**Das psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Erwin Böhm**

Wir alle sind zum Leben, zum Wiederaufleben und **„Lebendig sein“** und nicht zum Aufheben in einer bestimmten Institution geschaffen. Mit diesem Leitsatz hat der Wiener Professor Erwin Böhm in der Altenpflege viel Staub aufgewirbelt. Hat er doch damit vorwiegend somatisch orientierte Sichtweisen in Frage gestellt. Denn in der Pflegepraxis hat sich herausgestellt, dass in besonderer Weise die Pflege demenziell erkrankter Menschen neue Wege in der Betreuung dieser Zielgruppe erforderlich macht. Prof. Böhm hat darum ein spezifisches Pflegekonzept entwickelt, das als **Beziehungspflege,** oder auch **Seelenpflege** therapeutisch, symptomlindernd, bzw. heilend wirksam ist. Er gibt mit seinem psychobiographischen Pflegemodell der Altenpflege eine neue Ausrichtung.

Dieses Modell ist eine der entwicklungsfähigsten und umfassendsten Sichtweisen und buchstäblich für alle Pflegesituationen anwendbar. **„Zuerst** **muss die Seele bewegt“** werden forderte Prof. Böhm bereits vor vielen Jahren und revolutionierte mit seinem Lebenswerk die Pflege und Betreuung verwirrter alter Menschen. Sein Modell fördert ein Pflegeverständnis, das die **Biografie** der Betroffenen als Grundlage zum Verstehen eines Menschen und seiner Verhaltensweisen nimmt. Als therapeutische Pflege ist das psychobiographische Modell nach Prof. Erwin Böhm ein **reaktivierendes Pflegekonzept**, das den alten Menschen helfen möchte, am Leben teilhaben zu können. Eine ausschließlich versorgende Pflege (Warm-Satt-Sauber) fördert dagegen den Rückzug alter Menschen, in dem sie ihn zunehmend schwächer, abhängiger und hilfloser macht.

Die pflegerische Forderung besteht daher in der Aussage, dass zuerst die Seele des alten Menschen bewegt werden muss und nicht wie üblich, die Beine. Der alte Mensch muss für sich einen **Sinn** oder ein **Motiv** sehen können, um in der Folge seine Beine freiwillig zu bewegen. Er braucht ein Wozu und Wohin. Somit wird er morgens aufstehen, sich umkleiden, oder sich für den Tag stärken wollen. All das wird er aber nur dann machen, wenn er ein **Lebensmotiv** hat. Das Lebensmotiv eines alten Menschen ist in seiner **Prägungsgeschichte** aufgehoben und kann darum wieder geborgen werden. Wir reaktivieren das, was schon einmal da war. Das heißt: *Wir Pflegende setzen Impulse, die einen Menschen wieder zum Leben erwecken.* Diese Impulse sollen ihn in seinen Beweggründen und somit in seiner **Ich-Wichtigkeit** bestärken. Haltung geht vor Handlung.

Das psychobiographische Pflegekonzept stellt die **Beziehung** in den Mittelpunkt der pflegerischen Arbeit. Sie ist damit eine spezifische Pflege, die sich auf das wesenhaft menschliche (Menschenwürde) besinnt. Die eigene Persönlichkeit der Pflegenden ist somit das wichtigste Mittel der Pflegearbeit. Denn: *Die Sichtweise der Pflegenden bestimmt die Pflegeform im Altenheim.* Jeder Pflegende ist daher selbst gefragt und herausgefordert, nach eigenem Gewissen und eigenen Wertvorstellungen zu handeln. Eine so verstandene Verantwortungsethik dient nicht der Selbstbehauptung der Pflegenden, sondern sie steht im Dienst der Fürsorge der demenziell erkrankten Menschen. Das heißt auch, dass ein solches Pflegekonzept im Rahmen der Fortbildung nicht zu verordnen ist, sondern vom Einzelnen **verstanden** werden muss. Wir bessern das Befinden nicht die Befunde. Im Sinne einer verstehenden Pflege führt der Weg über die Beziehungsfähigkeit des Pflegenden zur **individuellen Biografie** des Bewohners. Durch das Verstehen einer Lebensgeschichte verändert der Pflegende seine Toleranzgrenze, seine Sichtweise zu bestimmten Pflegeproblemen und verändert somit seine Pflege. Fortbildungen als Grund- und Aufbaukurse werden durch den **ENPP** (Europäisches Netzwerk für Psychobiographische Pflegeforschung nach Prof. E. Böhm) regelmäßig angeboten und durchgeführt.

Zur Person Erwin Böhm:

Erwin Böhm wurde am 16. Mai 1940 geboren. Sein ursprünglich erlernter Beruf war Autospengler (Karosseur). 1963 machte er das Examen als Krankenpfleger. Danach arbeitete er in verschiedenen Fachgebieten der Psychiatrie und sein erstes Buch *Krankenpflege - Brücke in den Alltag* wird veröffentlicht. Sein bekanntestes Buch **„Verwirrt nicht die Verwirrten“** erschien. Hier stellt Erwin Böhm sein zweites Modell für den stationären Bereich vor. Das Reaktivierungskonzept soll den Bewohnern Hilfe zur Selbsthilfe geben. Um die Inhalte seines Modells auch richtig vermitteln zu können, gründete Böhm 1990 den Fortbildungsverein AGPK (Österreichische Gesellschaft für geriatrische und psychogeriatrische Fachkrankenpflege). An diesem Institut werden LehrerInnen ausgebildet, die nach einer theoretischen und praktischen Schulung befähigt sind, selbst das Modell Böhm weiterzuentwickeln. In Österreich, Luxemburg, Deutschland und der Schweiz wird das Pflegemodell Böhm unterrichtet - in Österreich übrigens an allen Altenpflegeschulen. Im Jahr **2001** wurde mit dem **ENPP** (Europäisches Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung nach Prof. Erwin Böhm) ein neuer organisatorischer Rahmen geschaffen, der die Verbreitung und Darstellung des Modells im europäischen Raum ermöglicht.

Entstehung des Modells durch eigene Beobachtungen:

Für Altenheime entwickelte Böhm das Psychobiografische Pflegemodell. Dieses Standbein der Böhmschen Theorie basiert auf der reaktivierenden Pflege. Böhm begann eine rehabilitative Pflegeform zu entwickeln. Statt der damals üblichen Warm-Satt-Sauber-Pflege entwarf Böhm ein **Reaktivierungsmodell**, in dem Patienten bzw. Bewohner wieder selbst die Tätigkeiten des Alltags verrichten sollten. Das Modell wurde auch durch andere Wissenschaften beeinflusst. So verwandelte er Teile der Tiefenpsychologie von Freud sowie die Individualpsychologie von Alfred Adler. Auch Bereiche der Verhaltenstherapie sowie der Sozialtherapie wurden mit integriert. Prof. Erwin Böhm bemerkte, dass die Pflegeperson dem Heimbewohner früher alles abnahm. Jede Tätigkeit wurde vom Pflegepersonal übernommen; es wurde nicht versucht, Bewohner dahingehend zu motivieren, die alltäglichen Tätigkeiten wieder selbst auszuführen. Dadurch kam es zu einer **Hotelisierung, Altenheimisierung** und **Demotivierung** der Menschen. „Sie gingen sterben“, wie Böhm das nannte. Böhm wollte ihnen die Aktivitäten wieder zurückgeben, sie wieder am Leben teilhaben lassen. Dabei bemerkte er, dass nur Tätigkeiten, welche die Bewohner früher schon mal ausgeübt hatten, wieder aufgerufen werden konnten. Wichtig war es also, über **Biographiearbeit** diejenigen Aktivitäten zu finden, die den alten Menschen von früher bekannt waren und ein Motiv für sie bildeten, wieder aktiv zu werden. Böhm stellt in seinem Modell heraus, dass es wichtig sei, die **Normalität** der Menschen herzustellen. Eine Person, die sich ihr Leben lang nur einmal in einer Woche gewaschen habe, verstehe nicht, warum die Schwester wolle, dass sie nun täglich Dusche. Ihre Normalität sei anders. Wichtig sei es deshalb, sich nach der Normalität der Bewohner zu richten und nicht das Hygienebedürfnis der Schwester zu befriedigen.

Böhm-Pflege ist Beziehungspflege. Pflege ist **Beziehungsarbeit**. Das heißt, sie ist ein Geschehen zwischen Menschen. Wir haben es in der Pflege mit Menschen zu tun, mit beseelten Menschen. Wir kümmern uns um deren Versorgung und Wohlbefinden. Zitat Böhm: „*Wir betreuen Menschen und nicht ihre Betten“.* Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er benötigt den anderen Menschen, um etwas über sich selbst zu erfahren. Selbstverwirklichung und das Erleben von Ich-Wichtigkeit sind nur über den Mitmenschen möglich. Zitat Böhm: *„Der Mensch braucht Bewunderer und sucht Bestätigung; der Mensch ist ohne Menschen nicht lebensfähig und braucht den anderen“.* Beziehung wird erfahren durch Bestätigungen und gegenseitiges Verstehen. Das heißt auch, dass wir alte Menschen verstehen lernen und dieses Verstehen in die Pflege einbeziehen. Dies geschieht auf der Grundlage eines Basisverhaltens der Pflegenden, wie es von Carl Rogers definiert wurde, nämlich: **bedingungslose Anerkennung; wertschätzende Anerkennung (Empathie) und Wahrhaftigkeit (Kongruenz).**

Ein wichtiger Bestandteil bei dem Umgang mit den Bewohnern des Heimes ist eine gute **Kommunikation**. Im Wesentlichen richtet sich die anzuwendende Kommunikationsform nach der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Bei dem Umgang mit den Betroffenen kommen dabei das einfühlende Verständnis, die Wertschätzung und menschliche Wärme sowie die Echtheit zur Anwendung. Die zwischenmenschliche Beziehung wird weiterhin vom aktiven Zuhören geprägt. Wesentliche Bestandteile sind dabei das Zuhören an sich, das Annehmen der Person wie sie ist und das in Worte fassen der verbalen und nonverbalen Aussagen des Bewohners. Jeder Pflegende bringt sich dabei selbst ein, d.h. er spricht, begleitet und pflegt so wie er ist. In dieser **Echtheit** kann der Schlüssel für eine erfolgreiche und helfende Kommunikation gesehen werden. Das Ziel der Pflege ist es, dem Bewohner seinen Gewohnheiten und seinen Verhaltensauffälligkeiten angemessene Pflege und Betreuung zu geben. *Psychobiographische Pflege ist eine professionelle Form der Kontaktaufnahme mit alten und verwirrten Menschen.* Sie hilft das Schweigen zu durchbrechen, dass sie häufig umgibt. Sie ist Kontaktaufnahme und Beziehung wo sonst Rückzug herrschen, Vereinsamung und Depression. Kommunikation ist zwar kein spezifisches Thema psychobiographischer Pflege, aber sie ist ein wichtiges **Medium** im Umgang mit verhaltensauffälligen Menschen. Böhm sagt: *„Das Hauptwerkzeug in der biographischen Pflege ist das Gespräch“.* Zu einer professionellen Pflege gehört die Kunst der Gesprächsführung. Hier sind nonverbale Ausdrucksweisen von besonderer Bedeutung, aber auch wörtliche Mitteilung gilt es zu beachten. Es gilt ebenso herauszufinden nicht nur was gesagt wird, sondern wie es gemeint ist. Dazu gehört die Fähigkeit, bei einem Bewohner verweilen zu können. Offen zu sein für seine emotionale Erlebnisqualität und nicht mit eigenen Vorstellungen und Projektionen über ihn zu verfügen. Dazu braucht es wirkliches **Interesse und Neugier**, die eine innere Anteilnahme am Erleben des anderen ermöglicht. Beziehungspflege erfordert daher **Beziehungsfähigkeit** in zweifacher Hinsicht: Zum einen im Verhältnis des Pflegenden zu sich selber und zweitens, das Verhältnis der Pflegenden zum Bewohner, denn wie ich zu mir selbst stehe, so werde ich auch mit anderen umgehen. Mein Eigenverhältnis wird sich auswirken in meiner Beziehung zum anderen.

