

DKP Erwin Böhm

Das seelisch-biographische Pflegetmodell nach Böhm

Gerade zu dem Wort „Pflegediagnose“ gibt es in der kausalen Pflegeliteratur verschiedene Auslegungsarten, sodaß ich zuerst versuchen werde, meinen Begriff der „psychischen Pflegediagnose“ zu den anderen (für die somatische Pflege) in Verwendung stehenden Termini abzugrenzen.

Wir kennen aus der Terminologie den Begriff:

- **Diagnose** schlechthin:
Es ist dies eine aufgrund genauer Beobachtung und Untersuchung abgegebene Feststellung und Beurteilung über einen Zustand oder die Beschaffenheit von etwas (Innere Med., Kelling-Mischo).
- **Medizinische Diagnose:**
Ist die Erkennung und Benennung von Krankheiten (Pschyrembel).
- **Pflegediagnose:**
Stellt eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar (Nanda 1980).
- **Psychische Pflegediagnose nach Böhm:**
Den Begriff der psychischen Pflegediagnose führte ich - unabhängig des in Amerika praktisch bipolar laufenden, aber für die somatische Pflege gedachten Begriffes - ein.
Die psychische Pflegediagnose ist primär für psychogeriatrische Klienten gedacht gewesen, sie hat sich allerdings in den letzten Jahren vermehrt in der allgemeinen Krankenpflege ausgebreitet. Sie hat den Zweck, pathologische Seelenzustände im Alter, die nicht auf medikamentöse-, Trainings- oder therapeutische Techniken ansprechen, doch noch einer Rehabilitation zugänglich zu machen.
- Es handelt sich dabei um ein problemzentriertes, rehabilitatives Denkmuster. Es schließt primär die Ressourcenidee aus, da ein total verwirrter- oder psychotischer Klient wohl kaum Ressourcen hat und dieser Pflegemechanismus bei Ressourcenerahnungen faktisch und praktisch nur zu einer Art der prothetischen Pflege führt. Da diese Pflegeforschungsauswirkung (Dgn) von mir als Praktiker betrieben wurde und wird, kann es sich nur um ein Denkmodell handeln, das die Tagesdokumentation, das Modell und die Diagnose in sich paart. Sie wurde zu einer Trilogie der Einheit und ist damit auf eine direkte Auswirkung auf die Pflegesituation ausgerichtet.

ohne Denkmodell keine Praxis - ohne Praxis kein Denkmodell
ohne Diagnose - keine Planung
(ohne Röntgen - kein Gips)

**Somit sind für mich die Inhalte von
Pflegediagnose-Modell, Prozeß und Dokumentation
eine in sich zusammengehörende Einheit.**

Konzeptioneller Beziehungsrahmen

Mein Modell hat sich aus der, von mir im Jahre 1979 begründeten Übergangspflege - in der Folge re-aktivierenden Pflege - (als diffuser Impuls) herausentwickelt. Es handelt sich um ein praxisrelevantes Konzept, das nach und nach wissenschaftlicher Grundsatzliteratur subsumiert wurde. Das Konzept soll als Novität in der Krankenpflege eine direkt-spezifische therapeutische Pflegeform für die akut erkrankte oder leidende Betagtenseele sein. Durch das Modell und die Diagnose wird die Pflegequalität von der Grundpflege auf die spezifische therapeutische Pflege verlagert oder zusätzlich eingeführt.

Zerlegt man die Hauptaufgaben der Pflege, so sollten sich in der heutigen Betrachtungsweise drei Aufgabengebiete (und somit Pflegequalitäten) ergänzen:

1. Pflegequalität in der Grundpflege (Hotelfunktion)
2. Pflegequalität in der Behandlungspflege und
3. Pflegequalität in der problemspezifischen psychischen Pflege
(je Stationsstruktur Neuro, Interne, HNO usw.)

