

## **Pflegediagnose oder Pflegemodell nach Böhm.**

Die auf das ganzheitliche Prinzip ausgerichtete Pflegediagnose ist ein vorwiegend auf die "Betagtenseele" zugeschnittenes Pflegemodell. Da ich vor allem Praktiker bin, ging es mir darum, ein Pflegemodell zu schaffen, das direkt einen im Modell vorkommenden Pflegeprozeß erkennen und nachvollziehen läßt, der sich wiederum - und das erscheint mir wichtig - auf die seelische Pflegequalität und auf die Pflegedokumentation vorwiegend für psychisch Auffällige (und somit nicht gesunde Betagte) auswirkt.

Pflegediagnose ist die spezifische Pflegeform bei dementiere Auffälligen, die immer im Anschluß an eine rein ärztliche, also pathophysiologische, somatische Abklärung (Vit-B12-Mangel, Dehydration, Folsäuremangelzustände etc.) erfolgt. Das Modell ist pflegewissenschaftlich gesehen in mehreren Büchern und auf Ärztekongressen bestätigt worden. Ich berufe mich dabei auf die Ideologie der Reversibilitätstheorie (Ciompil). Mein Modell ist somit auch ein ideologisches (und nicht nur ein fachliches), welches von der "Warm-satt-sauber Pflege" im Sinne der veralteten Irreversibilitätstheorie und der Disengagementkonzepte wegführen soll. Wobei sich gerade die "Umprägung" des Personals als der schwierigste Anteil herausstellte. In der Folge möchte ich aber eher auf die Grundprinzipien eingehen.

Das Wort "Pflegediagnose" wird hier aus Gründen der allgemeinen Popularität des Wortes selbst (sogar in der Autoreparaturwerkstätte verwendet man den Begriff) und aus Gründen der Verständlichkeit verwendet. Es soll allerdings nicht mit dem Wort der "ärztlichen Diagnose", die ja nur auf Grund einer Untersuchung entstehen kann und daher eine naturwissenschaftlich fundierte Interpretation zuläßt, primär in Verbindung gebracht werden.

"Nursing Diagnostik" ist auch ein von der angloamerikanischen Literatur übernommener Begriff, der sich auch in verschiedenen Ebenen widerspiegeln kann.

Meine Arbeit ist von der Praxis für die Praxis gedacht und wurde nicht zuletzt aus wissenschaftlich moderner Literatur subsumiert. Das Modell soll alters-cerebral oder -emotional veränderten Betagten helfen

- a) mit ihren Symptomen zurechtzukommen oder eine
- b) re-aktivierende Pflege als Impuls zuzulassen.

Bei der Pflegediagnose gehen wir auf den jeweiligen Stand des Hirnabbaues ein. Ich gehe von der Überlegung aus, daß beim älteren Menschen der Abbau wie der Aufbau des Gedächtnisspeichers funktioniert. Daher begeben sich in meinen Erhebungsgesprächen, in meinen Interpretationsmöglichkeiten, aber auch in meinen im Anschluß gesetzten Impulsen auf die jeweilige Abbauebene der Klienten.

1. Der normal Betagte, das ist zum Glück die Mehrzahl der "jungen Alten", werden aus dem "Neuzeitgedächtnis" heraus "aktiviert", da sie auf kognitiver Ebene erreichbar sind .

"AKTIVIERENDE PFLEGE".

2. Menschen mit biologischem oder kalendarischem Abbau sind aus dem Altgedächtnis heraus mittels re-aktivierenden Maßnahmen zu erreichen.

3. Klienten mit der ärztlichen Diagnose: organisches Psychosyndrom oder einem Überforderungssyndrom werden im Lebenscoping aus dem Tertiärgedächtnis re-aktiviert.

4. Stark dementiell Erkrankte werden schließlich aus dem Kollektivgedächtnisspeicher re-motiviert.

Nun kann man die seelische Phänomenologie nicht nur von der Höhe des gespeicherten Materials heraus betrachten, sondern sollte auch zwischen einer rationalen und einer emotionalen Ebene unterscheiden

Die medizinische und medizin-psychologische Richtung beschäftigt sich eher mit den noch vorhandenen Gedächtnismaterialien auf rationaler Ebene und erhebt unter anderem das noch vorhandene Gedächtnispotential mit dem Mini-mental-Status. Im Anschluß an die Erhebung wird dann mittels Hirntrainings versucht, diesen wieder zu erhöhen. Unter anderen rechnet man auch Hirntraining, TPT-Methoden dazu.

Ich hingegen beschäftige mich mit der EMOTIONALEN Seite, also mit dem thymopsychischen Bereich der betagten Seele. Daher vor allem mit Klienten, die nicht mehr auf der rationalen Ebene abholbar oder trainierbar sind. Böhm'sche Pflege ist demnach für jene Patienten gedacht, die nicht mehr auf der normalen kognitiven Ebene erreichbar sind und daher meistens aus den obig genannten psychologischen Programmen herausfallen.

