erwiesen, dass sich psychosoziale Faktoren, ferner das Erlebbare in Wechselwirkung und Zusammenspiel positiv auf das Verhalten von alternenden Menschen auswirken (Steidl & Nigg, 2014, S. 26). Auch hormonelle Ausschüttungen wie Dopamin oder Oxytocin tragen zur Gehirnentwicklung und zum allgemeinen Wohlbefinden bei, weshalb eine Arbeit auf Beziehungsebene nur selbstverständlich als wirkungsvoll erscheint (Stumm & Keil, 2018, S. 57ff).

Dabei kommt dem Beziehungsaufbau, im Unterschied zu Bindungsaufbau ein großer Stellenwert zu, da im demenziellen Bereich nicht auf Erinnerung gebaut werden kann, sondern der Augenblick, ferner der Moment der Begegnung zählt und wichtig erscheint (Schäfter, 2010, S. 23f). Der Zusammenhang zwischen Beziehungsgeflechten und therapeutischen Maßnahmen wurde unter anderem von Carl Rogers erläutert und findet bis heute in psychotherapeutischen Settings Beachtung (Stumm & Keil, 2018, S. 57ff).

In der Auseinandersetzung mit der Masterthesis wurde der Frage nachgegangen, welchen Beitrag ein psychomotorisches Angebot in einem interdisziplinären Setting, bei Menschen mit Demenz, leisten kann. Dabei wurden auf die gezielte Förderung der Selbsttätigkeit und Selbstwirksamkeit, die in jeder psychomotorischen Auseinandersetzung stattfinden, hingewiesen, ferner das Erleben des Selbstkonzepts herausgestrichen (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 99).

Bei abfallender Gedächtnisleistung, die durch das Krankheitsbild ausgelöst wird, können eröffnete Erfahrungsräume in motogeragogischen Einheiten Menschen in ihrem selbstständigen Tun unterstützen und somit ihr Selbstwertgefühl steigern. Über das Medium Bewegung werden die Menschen in ihrer Einzigartigkeit und ihrem individuellen Krankheitsbild achtsam angeleitet ins Tun zu kommen, ferner durch die Aufnahme von Reizen individuell in bewegte Bewegung gebracht (Eisenburger & Zak, 2008, S. 120ff). Des Weiteren eröffnen psychomotorische Einheiten im demenziellen Bereich Erfahrungsräume, die ein breites Spektrum an sensomotorischer Wahrnehmungsförderung zulassen. Durch die Wechselwirkung von Sensorik und Motorik wird die Sinnestätigkeit aktiviert und stimuliert. Somit greifen Sensorik und Motorik ineinander und beeinflussen sich gegenseitig (Pöhlmann et al., 2011, S. 59ff).

Psychomotorische Begleitung wirkt sich in motogeragogischen Settings, wie sie Marianne Eisenburger begründet hat, auf die Ganzheitlichkeit aus und kann so Einfluss auf Wohlbefinden und Stärkung des Selbstbildes nehmen. Dies steigern den Selbstwert und die eigene Identität (Haberstroh et al., 2016, S. 82).

Kommunikationsrichtlinien und Haltung werden in psychomotorischer Arbeit berücksichtigt und wirken auf das Individuum. Bei Menschen, die an den Folgen von Demenz leiden, gilt es oftmals sich in nonverbaler Kommunikation voranzutasten, Gefühle zu verstehen und in Beziehungsarbeit Kommunikation zu ermöglichen (Haberstroh et al., 2016, S. 34ff). Begegnungen werden wahrgenommen, aufgegriffen und durch aktive Kontaktabahnung können Beziehungsmomente geschaffen werden. Mitunter ist es durch Spiegelneuronen möglich ins Tun zu kommen. Dies nutzt die Psychomotoriker: in in ihrem Anwendungsbereich und fördert dadurch Kommunikation und eigenständige Handlungsweisen (Halblützel, 2016, S. 13).

Des Weiteren werden Spielsituationen in psychomotorischen Einheiten eingebaut, weil sie als ganzheitliche Fördermaßnahme gelten, ferner Freude am Tun auslösen (Baer, 2020, S. 467f). Auch Musik erfährt in psychomotorischen Einheiten mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, Anwendung und wirkt sich positiv auf die Betroffenen aus (Eisenburger et al., 2008, S. 21).