Gerade im dritten Anteil ist eine Kompetenzerweiterung der Pflege unerlässlich. Heute stellt die Diagnose eine nachberechenbare, evaluierbare Qualitätssicherung an der Station, aber auch im Milieu (Spitex, Übergangspflege) dar. Es handelt sich dabei nicht mehr um eine prothetische Pflege, sondern um ein Grundprinzip und Grundrecht der Betagten, um eine rehabilitative Pflegeform, die an der Station zu beginnen hat und die die Hegemoniestellung der Pflegeperson schlechthin beinhaltet. (Med. hierarchisches Modell-Laduner)

Mit der Pflegediagnose kann man entweder:

re-aktivierend Wiederbelebung der Seele bei Klienten, die im Rückzug oder Destruktionstrieb sind. Denn es muß die Seele vor den Beinen wieder(re)-belebt werden! Was hat schon ein Mensch von der Gymnastik, wenn er nicht leben will?

oder

symptomlindernd Probleme bei den Kardinalsymptomen einer primären oder sekundären . Demenz werden mittels der Biographie als Kompensationshilfe oder Dissimulierungshilfe (Frankl) wieder kompensiert.

agieren.

Grundprinzip ist die singuläre emotionale Biographie:

Das Grundprinzip beruht auf der singulären emotionalen Biographie und der These, daß sich der Mensch im dementiellen Syndrom in das Gefühlsspektrum seiner Biographie zurück bewegt. Wir nehmen auf diese Tatsache Rücksicht und erforschen daher die Erinnerungen (verinnerlichtes geprägtes Material) unserer Klienten.

Zu diesem Zweck wird in der Diagnose die Biographie

- **erhoben**
Erhebung von Gefühlen, Trieben, seelischen Verhaltensstörungen aus der Prägung, ethnologischem Verhalten usw. Alle diese Prägungsphänomene werden aus den von Patienten gezeigten oder geäußerten Copings, Stories und Folkloremustern heraus durch Schlüsselreize erhoben. Sie wird
- **interpretiert**,
das heißt, das heutige Problem wird dem Zeitgeist, dem Daheimgefühl aus 1900-1925 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die
- **Impulse**
„Das zu tun Angemessene“, das entweder *reaktivierend* oder *symptomlindernd* sein muß.

Diese therapeutisch-pflegerischen Maßnahmen werden nicht wie in der Gerontologie üblich aus nur oberflächlichen Erzählungen (Biographischer Ansatz) heraus bearbeitet, sondern aus dem thymopsychischen Material der Seele gewonnen:

Zum thymopsychischen Material gehören unter anderem:

Gefühle, Triebe, Emotionen,

die durch einen Schlüsselreiz (zur Erhebung) ausgelöst werden.

Das heißt aber auch:

Daß für normal biologisch veränderte Menschen der „biographische Ansatz“ (Ottakringer Modell) *genügend* (Noopsyche), aber *von therapeutisch-pflegerischen Forderungen weit entfernt ist*.

In der therapeutischen Pflege, die auf eine Symptomminderung oder Re-aktivierung ausgerichtet ist, ist eine Paarung mit kausaler Fachliteratur zusätzlich von Nöten. Ferner finden wir das brauchbare Material im thymopsychischen Anteil, also in einem vollkommen anderen Gedächtnisspeicherareal.

Wie man auf Abb. 1 erkennen kann, ist nur ein kleines Anteilchen aus dem Erinnerungsschatz der Seele ausschlaggebend für die Problematik im Alter. Nämlich die emotionale Biographie.