Wobei ich heute als Parameter des Abbaues (Zustandserhebung) die emotionelle Erreichbarkeit unserer Klienten in 8 Stufen unterteile. Diese Stufenunterteilung dient nicht nur zu Erhebungszwecken, sondern vor allem zur Überprüfung des Pflegeprozesses. Ich möchte anhand einer Liste die von mir erforschte Gefühlserreichbarkeit eines geriatrischen oder psychogeriatrischen Patienten darstellen. Die praktischen Aussagen werden der "Global Deteriorationsskala" – nach GDS modifiziert – von Prof. Danielczyk gegenübergestellt.

| Böhmsche Erreichbarkeitsstufen<br>Gedächtnis- und<br>Emotions Ressourcensuche |  |  | Global Deterioration<br>Scale GDS modifiziert<br>nach Danielczyk |  |
|---|--|--|--|--|
| Akt: Ich Erleben auf bewußter Ebene noch möglich                              |  |  | STADIUM  | KLINISCHE CHARAKTERISTIK   |
| Aktivierende Pflege passiv und aktiv  |  |  | 1. Normal  | keine kognitiven Störungen   |
| <b>Reaktivierende Pflege nach Böhm</b>  |  |  |  |  |
| Re 1  | Sozialisierung<br>historische<br>regionale<br>Geschichte<br>Coping | aus dem Zusammen-<br>leben z.B. Kinder-<br>gartenstories<br>Zeitgeist  | 2. Beginnende Vergeßlich-<br>keit im Rahmen<br>normalen Alterns  | geringe Störungen, die sich auf<br>die Lebensführung nicht wesent-<br>lich auswirken (Brille verlegen...)  |
| Re 2  | Mutterwitz   | je Region  | 3. Beginnende Konfu-<br>sionsphase                               | deutliche Vergeßlichkeit<br>beginnende Desorientiertheit in<br>fremder Umgebung<br>auffallend ungenaues Arbeiten<br>Angstzustände, Verleugnungs-<br>tendenzen, Wortfindungsstörungen   |
| Re 3  | emotionale<br>Grundbe-<br>dürfnisse                                | höherer Aku<br>der Seele   |  |  |
| Re 4  | Prägungen  | Aphorismen<br>Sprüche der<br>Region, Arbeiter<br>Bürger etc.<br>Was macht mich<br>wichtig. Was<br>erregt mich.<br>Wie mache ich<br>was nach meinem<br>Stil | 4. Ausgeprägte Konfu-<br>sionsphase                              | komplexe Aufgaben können nicht<br>mehr gelöst werden<br>kann nicht mehr planen<br>vergißt Teile der eigenen Lebens-<br>geschichte, kann nicht mehr mit<br>Geld umgehen, schwere Neuge-<br>dächtnisstörung, Depressionen<br>noch (mangelhafte) Orientierung<br>zu Zeit, Person und Ort<br>Reisen zu altbekannten Orten oft<br>noch möglich, bekannte und unbe-<br>kannte Gesichter werden differen-<br>ziert. |
| Re 5  | Triebe<br>Motive   | höhere<br>niedere  | 5. Turbulenzphase  | muß ständig betreut werden<br>Desorientiertheit<br>beginnende Sprachstörung<br>benötigt Hilfe bei der Auswahl<br>passender Kleidung<br>ztw. Aggressivität<br>motorische Unruhe   |
| Re 6  | Intuition  | Aberglaube<br>Volkstum<br>Brauchtum<br>Religion  | 6. Präterminale<br>Phase   | benötigt Hilfe beim Waschen<br>Inkontinenz<br>kann nur mehr wenig sprechen<br>verkennt altbekannte Personen,<br>Namen auch der/des Ehegatten<br>bzw. der eigenen Kinder,<br>kein Neugedächtnis mehr,<br>Illusionen, Halluzinationen,   |
| Re 7  | Urkommunikation  |  | 7. Terminale<br>Phase  | Verlust von Sprache und Motorik<br>nun auch neurologische fokale<br>und generalisierte Zeichen<br>ev. Myoklonien, Epilepsie  |
| Nach einer Differenzial - Diagnose (Erreichbarkeit)                           |  |  |  |  |
| Re 8  | Validation   | Gefühle annehmen   |  |  |

**Aktivierende Pflege**

Der normale Mensch führt seine Gespräche und dessen Inhalte vorwiegend auf rationaler Ebene. Er ist in der Lage, seine Gefühle weitgehend durch "Über-Ich-Normen" und Sozialisationen zu bremsen. Gespräche und Impulse finden somit auf der rationalen Ebene statt. Das würde bedeuten, daß in der Praxis nur psychisch vollkommen Gesunde mittels aktivierender Pflege motiviert werden können. Da sich unser Klient aber meistens in einer der verschiedensten Abbaustufen befindet und aus dieser heraus agiert und reagiert, ist es notwendig, ihm auf der Gefühlsebene zu begegnen.