Beziehungspflege beginnt mit der Selbstpflege. Böhm sagte: *„Pflege Deine Nächsten, wie Dich selbst“.* Die seelische Gesundheit der Gesamtpersönlichkeit muss gefördert werden; daher nimmt die **Selbsterfahrung** im Böhm Modell einen wichtigen Platz ein. Es geht nicht darum, dass der Beziehungsanteil der Pflege ausgeweitet wird, sondern, dass der Beziehungsanteil zur Basisdimension der Pflege wird. Böhm scheut sich darum nicht, in der Pflegearbeit von Nächstenliebe zu sprechen. Liebe bedeutet das Eigensein des anderen zu erkennen, anzuerkennen, Wert zu schätzen und zu schützen. In dieser Weise wahren wir die **Würde** eines Menschen. Diese wird dort geachtet, wo wir einen anderen Menschen Zitat: „in allen möglichen Gefühlen und Veränderungen zu folgen versuchen“ (Max Frisch). Denn jeder von uns lebt in seiner eigenen Erlebniswelt, die so verschieden ist, wie es verschiedene Menschen gibt.

Böhm-Pflege heißt **verstehende und bemühende Pflege.** Diese wird aus der Biografie, der Entwicklungs- und Prägungsgeschichte zu erschließen sein. Darum sind wir als Pflegende **Fragende**, die nicht schon Bescheid wissen. Wir fragen, was geht eigentlich in einem Menschen vor. Wir fragen damit nach einem Erleben des Menschen. Arbeiten wir dagegen vordergründig mit klinischen Diagnosen, zum Beispiel Morbus Alzheimer, geben wir lediglich kausale Erklärungen, die den alten Menschen auf seine Defizite festlegen. Defizite die häufig nach der heutigen Norm durch Pflegende bestimmt werden. Psychobiographische Pflege ist darum bemühende Pflege und das heißt: ***sich in die Welt der Gefühle zu begeben*** (Thymopsyche) und die Welt der Dinge nachgeordnet wahrzunehmen (Noopsyche).

Viele Jahrzehnte wurde in der Altenpflege die *Irreversibilitätstheorie* vertreten. Man war der Ansicht, dass auffällige Alterserscheinungen wie Vergesslichkeit oder Wahnvorstellungen beim alten Menschen nicht mehr rückgängig zu machen seien. In den letzten Jahren wurde zunehmend die **Reversibilitätstheorie** wissenschaftlich und empirisch begründet. Obwohl ein im Alter vorhandener cerebraler Abbau festzustellen ist, und auch die volle Funktionsfähigkeit des Gehirns nicht wieder herzustellen ist, können Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten verbessert werden. Für die Pflege bedeutet das grundsätzlich auf eine positive Veränderung der Verhaltensauffälligkeiten **hinzuwirken**. Somit findet keine verwahrende Pflege mehr statt, keine aufhebende Pflege, sondern eine **Wieder-Auflebende Pflege**. Die Seele bewegende Pflege. Zitat Böhm: *„…denn wir alle sind zum Leben, zum wieder aufleben, zum Lebendig sein geschaffen und nicht zum Aufheben in einer bestimmten Institution“.* Kennt diese Frau Müsli?? Verstehen bedeutet herauszufinden, was Menschen wirklich meinen und was sie bewegt. Darum ist psychobiographische Pflege **verstehende Pflege**. In der Pflegedokumentation werden Verhaltensauffälligkeiten von Dementen als Probleme aufgezeigt und Pflegemaßnahmen geplant. Verstehende Pflege würde heißen die beobachteten Auffälligkeiten erst einmal als für den einzelnen logische Handlung zu sehen. Psychobiographische Pflege ist Therapeutische Pflege!

Zwei verschiedene Welten:

Jeder Mensch sieht seine Welt und seine Umgebung nur so, wie er sie sehen, erkennen und erfühlen kann. Die Welt der Pflegenden ist auf Freizeit, Vergnügen, Urlaub und Entspannung ausgerichtet. Dies tut er, indem er von seinen eigenen ursprünglichen Wurzeln (Milieu, Familie, etc.) seine ihm eigene Betrachtungsweise in seine Erwachsenenwelt mitnimmt. Das heißt, dass **auch wir Pflegende geprägt sind** und tragen von unserer primären Sozialisation Mitgebrachtes in uns. In uns lebt das Kind, das wir waren, weiter und beeinflusst uns ständig. In bestimmten *Belastungssituationen*, in Ausnahmesituationen ziehen wir uns zumeist auf diese unteren erlernten Verhaltensmuster bzw. regressiven Handlungen zurück. Sie sind uns bekannt und stellen daher eine sicherheitsgebende Betrachtungsweise dar. Nun stellt aber Pflegen an und für sich schon eine Ausnahme-, eine Grenzsituation dar. Es ist somit nicht verwunderlich, dass wir Pflegenden instinktiv eher reagieren oder sogar aggressiv agieren, weil die Belastungssituation besonders im psychischen Bereich schwer zu verarbeiten ist. Wir setzen aufgrund der extremen Belastungssituation (wie unser Bewohner selbst) **regredierende Ersatzhandlungen** ein, schalten unseren Muttertrieb, unseren Bruttrieb ein oder nennen gar den Bewohner „Omi“ und „Opa“. Wir schalten also selbst auf Regression. Dieses Umschalten auf ein unteres Verhaltensmuster passiert aber nicht nur aufgrund unserer Prägung, sondern wird noch durch die zusätzliche Prägung der Pflegeschule, die wir erfahren haben, **verstärkt.** Es wurden uns Lehransichten eingeprägt, wir haben schließlich Pflegeansichten erlernt und sehen mit den Augen der uns jeweils prägenden Pflegeschule und deren Ideologie.

Freizeitgeneration kontra Brotarbeiter:

Wir Pflegende sehen nur unsere Welt die Welt der Freizeitgeneration! Wir können die Welt unserer Bewohner oftmals nicht verstehen, denn die Brotarbeitergeneration ist uns fremd geworden. In den Alten- und Krankenpflegeschulen wird weder über sie noch über uns selbst ein brauchbares Wissen vermittelt. Unsere **Ausbildung** ist, je nach Schultyp, vorwiegend *Bedürfnispflegeorientiert und ATL-fixiert und Diagnose-fixiert.* **(**Die Lebenswelt der Heimbewohner jedoch ist fast ausschließlich von der **Arbeit** geprägt). Damit wird jeder Verwirrte sofort zum Morbus ALZHEIMER oder zur senilen Demenz. Oder wir arbeiten behandlungspflegerisch und sind daher auf Hautrötungen und Krankheiten fixiert. ATL-fixierte Pflegepersonen sehen und beschreiben in der täglichen Dokumentation im Zusammenhang mit der Ressourcensuche nur die primäre Erfüllung der ATL. Diese Sichtweise wurde zur Standardsichtweise für - akut somatische Bewohner (über kurze Zeit), - Selbstzahler in Heimen (Hotelqualität).

Je nach Modell unterscheidet man ATLs, AEDLs, AL etc. In der Praxis wird nach diesen Rubriken, die vorgegeben sind, Ausschau nach möglichen **Defiziten** gehalten. Wenn jemand nicht mehr in der Lage ist, einen Teilbereich (z.B. sich waschen und kleiden) selbst zu erfüllen, dann beginnt in der Regel die Spirale der Pflege mit den Werten und Normen der Freizeitgeneration (Pflegende). Will man Betagte pflegen, muss man den Bogen des **Copings (Prägungen)** vor der Erfüllung der ATLs betrachten, sich gleichsam hineinversetzen. Das Daheim von früher umspannt den Bogen der Aktivitäten des täglichen Lebens bis hin zur Sexualität, vom Niederlegen bis zum Aufstehen. Es sind die Dinge des täglichen Lebens. Aufgabe der Pflege muss es daher sein, die Eigenarten eines Menschen nicht als Probleme zu sehen, sondern als Ausdrucksweise seines **„Geworden seins“**. Befragt man die Bewohner in Gruppen oder einzeln, fällt auf, dass Pflegende nicht auf die Bedürfnisse von früher eingehen, dass also ein Heim niemals heimelig sein kann. Noch bis vor ein paar Jahren wussten wir nichts über die so genannten Bedürfnisse unserer Bewohner aus den Tagen um 1900 bis. Ja, wir konnten ihr Daheim-Gefühl nicht einmal erahnen. *Wir schnitten ihre Gefühle auf die unseren zu*. Aber das ist nicht Seelenpflege oder Stillung des seelischen Hungers, sondern **institutionalisierte Pflege**! Ego kontra Ursprünglichkeit. Es ist also kein Wunder, dass der Boom zur Nostalgie in unserem Jahrhundert wieder ausbricht, weil er erstens in uns steckt und weil er uns zweitens einen Urlaub von der harten realistischen Welt ermöglicht. Wir träumen von unserer Oma, von der Tanne vor dem Bauernhaus. Wir erinnern uns an den Lachonkel, werden inspiriert vom Geruch eines alten Schweinestalls, wenn er uns um die Nase weht. Wir versetzen uns in unsere Kindheit zurück. Dieses Versetzen in die frühere Zeit gibt uns nicht nur Urlaub, sondern auch **Sicherheit** und ein **vertrautes, heimeliges Gefühl** (das Wort hat also gar nichts mit Heim zu tun). Das Daheim erfährt man durch seine Erlebniswelt in dieser Kinderzeit. In der Demenz sucht man immer die Freunde von gestern. Dies müssen nicht Freunde im Sinne von Menschen sein. Die Freunde von gestern sind auch das berühmt-berüchtigte Schmalzbrot sowie der Dialekt und der Witz von gestern.

