

SNOEZELLEN

Untersuchungen zu Wirkungsweisen
innerhalb der Rehabilitationspädagogik

Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte zur Objektivierung der Wirksamkeit diagnostischer und therapeutischer Verfahren und deren Anwendung in der Förderung und Therapie wird am Institut für Rehabilitationswissenschaften im Bereich der Körperbehindertenpädagogik das Snoezelen untersucht. Dazu steht im Institut ein Snoezelenraum zur Verfügung, der jeweils so umgestaltet werden kann, dass er für unterschiedliche Adressaten das ideale Ambiente für solche Interventionsangebote bietet.

Die erste Theorie zum Snoezelen wurde 1966 publiziert. Die amerikanischen Psychologen Cleland und Clark berichten darüber, dass mit ausgewählten Sinnesangeboten bei entwicklungsverzögerten, hyperaktiven, geistig behinderten und autistischen Personen eine Förderung der Entwicklung, der Kommunikationsfähigkeit und des Verhaltens möglich war. In einer so genannten *Sensory Cafeteria*, einem speziell gestalteten Raum mit Anregungen zum Sehen, Hören, Riechen und Fühlen und zur Stimulation der Kinästhesie, konnten sensorische Prozesse angeregt und sogar gesteuert werden (Cleland et al. 1966). Diese Gedanken griffen Hulsegge und Verheul auf und setzten Mitte der 70er Jahre in den Niederlanden das Snoezelen als so genannte spontane Aktivität bei schwerst mehrfach behinderten Menschen ein (Hulsegge et al. 1986, 2001). Etwa 10 Jahre später hat sich Snoezelen auch in Großbritannien, Schweden, Kanada und Deutschland etabliert; heute gibt es Snoezelen noch in weiteren neun Ländern. Im Oktober 2002 fand das 1. Internationale Snoezelen-Symposium an der Humboldt-Universität statt, auf dem auch die *International Snoezelen Association* (ISNA) gegründet wurde, die jährlich internationale Symposien veranstaltet.

Tab. 1
Zwei Beispiele aus der
Unterrichtskonzeption
(Kreutzjans 2004)

Unterrichtseinheit Nr. 6

Thema

Visuelle Wahrnehmungsförderung, Entwicklung von Kreativität und Fantasie zum Thema Meer.

Ziele

Steigerung der visuellen Wahrnehmung, der Aufmerksamkeitsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Kreativität und Fantasie, Wecken von Erinnerungen.

Reflexion

Das Gespräch mit allen elf Kindern war schwierig. Die Kleingruppenarbeit wird bevorzugt. Die Kinder zeigten sich von der besonderen Gestaltung des Raumes beeindruckt, die Diashow war für viele ein neues Erlebnis.

Unterrichtseinheit Nr. 7

Thema

Visuelle und taktile Wahrnehmungsförderung zum Thema Meer.

Ziele

Steigerung der visuellen und taktilen Wahrnehmung, der Aufmerksamkeitsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Wecken von Erinnerungen, Entwicklung von Körperbewusstsein.

Reflexion

Nach besonderer Anweisung war die Entspannung auf dem Wasserbett sehr gut möglich, die Kinder sind fast eingeschlafen. Dass die andere Gruppe malte, war sinnvoll. Die Kinder konnten ihre Eindrücke festhalten und arbeiteten ausdauernd.



Abb. 1
Als »weißer Raum« ausgestatteter Snoezelenraum

beschränkt. Snoezelen findet gleichermaßen bei älteren Personen, psychisch kranken Menschen und Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter Akzeptanz. Aufgrund der durchweg positiven Ergebnisse zeichnet sich in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse für diese Interventionsform ab. In Seniorenzentren, Rehabilitations- und Wohnrichtungen für chronisch Kranke oder für altersdemente Menschen ist Snoezelen fester Bestandteil des Versorgungs- und Therapiesystems (Verheul 2004). Der für das Snoezelen typische sogenannte »Weiße Raum« ist in Abb. 1 gezeigt.