**Reaktivierende Pflege 1:**

Bei leichten Abbauprozessen kann man den Klienten mit Gesprächen und Umgangsformen aus der historischen, regionalen oder singulären Lebens- und Zeitgeschichte heraus erreichen und damit revitalisieren. Positiv oder negativ behaftete Gefühlsäußerungen werden dabei absichtlich erreicht. (Gute-alte-Zeit Syndrom)

**Reaktivierende Pflege 2:**

Obwohl man, wie in der Reaktivierungsskala 2 ersichtlich, schon eine deutliche Vergeßlichkeit und Desorientiertheit feststellen kann, ist der Patient mit dem regionalen Mutterwitz - womöglich im Dialekt gesprochen - remobilisierbar.

**Reaktivierende Pflege 3:**

Wie wir alle wissen, sind sehr viele emotionelle Grundbedürfnisse bei unseren heute im Heim lebenden Betagten (Geburtsjahrgänge 1900 - 1925) zeitgeschichtlich gesehen nicht gestillt worden. Die Erfüllung dieser Zwänge und Dränge ist der pflegerische Prozeß bei der Abbaustufe 3.

**Reaktivierende Pflege 4:**

Vergißt nun der Klient auch schon aktuelle Anteile seiner eigenen Lebensgeschichte oder treten schwere Neugedächtnisstörungen auf, so greifen wir auf tieferliegende Emotionen des Tertiärgedächtnisses zurück. Die jeweiligen singulären Prägungssituationen und Daseinsbewältigungsmechanismen werden streng spezifisch in die Pflegeplanung integriert.

**Reaktivierende Pflege 5:**

Die Lebenssinnggebung, die unerfüllten Triebwünsche und -motive (zeitgeschichtlich und nicht analytisch betrachtet) sind sehr tiefliegende Remotivationsmöglichkeiten, um einen multimorbid erkrankten, liegenden Menschen seelisch wieder zu bewegen. Meiner Meinung nach sollte immer versucht werden, zuerst die Seele zu bewegen (Reizanflutung der Retikularformation) und erst im Anschluß physikalisch gesehen die Beine.

**Reaktivierende Pflege 6:**

Lebt unser Klient in der illusionären Verkennung, sind doch noch Reize, vor allem aus dem Aberglauben, dem Volkstum und der Religion, möglich.

**Reaktivierende Pflege 7:**

Befindet sich der Patient im Rückzugs- oder Destruktionstrieb, setze ich die ihm aus den Säuglingsjahren bekannte, erlernte und erfüllte Urkommunikation mit basisstimulierenden Effekten (Fröhlich-Bienstein) zur Wiederbelebung seiner Seele ein.

**Reaktivierende Pflege 8:**

Sollte unser Patient über keine dieser angebotenen Erreichbarkeitsstufen zum Leben wiedererweckbar sein, greife ich gerne auf die Validation nach Naomi-Feil zurück. Die Stufeninterpretation soll aufzeigen, daß bei jedem Patienten, Klienten oder Bewohner, egal welchen Abbaugrades, doch noch etwas zu machen ist, das heißt, daß das Programm nicht nur ein inhaltlich professionelles Pflegemodell darstellt, sondern auch dem therapeutischen Nihilismus in der psychogeriatrischen Pflege entgegenwirkt.

**PFLEGEDOKUMENTATION UND REGELKREIS**

Da es in der Krankenpflege noch nicht üblich ist, sich bei Publikationen auf eine causale Literatur zu berufen, habe ich mich entschieden, alle meine Thesen in zwei voneinander unabhängige Kapitel zu unterteilen. Alle meine Thesen sind somit einerseits in einen Abschnitt causale Fachliteratur und andererseits in Kapitel meiner eigenen Forschungsergebnisse unterteilt.

Da es in der Krankenpflege - ich denke hier vorwiegend auch an interne Stationen - mit einem überalterten Patientenbelag fast nur "somatische Pflegedokumentationen" gibt, möchte ich mit einer eigenen "seelischen Pflegedokumentation" die seelische Pflegequalität aufzeichnen, nachweisen und evaluieren.

Das Pflegedokumentationssystem besteht aus einem psychobiographischen Erhebungsblatt, aus vorwiegend "drumherum" redende Erhebungen, Stories, Folkloremechanismen und altbekannte Copings des Klienten beinhalten soll. Bei der Pflegevisite, auf die ich später noch eingehen werde, wird das diffuse Allerlei der vom Patienten freiwillig hergegebenen Materialien auf der linken Seite des Blattes chronologisch geordnet, abgeschrieben und auf der rechten Seite des Blattes sofort interpretiert. Schon bei der Aufnahme wird in der Dokumentation der derzeitige Abbaustatus festgehalten. Dies ermöglicht nach einer durchgeführten Pflegediagnose eine Überprüfbarkeit des Prozesses. Denn es muß ja vorwiegend darum gehen, den Klienten durch die richtigen Impulse in die nächst höhere Erreichbarkeitsstufe zu bringen oder wenigstens solange wie möglich den Aufnahmestatus zu erhalten.

Der hier beschriebenen Pflegedokumentation liegt der Regelkreis nach Böhm zugrunde. Dieser beginnt nicht nur mit der Erhebung der Biographie und des Problems, sondern vor allem mit der Pflegevisite.