Beziehungsgestaltung gilt als Herzstück jeder psychomotorischen Arbeit mit Menschen mit Demenz. Ihre Gefühlswelt anerkennend wertzuschätzen und den Menschen hinter seiner Erkrankung zu betrachten, ermöglicht den Aufbau von respektvoller Beziehung zueinander und lassen die Erkrankung für die Betroffenen für Momente in den Hintergrund treten. Da das Vergessen im Vordergrund und das Erinnern im Hintergrund steht, gilt es sich immer wieder aufs Neue zu nähern und aktive Beziehungsarbeit zu leisten. Die dadurch entstehende soziale Interaktion ist für das Wohlbefinden unumgänglich (Schäfter, 2010, S. 23f). Auf die ORBIT Studie wird in der Masterarbeit näher eingegangen, ferner auch auf die präventive Förderung durch Bewegung hingewiesen. In psychomotorischen Settings gilt es immer einerseits in aktive Bewegung und andererseits in Bewegtheit zu kommen. Unumstritten belegen evidenzbasierende Studien die positive Wirkung von Bewegung auf den Organismus. Die Datenlage weist auf den Erhalt und die Verbesserung von körperlicher Funktionsfähigkeit insbesondere in der Alltagsroutine hin und zeigt eindeutig die Verbesserung des Allgemeinzustands durch Bewegung auf (Kruse et al., 2019, S. 247).

Auch die positive Auswirkung der Gehirnleistung durch die Sauerstoffaufnahme durch Bewegung wird aufgezeigt und der Zusammenhang zur ganzheitlichen Förderung des erkrankten Menschen in der Masterthesis belegt. Hormonelle Ausschüttungen steigern das gesamte Wohlbefinden, ferner werden auch andere Risikofaktoren durch Partizipation und körperliche Aktivität eingeschränkt und somit eine signifikant positive Wirkung für den Einzelnen erzielt (Pfitzer – Bilsing, o.J.).²

Speziell im demenziellen Bereich kommt der motogeragogischen Arbeit durch eine Psychomotoriker: in eine essentielle Aufgabe zu, da die Einheiten so aufgebaut sind, dass sie neue Erfahrungsräume eröffnen, indem sich Betroffene eigenständig, selbsttätig und zugehörig erleben. Manifestierte Deprivationen, wie sie das Krankheitsbild bei Demenzen beschreiben, können den Handlungsspielraum wenig beeinflussen, da durch die lösungsoffenen Anleitungen, das Eröffnen von neuen Erfahrungsräumen, ferner die Freude im Tun durch Bewegung und Bewegtheit im Vordergrund stehen. Das hebt den Selbstwert, steigert die Zufriedenheit und lässt ein allgemeines Wohlbefinden erkennen (Eisenburger et al., 2008, S. 120ff).

Somit lässt sich als Schlussfolgerung festhalten, dass psychomotorische Arbeit in Form einer Motogeragogikeinheit, speziell für Menschen mit Demenz, einen fördernden Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung der Selbstkompetenz darstellen. Unterschiedliche Wirkungsweisen von Sensomotorik, Motorik, Kommunikation und Musik wirken sich in psychomotorischen Einheiten auf den Menschen aus, fördern in ganzheitlicher Hinsicht, ferner verbessern sie das allgemeine Wohlbefinden durch Partizipation. Die evidenzbasierende Datenlage zu dieser Annahme ist sehr gering, allerdings stützt sich diese These auf die Tatsache, dass sich Bewegung im Allgemeinen positiv auf das Individuum auswirkt (Eidenschink, 2017). Erfahrungsberichten zu Folge erleben Psychomotoriker: innen bei jeder ihrer Stunden wie sehr motogeragogisches Arbeiten auf die Teilnehmer: innen wirkt und können deutliche Verbesserungen im Bereich der Handlungskompetenzen, sozialen und emotionalen Äußerungen und Kommunikation erkennen (Eisenburger et al., 2008, S. 120ff). Durch den Praxisbezug wurden Anwendungsmöglichkeiten in Form von Stundenbildern aufgezeigt und durch die Masterarbeit näher erläutert.