Um die positiven Wirkungen des Snoezelens wissenschaftlich zu begründen, sind Effizienzanalysen erforderlich. Der Pädagoge, der in der Förderung von Entwicklungsrückständigen und auffälligen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt ist, sammelt dazu Daten, analysiert und gewinnt wichtige Aussagen über den Status einer Person. So kann er durch teilnehmende oder nicht teilnehmende Beobachtung feststellen, unter welchen Umständen ein verändertes Verhalten auftritt und ob dieses von den Vorerfahrungen der Probanden, dem besonderen Zeitpunkt, der Nähe zum Betreuer oder – wie beim Snoezelen – von dem speziell vorbereiteten Raum beeinflusst wird. Mit entsprechender Fachkompetenz kann herausgefunden werden, welche Snoezelen-Angebote bei der entsprechenden Behinderung oder Störung angemessen sind. Eine erfolgreiche Arbeit ist nur in einem Netzwerk gewährleistet, in welchem der Snoezelen-Experte, der Einzelfallhelfer oder andere zusätzliche Betreuer des Kindes oder Erwachsenen und der Proband zusammenarbeiten. In »Snoezelen – eine Einführung in die Praxis« (Mertens 2004) sind Instrumentarien zu Beobachtung aufgeführt, die in der Zwischenzeit weiter spezifiziert und ergänzt worden sind (Mertens 2005).



Design einer Studie

Einige dieser Instrumentarien sollen am Beispiel eines Unterrichtsversuchs erläutert werden, der mit einer sonderpädagogischen Förderklasse im ersten Schuljahr durchgeführt wurde. Die Klasse bestand aus elf Kindern im Alter von sechs und sieben Jahren, die Sprachprobleme, Entwicklungsverzögerungen im Bereich der Konzentrationsleistung, der Wahrnehmung, der Kognition und der Feinmotorik aufwiesen, ein Teil der Kinder tendierte zu ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom). Der Versuch umfasste 14 Unterrichtseinheiten zum Snoezelen, die für den Zeitraum von sieben Wochen geplant wurden. Jede Einheit begann mit einer Einführungs-

Snoezelen

Snoezelen (sprich »snuzelen«) ist eine reine Wortschöpfung aus »snuffelen« (schnüffeln, schnuppern) und »doezelen« (dösen, schlummern). Es wurde in den 70er Jahren in den Niederlanden in Einrichtungen für schwerst behinderte Menschen entwickelt. Hinter dem Snoezelen steht ein multifunktionales Konzept: In einem besonders ansprechend gestalteten Raum (vorwiegend Weißer Raum) werden über Licht-, Klang- und Tonelemente, Aromen und Musik Sinnesempfindungen ausgelöst. Diese wirken auf die verschiedensten Wahrnehmungsbereiche entspannend, aber auch aktivierend. Das gezielt ausgesuchte Angebot steuert und ordnet die Reize, es weckt Interesse, es ruft Erinnerungen hervor und lenkt Beziehungen. Snoezelen erzeugt Wohlbefinden, in der ruhigen Atmosphäre werden den Menschen Ängste genommen, sie fühlen sich geborgen. Snoezelen ist Therapie und Förderung zugleich und wird in allen Entwicklungsstufen (Kleinkind bis betagte Menschen) eingesetzt (Mertens, in: Brockhaus Enzyklopädie. 21. Ausgabe 2005).

phase (Begrüßung, Vorstellung des Stundenablaufs, Hinweise auf die Raumgestaltung, zum Förderschwerpunkt usw.). Es folgten Aufgaben zur Konzentrationsförderung mit anschließenden Entspannungsübungen. Die Tab. 1 zeigt zwei Beispiele aus der Unterrichtskonzeption (Kreutzjans 2004).