Visite

Problemerkfassung

Biographie-Erhebung

Interpretation

Impulse

#### PSYCHO-BIOGRAPHISCHE ERHEBUNG

- Normales aus dem Leben :
- Stories:
- Folklore:
- Coping:

#### SEELENPFLEGE-MODELL UND DOKUMENTATION (Böhm)

- Patient/Klient/Bewohner:
- Station:
- Problem:
- Biographie freiwillig:
- Interpretation:

#### Pflegevisite / Problemerkfassung

Anhand Böhm'scher Pflegevisite (es gibt auch andere, z.B. die, die auf der somatischen Ebene liegen) werden die Probleme der einzelnen Patienten oder die des Personals angesprochen. Es wird im gemeinsamen Pflgeteam je Station eruiert, wer denn nun ein Problem hat bzw. ob es überhaupt eines ist - und wenn ja, wen es betrifft. Aus meiner Prägungsforschung heraus (Geburtsjahrgänge 1900 - 1925) konnten wir feststellen, daß sehr vieles, was heute als Problem oder Symptom angesprochen wird, kein Symptom ist, sondern daß es sich nur um ein zeitverschobenes Phänomen handelt.

Man kann die wöchentliche Pflegevisite auch unter dem Begriff der internen Fortbildung oder der versteckten Supervision sehen. Fortbildung alleine schon deshalb, da alle Termini, die dem Pflgeteam nicht bekannt oder unterschiedlich interpretiert werden, ausgesprochen, durchdiskutiert und in einem Index niedergeschrieben werden (Stationsbezogenes Wörterbuch).

Supervision deshalb, da sich herausstellte, daß sehr viele Probleme nicht den Patienten betreffen, sondern oft einfach die Problematik der Pflegenden darstellt und mir daher die Erhebung der "Pflegepersonal-Biographie" notwendig erscheint.

Da auf allen Stationen ein gewisser Personalmangel herrscht, wird Pflegevisite immer nur für einen Patienten und dies einmal pro Woche und Station durchgeführt. Die schon im Programm stehenden Patienten werden natürlich wöchentlich nachbesprochen bzw. wenn nötig auf den neuesten Stand gebracht.

Zu dieser Pflegeviste gehört das Aussprechen, das Ansprechen des jeweiligen Problems sowie deren Interpretation, immer im Zusammenhang mit der jeweiligen (historischen, regionalen) singulären Lebensgeschichte.

Die Lebensgeschichte-"erln" selbst werden auf der Rückseite der Pflegedokumentation abgelesen und werden schon lange vor der Visite erhoben auch dann, wenn der Patient noch keine akuten auffälligen Probleme hat (siehe später).

Die Pflegevisite wird - wie der Name schon sagt - von einer Charge des Krankenpflegedienstes durchgeführt, die ich "PRAXISANLEITUNG" titeliere. In der Praxis handelt es sich dabei meistens um die sogenannte "ganzjährige Vertretung". Die Fortbildung zur Praxisanleitung erfolgt in den Böhm'schen Fortbildungsstätten z.B. für Österreich im Romantikfortbildungszentrum des AGPK in Leitha-Prodersdorf.

### Wie erhebe ich eine brauchbare Psycho-Biographie?

#### ERMITTLUNGSGESPRÄCH:

A) kausale Literatur:

- Interviewtechniken, Detektivtechnik: von Freud eingeführt. Hier entstehen sehr lange Gespräche, das ist für die Geschichtserhebung nicht sinnvoll, man erhebt meistens nur einen Lebenslauf, aber nicht emotionale Storys.
- Flashtchnik: Blitztechnik von Balint und Roggers eingeführt. Spontane Fragen, spontane Antworten
- Rollenverteilung im Gespräch.  
Asymmetrische Fragen: ungleiche Rollenverteilung, ich stelle die Fragen, der Patient antwortet.  
Symmetrische Fragen: gleiche Rollenverteilung, der Patient darf fragen und antworten  
abzulehnen ist nach Pongratz: strukturierte Fragen, der Patient kann nur mit "ja" oder "nein" antworten.
- Kommunikationsgesetze: Watzlawik sagt: "Es kann nicht-nicht kommuniziert werden. Auch wenn nicht gesprochen wird, wird Kommunikation betrieben. Man achte vorwiegend bei der emotionalen Erhebung auf Gestik, Mimik, Körpersprache. Ferner werden bei jedem Gespräch die Beziehungsaspekte und Inhaltsaspekte unterschieden. Das heißt in der Praxis, daß die Patienten spüren, wenn wir uns nicht wirklich für sie oder ihre Biographie interessieren.
- Fragen-Beziehung im Gespräch: Fragen und Beziehungen sind eng miteinander verbunden. Die Du-Kommunikation muß vorgelebt, vorgezeigt werden. Beziehungen erfordern Anpassung.
- Allgemeine Richtlinien: richtiges Klima, angepaßtes Milieu herstellen, sich gegenseitig vorstellen, auf die verlängerte Adaptionzeit beim Patienten achten, die Notwendigkeit des Gesprächs erklären, den Patienten in eine bequeme Lage bringen, dem Patienten zuhören können, ihn nicht unterbrechen, zeigen, daß wir uns für seine Informationen interessieren, keine Störung von außen dulden (Schwesternruf), auf Milieusprache achten, Benehmen und Äußeres der Pflegepersonen sind von Bedeutung, auf nonverbale Botschaften achten, den Klienten nicht überfordern, Patienten mit Zeitgeistfragen in Emotion bringen.  
ZIEL: ein gut geführtes Gespräch baut die Beziehung zum Patienten auf.
- Biographiegespräch soll im Normalitätsprinzip stattfinden.
- Hören mit dem dritten Ohr beschrieben von Theodor Reik.