Dem zu Folge gibt es physisch erklärbare Zusammenhänge, die belegen, dass das Konzept der ganzheitlichen Förderung wirkt. Demnach lassen sich psychomotorische Angebote

² Pfitzer – Bilsing, Bewegung als Schutz vor Alzheimer und Demenz, *Alzheimer Forschung Initiative e.V.*, <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/vorbeugen/bewegung/> (abgerufen am 16. Oktober 2024).

auch nie alleine belegen, da Menschen, die an Demenz erkrankt sind, sich meist in einem interdisziplinären Setting befinden. Dadurch ist die Datenlage meist nicht gesondert, sondern in einem multiprofessionellen Angebot zu sehen. Oftmals leben diese Menschen in Pflegeeinrichtungen, die speziell für Menschen mit Demenz ausgerichtet sind und somit in den Ansätzen von Grund auf gefördert werden. Sämtliche Therapiemaßnahmen wirken auf die Individualitätsförderung, wie sie in Pflegekonzepten im Speziellen in der Masterthesis beschrieben sind.

Weitere evidenzbasierende Forschungsmodalitäten wären wünschenswert, da der zu erwartende demografische Wandel von Alterung in der Bevölkerung insgesamt zunimmt, ferner womöglich dadurch auch das Krankheitsbild vermehrt auftreten wird (Pointecker, 2022, S. 10f).

Somit lässt sich abschließend festhalten, dass Psychomotorik einen Beitrag in der Arbeit mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, leisten kann und die Zusammenhänge der ganzheitlichen Förderung durch Beziehungsaufbau, soziale und emotionale Teilhabe und körperliche Aktivierung gelingende Bestandteile im Umgang mit dieser Dialoggruppe sind. Interdisziplinäre Zusammenarbeit tragen zum Wohlbefinden der Betroffenen bei und bieten somit eine wichtige Grundlage für Menschen, die durch Demenzformen eingeschränkt in ihrer Handlungsfähigkeit agieren.

8 Zusammenfassung – Fazit

Die Masterarbeit beschäftigt sich mit der Überlegung, welchen Beitrag ein psychomotorisches Angebot in einem interdisziplinären Setting, bei Menschen mit Demenz leisten kann. Dabei werden zu Beginn die Gehirnfunktionen erläutert, das Krankheitsbild vorerst beschrieben und näher analysiert. Es ist festzuhalten, dass es sich bei einer demenziellen Erkrankung um eine degenerative Gehirnerkrankung handelt, wo speziell die Gedächtnisleistung und die Alltagsroutine betroffen sind, ferner der verlierende Verstand in den Vordergrund rückt (Charlier et al., 2007, S. 150).

Die Erkrankung selbst ist zu einem hohen Prozentsatz an Häufigkeit dem Typus Morbus Alzheimer zuzuschreiben, wo Symptome je nach Schweregrad variieren, jedoch allumfassend sind. Sie betreffen sämtliche Hirnareale und lösen dadurch den langsamen Zerfall des Verstandes aus, welcher durch Aphasie, Apraxie, Amnesie, Agnosie ferner psychosoziale Störungen sichtbar werden und durch bildgebende Verfahren diagnostiziert werden kann (Steidl & Nigg, 2014, S. 104ff). Eine Form der Heilung gibt es derzeit nicht, wenngleich medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten den Zustand der Entrückung ein Stück weit hinauszögern können (Böhmer, 2009, S. 42; Hafner & Meier, 2005, S. 68ff).

Als präventive Maßnahmen und um den Istzustand zu erhalten wird in der Masterthesis Bewegung, als ganzheitliches Förderkonzept angegeben, da es den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit anspricht (Kruse et al., 2019, S. 247). Die Erkrankung selbst ist unvorhersehbar und erfolgt schleichend. Viele Professionisten haben bei der Begleitung von Menschen mit Demenz die Personenzentriertheit im Fokus und begegnen mit respektvoller Haltung, die sich im Umgang spiegelt. Unterschiedliche Ansätze in der Herangehensweise unterscheiden die Arbeitsfelder im Tätigkeitsfeld. Das psychobiografische Pflegemodell beschäftigt sich beispielsweise mit Biographiearbeit, die wiederum im Umgang Anwendung findet. Milieuthérapie versucht durch Gestaltung der Umgebung Erleichterung für die Betroffenen zu erzielen. Validationsmethoden und integrative Validation sind Kommunikationsmodelle, die auf dieser Ebene Menschen mit Demenz Verständnis entgegenbringen sollen (Charlier et al., 2007, S. 158ff).