Zur quantitativen Einschätzung der Veränderungen in der Konzentration und Aufmerksamkeit wurden Beobachtungen, Testverfahren und ein Interview durchgeführt, insbesondere:

- ADHS-Eltern- und Lehrerfragebogen;
- offene, teilnehmende, systematische Fremdbeobachtung in einer natürlichen Situation nach Flick;
- differentieller Leistungs- und Konzentrationstest nach Kleber;
- Zahlen nachsprechen (Untertest aus Kaufman-ABC);
- Motoriktest zur Erfassung von Hyperaktivität (»Tiger Hannibal«);
- Linien nachzeichnen nach Schilling;
- Mann-Zeichnen-Test nach Ziler;
- Videoaufzeichnung der Mimik und Gestik.

Erste Ergebnisse

Die Ergebnisse der Auswertungen zeigen, dass sich im Laufe des Unterrichtsversuchs die Aufmerksamkeit der Kinder bereits während der ersten beiden Phasen

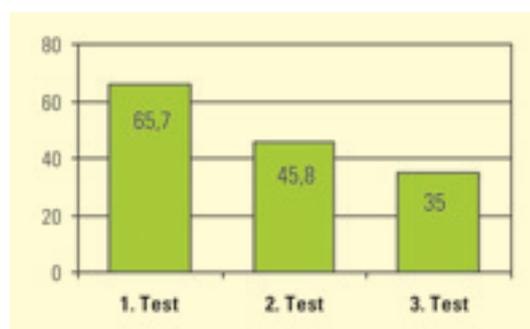


Abb. 2

Abnahme der Fehlerzahl beim Nachzeichnen von Linien nach Schilling im Verlauf des Unterrichtsversuchs (Kreutzjans 2004)

deutlich erhöht hat. Die Konzentrationsleistung lässt sich am besten an der Fehlerzahl bei der Ausführung von Aufgaben ablesen. Das Testergebnis (Abb. 2) lässt eine deutliche Abnahme der Fehlerzahl erkennen, die vom ersten zum dritten Test fast halbiert werden konnte.

Ebenfalls hat sich die durchschnittliche Entspannungszeit der Kinder während des Unterrichtsversuchs deutlich erhöht, d.h. zum Ende fast verdreifacht. Die Kinder hatten sich an den Raum und den Ablauf der Einheiten gewöhnt, und sie haben zum Ende hin

gelernt, die Entspannung als Gegenpol zu dem aufmerksamkeitsintensiven ersten Teil zu nutzen. Die Anzahl der Kinder, die konstant bis zum Unterrichtsende nicht unruhig wurden, nahm zu; bei einigen ging die Entspannung so weit, dass sie eingeschlafen sind. Die folgenden zwei Grafiken geben an, in wie vielen Fällen die Entspannungsphase durch die Lehrerin (blau) und wie häufig diese durch die Kinder (grün) selbst beendet wurde (Abb. 3).

Abb. 3
Häufigkeit der Beendigung der Entspannungsphasen durch die Kinder bzw. die Lehrerin in den ersten sieben (links) und in den letzten sieben (rechts) Unterrichtseinheiten (Kreutzjans 2004)



Nach Abschluss der mehrwöchigen Intervention wurde über jedes Kind ein Gutachten erstellt, auf dessen Basis der Unterricht in der Schule verbessert und gezielt auf die Bedürfnisse des einzelnen Kindes eingegangen werden konnte. Eingangs- und Abschlusskontrolle waren Beleg und Hinweis dafür, ob das Snoezelen für das beobachtete und untersuchte Kind sinnvoll war oder ob möglicherweise nach einer anderen Interventionsform gesucht werden muss.

Über die o. g. Fragebögen und Tests hinaus sind im Rahmen studentischer Forschungsprojekte auch Bio-

signale aufgezeichnet und analysiert worden, über die der nachfolgende Beitrag von Beate Meffert et al. in diesem Heft berichtet.