Die Psychobiographische Pflege als neue Sichtweise:

Im Altenheim nehmen die Pflegenden durch das Sehen, Hören, Wahrnehmen, aber auch durch Intuition ein bestimmtes **Verhalten** der Bewohnern wahr. Dieses wahrgenommene Bild des Anderen wird in den meisten Fällen als inadäquates, störendes Verhalten in der täglichen Dokumentation niedergeschrieben. Damit geben wir auf Grund einer subjektiven Sichtweise die Beschreibung eines Bewohners (meistens auch eine Bewertung des Verhaltens) als vielmehr eine Problembewertung des Pflegenden. *Die subjektive Sicht ist weitgehend von der eigenen Biografie*, *aber auch von der Ausbildung abhängig.* Da bisher vorwiegend der somatische Blickwinkel zählt, kommt es zu einer gehäuften Fehlbeobachtung, denn die Probleme, die in der Dokumentation und in der Pflegeplanung erfasst werden, sind nicht die der Klienten, sondern **Probleme des Pflegenden mit den Verhaltensauffälligkeiten des Bewohners**. Dies führt dazu, dass bei ein und demselben Klienten täglich etwas anderes in der Dokumentation zu lesen ist. Einen Tag ist Sr. A anwesend der Bewohner ist brav und angepasst. Einen Tag ist Sr. B anwesend plötzlich taucht, wie aus der Luft gegriffen, das Wort desorientiert auf. Und am dritten Tag ist gar Sr. C im Dienst, und der Bewohner ist auf einmal inkontinent. Der Tagesbericht wird so eher zu einer Dienstbeschreibung als zu einer Tagesdokumentation. Man kann erkennen, welche Schwester mit welchem Patienten kann; welche Pflegeperson diesen oder jenen Bewohner ablehnt; oder wer gerne aus medizinischem Interesse nur Labor-, RR-Werte einträgt, aber einem Gespräch mit einem Heimbewohner weniger Beachtung beimisst. Wen wird es darum verwundern, wenn die Pflegenden ihre eigenen Probleme, Wünsche Vorstellungen, vielleicht auch die Angst vor dem eigenen Alter auf den Bewohner *unbewusst projiziert*. Man darf wohl davon ausgehen, dass Pflegepersonen die erwähnten **Ersatzhandlungen (Projektionen)** im Sinne des Behandelns deshalb setzen, weil sie selbst zur Zeit in einem kultivierten „Ich“ leben und die Unkultiviertheit ihrer Bewohner nicht aushalten würden. Dies bedeutet aber, dass die Gepflegten und die Pflegenden in gegensätzlichen Welten leben und schon allein deshalb eine Beziehungspflege nur schwer erreicht werden kann. Daher bevorzugt man kultivierte Betagte oder solche, die man wieder kultivieren kann. Auch alte Mütterchen, die keine Probleme machen, sind bei Pflegepersonen *äußerst beliebt.* Das hat zur Folge, dass unbequeme Heimbewohner mit starken Verhaltensauffälligkeiten als schwierig angesehen werden. Selbst mit der Änderung von Begrifflichkeit, wie z.B. störenden Verhaltens als **herausfordernde Verhaltensweisen** zu dokumentieren, werden verinnerlichte Umgangsformen **nicht verbessert**. Darum muss die Sichtweise professionalisiert und natürlich objektiviert werden. Pflegende müssen sich darüber bewusst werden, dass die Normen und Verhaltensweisen der damaligen Prägungszeit in Bezug fast aller Aktivitäten des Lebens *anders* waren. Ein gut gemeintes Frühstücksbüffet oder Müsli hat mit den damaligen Essgewohnheiten nichts gemein. Heutige Normen z.B. tägliches Duschen kann nicht zum Maßstab für alte Menschen gemacht werden. Lässt man hingegen alle eigenen moralischen, pädagogischen, kultivierten Prägungen weg, schafft man eine geeignete Beziehungsbasis, die den betagten Menschen selbst gerecht wird. Gerade diese Überzeugung brachte Prof. Böhm dazu, die ärztliche Diagnose (beispielsweise den sog. Mini-Mental Status und ähnliches) wegzulassen und das konkrete Verhalten der Heimbewohner gar nicht als Erkrankungsfaktor in Erwägung zu ziehen. Pflegende sollten sich bemühen, was Höflichkeit, Ermahnung, Respekt und die Erhaltung einer heiteren Ironie anbelangt. Dies sollte die Therapie, unsere Sicht für psychisch Verhaltensgestörte, für Verwirrte sein - eine *„bemühende Pflege“*. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist hierbei zu bedenken. **Pflegende und die Zu-Pflegenden leben in unterschiedlichen Welten:** Pflegende leben in der Welt der Dinge und Begriffe, die rational erfasst wird und die Welt der Gefühle, die emotional beeindruckt, ist die Welt der Dementen. Gerade im Alter wird die Teilung der Psyche in zwei Bereiche immer deutlicher. Die zwei Bereiche, die bei einem demenziell betroffenen Menschen nicht mehr kooperieren, so irrt er dann zwischen beiden Welten, der Thymopsyche und Noopsyche umher und wird durch sich selbst verwirrt. Bemühende Pflege - Fachpflege im Sinne von Böhm - versucht sich in die Welt der Gefühle zu begeben und die Welt der Dinge nur am Rande wahrzunehmen.

Das psychobiographische Normalitätsprinzip:

**Der psychobiographische Ansatz ist das grundlegendste Prinzip der Böhmpflege.** Normalität ist biografisch definierte Individualität. weitgehende Erhaltung der körperlichen und geistigen Mobilität, die Sorge für ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit, Selbstbestimmung und damit ein positives Selbstwertgefühl, die Schaffung der Möglichkeit zur weiteren aktiven Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (in Freud und Leid), das Erleben von Geborgenheit und Angenommensein für die Heimbewohner in familienorientierter Atmosphäre. Nahezu alle anderen Richtlinien (z. B. zu den Aspekten Milieugestaltung, Aktivitätenplanung, Betreuungsprinzipien) werden aus diesem Prinzip *direkt abgeleitet* oder zumindest entscheidend dadurch eingefärbt. Es enthält insbesondere auch die Forderung nach möglichst viel **Normalität aus der individuellen und** **kollektiven Biografie**. Normalität ist biografisch definierte Individualität. Normal ist das, was ein Mensch im Laufe seiner Lebensgeschichte als normal kennen gelernt hat. Dabei richtet sich die praktische Orientierung des Modells nach dem Normalitätsprinzip, seine Verhaltensweisen werden nicht aus dem Blickwinkel einer Störung betrachtet, sondern als Ausdruck von Normalität, die sich aus der individuellen und zeitgeschichtlichen Biografie heraus verstehen lässt. Im Einklang damit steht die Forderung möglichst viel Normalität im Pflegealltag zu ermöglichen und damit eine Atmosphäre des **„Daheim Gefühls“** zu schaffen. Hinzu kommt die Notwendigkeit eines geregelten Tagesablaufes der den lebenslangen Gewohnheiten und Eigenarten Rechnung trägt, schon allein dadurch können Hektik und Unruhe vermieden werden. **Geeignete Orientierungshilfen der damaligen Zeit** helfen den Klienten ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. Die angebotenen Aktivitäten des Heimes richten sich nach dem Kompetenzvermögen des einzelnen und orientiert sich an biographisch erworbenen Fähigkeiten, aber auch an neuen Entfaltungsmöglichkeiten. Günstige Voraussetzungen für die Planung von Aktivitäten sind ein Sicherheit und Geborgenheit vermittelndes Milieu, eine deutlich erkennbare Tagesstrukturierung, sowie der Einsatz von Re-Aktivierenden Techniken. Das Normalitätsprinzip als das zentrale Gestaltungsprinzip der psychobiographischen Pflege unterstützt diese Bemühungen. Das psychobiographische Normalitätsprinzip hat grundlegende Implikationen für die meisten betreuerischen Fragen. In Bezug auf die räumliche Gestaltung bedeutet es beispielsweise, dass man sich an normalen Wohnumgebungen und Lebensbedingungen aus der wirklich gelebten Biografie der alten Menschen orientieren muss. Das heißt in der Regel: Orientierung am Leben in der Familie, so wie es sich für die alten Menschen abspielte. Dies sollte z. B. dadurch gefördert werden, dass es einen Wohnbereich mit Wohnküche und Wohnstube gibt, wovon der Schlafbereich (Zimmer der Bewohner) abgegrenzt ist, so dass der Wohnbereich überschaubar ist und **Geborgenheit** vermittelt. Bei der Gestaltung der Umgebung kann eine wichtige hilfreiche Frage sein: Hätte sich der Bewohner früher so eingerichtet, würde er so wohnen wollen, hätte es in seiner aktiven Zeit so bei ihm ausgesehen? Der Grundgedanke ist also, wieder ein möglichst normales Leben im Heim zu fördern und zuzulassen. *Therapeutische Angebote* sollen hierbei Hilfen sein, das Leben ausgefüllter und sinnvoller zu erfahren.

Dem Normalitätsprinzip entsprechend, ist die Aufgabe der Mitarbeiter vornehmlich die der Anregung und Begleitung der Bewohner: Man arbeitet gemeinsam im Haushalt, freut sich und trauert zusammen. **Für den Mitarbeiter bedeutet dieses Konzept: Loslassen können, nicht alles steuern müssen, auf vollständige Kontrollierbarkeit verzichten.** Orientierung besteht in der Sensibilisierung der Pflegenden: Die Pflegemitarbeiter sollen durch die Vermittlung verschiedener lebensgeschichtlicher Ereignisse ein möglichst vollständiges Bild der Persönlichkeit des dementen Bewohners erhalten und so vom Klischee des dementen, abgebauten, kommunikationsunfähigen und schwerstpflegebedürftigen Menschen wegkommen. Solange dieses Klischee in den Köpfen der Pflegenden besteht, bleibt der demente Bewohner immer nur ein *Pflegeobjekt*, und zu einem Objekt werden keine persönlichen Kontakte geknüpft.

Normalität heißt auch: Klospülung zum Ziehen; keine Einhebelmischer am Waschbecken; einen eigenen Briefkasten zu haben Post zu bekommen; in die gute Stube gehen zu können; Gästen etwas anbieten zu können; Küchenarbeit zu verrichten; eigene Möbel zu haben. Ein äußerst wichtiges Angebot zur Förderung und Reaktivierung von Fähigkeiten ist auch die **Einbeziehung in den ganz alltäglichen, am Leben in der Familie orientierten Tagesablauf** mit den dabei anfallenden Arbeiten und den sozialen Anregungen. Auffallend ist, dass sich dabei wie in echten familiären Strukturen fast von selbst feste Aufgabenzuordnungen und Rollenverteilungen ergeben. **Milieu und Umgebung** sind damit das A und O für die Erhaltung der Normalität. Unweigerlich muss man in diesem Zusammenhang an die bewusst provozierenden Worte von Erwin Böhm denken, der da behauptet, die meisten Verhaltensauffälligkeiten seien sozusagen von der Institution *selbst gemacht*.

Zur Wahrung der Lebenskontinuität gehört natürlich unbedingt dazu, dass Verbindungen zu Angehörigen und Freunden erhalten bleiben. Dies ist unseres Erachtens nur dann erreichbar, wenn sie sich im neuen Zuhause des alten Menschen *selbst wohl fühlen können*. Die konsequente Berücksichtigung der individuellen **„PsychoBiografie“** ist enorm wichtig. Jeder Mensch und der Demente vielleicht sogar in besonderem Maße, braucht unbedingt das Gefühl, eine eigene Persönlichkeit zu sein und sich von allen anderen zu unterscheiden. Für den einen ist das sein beruflicher Werdegang, für den anderen sein Wohnort oder sogar nur seine ganz persönliche Art, Kaffee zu trinken. Ein weiterer wichtiger Aspekt der psychobiographische Bindungen aufbaut - der **Angehörige** besitzt den Schlüssel zur Vergangenheit und damit zur Entwicklungsgeschichte des Bewohners. Daher ist die *Einbeziehung des Angehörigen in das Milieu, in die Pflegeplanung und den Betreuungskontext unabdingbar.* Angehörige haben jedoch nicht nur die Funktion, über das Leben und die Eigenarten der dementen Bewohner zu informieren. Sie sind für die Betroffenen vor allem das emotionale Bindeglied zu ihrem bisherigen Leben und verkörpern zugleich Kontinuität und Bezugspunkte.