#### A: CAUSALE LITERATUR: HINTERGRUNDERHEBUNG

Der biographisch geprägte, sozialisierte Hintergrund ist immer eine sehr wichtige Frage für das zu erwartende Coping im Alter. Viele Fragen werden auf den biographischen Ansatz hin in der Lebenslaufforschung untersucht, so unter anderem die Biographie und Herkunftsfamilie, die Familie als Minikriegsschauplatz, Rivalitätskonflikte, Beziehung zu den eigenen Kindern, Beweggründe, ein Kind zu bekommen, Verluste und Trennungen, Life-evens-Forschung, Partnerwahlfragen, Nähe- und Distanzfragen, Besitz-Erleben, Sammeln und Besitzen, Berufsprobleme.

#### B: NACH BÖHM

Mir ist es wesentlich wichtiger, auf die historische als auf die analytische Datensammlung unserer Klienten zurückzugreifen. Die Gesprächshöhe bestimmt - praktisch gesehen - der Patient auf Grund seiner acht Abbaustufen, also nach seinen eigenen Möglichkeiten.

Ich gehe von der hier nicht beschriebenen und von mir begründeten Prägungsforschung aus und meine das Geschichtswissen historischer, regionaler und im Anschluß singulärer Natur, das das Nonplusultra der Betagtenpflege im emotionalen Bereich darstellt.

## Historische Geschichte

Erfährt man am besten vom Klienten selbst; Fragen, die die "gute alte Zeit" betreffen, sollen gestellt werden. Der Betagte wird so zum Lehrer für z.B. junge Krankenpflegeschüler und erzählt seine Erlebnisse meistens emotional positiv oder negativ gefärbt. Er selbst betreibt somit "Oral Historie". Von den heutigen Alten erfahre ich das meiste über die frühere Arbeitswelt, Familiengeschichte, Sozialgeschichte, Sportgeschichte, Freizeitgeschichte, Kulturgeschichte. Zu beachten ist beim Erhebungsgespräch, daß die Geschichte selbst für jeden Menschen in seinem Lebenslauf von anderen Wertigkeiten besetzt ist und gesehen wird.

## Regionale Geschichte

Ist wesentlich prägender als die historische Datensammlung. Die regionale Geschichte ist zugeschnitten auf Folkloresituationen und spielt sich vorwiegend in einer Ghettosituation der sogenannten "Einheimischen" ab. Die Prägungssituationen sind ein guter Gesprächseinstieg und von Bundesland zu Bundesland etc. verschieden; erlernen kann man als Pflegeperson diese:

- im örtlichen Museum (mit Patienten)
- aus Lehrbüchern (1900 - 1925)
- Poesiebüchern
- Tourenbüchern, Tagebüchern
- Interviews mit Zeitexperten

Besonders wesentlich sind die Folkloresprüche aus dieser Zeit, da sie Prägungen und Gefühlsergebnisse, die prägend waren, wiedergeben.

## INTERPRETATIONSFORMEN

Erst nach ausgiebiger Sammlung von Lebensgeschichten aus der Datenbank unserer Klienten und mit ausreichendem Fachwissen soll die Interpretation versucht werden.

### A: CAUSALE LITERATUR

Das Arbeiten und Interpretieren von Lebensgeschichten ist nicht eine pflegerische Erfindung, sondern eigentlich so alt wie die Menschheit selbst. Meine Leistung war es nur, die Zeitgeschichte, vor allem aber die im Alter daraus zu erwartende emotionale Reaktion aufzuzeigen.

Die Interpretationsformen auf der fundierten wissenschaftlichen Ebene sind:

- nach Entwicklungskonzepten
- nach sophrologischen Ansichten
- nach lebensphilosophischen Erkenntnissen
- nach verschiedenen vorgegebenen Rollenmustern im Leben
- nach psychologischen und
- nach tiefenpsychologischen Mustern möglich.

Wir lernen, daß jede Interpretation eine Mischung von Wahrheit und Selbstbelugung darstellt. Selbst Goethe nannte seine Biographie daher "Dichtung und Wahrheit". Wir lernen, daß Geschichten interpretiert werden, die aus einer erlebten inneren und einer erlebten äußeren Welt bestehen. Weiters, daß jeder Autor eine besondere Art hatte, dieses Grundthema anzugehen. So betrachtete Freud die Biographie als eine vorwiegend aus Trieb und Triebwunsch bestehende Situation. Jung hingegen die Biographie als Selbstverwirklichungsmaßnahme und Nietzsche sah das Leben immer in Wandlung und Fortschritt.