Befindlichkeitserfassung

Seit einigen Jahren gibt es bereits internationale Bemühungen zur Entwicklung von Beobachtungsverfahren für eine objektive Einschätzung des Ruhe- und Entspannungszustandes bei und nach der Intervention Snoezelen. Im Jahre 2004 ist in Zusammenarbeit mit entsprechenden Einrichtungen in Schweden, Finnland, Kanada und Deutschland ein Pilotprojekt zur Erfassung der Wirkungsweise des Snoezelens über eine psychodiagnostische Untersuchungsbatterie gestartet worden. Der »Questionnaire about welfare« (Mertens et al. 2005) kann als ein erstes Ergebnis betrachtet werden. Im Vordergrund steht dabei die psychologische Definition von Wohlbefinden als Einheit von psychischem, physischem und sozialem Wohlbefinden. Sie ist von der individuellen Disposition und den »internen Ressourcen« einer Person abhängig. Dazu gehören das Selbst- und Weltbild, das Selbstwertgefühl, die eigenen Kompetenzen sowie die physischen Voraussetzungen, also der Gesundheitszustand. Um Wohlbefinden zu erlangen, müssen aber auch die »externen Ressourcen« stimmen, wie die äußeren Lebensbedingungen und die sozial-emotionalen Beziehungen. Im physischen Bereich können sich Störfaktoren bzw. Belastungen aufgrund von Krankheit, im psychischen durch Ängste oder Depressionen und im sozialen Bereich durch soziale Isolierung ergeben (Beck 1998). Becker (Becker 1991) unterscheidet zwischen aktuellem Wohlbefinden und habituellem Wohlbefinden. Zum aktuellen Wohlbefinden gehören das momentane Erleben einer Person »... die positiv getönten Gefühle, Stimmungen und körperlichen Empfindungen sowie

Abb. 4
Fragebögen zur Erfassung der Befindlichkeit

A 1 Snoezelen als freies Angebot	A 2 Snoezelen als gezieltes Angebot
1.1 Ich freue mich auf diese Stunde	2.1 Ich komme gerne hierher
1.2 Ich kann mich hier gut entspannen	2.2 Ich kann hier über meine Gedanken sprechen
1.3 Ich fühle mich hier aufgehoben	2.3 Ich fühle mich hier besonders beachtet
1.4 Ich werde hier in Ruhe gelassen	2.4 Ich kann mich hier besser verstehen
1.5 Ich vergesse hier schnell, was mich belastet	2.5 Ich bin hier gelassener
1.6 Ich habe hier großes Vertrauen	2.6 Ich spüre hier die Nähe zu meinem Betreuer
1.7 Ich kann mich hier länger als sonst auf eine Sache konzentrieren	2.7 Ich bin hier etwas ganz Besonderes
1.8 Ich genieße den Aufenthalt in diesem Raum	2.8 Ich fühle mich nach der Einheit ruhiger
1.9 Ich kann hier meine Probleme vergessen	2.9 Ich kann hier über meine Probleme sprechen
1.10 Ich fühle mich hier rundum zufrieden	2.10 Ich freue mich, hier Neues zu erfahren
1.11 Ich habe hier Zeit für mich	2.11 Ich spüre die besondere Zuwendung
1.12 Ich bin hier ruhiger als sonst	2.12 Ich bin hier aufnahmebereiter
1.13 Ich habe hier keine Angst	2.13 Ich habe nach der Einheit mehr Energie als sonst
1.14 Ich kann hier lange verweilen	2.14 Ich kann mich nach der Einheit besser konzentrieren
1.15 Ich kann hier abschalten	2.15 Ich fühle mich nach der Einheit selbstbewusster

das Fehlen von Beschwerden«. Beim habituellen Wohlbefinden handelt es sich um Aussagen über das für eine Person typische Wohlbefinden, d. h. »... um *Urteile* über *aggregierte* emotionale Erfahrungen(die) primär durch kognitive Prozesse zustande kommen«. Bei der Feststellung des Wohlbefindens im Zusammenhang mit Snoezelen ist diese Komplexität zu berücksichtigen. Der Fragebogen musste der Fülle an Reaktionen und Aussagen über die Auslösung von Wohlbefinden im Snoezelenraum gerecht werden. Dazu war zunächst eine Reduktion der Komplexität auf eine überschaubare Anzahl von Kategorien vorzunehmen. Nach vorausgegangenen Tests und anschließenden Modifikationen wurden die folgenden vier Kategorien (Dimensionen) für einen ersten Fragebogen ausgewählt:

- A) Freude, Wohlbefinden, Lust
- B) Angst, Sorge, Furcht
- C) Anerkennung, Zuwendung, Nähe
- D) Erkennen, Verstehen, Wissen.

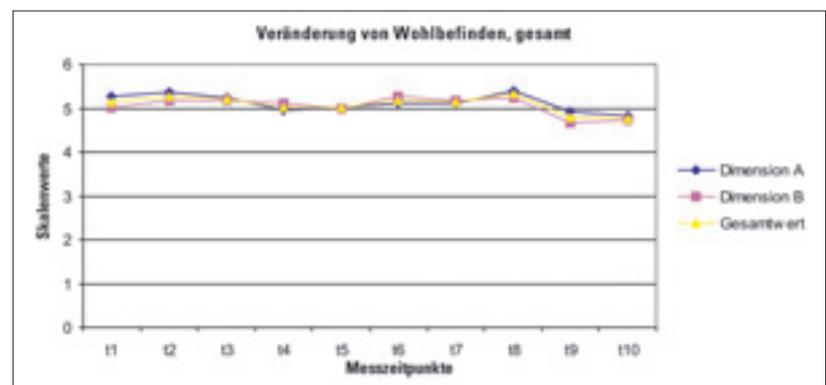
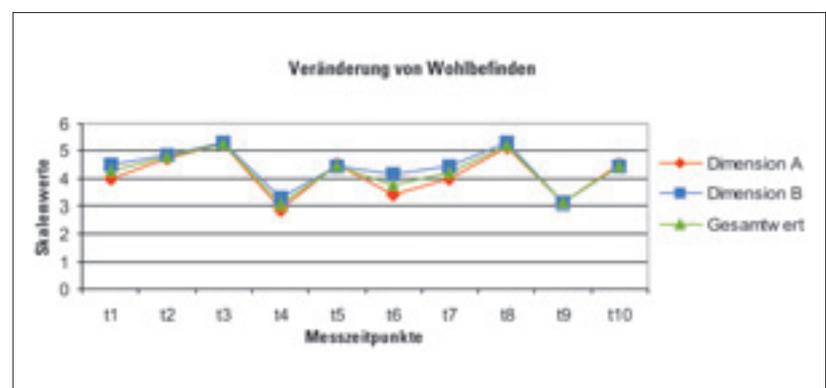
Diese vier Kategorien bilden eine Einheit und lassen sich auch in der Gesundheitsdefinition der *American Psychiatric Association* wiederfinden (vgl. Saß et al. 2001), die sich wiederum an die Definition der WHO anlehnt. Die o. g. vier Kategorien sind – in entsprechende Fragen »verpackt« – in die beiden Erfassungsbögen A1 »Snoezelen als freies Angebot« sowie A2 »Snoezelen als gezieltes Angebot« eingearbeitet worden (Abb. 4).

Das freie Snoezelen wird nicht gelenkt, weder Wissenserwerb oder Neulernen sind beabsichtigt und der Begleiter soll keinerlei Einfluss nehmen. Er beobachtet und greift nur in Problemsituationen und Gefahrenmomenten ein. Damit entfallen beim freien Snoezelen die Kategorien C und D. Der Bogen A1 enthält insgesamt 15 Fragen, von denen acht der Kategorie A und sieben der Kategorie B zugeordnet werden können. Auch beim Erfassungsbogen A2 für das Snoezelen als gezielte pädagogische bzw. therapeutische Intervention gibt es 15 Fragen, von denen sich jeweils vier in die Kategorien A, B und C einordnen lassen sowie drei in die Kategorie D. Die Skala der Antworten ist sechsstufig und reicht von »nie« bis zu »sehr häufig«.