Bei integrativer Validation nach Nicole Richard, spielen anders als bei Naomi Feil, die Begründerin der Validationsmethode, die Verwirrtheitsstadien weniger Rolle. Es gilt den Istzustand des Menschen zu erfassen, ferner ein tiefes Verständnis den Emotionen der Betroffenen entgegenzubringen (Weigel & Richard, 2018, S. 248ff). Des Weiteren wird die Rolle der Psychomotorik in der Masterthesis beschrieben und der Forschungsfrage nachgegangen, welchen Beitrag ein psychomotorisches Angebot bei Menschen mit Demenz leistet.

Die Psychomotorik geht von einem holistischen Menschenbild aus, welche die Ganzheitlichkeit einer Person ganz ins Zentrum der Aufmerksamkeit lenkt. Die Haltung im Tätigkeitsfeld Psychomotorik ist wertschätzend im Umgang und respektvoll, empathisch in der Begegnung. Durch das Miteinbeziehen von Basisdimensionen wie Raum, Zeit und Beziehung eröffnet die Psychomotoriker: in neue Erfahrungs- und Entwicklungsräume in ihrem Tun und trägt dabei einen Beitrag zur ganzheitlichen Förderung des Individuums bei (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 71).

Das Herzstück von psychomotorischer Arbeit im demenziellen Bereich ist die Beziehungsarbeit, die sich nachweislich auf den Menschen positiv auswirkt. In Beziehungsgestaltung werden hormonelle Einflüsse, wie die Ausschüttung von Dopamin oder Oxytocin, nachgewiesen, die sich wiederum positiv auf die Gehirnentwicklung und den Allgemeinzustand des Menschen auswirken (Stumm & Keil, 2018, S. 57ff).

Musik und Rhythmus, im Sinne auch von rituellen Handlungsabläufen, finden in psychomotorischen Angeboten ebenso Anwendung und wirken ganzheitlich. Adäquate musikalische Aufbereitung wirkt erwiesenermaßen positiv auf Menschen, die unter Demenz leiden, da sich dadurch auch das Verhalten ablenken und in positiver Weise verändern lässt. Ein beruhigender Klang, ein vertrautes Kinderlied oder eine selbsthergestellte Geräuschquelle, beeinflussen das Gehirn im Frontalkortex und bewirken eine Veränderung des Verhaltens (Kressig, 2023, S. 144ff). Musik in Kombination mit Bewegung erzielen eine ganzheitliche Wirksamkeit, weshalb sich musikalische Angebote in psychomotorischen Einheiten als fixer Bestandteil integrieren lassen (James, 2024). Außerdem wird in der Masterthesis auf die veränderbare Wirkung von Emotionen durch Musik hingewiesen, da sich Stimmungslagen durch musikalischen Einsatz abwandeln lassen, ferner ins Positive umgeschwenkt werden können (Kersten, 2019, S. 69ff).

Dr. Marianne Eisenburger, Begründerin der Motogeragogik, passte die Entwicklungsthemen der Motopädagogik für den Bereich Alter an und gibt durch ihr Konzept Möglichkeiten zur Umsetzung von psychomotorischer Arbeit speziell auch im demenziellen Bereich (Pöhlmann et al., 2011, S. 194). Menschen mit einem demenziellen Erkrankungsbild erleben sich in Motogeragogikeinheiten selbsttätig und erleben in körperlicher Wahrnehmung ihr eigenes Sein als selbst kompetent und selbstwirksam. Neue Erfahrungsräumen werden in Beziehungsarbeit eröffnet und angeboten und dienen der Förderung der Handlungsfähigkeiten in sozialem, emotionalem und kognitivem Kontext (Haberstroh et al., 2016, S. 82).