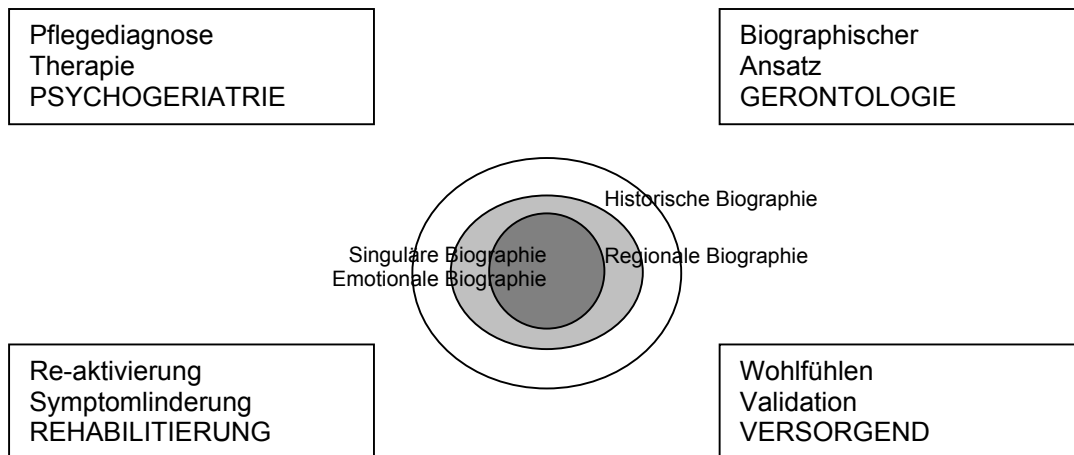


Abbildung 1

Aus dem Vorgang der Erhebung, Interpretation und Impulssetzung heraus kann man erkennen, daß es sich bei dieser Diagnose um einen Problemlösungsprozeß handelt, der weitgehend die Gefühlsebene des Personals vereinfachen sollte (Emanzipationsidee).

Wenn es aber zur Verflachung des Beziehungsprozesses kommt - Fachpflege statt Herzpflege -, so muß auch die Psyche des Personals mitberücksichtigt werden. Das heißt in der Praxis, daß man auch eine Biographie des Personals (im Team) erheben und interpretieren müßte (Neuorientierung der geriatrischen Pflege).

Wissenschaftliche Untermauerung

Wenn man das Speicherorgan Hirn - nach Vester - genauer betrachtet, kann man vier Speicherareale erkennen, wobei die zwei ersteren NOOPSYCHISCHE (Abklärung mittels Minimental-Status) Speicherungen, die letzteren nur mehr THYMOPSYCHISCHE Speicherungen sind. In meinem Modell wird meistens nur aus den unteren Speicherarealen gepflegt. Unbewußtes Material oder gar Neurosen werden dabei weder erhoben noch interpretiert. Pflege soll nicht in der Sackgasse der „Schmalspurpsychologen“ enden, sondern ihre Wege in der „Befindensverbesserung“ beschreiten. Das heißt, der Aufbau unserer Seele läuft (entwicklungsgeschichtlich) von unten nach oben zu ab, der jeweilige Speicher wird geprägt. In der Demenz erfolgt ein linearer Abstieg in das jeweilige Gefühl, in dem man schon einmal war.