Milieugestaltung im Böhm-Modell:

Im Einklang mit der Forderung, möglichst viel psychobiographische Normalität auf den Stationen zu ermöglichen, soll die **Gesamtatmosphäre** möglichst an das echte Zuhause angelehnt sein. Sorgfältig ausgewählte Musik in allen Räumen der Station und zu bestimmten Tageszeiten wirkt ausgleichend auf die Bewohner und die Pflegekräfte. Die Umgebung muss also an den Bedürfnissen und den Defiziten der dementen Menschen und am psychobiographischen Betreuungskonzept der Institution ausgerichtet sein. In der folgenden Übersicht wurden die wichtigsten Gesichtspunkte für die Gestaltung einer Böhm-Station zusammengefasst.

Ein Kinderwagen weckt Erinnerungen und spricht den Mutterinstinkt an. Hinzu kommt die Notwendigkeit, einen geregelten Tagesablauf anzubieten, Hektik und Unruhe zu vermeiden sowie Orientierung und Sicherheit durch *viele bedeutsame Hinweise* zu fördern. Unter **Milieutherapie** versteht man eine angemessene räumliche und sachliche Gestaltung der Umgebung in einem Heim. Aber auch die Entwicklung von Einstellungen, Wahrnehmungen und Umgangsweisen der pflegenden und betreuenden Personen (auch Angehörige) gehören zur Milieutherapie. **Ziel der Milieutherapie ist die Verbesserung der Aufmerksamkeit und Neugier beim Dementen.** Die pflegenden und betreuenden Personen müssen bei der Arbeit nach dem psychobiographischen Pflegemodell eine Bereitschaft zum *Experimentieren* mit einbringen. Die Milieutherapie ist das schützende Dach für Demente, es gibt derzeit keine andere Alternative. Milieutherapie stellt somit eine Möglichkeit eines konstruktiven Umbruchs in der Altenpflege dar. Milieutherapie ist ein bewusstes, pflegerisch-therapeutisches Handeln, unter der Berücksichtigung von Verhaltensauffälligkeiten der Klienten. Alle Kontaktpersonen werden in diesen Prozess mit einbezogen. **Ziel ist, dass der Heimbewohner ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes, ungestörtes Leben im Heim führen kann.** Wesentliche Voraussetzung für eine demenzgerechte Betreuung in einem Heim ist die Schaffung eines Klimas, in dem möglichst wenig Störungen und Belastungen vorkommen. Dem Klienten muss Sicherheit und Stabilität signalisiert werden. Dabei ist die **Konstanz** (in Bezug auf die Personen und das therapeutische Vorgehen) der Betreuer von unerhörter Bedeutung. Die Pflegestation soll wohnlich und nicht institutionell aussehen. Um den alten Menschen schwierige Entscheidungen zu ersparen, ist es wichtig, die Stationen entsprechend zu gestalten. Sie sollen sehr viel Raum für Bewegung bieten und frei von Engpässen (wo sich die Betroffenen gegenseitig anrempeln) und angst einflößenden Sackgassen sein. Eine gute Beleuchtung hilft, die Entstehung von illusionären Verkennungen und optischen Halluzinationen zu verhindern. Enge und überfüllte Räume mit einer chaotischen Atmosphäre, laute Geräusche, Gestank und unangenehm hohe Raumtemperaturen begünstigen ebenfalls die Entstehung aggressiven Verhaltens. Als oberstes Prinzip gilt die **Reizpotenzierung,** d.h. der Demente sollte auf mehreren Sinnesebenen gleichzeitig angesprochen werden. Die Reize müssen stimmig sein. Optische, akustische und geschmackliche Reize, sowie Berührungen müssen je nach Neigungen der Heimbewohner angeboten werden. Konkret heißt das, dass alle Tagräume 500 Lux in Augenhöhe vorweisen müssen, keine Schatten und warme Beleuchtung einsetzen, denn diese wirkt stimmungsaufhellend. Licht ist somit ein externer Zeitgeber und bestimmte Verhaltensauffälligkeiten, wie das **„Sundowning“** (unruhiges, zielloses Umherwandern in den Abendstunden) wird reduziert.

Die Umgebung muss leicht zu verstehen sein, eingesetzte Orientierungshilfen müssen auch helfen und Hinweisschilder, Namensschilder müssen das Nachlassen des Farbsehens der alten Menschen berücksichtigen. Eine Umgebung im Böhm Modell muss Erfahrungen mit Tieren ermöglichen, Besuche von Angehörigen fördern, über besondere Ruheräume für akut störende Demenzkranke verfügen (z.B. Snoezelraum) und die Arbeit des Betreuungspersonals erleichtern. **Im Mittelpunkt der Milieutherapie stehen die psychischen Bedürfnisse des Demenzkranken,** die herkömmliche, körperliche Pflege ist zweitrangig. **Freiwilligkeit ist das oberste Grundprinzip.** Die Tagesstruktur richtet sich nach den individuellen Vorlieben, nicht nach den individuellen Zwängen.

Allgemeine und spezielle Orientierungshinweise:

Die Stationsräumlichkeiten sollten klar und übersichtlich strukturiert sein. Dabei darf aber nichts überladen wirken, z. B. durch zu viele Beschriftungen und Hinweisreize. Klar gekennzeichnete Türen (unterstützt durch einfache Symbole) sind sehr hilfreich, ebenso die unterschiedliche und durchgängige Gestaltung der einzelnen Stationen (Name, Farbe, Teamsymbol). Einzelmaßnahmen, wie das sichtbare Anbringen des täglichen Menüs und des Aktivitätenplans, **das Tragen von Namensschildern**, die deutliche Kennzeichnung, wer gerade Dienst hat (mit Magnetphotos) usw. erleichtern das Zurechtfinden. Gemusterte Böden (vor allem Schwarz- Weiß-Kontraste) oder schwarze Flächen sind sehr ungünstig. Empfehlenswert sind sanfte Farben, eine gute, indirekte Ausleuchtung (kein Schummerlicht) sowie die deutliche Kennzeichnung von Glastüren.

Wohnzimmer und Küche:

Der Institutionscharakter soll möglichst minimiert werden. Eine Wohnzimmer- und Wohnküchenatmosphäre kann dadurch gefördert werden, indem z. B. Gardinen wie zuhause angebracht werden, echte, also auch abgesessene Sessel, ein Küchentisch mit Wachsdecke, Standuhren usw. verwendet werden. Ungünstig sind übertriebene jahreszeitliche oder anderweitig artifizielle Dekorationen. Bei der Raumplanung sollte unbedingt auch an Rückzugsmöglichkeiten gedacht werden. Möglichst altmodische Einrichtungsgegenstände (alte Bilder, Fotos) und Erinnerungsgegenstände (z. B. Nähmaschine, alter Herd, Besen usw.) aus der Biografie wirken manchmal Wunder und laden zudem automatisch zu aktivem Tun ein. Gefährlich sind täuschend echte Wandbemalungen, da diese den Bewohner oft zusätzlich verwirren. **Die Verwendung zeitlich begrenzter Dekorationen (Weihnachten, Ostern) fördert die Orientierung, sofern sie auch wieder rechtzeitig entfernt werden.**

Flure:

Flure werden nach Möglichkeit unterscheidbar gestaltet (Bilder) und sind gut beleuchtet. Kalender, Uhren und Tafeln (Fotos vom Personal, Aktivitäten) tragen zur Orientierung bei. Das „Zuhause Gefühl“ kann durch die Verwendung von Spiegelschränken, Pflanzen, Sitzgruppen, kleinen Möbelstücken wie Kommoden und kleinen Tischen verstärkt werden. Alben mit Fotos von Festen und Aktivitäten laden zum Schmökern ein.

Badezimmer:

Sie können durch Pflanzen und farbige Accessoires deutlich gemütlicher gestaltet werden. Die Verwendung von **Düften und Aromen** (Lavendel, Zitrone) sorgt für Atmosphäre. Man sollte nach Möglichkeit Pflegemittel verwenden, die die Bewohner aus ihrer Biografie kennen.

Einrichtung der Bewohnerzimmer:

So weit als möglich soll das Zimmer persönlich und individuell gestaltet werden können. Kleine Erinnerungsgegenstände (Souvenirs, Fotos usw.) von früher können eine große Wirkung tun und eine schöne, vertraute Atmosphäre schaffen. Hier gilt es unbedingt, Angehörige auf die Wichtigkeit dieser scheinbar wertlosen Accessoires aufmerksam zu machen. Es kommt nämlich nicht auf die Ansehnlichkeit und den materiellen Wert an, sondern vielmehr auf den **persönlichen Erinnerungswert** der mitgebrachten Einrichtungsgegenstände.

Allgemeine Richtlinien für die Betreuung:

Unabhängig von einem spezifischen Arbeitsstil benötigen demente Menschen einen besonderen Arbeits- und Betreuungsstil, um ihren krankheitsbedingten Defiziten möglichst wirksam entgegenzusteuern. Die dementen Bewohner sind erwachsene Personen. Sie sollten also mit Würde und Respekt behandelt und als gleichwertige Menschen mit ihren lebenslangen Gewohnheiten und Eigenarten anerkannt werden.

Grundüberlegungen:

Mit der Propagierung der ganzheitlichen und aktivierenden Pflege rückt die **Persönlichkeit** des alten Menschen in den Vordergrund, man orientiert sich nicht mehr einseitig an der rein körperlichen Pflege, sondern schenkt den **psychischen und sozialen Bedürfnissen** vermehrt Aufmerksamkeit. Die Betreuung muss in erster Linie an der existentiellen Verunsicherung und Angst ansetzen. Geistiges Training, vollständige Rehabilitation und ähnliches sind nicht die entscheidenden Punkte bei der Arbeit mit Verwirrten. Es muss vielmehr um die ganz elementaren Gefühle von *Sicherheit und Geborgenheit* gehen. Es kommt also vor allem darauf an, wie wir dem alten Menschen im betreuerischen Alltag begegnen. Der Aufbau von Gewohnheiten ist von elementarer Bedeutung, um Gedächtnisverluste zu kompensieren. Personen, Räumlichkeiten und Handlungsabläufe prägen sich mit der Zeit ein und werden vertraut, wenn sie immer wiederkehren. **Daher muss es eine klare, gemeinsame Linie aller Betreuenden geben**, insbesondere was den Umgang mit den Realitätsverkennungen der alten Menschen betrifft. Die Frage nach der Mutter, die kommen soll, oder zu der man jetzt unbedingt gehen müsse, hat z. B. wenig mit der konkreten Mutter zu tun. Darin drückt sich vielmehr die *Sehnsucht nach Geborgenheit*, *Aufgehoben sein und Schutz aus*, weswegen es wenig Sinn hat, dem alten Menschen zu erzählen, dass die Mutter schon seit Jahren tot sei.