Schelling: Lebensgeschichte und Dialog

Dührssen: die biographische Anamnese

Blankenburg: Biographie und Krankheit

Rosenmayr: die Kräfte des Alters

Interpretieren, so liest man in der Fachliteratur, und das sollte man wissen, setzt immer auch Selbsterkenntnis voraus (Fromm).

Nach Adler kann man die Erwachsenen nicht verstehen, wenn man das Kind nicht versteht. Die primäre Deutung eines Lebensschicksals, eines Schocks etc. bedeutet für Adler das Wesentliche in der Biographie. Arbeit, Geschlecht und Gesellschaft sind die wesentlichsten prägenden Faktoren.

Adler meint, daß das Deuten das Erinnern ist, Erinnern an einen Lebensentwurf, als Beginn eines Lebensverlaufs.

Adler-Interpretationsbeispiel

Problem : Es bettelt wer um Liebe und Zuwendung durch ein Angstsyndrom.

Interpretation: Ein Mensch, der immer verwöhnt wurde, jetzt nicht mehr verwöhnt wird, gibt das Symptom Angst an und schon kommt wer und hilft.

Persönlichkeitserforschende Konzepte: Nach den persönlichkeiterforschenden Konzepten entsteht die biographische Frage "Wie kommt es, daß sich Menschen so unterschiedlich, bisweilen aber auch so gleichartig benehmen".

Eigenschaftskonzepte: Bekannt sind auch die Interpretationen von lebensgeschichtlichen Vorgängen nach verschiedenen anderen Konzepten, wie die

-Lampentheorie

-Spiegeltheorie

als Konzept oder nach folgenden Autoren wie: Plomin, Buss, Bühler, Erikson, Maslow etc.

Philosophische Deutungsliteratur:

Betrachtungen über Da-sein und Daseinsbewältigung sind (Biswanger, Heidegger) wahrscheinlich die ersten Denkrichtungen, die sich mit biographischen Lebensfragen und damit mit biographischem Denken beschäftigten.

Der Teil A soll nicht ein psychologisches oder gar philosophisches Studium ersetzen, sondern es soll uns Pflegepersonen nur klar machen, wie viele Forscher und Autoren sich mit kausaler Literatur zum Thema Biographie beschäftigten. Die hier fragmentarisch aufgezählte Kausalliteratur soll es Interessierten ermöglichen, Stoffe leichter zu finden. Vor allem aber daran erinnern, daß es mit einem biographischen Ansatz alleine nicht getan ist.

### **B: BÖHMISCHE INTERPRETATION**

Für uns Pflegepersonen ist es weder interessant noch wichtig oder gar sinnvoll, Lebensgeschichten psychologisch oder gar psychoanalytisch interpretieren zu wollen. Wir sollten uns viel mehr auf den Zeitgeist und deren Interpretation stützen und demnach einen pflegerischen Prozeß der Interpretation versuchen.

Meine Forschungen brachten mich dazu, Lebensgeschichten von Patienten per *Zeitgeist*, per Folkloresprüche und per Prägungsphänomene zu interpretieren. Wir werden dabei im Skript immer den Zeitgeist direkt interpretieren, weil dies der Zeitgeist 1900 - 1925 war, muß diese oder jene Reaktion oder Coping von seiten des Demenzen erfolgen und ist nicht als Symptom zu werten.

Folklore ist das Wissen des Volkes.  
Wir beziehen uns auf regionale oder singuläre Verarbeitungsmechanismen.

Volkskundler interpretieren den Nationalcharakter und deuten dieses aus unserem hermeneutischen Gedächtnis.

Gelernt und gelehrt werden:

- Sozialisationen
- Prägungsphänomene
- Gewohnheitstier, Muster
- Aphorismen
- Stories

Und ihre emotionalen positiven, negativen, ambivalenten Reaktionen im Klienten

Hier möchte ich einige wichtige Punkte in den verschiedenen Entwicklungsstadien aufzeigen, die im späteren Leben erheblichen Einfluß auf die Problematik (Symptomatik) mit sich bringen können.

### **SÄUGLING**

Zeitgeist  
Schickt der Herr ein Haserl uneheliche Kinder  
Erste Laute  
Fragelust  
Wickeln

War ich ein unerwünschtes Kind, ist daher die Folge  
Nachholbedürfnisse  
Urkommunikation  
bei Alten einsetzen  
erste Einengung, Ruhigstellung

|   |   |
|---|---|
| Reinlichkeit  | werde sauber  |
| KLEINKIND<br>Prügelsprache  | nicht verwenden   |
| SCHULKIND<br>Korethtschrift   | und Interpretation<br>alle im Kurs besprochenen Ansätze, die hier nach<br>Wichtigkeit gestaffelt (Abbaustufe 1-7) und<br>vorgetragen worden sind, zur Re-aktivierung<br>geeignet, da sie pos./ neg. Gefühle auslösen; |
| Ministranten<br>Feste   |   |
| Ich-Identität<br>Drohungen<br>Liebe und Zuwendung<br>Hunger und Essen<br>Entbehrung<br>Phantasie<br>Kittelschürzenkultur<br>Wohnort-Gasse<br>das Umziehen<br>Krankheit<br>Sterben |   |
| JUGENDALTER<br>Kindheit der Mädchen<br>Kindheit der Buben<br>Sexualität<br>Kochen und Bekochen<br>Schutzengel - die Frau<br>Reinheit<br>usw.                                      |   |

Sie werden mir verzeihen, daß trotz 20jähriger Forschungsarbeit meine Arbeit über die Prägungsphänomenologie in Beziehung gesetzt zu der Alterssymptomatik noch immer nicht fertig ist.