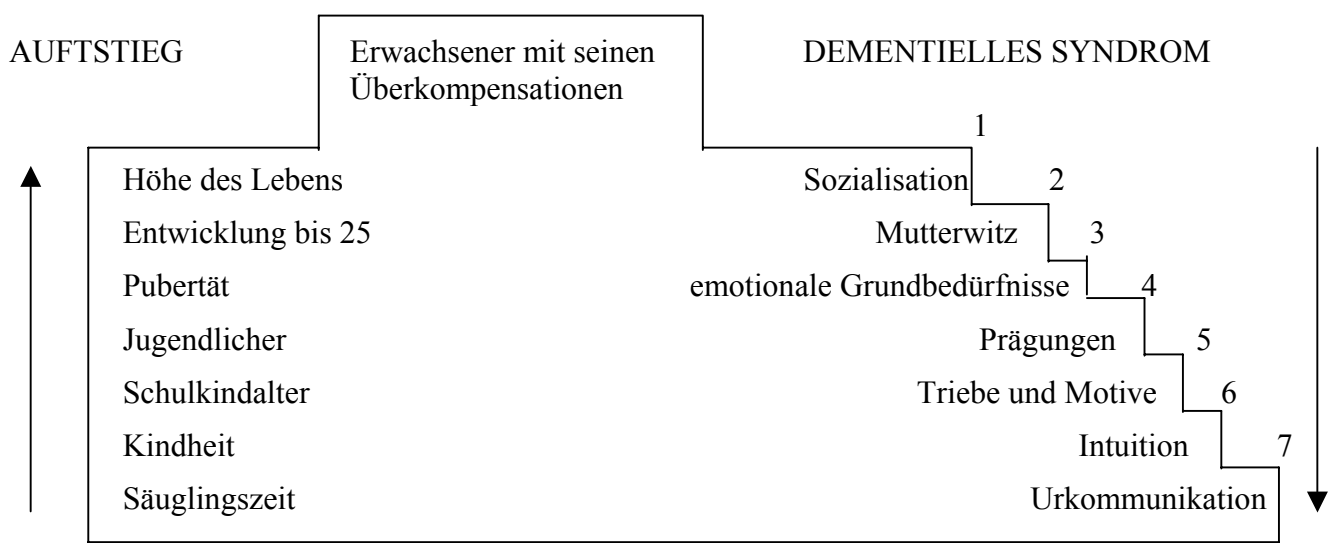


Abbildung 3: Die sieben emotionalen Erreichbarkeitsstufen

Wenn wir aus dem thymopsychischen Speicher heraus agieren, heißt dies auch, daß in jedem von uns noch immer das Kind wohnt, das wir einmal waren, daß wir im dementiellen Syndrom aus dieser Welt flüchten. Wir flüchten in das Daheimgefühl von früher (je Erreichbarkeitsstufe), um ein Wohlbefinden und Sicherheit zu erlangen.

Die Fluchtreaktionen (Regression) werden meistens als Symptom gesehen, ich möchte sie nur als Flucht in das „gute alte Zeitsyndrom“ verstanden wissen. Es ist doch nicht verwunderlich, daß Betagte (ich auch schon) bei der Sprache der Jugendlichen („affengeil, super megageil“ etc.) in die „gute, alte Zeit“ flüchten und die Welt nicht mehr verstehen wollen oder können!

Wenn bei einem Menschen die rationale (Denken mit Denkinhalten) Gedächtnisleistung nachläßt, kann es geschehen, daß noch immer - mittels Gefühl, Triebe und Affekte - eine Befindungsverbesserung erzeugt werden kann.

Um Betagte zu verstehen, ihr „Daheimgefühl“ von damals wahrnehmen zu können, muß man demnach in das Gefühl des jeweiligen Zeitgeistes eintreten. Man muß daher Familienbräuche, Sprach- und Handlungsrituale, Folkloremechanismen und Rituale kennen und diese vor allem aber als „Verhaltensbeobachtung“ lernen!

Aus dieser These des sich Entfernens aus der Realität entwickelte ich *sieben emotionale Erreichbarkeitsstufen*, die uns helfen sollen, den Klienten zu finden. Erst das Auffinden einer gleichen, zum Beispiel Umgangssprache läßt die Möglichkeit, mit unserem Klienten kommunizieren zu können, zu. Menschen in Erreichbarkeitsstufe drei sind eben von uns auf Stufe drei anzusprechen (usw.).