Die Forschungsfrage kann insofern beantwortet werden, dass psychomotorische Beiträge in Form von Motogeragogikeinheiten ihre Anwendung bei Betroffenen finden und Menschen mit Demenz in Eigenaktivität bringt und dadurch ihre Handlungsfähigkeit fördert und

positiv beeinflusst. Studien belegen die Wichtigkeit von körperlicher Aktivierung, den signifikant hohen Anteil an Beziehungsarbeit, wie sie in psychomotorischer Arbeit vorkommt, auf Menschen, die unter Demenz leiden, wirken und positiv Einfluss nehmen kann. Forschungsergebnisse werden in der Masterthesis herangezogen, allerdings können sie nicht gesondert betrachtet werden. Menschen mit einer demenziellen Erkrankung bekommen meist ein allumfassendes Angebot an Hilfestellungen, Therapien und Förderungen. Somit gibt es konkret kaum evidenzbasierende Daten, die sich speziell und gesondert mit dem psychomotorischen Bereich auseinandersetzen. Dazu wäre mehr an Forschungsarbeit notwendig und sinnvoll.

Allerdings ist festzuhalten, dass psychomotorische Beiträge, in Form von Motogeragogikeinheiten, Handlungsspielräume, ferner Handlungsfähigkeiten verbessern, da sie auf den Einzelnen ganzheitlich wirken. Durch die Haltung der Psychomotoriker: in, die Beziehungsarbeit und die ganzheitliche Förderung leistet die psychomotorische Herangehensweise einen fördernden Beitrag in der interdisziplinären Arbeit, bei Menschen, die durch demenzielle Symptome beeinträchtigt sind.

Literaturverzeichnis

- Baer, U. (2020). Spiel. In P. Bollweg, J. Buchna, T. Coelen & H. Otto (Hrsg.), *Handbuch Ganztagsbildung* (2. Aufl., S. 467-478). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23230-6_35
- Bauer-Söllner, B. (2018). *Alltagsaktivitäten für Menschen mit Demenz durch Kinästhetik unterstützen*. Abgerufen am 14.09.2024 von <https://www.alzheimer-bw.de/wp-content/uploads/2018/10/171018-Kinaesthetics-Frohs.pdf>.
- Bley, D., Claus-Henning, Centrgraf, M., Cieslik, A., Hack, J., Hohloch, D., L., Holzheimer, C., Horn, H., Kircher, C., Kleiner, P., Schneider, A. & Schulte, A. (2020). *I care Anatomie, Physiologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Bruder, J. (1999). Milieutherapie Demenzkranker. In G. Naegele & R.-M. Schütz (Hrsg.), *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen: Gedenkschrift für Margaret Dieck* (S. 388–398). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-88923-2_27
- Brandenburg, H. & Güther H. (Hrsg.). (2015). *Lehrbuch der gerontologischen Pflege*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Büker, H.-J., & Schumacher, M. (2024). *Kommunikation und Interaktion in der Pflege* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Böhmer, F. (2009). *Altern ohne Kompromisse*. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Charlier, S., Baier, G., Kriesten, U., Mettrop, S. & Meyer, N. (2007). *Soziale Gerontologie: Altenpflege professionell* (1. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Clauss, K., Köhrmann, M. & Kollmar R. (2017). Kinästhetik – Bewegungsförderung. In C. Fiedler, M. Köhrmann & R. Koller, (Hrsg.), *In Pflegewissen Stroke Unit* (S. 171-178). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53625-4_14
- Deister, A. (2003). Milieutherapie. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 798–805). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-27386-7_35
- Eckhardt, J. (2020). *Gespräche bei Demenz und Alzheimer*. Berlin: Duden.
- Ebenbichler, G. (2011). *Sensomotorik im Alter. Manuelle Medizin*, 49(6), 414 – 417. <https://doi.org/10.1007/s00337-011-0885-0>
- Eidenschink, S. (2017). Demenzielle Erkrankungen: Sport und Bewegung in Prävention und Therapie. *Thieme Zeitschrift*, 66(02), 77-127. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103264>