Die im Frühjahr 2004 ausgehändigten Fragebögen wurden zusammen mit einer Anweisung zur Durchführung der Untersuchungen in die Landessprachen Schwedisch, Englisch und Französisch übersetzt. Die erste Phase des freien Snoezelens sollte über 20 bis 40 Minuten in einem »Weißen Raum« durchgeführt werden, in dem die Standardlichteffekte eingeschaltet waren: Wassersäule, Flüssigkeitsprojektor, Lichtspot auf die nicht drehende Spiegelkugel gerichtet, Faseroptik, definierte

Musik. In der zweiten Phase des gezielten Snoezelens konnten die Begleiter ein auf die Bedürfnisse des Probanden abgestimmtes Angebot zusammenstellen und sich während des Aufenthalts im Snoezelenraum in Kontakt zu dem Probanden befinden. Jeweils am Ende jeder Einheit füllten die Probanden (ggf. mit Hilfe des Betreuers) den Fragebogen aus. Ein Interventionskomplex sollte mindestens 10 Einheiten enthalten.

Abb. 5
Ergebnisse eines Probanden beim »freien Snoezelen«



Erste Ergebnisse

Mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) konnten bis jetzt 16 Datensätze ausgewertet werden, eine Datenmenge, die vorerst nur eine tendenzielle Beurteilung der Veränderungen zulässt. Beim freien Snoezelen ließen sich nur acht und beim gezielten Angebot zehn Messzeitpunkte auswerten. Die Skala der Antworten ist so angelegt, dass mit dem Skalenswert (Summenwert der Items einer Dimension) auch die positive Ausprägung des jeweiligen Merkmals steigt. Bei allen Probanden zeigt sich schon zu Beginn der Messung ein positives Befinden mit der Wertigkeit »gut« bis »sehr gut«, und auch nach der ersten Sitzung besuchen sie kontinuierlich mit einer positiven Einstellung den Snoezelenraum. Als Beispiel zeigt Abb. 5 eine typische Einzelauswertung, aus der ersichtlich ist, dass die Kategorien A (Freude,

Abb. 6
Ergebnisse von acht Probanden beim »freien Snoezelen«



Prof. Dr. Krista Mertens

Jg. 1945. Seit 1994 Professorin am Institut für Rehabilitationswissenschaften/Körperbehindertenpädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin. Tätigkeit als wiss. Mitarbeiterin und Akademische Rätin an den Universitäten Gießen und Erlangen/Nürnberg, als Dozentin mit Lehraufträgen auch in Würzburg und Marburg und als Fachhochschulprofessorin für Sport/Psychomotorik in Darmstadt. Promotion im Grenzgebiet zwischen Pädagogik, Sonderpädagogik, Medizin und Sport. Zahlreiche Veröffentlichungen auf den Gebieten Psychomotorik, Sonderpädagogik und Sport. Aus- und Fortbildungstätigkeiten im In- und Ausland, schwerpunktmäßig im Behinderten- und Seniorenbereich.

Kontakt

Humboldt-Universität zu Berlin
 Philosophische Fakultät IV
 Institut für Rehabilitationswissenschaften
 Sitz: Georgenstr. 36
 Unter den Linden 6
 10099 Berlin
 Tel.: +49 30 2093-4405
 Fax: +49 30 2093-4229
 E-Mail: krista.mertens@rz.hu-berlin.de

Wohlbefinden, Lust) und B (Angst, Sorge, Furcht) eine Abhängigkeit aufweisen: Sie steigen und fallen beide gleichzeitig.

In der Summe von 8 Probanden ist als Tendenz erkennbar, dass es beim freien Snoezelen zu keiner kontinuierlichen Verbesserung kommt, so dass lediglich von einem Erhalt der Anfangsbefindlichkeit gesprochen werden kann (Abb. 6).