| Empirische Pflegeforschung | Wissenschaftliche Subsumation |
|--|--|
| <i>Böhm'sche Erreichbarkeitsstufen noach thymopsychischen Mustern zur ERHEBUNG und THERAP. PFLEGE</i> | <i>Geriatric Deterioration Scale nach Reisberg, Ferrir, De Leon, Crook zur DIAGNOSE</i> |
| Ak 1 Sozialisation aus der prim. und sek. Sozialisation heraus Erlebtes | 1. Stadium kein kognitives Defizit |
| Ak 2 Mutterwitz je Region und Milieu | 2. Stadium sehr leichtes kognitives Defizit bzw. leichtes mnestisches Defizit |
| Re 3 psychosoziale aus dem Leben Copings Verinnerlichtes | 3. Stadium leichter kognitiver Ausfall |
| Re 4 ritualisierte Muster aus Aphorismen, Sprüche, was macht mich wichtig als Bauer, als Bürger, als Arbeiterkind | 4. Stadium mäßiges kognitives Defizit mit ausgeprägtem Defizit in den drei folgenden Bereichen <ul style="list-style-type: none"> • schlecht informiert über aktuelle Geschehen • Erinnerungslücken • Konzentrationsschwächen • kann kompl. Aufgaben nicht erfüllen |
| Re 5 höhere und niedere Antriebe, Motive | 5. Stadium mittleres kognitives Defizit, die Demenz beginnt |
| Re 6 Aberglaube, Brauchtum, Volkstum und Folklore, Talisman, Rituale, Mythen, magisches Denken | 6. Stadium schwere kognitive Demenz, die Phase der mittleren Demenz |
| Re 7 erstes Lebensjahr Urängste, Urvertrauen | 7. Stadium sehr schweres kognitives Defizit |

Abbildung 4

An Hand der Tabelle können Sie erkennen, daß meine Erreichbarkeitsstufen mit den wissenschaftlichen Aussagen der GDS übereinstimmen.

Die Pflegedokumentation des Modells und der Diagnose als Einheit:

So wie die somatischen Probleme und ihre pflegerischen Maßnahmen auf einer Pflegedokumentation gleich sichtbar werden, wird auch für das seelische Pflegemodell eine eigene Pflegedokumentation geführt. Dieses Dokumentationsblatt (Abb. 5, ab sofort bei Recom in überarbeiteter Form erhältlich) beinhaltet eine Vorder- und eine Rückseite. Die Rückseite ist ein Standardblatt für die Erhebung von biographischen Stories aus dem Leben unserer Klienten. Das wesentliche daran ist, daß wir nicht einen Lebenslauf, sondern vorwiegend emotionelle, positiv oder negativ, geprägte „Geschichterln“ aus dem Leben - von der Geburt bis zum Hier- und Jetzt-Zustand - erheben.

Die Vorderseite enthält ein Dreispaltensystem, wobei
in der ersten Spalte das jeweilige Problem eingetragen wird,
in der zweiten Spalte die Pflegediagnose, die sich an Hand der Interpretation der
Biographie ergibt, und erst
in der dritten Spalte der Impuls, nämlich das zu tun Angemessene ersichtlich wird.

Die drei Teile widerspiegeln

| | | |
|---------------------------|---|--|
| Das Problem des Patienten | die Pflegediagnose an Hand von biogr. Geschichten | die Impulse die pflegerischen Konsequenzen |
|---------------------------|---|--|

(Das Wort *Impulse* verwende ich, da die Pflegeperson heute nach der Reversibilitätstheorie „etwas Gutes zu bewirken - und nicht etwas Gutes zu tun“ hätten.) Der Regelkreis, wie hier dargestellt, wird bei der Pflegevisite durch die Chargen (leitendes Pflegepersonal) der Abteilung erstellt und überprüft (Abb. 6). Erst die Kurzform der Niederschrift macht eine andauernde Kontrolle der durchzuführenden Impulse möglich.

Die eingesetzten Impulse werden daher evaluierbar. Unnötigen Ballast oder unfachliche Dokumentationen mit diffusen Aussagen entfallen. (Wie beim somatischen Pflegeprozeß in der Praxis je Stimmungslage.) Durch die Pflegeleitlinien, als Pflegedokumentationsformen, und den daraus entwickelten Arbeitsstil sind wir in der Lage, unsere „Fachlichkeit“ unter Beweis zu stellen.