Erinnerungen an die Schulzeit wecken: Viele Demenzkranke, die keine Gesichter und Räume mehr erkennen und die Sprache nicht mehr verstehen können, werden mit **Angst** konfrontiert. Sie glauben, ausgestoßen oder verloren zu sein und suchen verzweifelt nach etwas Bekanntem, verlassen die Wohnung oder das Heim und irren verzweifelt herum. Um diese Angst zu beschwichtigen, ist es notwendig, eine warme, entspannte Atmosphäre, die gerade auch vom Verständnis für die Schwächen der Betroffenen und von Akzeptanz aller von unserer Norm abweichenden Verhaltensweisen geprägt ist, zu erzeugen. Hat der Mensch Betätigungsmöglichkeiten - auch solche, die uns sinnlos erscheinen ist er weniger geneigt zu aggressivem oder apathischem Verhalten. Viele Aggressionen sind hausgemacht, das konnten wir immer wieder feststellen. Es ist immer wieder sehr wichtig, erst nach einer **Ursache** zu suchen, bevor man an Abhilfemöglichkeiten denkt. Von Bedeutung ist auch, den Dementen immer wieder das Gefühl zu vermitteln, dass sie allen als Person und Individuum gut bekannt sind, was wiederum nur bei einer genauen Kenntnis ihrer Biografien gelingen kann. Alltägliche **Rituale** (z. B. Zu-Bett-Gehen-, Ess-, Waschrituale) und feste Zeiten für wiederkehrende Aktivitäten wirken als **Strukturgeber** und schaffen **Orientierung**. *Die tägliche Körperpflege, die medizinische Fußpflege, Frisörbesuche und Bäder sind auch beim Dementen Voraussetzung für ein gepflegtes Äußeres und erzeugen Wohlbefinden.* Auch Demente schmücken sich gern mit Gegenständen, die ein Statussymbol sein können, wie eine Armbanduhr, Schmuck, Hut, Handtasche auch wenn die Gefahr des Verlierens und des Versteckens groß ist und viele Angehörige im Glauben, dass ihre Demenzkranken ohnehin nichts mehr damit anfangen können, eher dazu neigen, sämtlichen Schmuck oder ähnliches einzubehalten. Die Schaffung eines Bezugspersonenprinzips, das konsequente Ansprechen mit Namen vermittelt zusätzliche Sicherheit. Wichtig sind auch brauchbare Hinweise für neue Mitarbeiter in der **Pflegedokumentation**. Überhaupt ist die *Einarbeitung neuer Mitarbeiter ein sehr wichtiges Thema*, um zu vermeiden, dass es zu unterschiedlichen (meist inkompatiblen) Arbeitsstilen und Betreuungsideologien kommt.

Die Erhebung einer brauchbaren Gefühlsbiografie:

Durch die **Thymopsychische Biografiearbeit** (Gefühlsbiografie) kann in der Praxis der Altenpflege eine zutiefst menschliche Art des Umgangs mit alten Menschen kennen gelernt werden. Diese Arbeitsweise könnte - würde sie in die Praxis umgesetzt - jedem Menschen, ob jung oder alt, neue Hoffnung für den letzten Abschnitt des eigenen Lebens geben. Durch die Erhebung von **Stories, Folklore und Copings** gibt die Pflegekraft einem alten Menschen einen Sinn im Leben. Für alte Menschen ist der Respekt gegenüber der Person und der Lebensgeschichte ein Lebensmotiv. Respekt für die alten Menschen wird in dieser Arbeit deutlich. Die biographische Beziehung zu alten Menschen macht diese nicht nur zu mehr oder weniger leicht handhabbaren Pflegeobjekten; es werden Menschen erkennbar, die ein langes Leben mit Freuden und Leiden, Hoffnungen und Enttäuschungen hinter sich und in sich haben. In der angestrebten Beziehung werden Räume geschaffen, in denen erlebte Geschichte ohne Zensur mitgeteilt werden kann, mit allen bewussten und unbewussten Verfälschungen. Die beschriebene Haltung der Pflegenden hat Ähnlichkeit mit den Grundprinzipien der Psychoanalyse: Soweit Menschen auch alte Menschen sich in einer Beziehung sicher fühlen, können sie versuchen, jeweils auch die andere Seite ihrer Lebensgeschichte(n) und damit auch andere Seiten ihrer eigenen Person zu erkennen und im Gespräch mit anderen Menschen deutlich zu machen. **Sicher fühlen sich Menschen, wenn sie respektiert werden**, wenn ihre Erzählung gehört und angenommen wird. Wenn alte Menschen gehört und interessiert gefragt werden, müssen sie ihr langes Leben innerlich nicht wegwerfen und damit sich selbst nicht zerstören. Eine psychodynamische Grundlage der so häufigen **Altersdepression** wäre damit zumindest gelockert. Für die hier beschriebene biographische Haltung in der Altenarbeit ist die Aufrechterhaltung der eigenen Lebendigkeit bei den Pflegenden von großer Bedeutung. Wenn wir von der Thymopsychischen Biografieerhebung im Böhm-Modell sprechen, dann meinen wir nicht die Erhebung von dativem Material, sondern **Lebensepisoden und Stories**, die gefühlsmäßig besetzt sind. Wir fragen nach den Lebensinhalten, die eine emotionale Bedeutung hatten. Eine solche thymobiographische Erhebung erfordert mehr als das bloße hinhören, eben eine Grundhaltung der Offenheit und der **empathischen Teilnahme** im Umgang mit demenziell betroffenen Menschen. Unsere Neugier auf die Geschichte(n) der Alten beruht in unserem Verständnis nicht auf dem Wunsch nach einer möglichst vollständigen Daten und Ereignissammlung, sondern konzentriert sich auf subjektiv geprägte **Lebenswirklichkeiten** und die Suche nach der eigenen **Persönlichkeit und Identität**. Wenn wir uns um ein vertieftes Verständnis der Situation der alten Menschen bemühen und dabei ihre Biografie, ihre Lebenserfahrungen und ihre Zukunftserwartungen einbeziehen, entdecken wir *neue Möglichkeiten der Begegnung und der Alltagsgestaltung.* Wir lernen aber auch die Grenzen unseres Bemühens und die der alten Menschen wahrzunehmen und zu akzeptieren. Wer eine Geschichte zu erzählen hat, ist ebenso wenig einsam wie der, der einer Geschichte zuhört. Und solange es noch irgendjemanden gibt, der Geschichten hören will, hat es Sinn so zu leben.

Die Erhebung einer Thymopsychischen Biografie:

Mit der Erhebung einer Thymopsychischen Biografie wollen wir die **Volksseele** verstehen lernen. Das heißt, wir erheben aus der Lebensgeschichte emotional bedeutsame Lebensereignisse, die in Folkloresituationen, Stories und Copings enthalten sind. Wir richten uns nach den Geschichten des Alltagslebens und vermeiden eine analytische Betrachtungsweise. Wir beschäftigen uns mit den Schichten der Volksseele (Intuition, Folklore usw.) und versuchen eine Seelenpflege vom Volk für das Volk zu kreieren. Biografisches Arbeiten im Böhm Modell beschäftigt sich mit den *unterschiedlichen Folkloresituationen der Regionen* (Zeit- und Regionalgeschichte) aus denen der Bewohner stammt. Wie bei allem erwartet man auch beim Lebenslauf einen so genannten Normallebenslauf, der an sich von der Entwicklungspsychologie vorgegeben wurde. Um im Anschluss einen pathologischen Biografiebericht verstehen zu können, sollte man sich vorerst einen normalen ansehen. Immerhin muss man vor der Pathologie auch die Anatomie lernen. Der so genannte normale Lebenslauf besteht aus vielen banalen Geschichten, die eine emotionale Bedeutsamkeit haben.

Zur Biografieerhebung:

Durch die Biografiearbeit sieht die Pflegekraft den jetzt gebrechlichen Menschen in einem anderen Licht, eben nicht nur in seinem hilflosen Zustand. Sie kann sich vorstellen, wie der Mensch einmal gewesen ist. Respekt und Achtung wachsen in vielen Fällen, wenn man erfährt, was Herr G. schon alles erlebt hat oder wie schwer es Frau K. im Leben hatte, und doch hat sie es geschafft, fünf Kinder alleine durchzubringen. Es versteht sich von selbst, dass es bei der Biografieerhebung weniger um chronologische Lebensläufe, als vielmehr um **lebensgeschichtlich und emotional bedeutsame Ereignisse** geht. Zur psychobiographischen Erhebung gehört eine Hintergrunderhebung zu Kindheit, Jugend und Herkunftsfamilie, sowie zur Lebenssituation, die dieser Mensch als Erwachsener aufgebaut hat. Das kennen lernen der regionalen Geschichte (soweit das Alltagsleben davon berührt war), sowie eine grobe historische Datensammlung sind ebenfalls unabdingbar. Natürlich müssen auch **Angehörige** in den Prozess der Datenerhebung mit einbezogen und alle Informationen **sauber dokumentiert** werden. Einzelne Stories werden erst zu einem runden, interpretierbaren Gesamten. Dies bildet auch unsere Fragetechnik. Die Gesprächsführung basiert auf gesprächstherapeutische Basisbedingungen, wie sie Carl Rogers mit seinen drei Beziehungsvariablen entwickelt und vorgestellt hat: Auf der Grundlage der **Echtheit,** **Wertschätzung** und dem **Einfühlungsvermögens.** Es ist ein Gespräch auf der Ebene der Gefühle. Zum erfolgreichen Führen eines psychobiographischen Gesprächs gehören eine ruhige Umgebung, viel Geduld und eine Menge Einfühlungsvermögen. Ebenso sollten alle schwierigen W -Fragen (wieso, warum, weshalb usw.) unbedingt vermieden werden, da sie unter Umständen nur zur Verunsicherung der Heimbewohner beitragen. Es versteht sich von selbst, dass dies viel Übung erfordert und in Fortbildungsveranstaltungen gelernt werden sollte. Psychobiographisch wertvolle Inhalte sind all diejenigen, die einen **prägenden**, vor allem emotional bedeutsamen Einfluss auf den alten Menschen hatten. Dazu gehören oft Ereignisse, die in der Kindheit, Jugend oder im frühen Erwachsenenleben des alten Menschen angesiedelt sind. Von großer Bedeutung sind auch alle Gewohnheiten, die den alten Menschen ein Leben lang begleitet haben. Zur Ermittlung psychobiographischer Inhalte ist es sehr sinnvoll, konkrete Anknüpfungspunkte oder **Auslöser** (z. B. in Form von Fotos, Urkunden, jahreszeitlichen Reizen, Schlagern usw.) zu nutzen. Der Kontakt zu den Angehörigen sowie die unmittelbare Beobachtung des Verhaltens sind in diesem Sinne wichtige Informationsquellen.

Hören mit dem dritten Ohr:

Für das Verständnis der inneren Welt eines Bewohners ist es notwendig und hilfreich, das Hören mit dem dritten Ohr durchzuführen, eine Mischung zwischen unserer Intuition (unserem Gefühl) und unserem Fachwissen. In der Praxis heißt das: Wir müssen spüren, dass der alte Mensch vielleicht auch etwas anderes als das gesprochene Wort mitteilen will. Dies ist erkennbar über Körpersprache Stimmlage, Höhe, Schnelligkeit des Sprechens, die Körperhaltung und den Gesichtsausdruck.

Erinnern und Verstehen:

Die gemeinsame Arbeit an der Lebensgeschichte. Biografie heißt im Griechischen **Lebensbeschreibung** und stellt die äußere und persönlich geistige Entwicklung eines Menschen dar. Der Mensch erlebt seine Wirklichkeit stets selektiv und subjektiv. Erinnerungen an bedeutende Personen oder an Ereignisse unterliegen einem Wandel. Somit sind Erinnerungen nicht einfach reproduzierte Erlebnisse. Je nach augenblicklicher Situation erhält ein zurückliegendes Ereignis eine andere emotionale Bewertung und Bedeutung für einen Menschen. Die gemeinsame Arbeit an der Lebensgeschichte ist somit ein Prozess und stellt eine große Herausforderung an jeden Altenpfleger dar. Die Lebensgeschichte ist daher nichts Starres, sondern ein sich bewegender Erinnerungsstrom, indem immer neue Erinnerungsinseln auftauchen. Das oberste Ziel der Biografiearbeit ist das **Verstehen der Lebensgeschichte**. Auf Grundlage dieses Verständnisses ist es den Pflegenden möglich, die *Handlungen des alten Menschen zu interpretieren*. Erinnern und Verstehen schafft eine lebendigere Beziehung zwischen den Beteiligten und nicht zuletzt werden **Anknüpfungspunkte zu Reaktivierung** des alten Menschen gefunden. Der eigene Lernprozess in Bezug auf sozialgeschichtliche Prozesse wird aktiviert, weil diese Prozesse aus einem erlebten Rahmen stammen. Dieser Lernprozess basiert auf dem Interesse und der Zuwendung für den alten Menschen. Er dient der positiven Bilanzierung der Lebensgeschichte des Bewohners, und erhöht sein Selbstwertgefühl, sowie die Selbstsicherheit und das Selbstvertrauen. Somit ermöglichen wir ein emotionales Aufleben des dement betroffenen alten Menschen – „das Daheim-Gefühl“.