### IMPULSFORMEN – GLOBALE

Wir unterscheiden zwischen Impulsen und Maßnahmen, zwischen emotional und rational besetzten Handlungsweisen in der Krankenpflege. Wir beschäftigen uns mit dem Unterschied zwischen einzelbezogenen und umweltbezogenen Impulsen sowie den Impulsmöglichkeiten je Krankheitsgeschehen.

Wir gehen näher auf die heute gebräuchliche Terminologie und Nomenklatur ein und unterscheiden zwischen aktivierender, mobilisierender, motivierender und re-aktivierender Pflege. Wobei die re-aktivierende Pflege und ihre Impulsformen anhand von acht emotionalen Erreichbarkeitsstufen unterteilt wird.

Aus den acht Abbaustufen heraus ergibt sich ein unterschiedlicher Umgang im Sinne der  
Re-sensibilierung  
Re-motivierung  
Re-vitalisierung  
Re-sozialisierung  
Re-hospitalisierung

Hier können natürlich nur Typen für Impulse wiedergegeben werden, die für mehrere Patienten Bedeutung haben, da sich ja die Einzelimpulse aus der jeweilig erhobenen singulären Biographie ergeben. Es soll der kurze Abschnitt ein Anhaltspunkt sein, was denn nun an einer Station generell zur Verbesserung oder Lage des Patienten getan werden könnte. Wobei jeder übersetzte Minischritt schon einen enormen Fortschritt im Sinne der seelischen Pflegequalitätserhöhung mit sich bringt.



## KAUSALE LITERATUR

Aus der kausalen Fachliteratur stammen bei den globalen Impulsen nur die Überschriften der einzelnen Kapitel. Man sollte eben in der Pflegedokumentation erkennen, ob Vigilanzsteigerung betrieben wird oder ob wir uns gerade des Normalitätsprinzips bedienen.

## B: NACH BÖHM

### AUFNAHME

Neuaufnahmen bedeuten für einen Klienten immer eine besondere Streßsituation, die je Coping und Menschentyp beantwortet wird. Wir betrachten uns das Coping der von 1900 bis 1925 Geborenen, den Verlust ihrer ICH-Identität durch den Spitalseintritt, besprechen die veränderten Fremdwert- und Selbstwertgefühle und die daraus resultierenden Reaktionen. Wir denken an die Signalsprache bei Menschen, die nicht reden können (Aphasie, zu hohe Erregungszustände etc.), betrachten die Streßerhöher und die dabei gemachten Pflegefehler sowie die Phasen der Eingewöhnung eines Klienten in die Anstalt.

Im Anschluß werden die Pflegeimpulse, die Verhaltensweisen des Pflegepersonals besprochen.

## VIGILANZSTEIGERUNG

Unter Vigilanz versteht man den Zustand der Massenaktivität, der die Verfügbarkeit und den Organisationsgrad menschlich adaptiven Verhaltens bestimmt.

Anders gesagt ist Vigilanz als zentraler Vorgang, zu dem Wachheit, die Fähigkeit zur Informationsaufnahme und die Aufrechterhaltung einer Aktivität gehört, zu verstehen.

Alle Menschen, vor allem aber Betagte schlafen uns weg und ein, wenn die Reticularformation bzw. das limbische System nicht erregt bzw. reizangeflutet wird. (Lieb sein alleine genügt nicht mehr für eine adäquate Pflege). Nach meiner 25jährigen Pflegeforschung mit geriatrischen Patienten habe ich empirisch die folgenden Reizanflutungsmöglichkeiten zusammengetragen (fragmentarisch):

- Durch pos. oder neg. Reizsätze.
- Durch Sprüche und Aphorismen, die unsere Klienten schon 1900 - 1925 pos. oder neg. erregten, kann man ihr "Verstummen" oder die Flucht in paranoide Tendenzen hintanhaltend.
- Durch die Ansätze aus dem logotherapeutischen Bereich (Frankl) können vor allem positive Emotionen geweckt werden.
- Durch Neugier und Wiedererweckung dieser wird Vigilanzsteigerung erreicht.
- Durch das "Drum herum lernen" wird die Reizschwelle angehoben.
- Durch die Beachtung der Adaptionszeit wird die Aufnahme- und Verarbeitungsbereitschaft gebessert.
- Durch die Erhöhung der Ich-Identität wird die Orientierung gesteigert.
- Durch Hilfeverweigerung (helfen, mit der Hand im Sack) werden dem Patienten noch vorhandene eigene Ressourcen bewußt gemacht.
- Durch Tagesprogramme entsteht nicht nur für den einzelnen Patienten, sondern für die ganze Station eine Struktur.
- Durch die Wiedergabe von Verantwortung wirken wir dem raschen Abbauprozess entgegen.
- Durch die Beachtung der Copings "Was war normal 1910" in der Früh, am Morgen und am Abend entsteht Bedürfnispflege für Betagte, die ihren und nicht unseren Bedürfnissen entsprechen.