1. Spalte: **Pflegeprobleme**

In der 1. Spalte scheint als Stichwort jenes Problem auf, unter dem der Patient,
seine Umgebung,
sein Partner oder
sein Betreuer leidet.

Probleme können sich im
Hier und Jetzt, aber auch
aus dem pathologischen Abbauprozess,
aus Antriebsdefiziten,
aus Familientragödien,
aus biographischen Fehlverhaltensmustern,
aus Prägungsphänomenen oder
aus sozialen Gründen ergeben.

Pflegerisch wird nicht zwischen primären und sekundären Demenzen unterschieden, um einen negativen Halo-Effekt auszuschließen. Aus der Problemformulierung ergibt sich eindeutig und gleichzeitig das Pflegeziel (Impuls). Mir geht es darum, daß ich das Problem, unter dem der Patient oder seine Umgebung jetzt leidet, mildern möchte. Ich halte mich streng an die Lehrsätze der Normalitätsprinzipien und der Interventionsgeriatrie.

Die Probleme werden hier gemeinsam von der Station in einem Wort manifestiert.

Beispiel:

Patient im Rückzug,
Patient verbal aggressiv,
Patient desorientiert,
Patient mit Ich-Verlust etc.

2. Spalte: **Diagnose an Hand der lebensgeschichtlichen** Geschichterln.

In der zweiten Spalte werden Kurzauszüge von positiv oder negativ besetzten Geschichterln niedergeschrieben und nach verschiedenen Thesen interpretiert. Das reine Niederschreiben von Ist- und Jetzt-Zustand, Beruf, Kinder etc. ist auf keinen Fall auslangend.

Die derzeitige Übersetzung meiner Arbeit, die Lebensgeschichte nur auf Formblättern niederzuschreiben, läßt keine adäquate Interpretation zu.

Die Interpretationen erfolgen:

hermeneutisch, folkloremäßig und nach der emotionalen Besetzung,

vor allem aber nach dem Zeitgeist, in den der Prägungszeitraum des Klienten fällt. So gesehen sind die meisten Auffälligkeiten, die der Klient heute zeigt, keine Symptome, sie sind mitgebracht, sind ein Anhänger aus seinem Prägungszeitraum (1910, 1920, 1930).

Es darf nicht vergessen werden, daß geriatrisch-prägungsphänomenale Prozesse eine durchschnittlich zehnjährigen Revidation je Generation erfordern.

Die Veränderlichkeit der Interpretation:

| Problem | Diagnose | Ziel |
|--|---|--|
| der heute Betagte ist inaktiv 1910 geboren | sein Leben bestand aus Lebenskämpfen | Lebenskämpfe, Risiken wieder einsetzen |
| in vierzig Jahren ist inaktiv 1960 geboren | sein Leben besteht aus basteln und Freizeit | Ergotherapeutin kommt voll zu tragen basteln wird in |

3. Spalte: **Impulse**

Impulse sind psychische Seelenpflegeprozesse nach dem Gesichtspunkt der humanistischen Konzeption. Sie sollten demnach nicht nur nach den ritualisierten ethisch-moralischen Zielen gesehen werden. Sie sind der Ausdruck vom umfassenden Pflegeverständnis der Pflegepersonen. Impulse hängen vom Ideenreichtum einer Pflegeperson ab und von der Fähigkeit, Besonderheiten zu erkennen und zu nützen.

Impulse werden mit Ziel und Zeitangabe geplant und wöchentlich bei der Pflegevisite korrigiert. Impulse erzielen eine Verringerung der Schwierigkeiten.

1. Eine Reaktivierungsform bei Klienten in Rückzugsphase.
2. Einen symptomlindernden Prozeß bei den verschiedenen Kardinalsymptomen der primären und sekundären Demenz.