Der psychobiographische Hintergrund des Lebens:

Der psychoanalytische Ansatz untersucht den Hintergrund, vor allem aber die **Verarbeitung der Biografie**. Er beschäftigt sich mit Fragen über die Angst vor den eigenen Gefühlen, Störungen der Zwischenmenschlichkeit, Störungen des Ichs, tiefen Lebensregungen und deutet diese nicht hermeneutisch, sondern analytisch. So nimmt man an, dass jeder Mensch, auch bevor er seinen Urschrei ausstößt, verschiedenes mitbringt, das seine Biografie später gestalten und beeinflussen wird. Aus verschiedenen Lebensabläufen lassen sich verzerrte und verformte Erlebensinhalte ableiten, die dann bei unseren Klienten als Vorschäden auftauchen. Das heißt, dass es sehr *viele neurotische Reaktionsmuster* im Leben des Menschen gibt; diese sind aber nicht der Demenz zuzuordnen, sondern bestehen eigentlich ein Leben lang. Nur wir sehen sie in der Praxis etwas deutlicher. Unser Daheimerlebnis oder -gefühl ist von bedeutendem Einfluss und prägt die Art, wie wir unser weiteres Leben gestalten. Man kann fast von einem Lebensskript sprechen. Wir wissen zum Beispiel nicht immer, warum wir einen Menschen sofort lieben, den anderen hingegen spontan unsympathisch finden. Aber wahrscheinlich ist der Typ, den wir vor uns haben, ein Mensch, dessen Aussehen, Coping, Eigenart usw. wir schon einmal erlebt haben, auch wenn es nur optisch, akustisch oder per Assoziation sein sollte. Wir stufen diesen Menschen sofort ein, geben ihm ein Prädikat aus dem **Urvertrauen** oder **Misstrauen** und erfreuen uns an einem schon einmal erlebten *Daheimgefühl* oder eben dem einfachen Gegenteil. Unser Daheim prägte uns darin, wie wir mit dem Essen umgehen, ob wir sparen, ob wir aufgrund eines Nachholbedürfnisses viel essen werden, ob Kartoffelsuppe unser Leibgericht wird oder ob wir sie nicht einmal mehr riechen können. Diese Auswirkungen, die sich praktisch im Bewusstsein befinden doch nicht immer zur Verfügung stehen und uns steuern, nennt Böhm die **Prägungsforschung**. Das Familienklima und die Familienkonstellation sind ein wesentlicher Bestandteil bei der Erhebung einer einzelnen Biografie. So kann aus einem glücklichen, positiven, optimistischen Elternhaus ein positives Kind resultieren, das auch im hohen Alter noch **Positivsympathikoton** durch die Welt geht. Das Kind oder der heutige Patient hatte das Glück, sich mit einem Weltoffenen Menschen zu identifizieren. Gerade das Gegenteil kann auch der Fall sein: Menschen, die immer **negativ-pessimistisch** durch das Heim gehen. Wissen soll man dabei, dass diese Menschen nicht auf uns persönlich böse oder grantig sind, sondern, dass dies gerade ihre Lebensbewältigungsstrategie ist, mit der sie durchs Leben gekommen sind. Warum sollten sie diesen Lebensstil in einem Heim ändern? Durch eine plötzliche Änderung in der Familie kann aber auch ein Kind aufwachsen, das zwar körperliche Pflege und Versorgung bekommt, jedoch seelisch und stimmungsmäßig geängstigt oder niedergedrückt war und dies auch im Heim ist. Die *Herkunftsfamilie* kann also der Ausgangspunkt einer neurotisch belasteten Grundkonstellation sein. Es geht nicht darum, mit den Angehörigen Therapie zu betreiben, sondern nur darum, mit dem dritten Ohr zuzuhören, die Familie kennen zu lernen und mit äußerer Nähe und innerer Distanz zu agieren. Die Aufnahme von neuen Beziehungen bzw. Begegnungen ist, wie bereits erwähnt, geprägt von der Familie also eigentlich streng familienspezifisch und von den Erfahrungen, die man im Leben gemacht hat. Sehr viele Fragen stellen sich also aus dem Verinnerlichten, dem Erlebten und den Erfahrungen. Man fragt sich, ob derjenige, dem man begegnet, ein Gegner oder ein Freund ist.

Der Prozess des Älterwerdens:

Jeder Mensch durchläuft in seinem Leben verschiedene **Entwicklungsstadien**, die durch bestimmte Merkmale voneinander zu unterscheiden sind. Man kann deshalb von einer stufenweisen Entwicklung des Lebens sprechen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Altersstufen des Lebens, die vom Ablauf der Jahre bestimmt werden und der jeweiligen Reifestufe des Einzelnen. Das Erreichen bestimmter Entwicklungsstadien ist eng verbunden mit Prägungen, die einem Menschen im Laufe seiner Sozialstation mitgegeben wurden. Hier spielen in besonderer Weise die *Prägungserfahrungen der frühen Kindheit* eine wesentliche Rolle. Weiterhin gibt es im Leben des einzelnen und einmaligen Menschen bestimmte typische Krisenabschnitte, in denen sich die Wandlung zu neuen Lebensstufen ankündigt und Veränderungen vorbereiten. Eine so verstandene Entwicklungspsychologie der Lebensspanne verdeutlicht am so genannten Treppenmodell, was einem Menschen in einem jeweiligen Lebensstadium aufgegeben ist. Eric Erikson versucht mit seinem Konzept die einzelnen Lebensphasen zu beschreiben und überschaubar zu machen. In ihrer Charakterisierung möchte er das darin enthaltende psychische und soziale Konfliktpotenzial ausmachen. Die Entwicklung eines Menschen ist jeweils davon abhängig, wie er diese Phasen bewältigt.

Die Entwicklungsphasen des Menschen:

Das erste Lebensjahr:

Das neugeborene Kind braucht Fürsorge der Mutter, materielle Versorgung (Nahrung), sowie fühlende Nähe (Präsenz der Mutter.) Es hat das emotionale Bedürfnis nach Sicherheit, nach Verlässlichkeit und Geborgenheit. Daraus wächst Vertrauen in diese Welt und in die eigene Person. Es geht in dieser ersten Lebensphase vorrangig um eine *funktionale Versorgungsverbindung* und um eine *fühlende, sympathische (mitfühlende) Kontaktnahme*. Ansonsten entsteht **Verunsicherung und Angst**. Es fehlt der tragende Grund, den Erikson das Urvertrauen als Eckstein der Persönlichkeit genannt hat. Die ersten Eindrücke aus seiner Umwelt erfährt ein neugeborenes Kind durch die Haut. Es spürt wie es berührt, gehalten, geschaukelt und gewärmt wird. An der Tonlage und Gefühlsfärbung von Stimmen lernt es andere Menschen kennen und zu identifizieren. Alle Sinneseindrücke erfährt das Kind über den Körper. Es hat damit eine ausgeprägte taktile Wahrnehmung und entwickelt eine feine Sensorik für Stimmungslagen. Mit zunehmender Reifung erwachsen dem Kind immer mehr Möglichkeiten, zu handeln oder etwas zu bewirken. Es lernt, sich zu bewegen und kann seinen Aktionsradius erweitern. Somit macht es erste Erfahrungen selbständigen, autonomen Verhaltens. In dieser ersten Lebensphase brauchen Kinder *Bestätigung durch andere*. Diese muss einfühlend sein, damit sie Selbstsicherheit und Eigenständigkeit gewinnen.

Zweites bis drittes Lebensjahr:

Das Kind lernt auf eigenen Füßen zu stehen und seinen eigenen **Willen** zu entwickeln. Es lernt zwischen den Dingen zu entscheiden, die es interessieren, die ihm Vergnügen machen oder die es langweilen, die es stören oder abstoßen. Es entwickelt eigene Interessen, Vorlieben oder Abneigungen. Die neu erworbene Möglichkeit zur Fortbewegung weckt die Neugierde des Kindes und erweitert den Lebens- und Erlebnisraum. Es erkundet seine Welt. Dabei muss es Risiken eingehen, um zu sehen, was es auf der Grundlage seines Vertrauens (erste Lebensphase) unternehmen kann. Das Kind löst sich mehr und mehr aus der Symbiose mit der Mutter. Es lernt, Ich zu sagen und seinen eigenen Willen zu bekunden (Trotzphase). Werden die autonomen Impulse des Kindes abgewehrt oder verurteilt, entstehen Selbstzweifel. Es entwickelt sich ein *mangelndes Ich-kann-Gefühl (Kompetenzgefühl).* Das Kind beginnt in dieser Phase zu sprechen und damit Dinge zu bezeichnen, Wünsche und Empfindungen auszudrücken.

Viertes bis fünftes Lebensjahr:

Das Kind möchte groß sein, es möchte alles alleine machen. Es entwickelt sich über die **Identifizierung mit den Erwachsenen**. Zugleich entstehen Aggressionen gegenüber den übermächtigen Eltern, gegen deren Forderungen und Ansprüche. Da es sich nicht wehren kann, übernimmt es die elterlichen Gebote und verinnerlicht deren Normen und Regeln (Über-Ich-Bildung). Werden Freiheit und Selbständigkeit von den Eltern unterstützt, fördern sie damit die Eigeninitiative des Kindes und die Zielstrebigkeit des Handelns. Wird der Freiheitsdrang eingeschränkt, entstehen daraus übermäßige Schuldgefühle, die das Kind in seinem Werden hemmen, es wagt nicht, auf die Welt zuzugehen.

Sechstes bis zwölftes Lebensjahr:

Mit Beginn der Schulzeit erwirbt das Kind verstärkt **kognitive Fähigkeiten**. Es entwickelt Interesse für funktionale Zusammenhänge. Es möchte selbst etwas machen können und nützlich sein (Leistungswille). Werden die Aktivitäten des Kindes positiv aufgenommen, entsteht eine gesunde Leistungsbereitschaft. Wird das Kind aber in seinem Erfolgserleben nicht hinreichend bestärkt, entstehen Minderwertigkeitsgefühle und Versagensängste, die eine Selbstwertentwicklung behindern. Die Entfaltung eigener Fähigkeiten wird gehemmt.

Dreizehntes bis achtzehntes Lebensjahr:

Mit Beginn der Pubertät stellt sich die Frage nach dem **eigenen Selbstbild**: Wer bin ich eigentlich? Die geschlechtliche Identität wird erworben aber auch ein soziales Ich-Bewusstsein und damit die Übernahme eines *spezifischen Rollenverhaltens*. Der Jugendliche betrachtet Dinge von verschiedenen Sichtweisen aus und handelt entsprechend unterschiedlich. Diese Zeit ist gekennzeichnet durch die Verunsicherung des eigenen Selbstbildes. Im Umfeld vielfältiger Normen, Werte und Rollenangebote muss der Jugendliche nun eigene Ansprüche und Ziele entwickeln, Kontinuität und Selbsttreue, die sein Selbst von anderen unterscheiden. Er muss ein eigenes Selbst-Konzept ausbilden, aus Geschlecht, Herkunft, Religion, Moral, Bildung und Beruf sowie eigener Fähigkeiten und Möglichkeiten.