## NORMALITÄTSPRINZIP

heißt nichts anderes, als die Beschreibung von normalen Vorgängen aus dem Milieu, aus dem der Klient stammt. Als Hausaufgabe für Sie möchte ich gerne ein paar Fragestellungen (Was ist für Sie normal?) hier als Feedback aufzeigen.

Radio hören bis 24 Uhr?

Aufstehen, wann er will?

Waschen, wie es ihm gegeben ist?

Alltagsleben wie früher?

Einstellung der Hausordnung?

## COPING

Beachtung der Lebensbewältigungsmechanismen des Betagten aus seiner Zeit. Wie hat er oder sie sein/ihr Leben bewältigt?

Der Pflegevertrag zur Aufrechterhaltung des Copings.

Die Subjektivität des Menschen.

Fremdproblem oder Eigenproblem, das ist hier die Frage.  
Änderung der Ziele im Alter ansteuern.

### **ANTRIEBE**

Antriebe gibt es im höheren und niederen Sinne. Beide treiben an, wie uns das Wort versichert. Ohne Antriebe kommt es zur Antriebslosigkeit und damit zum Rückzug und zum Destruktionstrieb. Die Leute sterben uns psychisch unter den Händen weg, weil wir es nicht schaffen, daß sie ihre Beine physisch gesehen bewegen.

Niedere Antriebe:

Wir setzen je Biographie den Nahrungstrieb, Machttrieb, Sexualtrieb, Aggressionstrieb als Reizmittel (Vigilanz) ein.

Höhere Antriebe:

Wir setzen die Ideen von Frankl, Maslow, Rogers als Reizmittel meistens beim bürgerlichen Klienten ein.

### **VALIDATION**

Erst wenn alle obig erwähnten symptom-spezifischen Reaktivierungsmaßnahmen versagen, verwenden wir die Möglichkeit, nach Naomi Feil zu validieren. Wir lassen dann den desorientierten Patienten in seiner Gefühlswelt (wenn sie nicht angstbesetzt ist), ja wir verstärken sie eigentlich sogar und wollen damit die

- Wiederherstellung des Selbstgefühls,
- Reduktion von Streß,
- Rechtfertigung des gelebten Lebens,
- Lösung der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit, wie Feil sagt, erreichen.

### **SYMPTOMSPEZIFISCHES VERHALTEN**

Viele Patienten, vorwiegend in einer Psychiatrie oder im Heim, haben unabhängig ihrer Rückzugsphase auch noch ein auffälliges Symptom. Ich denke, daß es die Hauptaufgabe von uns Pflegepersonen sein muß, dieses Hauptsymptom in den Griff zu bekommen. (Nach einer Durchuntersuchung durch den Arzt wird der Patient praktisch "Pflegerfall".)

Symptomspezifisches Verhalten bei der

*Desorientiertheit*: Realitätstraining, Orientierungstraining, assoziatives ROT, Beachtung der Adaptionzeit, Eingehen auf biographische Daten, da Patienten in Abbaustufe 5-6 (siehe dort), Trainingsprogramme im Alt- und Tertiärgedächtnis obligatorisch, differenzialdiagnostischer Ausgang ins Milieu. Orientierungshilfen aus dem Alt- oder Tertiärgedächtnis, Sicherheit geben, Reorientierung aus der singulären Biographie, Tagesstrukturen, Einhaltung des Normalitätsprinzips, Überforderungssyndrom verhindern;

*Verwirrtheit*: genaue medizinische Abklärung, da meistens organischer Natur; wenn nicht Pflege wie oben beschrieben, Bekämpfung der Angst mit Urkommunikation, Abbau oder Akut-Stufe 6-8 (siehe dort);

*Paranoia im Senium*: tatsächliche Vergiftung ausschließen, Beichte, Entlastungsgespräche, Pflg. wird Mutmacher gegen das Paranoidogen "neg.Intention";

*Depression im Senium*: Anerkennung stillen, Logotherapeutische Ansätze, Remotivieren aus der Biographie, Lebenssinn, Lebensinhalte mit bekannten Muster;

*Verwahrlosung*: Wohnungssanierungen mit den Patienten, Reden ist gut - arbeiten besser, psychische Unterversorgung beseitigen, bei Sanierungen "Klumpert" gegen Zuwendung austauschen;

Literatur:

- E.Böhm: Krankenpflege Brücke in den Alltag, Psych Verlag  
E.Böhm: Verwirrt nicht die Verwirrten, Psych Verlag  
E.Böhm: Alte verstehen, Psych Verlag  
E.Böhm: Pflegediagnose nach Böhm, RECOM

E.Böhm : Ist heute Montag oder Dezember