- Eisenburger, M., Gstöttner E. & Zak T. (2008). *In Bewegungsrunden aktivieren: Ideen und Anregungen aus der Psychomotorik* (1. Aufl.). Hannover: Vincentz Network Verlag.
- Eisenburger, M. & Zak, T. (2013). *Bewegte Begegnungsstunden* (1. Aufl.). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Feil, N. & Klerk-Rubin, V. (2020). *Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen* (8. Aufl., Bd. 17). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Felsberger, A. (2021). Neue Erkenntnisse aus der Forschung zu Alzheimer und Demenz. MedMix. Abgerufen am 22.04.2024 von <https://medmix.at/neues-alzheimer-forschung/>
- Flemming, D. (2018). *Praktische Validation erfolgreich anwenden, Ein Ratgeber bei der Pflege von Menschen mit Demenz*. St. Ingbert: Conte Verlag.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2015). *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Göhle, U. H. & Gluth, M. (2021). Musik in der Psychomotorik & Motologie. *Motorik*, 10 (3), 10-15. <http://dx.doi.org/10.2378/mot2022.art03d>
- Haberstroh, J., Neumeyer, K. & Pantel, J. (2016). *Kommunikation bei Demenz – Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Halblützel, C. (2016). Doping ohne Pillen: So einfach wie Lachen. In J. Hurtig (Hrsg.), *Praxis Pflegen*, 27, 12-15. Abgerufen am 28.08.2024 von <https://www.praxis-pflegen.de/>
- Hafner, M. & Meier, A. (2005). *Geriatrische Krankheitslehre*. Bern: Hans Huber Verlag.
- James, C. (2024). „Mit Musik und Bewegung gegen Demenz.“ *Alzheimer Schweiz Webmagazin*. Abgerufen am 02.09.2024 von <https://www.alzheimer-schweiz.ch>
- Kersten, A. (2019). *Musikintervention und Demenz – Darstellung der Ergebnisse* (1. Aufl.). Schwäbisch, Gmünd: Springer.
- Kohler, M., Mullis, J., Burgstaller, M., Schwarz, J. & Saxer, S. (2018). Auswirkungen von Basaler Berührung auf das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei Menschen mit Demenz: Eine Mixed Methods Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 4(2018), 13–26.
- Kressig, R. W. (2023). *Musik und Bewegung als therapeutische Ressourcen bei Demenz* (1. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kruse, A., Becker, G., Remmers, H., Schmitt, E. & Wetzel, A. (2019). *Selbstgestaltungs-*

und Präventionspotenziale hochaltriger Menschen in der stationären Langzeitversorgung. *European Journal of Public Health*, 62(3), 247-254. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02916-y>

Lauber, A. & Schmalstieg, P. (2018a). *Verstehen und Pflegen. Band 04. Prävention und Rehabilitation* (4. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Lauber, A. & Schmalstieg, P. (2018b). *Wahrnehmen und Beobachten* (4. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Leutgeb, E. (2020). *Mit Bewegung und Geselligkeit Demenz vorbeugen* (1. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Mohr, L., Zündel, M. & Fröhlich, A. (2019). *Basale Stimulation®—Handbuch—2019—Das Handbuch* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.

Pfitzer-Bilisng, A. (o.J.). *Bewegung als Schutz vor Alzheimer und Demenz – Alzheimer Forschung Initiative e.V.* Abgerufen am 16.10.2024 von <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/vorbeugen/bewegung/>

Pointecker, M. (2022). *SOZIALBERICHT Sozialpolitische Entwicklung und Maßnahmen 2015-2016; Sozialpolitische Analysen*. Abgerufen am 12.10.2023 von <https://www.statistik.at/fileadmin/pages/338/Sozialbericht2015-2016.pdf>

Pöhlmann, R., Ludwig, G. & Pahl, A.-K. (2011). *Sensomotorik Psychomotorik Soziomotorik für heilpädagogisch-medizinische Berufe* (1. Aufl.). Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.

Pinter-Teiss, V., Steiner-Schätz, M., Lukesch, B., Schätz, T. & Theiss, C. (2014). *Ich tue Ich kann Ich bin Psychomotorische Entwicklungsbegleitung in Theorie und Praxis* (1. Aufl.). Graz: edition vaLeo.