Als Ergebnis des gezielten Snoezelens ist auf Abb. 7 das arithmetische Mittel von sechs Probanden dargestellt. Hier sind insgesamt vier Kategorien zu berücksichtigen.

Die Abbildung zeigt, dass das Wohlbefinden insgesamt und in den einzelnen Dimensionen kontinuierlich ansteigt. Wird Snoezelen als ein »gezieltes Angebot« unterbreitet und durch den Betreuer in seinem Verlauf detailliert kontrolliert, dann lassen sich die beabsichtigten, vor allem *anhaltende* Wirkungen auf das allgemeine Wohlbefinden *über einen längeren Zeitpunkt hinweg* erzielen.

Es ist weiteren Untersuchungen vorbehalten, Belege für die Einmaligkeit oder Generalisierbarkeit der geschilderten Untersuchungsergebnisse zu liefern. Es dürfte jedoch deutlich geworden sein, dass der Ansatz tragfähig ist, Wohlbefindensveränderungen als Indikator für die Prozessqualität des Snoezelens psychometrisch zu erfassen.

Literatur

Beck, I. (1998): Gefährdung des Wohlbefindens schwer behinderter Menschen. *Z. für Heilpädagogik* 5, S. 206–215.
 Becker, P. (1991): Theoretische Grundlagen. In: Abele, A. / Becker, P.: *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim/München: Beltz-Verlag, S. 13–49.

Cleland, C.C. / Clark, C.M. (1966): Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *Am. J. of Mental Deficiency* 71, S. 213–225.

Hulsegge J. / Verheul A. (1986): *Snoezelen, een andere wereld*. Nijkerk: Intro.

Hulsegge, J. / Verheul, A. (2001): *Snoezelen – Eine andere Welt*. 9. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. ISNA: www.ISNA.de

Kreutzjans, C. (2004): *Snoezelen, eine Methode zur Aufmerksamkeitsförderung von Kindern – aufgezeigt an einem Unterrichtsversuch*. Examensarbeit. Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin.

Mertens, K. (2004): *Snoezelen – Eine Einführung in die Praxis*. 2. Aufl. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Mertens, K. (2005): *Snoezelen – Anwendungsfelder in der Praxis*. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Mertens, K. / Andersson, G. / Ekmark, A. / Theroux, M. / Köstler, S. / Merz, U. / Sirkkola, M. (2005): *Questionnaire about welfare – Erfassung der Befindlichkeit*. 3. Int. Symp. ISNA, Berlin.

Saß, H. / Wittchen, H.U. / Zaudig, M. (2001): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Verheul, A. (2004): *Snoezelen – Anwendungsfelder in der Praxis*. 2. Int. Symp. ISNA, Ede, S. 71–75.

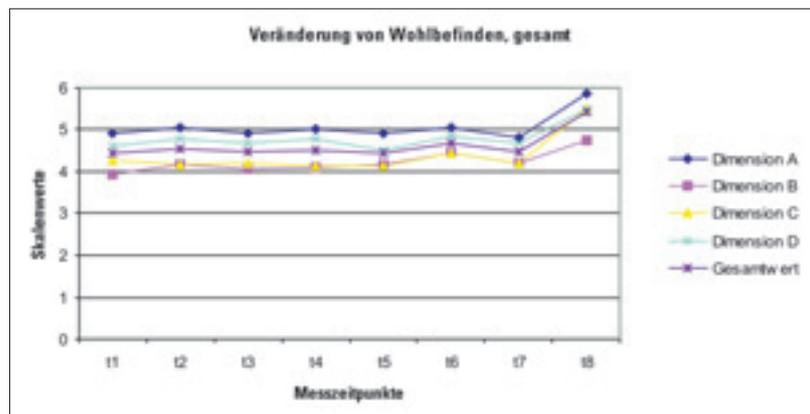


Abb. 7
 Ergebnisse von sechs Probanden beim »gezielten Snoezelen«