Impulse erzielen ein Wiederaufleben statt ein Ableben. Die Angemessenen Impulse leiten wir nicht nur von der lebensgeschichtlichen Perspektive unserer Klienten ab, sondern bedienen uns ferner sämtlicher, in der moderne Interventionsgerontologie vorkommenden Thesen, wie:

- nach Sozialisationsprozessen (Menschentypen),
- nach vigilanzsteigernden Überlegungen,
- nach dem Copingmuster des Betagten,
- nach dem Muster des Normalitätsprinzips,
- nach den Thesen des Ich-Verlustes,
- nach Motiven, die den Lebensantrieb wecken sollen und
- nach höheren und niederen Lebenswerten.

Bei meinem Pflegeprozeß gibt mir mein Klient den pflegerischtherapeutischen Weg vor, den ich von ihm erlernen muß.

Fachlicher Background

Zur kausalen wissenschaftlichen Absicherung meines Pflegesystems berufe ich mich auf verschiedene wissenschaftlich abgesicherte Literaturhintergründe.

1. Die der Gedächtnisforschung Vesters. Er vergleicht das Gehirn mit einem Computer, der aus Frisch-, Alt-, Tertiär- und Kollektivgedächtnis besteht. Meine empirischen Forschungen bestätigten, daß, je dementer ein Klient ist, um so tiefere Ebenen für die Eruierung, aber auch gleichzeitig für die pflegetherapeutischen Maßnahmen angesprochen werden müssen.
2. Die zweite kausale Grundlage bildet natürlich die Emotions- und Entwicklungspsychologie und Ethnologie schlechthin. Wobei ich mich hier vorwiegend mit dem tymopsychischen Bereich unserer Klienten beschäftige. Meine Forschungsarbeit würde ich vorwiegend in diesem Zusammenhang in der Erarbeitung der Prägungsforschung und der emotionalen Erreichbarkeitsstufe sehen.
3. Prägungsforschung
Das heißt für mich, daß Pflegepersonen die historische, regionale und singuläre Geschichte unserer Klienten kennen müßten, damit die Copinphänomene dieser Jahrgänge verstanden und verschiedene Daseinsbewältigungsmechanismen als Daseinsbewältigungsstruktur begriffen werden können.
4. Die sieben emotionalen Erreichbarkeitsstufen
Für das Erhebungsgespräch sowie für die Reizanflutung unserer Patienten unterteile ich die emotionelle Erreichbarkeit in sieben Stufen. Diese decken sich (in der Diagnostik) mit der Literatur von Reisberg, Ferris, De Leon, Crock.

Mit diesem Pflegemodell hab ich auch versucht die österreichische Krankenpflege mit einem Modell zu versehen, das weit über die Grenzen Österreichs hinausgeht, in mehreren Institutionen nachempfunden wird. Mein Modell ist von einer Pflegeperson für Pflegepersonen kreiert und soll uns die Berechtigung im Umgang mit der Seele eines Klienten geben und uns professionalisieren. Zu diesem Zweck habe ich ein Böhm'sches Fortbildungsinstitut aufgezogen, das heute in 16 Schulen unterrichtet. Der Abschluß ist ein Zertifikat, mit dem man als *Praxisanleiter für dieses Modell* agieren kann. Mein Pflegemodell soll nicht auf meine Person ausgerichtet sein, sondern

nachlern- und nachlehrbar sein. Den Beweis habe ich bereits angetreten und abgeschlossen - wenn man liest und hört, wie viele Epigonen sich meiner Arbeit bedienen!

**Wenn Gott einen Kürbis macht, braucht er zwei Wochen,
macht er eine Eiche - zwanzig Jahre!**

**Die Einführung einer re-aktivierenden Station dauert vier Jahre.
Denn immerhin verbessern wir das Befinden - der Arzt die Befunde!**

Erwin Böhm