Neunzehntes bis fünfundzwanzigstes Lebensjahr:

Hat der Jugendliche eine eigene Identität entwickelt, ist er nun in der Lage **Beziehungen** mit anderen Menschen einzugehen, ohne sich selbst dabei zu verlieren. Im frühen Erwachsenenalter geht es nun um die Beziehungsfähigkeit, auch um die Gestaltung einer tragfähigen Partnerschaft. Die Bewegung führt vom Ich-Erleben zum Wir- Erleben. Das ist ein Entwicklungsprozess sowohl intimer Kommunikation als auch abgrenzender Konfrontation. Nähe und Distanz müssen geübt werden, Geben und Nehmen, Gelten und gelten lassen. Partnerschaft wird so zu einer krisenhaften Herausforderung: ein Lernprozess, der durch diffuse Identität der vorangehenden Lebensphase erschwert wird. Mithin kommt es zu gegenseitiger Isolation durch Selbstbezogenheit und Enttäuschung, wie aber auch zur regressiven Verschmelzung. Das „Ich“ wird zu Gunsten des „Wir-Erlebens“ aufgegeben.

Sechsundzwanzigstes bis vierzigstes Lebensjahr:

Diese Phase ist geprägt durch **Familienbildung, Dasein für andere, Entfaltung der Fürsorglichkeit, Sorge für die nachkommende Generation.** Eine Lebensphase in der man für etwas gut sein will, aber auch eine Phase schöpferischer Leistungen in Beruf und Gesellschaft. Es ist auch eine Phase des Wachstums und Engagements. Ab dem 40. Lebensjahr macht der Mensch zunehmend Erfahrung mit Begrenzungen z.B. dem Rückgang der Leistungsfähigkeit. Trauer stellt sich ein über das ungelebte Leben, Illusionen und frühere Ideale müssen vielfach aufgegeben werden. In dieser Zeit vollzieht sich zunehmend eine Wendung von außen nach innen, eine Phase der Selbstbesinnung. Um das bisher Ungelebte aufzufinden und Neues zu verwirklichen. Diese Phase könnte man als Wendezeit bezeichnen. Mit vorrückendem Lebensalter wird der Mensch mit seiner Endlichkeit konfrontiert, und er beginnt sein Leben zu bilanzieren. Fällt das Urteil über den bisherigen Lebensweg positiv aus, stellt sich ein Gefühl der Lebenserfüllung ein. Kann der alte Mensch seinem Leben, so wie es verlaufen ist, nicht zustimmen, entstehen Schuldgefühle und Resignation. Mit Verzweiflung muss er feststellen, dass er seine Lebenszeit nicht ausreichend genutzt hat, und dass es keine Chance zur Wiedergutmachung gibt. Innerhalb dieser Entwicklungsstufen und deren Bewältigung entwickelt der Mensch **verschiedene Verhaltensstrategien oder auch Verhaltensmuster**, so genannte „**Copings“**. Copings sind Problembewältigungsmechanismen, die innerhalb bestimmter Entwicklungsphasen erworben werden, die ein **Leben lang** erhalten bleiben, und die besonders in belastenden Situationen eingesetzt werden. Diese Copings geben uns **Sicherheit**. Die erworbenen Copings sind zweckmäßig, d.h. ich will damit ein bestimmtes Ziel erreichen. Der Begriff Coping wird seit Jahren in der Psychiatrie und in der Psychosomatik verwendet. Im weiteren Sinne versteht man darunter die Beziehungs-, Begegnungs- und Auseinandersetzungsmöglichkeiten, bzw. die **Bewältigungsversuche des** **Lebens**. Die Begegnung und die Entgegnung auf die Umwelt, aber auch die Bewältigung von Überforderung und Unterforderung, wie auch die Begegnung mit dem Gewöhnlichen. In der pflegerischen Praxis verwenden wir den Begriff als Bewältigungsmechanismus bzw. als Gefühlsreaktion und Handlungsrichtung, oder auch Handlungskonzept, wie auch als erlernte Lebensmuster, die ein Leben lang gleich bleibende Verwendung finden, die aus der Prägezeit stammen, die immer schon, wenn auch latent vorhanden waren und lebenslange Verwendung finden. Copings werden innerhalb der **ersten 25 Lebensjahre** erlernt und eingefahren. Das sind jene Verhaltensprogramme, die **funktionieren und Erfolg** bringen, die **abgespeichert werden**, die einem damit vertraut sind und **Sicherheit** geben. Frühere Verhaltensmuster, die aus der Prägezeit - aus einer Prägung - stammen, werden durch einen **Schlüsselreiz** wieder ausgelöst und erzeugen ein Gefühl, woraufhin der alte Mensch mit einem erlernten Handlungskonzept, mit seinem Coping antwortet. Beispiel: Prägung: Meine Mutter hat mir immer alles weggeräumt, wenn ich vom Spielen nach Hause gekommen bin. Gefühl: Es entwickelt sich in mir das Gefühl, dass es Liebe sei, wenn für mich aufgeräumt wird. Coping: Ich lasse alles liegen! Erklärung: Ich habe gelernt, dass es eine Liebesbekundung ist, wenn mir jemand alles wegräumt. Wir entwickeln unsere Copings aufgrund biografischer Prägung und den Idealen, was normal ist was Mutter freute, was Vater verärgerte, wie man mit Sexualität umgeht, mit der Umwelt, mit anderen Menschen. Wir schauten uns ab, was richtig oder falsch ist, ob wir lachen oder weinen sollten, alles in allem, welche Situation, welche Reaktion erforderte. Wir lernten, was sich gehört.

Zum Gelernten empfindet man Abwehr, wogegen wir uns zu wehren haben. Den prägungsphänomenalen Copings lassen sich nun auch die **psychischen Copings** hinzufügen, die in der psychologischen Literatur als Abwehrmechanismen, oder als Ersatzhandlungen beschrieben werden. Diese können auch in neurotischen, bzw. pathologischen Ausformungen auftreten, wie z.B. Projektion, Verschiebung, Rationalisierung und Verdrängung. Beide Verhaltensmuster sind die Reaktion auf Prägung und Gefühle, oder auch psychische Reaktion. Psychische Schutz- oder Abwehrmechanismen sind Maßnahmen der Konfliktbewältigung. Diese psychischen Schutzmechanismen sind reflexartige, automatisch ablaufende, situative Reaktionsformen, die oftmals unbewusst und ohne willentliche Entscheidung erfolgen. Handlungsmuster, die allesamt zum Ziel haben, der situativen Belastung oder Bedrohung, möglichst rasch zu entkommen. Es gibt zunächst zwei gegensätzliche polare Bewegungsrichtungen als mögliche Bewältigungsversuche. Wir können mit einem spontanen **Fluchtverhalten** reagieren, mit Rückzug, oder Distanzierung, in dem wir den Anlass, oder Auslöser einer Verunsicherung zu vermeiden versuchen. Dem entgegengesetzt gibt es die paradoxe Bewegung im **Aktivismus**, im Ankämpfen gegen das Bedrohliche. Man versucht, statt zu flüchten, oder zu vermeiden, die Krisis in den Griff zu bekommen, zu bewältigen, in dem wir dagegen angehen. Statt Vermeidung, hier also Verteidigung. Eine weitere Reaktionsweise ist die **Aggression**, die hervorgerufen werden kann, wenn ein Bewältigungsversuch aussichtslos erscheint. Die Aggression aber will in ihrem Wesen nicht nur gegen etwas ankämpfen, sondern die feindliche Gefahr zerstören und vernichten. Eine weitere Schutzreaktion, die bereits aus einem Bewältigungserleben resultiert, ist die **Resignation**, die Lähmung, die innere Abschottung, die dem sog. Totstell- Reflex zu vergleichen ist. Diese zwei psychischen Reaktionsweisen sind gekennzeichnet durch Starrheit, durch mangelnde Flexibilität, in dem sie gleichermaßen in unterschiedlichen, bedrohlichen Situationen wiederholt werden müssen, die nicht den jeweiligen Umständen entsprechend variiert werden können. **In krisenhaften Überforderungssituationen kann es also vorkommen, dass Menschen mit pathologischen Ersatzhandlungen und Abwehrmechanismen reagieren.** So kann es z.B. vorkommen, dass Menschen, die nicht in ein Pflegeheim wollen, plötzlich mit Regression, Verleugnung und Projektion auf andere mit den Mustern der Infantilität, oder Aggression reagieren. Diese Copings ergeben dann das meist, von den Pflegern als störend empfundene Verhalten.

Zur Copingentwicklung:

Die Aufgabe des Kindes besteht darin Lebensstrategien zu entwickeln, zu üben und abzuspeichern. Will man Schokolade und bekommt sie nicht durch Bitten, versucht man es eben mit Weinen oder Schreien. Irgendetwas funktioniert immer. Jedes Coping, das Erfolg hat, wird gespeichert und im Weiteren situalisiert und konditioniert. Sie werden in bestimmten **Situationen wiederholt eingesetzt**. Copings werden dabei stufenweise erlernt, so dass das älter werdende Kind, höhere Copings einsetzt, als etwa der Säugling. Die unteren Copings werden ein Leben lang, wenn auch latent gespeichert, und bleiben vorhanden, wobei diese in einer Belastungssituation wieder manifestiert werden können. Bei jedem Menschen werden seiner Umwelt entsprechend, seinem Lebensmilieu entsprechend **unterschiedliche Copings** ausgebildet und gespeichert. So etwa bei einem Kind aus dem Findelhaus ganz andere, als bei einem Kind aus einer herrschaftlichen Familie. Bei einem Kind etwa eines einsiedlerischen Landbauern andere, als bei einem Kind aus der Großstadt, usw.

Copingreaktionen:

Copingreaktionen sind entwicklungsgeschichtliche Reaktionen, sie erscheinen in der Pflegepraxis als sichtbare Verhaltensauffälligkeiten, die in ihrer jeweiligen entwicklungsgeschichtlichen Entstehung aufzuteilen sind in früher und später ausgebildete Copings, die jeweils schwerere oder leichtere Verhaltensauffälligkeiten sichtbar machen. Je nach Stärke des Auslösers, oder auch nach Höhe des eigenen Frustrationspotenzials, wird ein Mensch in einer kritischen Überforderungssituation, in eines der **nächst** **unteren Copingverhalten** zurückfallen. Das fällt in die entsprechende Entwicklungsstufe. In diesem Fall stimmt das Verhaltensmuster eines alten Menschen nicht mehr mit der aktuellen Außenwelt überein, d.h., das viele Alte im richtigen Verhaltensmuster aus ihrer Zeit und einer zurück liegenden Entwicklungsstufe reagieren**, die heute aber falsch ist**. Sie agieren mit dem Coping wie Kinder aus frühen Tagen. Dies gilt es fachpflegerisch zu erkennen.