Schaade, G. (2023). Therapie bei beginnender Demenz. In G. Schaade & D. Danke (Hrsg.), *Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und Korsakow-Syndrom* (S. 93–110). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66731-6_7

Schäfter, C. (2010). Beziehung und Beziehungsgestaltung. In C. Schäfter (Hrsg.), *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit: Eine theoretische und empirische Annäherung* (S. 23-24). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91928-7_3

Schieron, M., Büker, C. & Zegelin, A. (2021). *Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.

Schlesinger, G. (2023). Groove ist Psychomotorik: Wenn Rhythmik und Psychomotorik sich begegnen. *Impulse für die psychomotorische Erwachsenenarbeit. Praxis der Psychomotorik*, 48(1), 41-46.

- Schröder, D. (2021). Bewegung bei Demenz. *Pflegezeitschrift*, 74(2), 53-56.
<https://doi.org/10.1007/s41906-021-1097-4>
- Steidl, S. & Nigg, B. (2014). *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: Ein Lehrbuch für Gesundheits- und Pflegeberufe* (4., akt.überarbeitete). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2018). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl. 2018 edition). Wien: Springer.
- Wehner, L., Brinek, T. & Herdlitzka, M. (2016). *Kreatives Konfliktmanagement im Gesundheits- und Krankenpflegebereich – Gesunde ZwischenMenschlichkeit* (1. Aufl.). Wien, New York: Springer.
- Weigel, U. & Richard, M. (2018). Die Integrative Validation nach Richard. *GGP - Fachzeitschrift für Geriatrische und Gerontologische Pflege*, 02(6), 248-251.
<https://doi.org/10.1055/a-0675-2444>
- Zak, T. (2011). Die Kunst des Bewegens I — Motogeragogik. In L. Wehner & B. Huto (Hrsg.), *Methoden- und Praxisbuch der Sensorischen Aktivierung* (S. 128–137). Wien: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0501-6_9
- Zichy, M. (2024). Einleitung. In M. Zichy (Hrsg.), *Handbuch Menschenbilder* (S. 2-7). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32128-4-1>
- Zimmer, R. (1993). Die Bedeutung der Bewegungsumwelt für die motorische Entwicklung von Kindern. In *Handbuch der Elementarerziehung. Pädagogische Hilfen zur Arbeit in Tageseinrichtungen für Kinder* (S. 222-228). Seelze: Kallmeyer.
- Zimmer, R. (1999). *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern* (4. Aufl.). Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz nach Kitwood, 2000 (Chalier et al., 2007, S. 158).	13
Abb. 2: Johari-Fenster zur Selbst- und Fremdwahrnehmung (Chalier et al., 2007, S. 79).	18
Abb. 3: Psychomotorische Praxis (Pinter-Theiss et al., 2014, S. 123).....	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erfahrungsraum Material.....	41
Tabelle 2: Erfahrungsraum Körper	43
Tabelle 3: Erfahrungsraum Soziales.....	45

Abstract

Die Masterthesis beschäftigt sich mit der Frage, welchen Beitrag ein psychomotorisches Angebot bei Menschen mit Demenz, in einem interdisziplinären Setting leisten kann. Dabei wird vorerst auf das Krankheitsbild näher eingegangen, die Gehirnentwicklung und die Symptome von Demenz näher erläutert. Weiters werden interdisziplinäre Auseinandersetzung mit Menschen, die in unterschiedlichen Stadien an Demenz erkrankt sind, analysiert und differenzierte Handlungsleitlinien aufgezeigt. Die Fördermöglichkeiten von psychomotorischen Beiträgen werden dargestellt, auf die Grundsätze der Handlungsleitlinien hingewiesen und durch einen Praxisbezug ganz konkret für die Umsetzung und Anwendungsmöglichkeiten bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind, eingegangen.

The master's thesis deals with the question of what contribution a psychomotor program can make for people with dementia in an interdisciplinary setting. The thesis first provides an overview of the disease, explaining brain development and the clinical picture in more detail. Furthermore, it analyzes the interdisciplinary approach to working with people in different stages of dementia and presents differentiated guidelines for action. The potential benefits of psychomotor interventions are outlined, the principles of the action guidelines are highlighted, and practical applications for people with dementia are discussed, providing concrete examples of how to implement and apply these interventions.