Umkehrphänomen:

Das Umkehrphänomen ist nichts anderes als das Zurückgreifen auf bekannte, **weiter unterliegende Copings**. Man benimmt sich vorübergehend wie ein Säugling, Kleinkind, Schulkind oder Jugendlicher aus einer *Trotzsituation* heraus. Das Umkehrphänomen ist somit eine Regressionshandlung, das Wiederauftreten von entwicklungsmäßig früheren, infantilen Verhaltensweisen. Wenn die Entwicklung der Psyche als fortschreitender Prozess angesehen wird, dann bedeutet Regression die Umkehr dieser Entwicklung von einem einmal erreichten Entwicklungsstand auf einen früheren. In Grenzsituationen dekompensiert der Mensch im Sinne einer Überlastung und beantwortet diese Situation regressiv. Er fällt in die Thymopsyche und deren Ersatzhandlungen zurück. Kommt ein Mensch in die Grenzsituation, in der das Coping genommen wird, greift er auf das nächst untere Coping zurück, bis er schließlich und endlich bei seinen ersten Copings landet und etwa wieder weint, oder schreit. In der Pflege muss es darum gehen, die Copingformen des Klienten zu eruieren und dann zu **interpretieren** und einsetzen zu lernen, d.h. höhere Copings substituieren zu helfen. Pflegerisches Handeln muss sein, die Klienten, in die **nächst höhere Copingebene zu bringen**, bzw. fehlendes zu substituieren. Es muss in der Praxis darum gehen, das sichtbare Verhalten im stationären Wohnmilieu, dem aus der Biografie heraus erlernten Verhalten, also den frühkindlichen Verhaltensmustern gegenüber zu stellen, in dem man sozialgeschichtliche Dimensionen mit einbezieht.

Copingverlust:

Als Ausgangspunkt für die Eruierung von Copingverlusten kann uns die Life-Event Forschung dienlich sein. Sie zeigt auf, wie auslösende **Erkrankungsereignisse bzw.** **Lebensereignisse** zu einer akuten cerebralen Dekompensation führen können. Das Aufspüren der Auslöser ist insbesondere für die Dekompensationsgrunderhebung von Wichtigkeit, denn es geht darum, ein neuerliches Auftreten des selben Auslösers zu vermeiden. Die *Life-Event Forschung* hat eine Liste mit auslösenden Lebensereignissen zusammengestellt, die zu einer akuten cerebralen Dekompensation führen können. Die häufigsten Dekompensationsgründe werden in somatische und psychosoziale Gründe unterteilt. Wichtige somatische Gründe können sein: Flüssigkeitsmangel, Herzinsuffizienzen, Diabetes etc. Im psychosozialen Bereich treten Gründe wie Tod des Partners (auch Haustier), Verlust der Leistungsfähigkeit, Verlust der Ich-Wichtigkeit aber auch die Nichtbeachtung der eigenen Biografie. Bei mangelnder Kompensation erfolgt eine **stufenweise Regression** **in frühere** **Entwicklungsstadien** und des darin vorherrschenden Coping-Verhaltens. Diese Regressionsstufen unterteilt Prof. Böhm in **7 Interaktions- oder Erreichbarkeitsstufen.**

Interaktionsstufen:

Ausgehend vom entwicklungspsychologischen Schema, schreitet ein Mensch in seinem **Sozialisationsprozess** von der Geburt an kontinuierlich voran und durchläuft dabei bestimmte Entwicklungsstufen, die spezifische, typische Konfliktbewältigungen erfordern. Der Sozialisationsprozess verläuft dabei in verschiedenen sozialen Schichten und vollzieht sich dem jeweiligen **Zeitgeist** entsprechend unterschiedlich. Man versteht unter Sozialisation auch ein lebenslanges Lernen (Erikson) in dem der Mensch sich seiner Kultur der Gesellschaft und der jeweiligen Normen anpassen muss. Ist eine Anpassung nicht mehr möglich, wird ein Mensch auffällig. Seine Verhaltensweisen passen nicht mehr in das hier und jetzt der Gegenwart. **Böhm entwickelte ein anwendbares Schema, das erkennen lässt, auf welcher Interaktionsstufe sich der Bewohner gerade befindet und mit welchen Schlüsselreizen, entsprechend der Interaktionsstufe, der alte Mensch zu erreichen ist bzw. eine Reaktion hervorgerufen werden kann.** Die Einstufung stellt sich in der Pflegepraxis als ein hilfreiches Instrument für einen geeigneten Umgang mit den dementiell erkrankten Bewohnern da. Die verschiedenen Interventionen (basale Stimulation, Gedächtnistraining, Validation etc.) können somit **zielgerichteter** und spezifischer angewandt werden.

Erreichbarkeitsstufe 1 - **Sekundäre Sozialisation**:

Der erste Sozialisationsrahmen (primäre) ist die Familie. Sie formt Kinder zu Mitgliedern der Gesellschaft und vermittelt historisch entstandene, veränderbare Werte und Normen, die auf ökonomischen, kulturellen und religiösen Wurzeln basieren. Das Kleinkind lernt bestimmte Objekte zu lieben, zu hassen, zu fürchten. Die Gründe dafür lernt es erst später. Nicht Tatsachen, sondern Gefühlshaltungen oder Gefühlsäußerungen scheinen zunächst auf das Kind einzuwirken und es zu formen. Die Haltung und die Normen der es umgebenden Gesellschaft werden erworben, die Gefühlssteuerung erlernt. Das Kind entwickelt also innerhalb seiner individuellen Veranlagung ein **emotionales Schema** und damit die Bereitschaft, Tatsachen so wahrzunehmen und zu deuten, dass sie in das Schema passen. Diese Gefühlssteuerung, sowie die meisten grundlegenden und gesellschaftlichen Verhaltensweisen, erlernt das Kind zunächst durch Imitation und später durch Identifikation. Man versteht unter Sozialisation auch ein lebenslanges Lernen, sich der Kultur, der Gesellschaft und ihren Normen anpassen zu können. Sein Erscheinungsbild passt nicht mehr in dieses Hier und Jetzt der Zeit. **In dieser Interaktionstufe ist der Klient oder Heimbewohner kognitiv erreichbar.**

Erreichbarkeitsstufe 2 - **Mutterwitz**:

Sind die Bewohner auf der obersten Stufe nicht zu erreichen, kann man versuchen, auf der nächsten, tiefer liegenden Ebene einen Kontakt herzustellen. Viele Kolleg:innen werden anstelle von Mutterwitz das Wort „Gag“ oder „Schmäh“ oder „angeborener Humor“ womöglich besser verstehen. Fest steht, dass das Recht auf Herz und damit auf Lachen schon immer den Frauen eingeräumt worden ist: die lachende Gattin, die fröhliche Frau, die mit lachender Heiterkeit auf alle Lebensbahnen Tageslicht bringen soll. Nach dieser Prägungssituation würde das heißen, dass wir vom Vater den Ernst der Welt (rationales Denken) erlernen und geprägt bekommen, von unserer Mutter hingegen die emotionalen Anteile erwerben. Sehr häufig wird von den Betagten selbst ausgesagt, dass das Wort Mutterwitz von der damaligen Situation stammt. Die Väter waren im Krieg oder in der Gefangenschaft, und somit mussten die Mütter den „Hauswitz“ weitergeben. Dieser beeinflusste demzufolge früher auch die rationalen Anteile im Leben. Diese Stufe ist gekennzeichnet durch ein **leichtes kognitives Defizit mit leichten Erinnerungslücken** (amnestisches Defizit).

Erreichbarkeitsstufe 3 - **seelische, soziale Grundbedürfnisse**:

Reaktivierung psychosozialer Grundbedürfnisse, die ein Mensch im Laufe seines Lebens verinnerlicht hat. Solange ein Mensch in den oben beschriebenen Erreichbarkeitsstufen 1 und 2 ist, versteht er unser gesprochenes Wort. Wir können ihn mittels aktivierender Pflege betreuen. Erst wenn er noch dementer wird, fällt er in eine tiefere Schicht der Erinnerung (ab Stufe 3) und kann nur noch mittels **reaktivierender Pflege** seelisch wieder belebt werden. Erlangt man auch auf der Stufe 2 kein gefühlsmäßig positiv besetztes Echo, kann man auf die nächstliegende Stufe, nämlich jene der Bedürfnisse und der Bedürfnisbefriedigung gehen. **Bedürfnisse sind das Gefühl des Begehrens**; sie erzeugen ein suchendes Verhalten und sind daher als Motiv zu werten. Wer Hunger hat, muss arbeiten, um Brot zu verdienen. Jeder Mensch hat andere Bedürfnisse in seinem Leben gehabt und hat sie demnach noch immer, eine Nichtbefriedigung kann zur akuten Verwirrtheit führen. Es kann das Bedürfnis sein, um 5 Uhr früh aufzustehen. Es kann das Bedürfnis sein, dazugehören zu wollen, Anerkennung zu bekommen, um 22 Uhr nachts zu baden, sich selbst zu verwirklichen. Ein normales Bedürfnis ist das Bestreben, bestimmte Gegenstände zu erwerben oder eine begonnene Handlung zu beenden. Mehr im biologischen Sinn ist es, das triebhafte Streben, einen Mangelzustand zu beseitigen. Wir unterscheiden primäre Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schlaf, also jene Bedürfnisse, die in der Krankenpflege als ATL bezeichnet werden, und sekundäre oder reaktive Bedürfnisse, die sich auf eine erlernte Situation beziehen, d.h. auf das **Daheim- Gefühl**. Beispielsweise hat man das Bedürfnis nach Schlaf, kann aber nur wirklich schlafen, wenn die sekundären Bedürfnisse erfüllt sind, wie die alte Wohnung, einen Schnarcher neben sich zu haben, etc. Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch einen **leichten kognitiven Ausfall**.

Erreichbarkeitsstufe 4 - **Prägung**:

Eine besondere Form der Erklärung von Verhaltensweisen stellt die so genannte Prägung dar. Lerntheoretische Erkenntnisse haben herausgestellt, dass jede Verhaltensweise in eng umrissenen, zeitlichen Abschnitten erworben wird, und zwar indem verschiedene Verhaltensweisen sich zu unterschiedlichsten Zeiten (Aggression, Zärtlichkeit) ergeben. Dies entspricht ganz den Vorstellungen von den verschiedenen Phasen bei Freud. Entscheidend ist, dass **Prägungen**, wenn sie einmal stattgefunden haben, oft **irreversibel** sind. So hat der Verhaltensforscher Konrad LORENZ (1965) nachgewiesen, dass das Instinktverhalten mancher Tiere zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Entwicklung dauernd beeinflusst und geformt wird durch das Lebewesen, welches das Tier zuerst erblickt. In der natürlichen Lebenssituation gehen diese Eindrücke fast immer nur vom Muttertier aus. Lorenz folgert daraus, dass es für gewisse Verhaltensformen der Tiere ein ähnlicher Mechanismus beim Menschen angenommen werden kann. Die so genannte Liebe auf den ersten Blick könnte vielleicht einem solchen Vorgang entsprechen. Böhm verwendet dafür das Wort Prägung in einem volkssprachlichen Sinne: Geprägt ist für das Volk alles, was tief verwurzelt, ratifiziert und unabänderbar ist: alle unsere Schrullen, Eigenarten und Rituale oder all jene geprägten Ereignisse, die wir als Kinder erlebten, wo wir als Kinder lernten, ritualisiert zu agieren. **Prägungen sind erlernte, sich wiederholende, eingespielte Verhaltensnormen,** die unser Gehirn wie eine Plakatwand austapezieren. Sie sind generationsunterschiedlich. Sie sind in unserem Ich und Über-Ich verankert. Geprägtes ist nicht anpassbar. Es sind **Rituale,** die uns **Sicherheit** geben. Rituale und Prägungen stammen in unserer Kultur aus der Religion, aus der christlichen Mythologie, aus der stammesgeschichtlichen Situation; sie sind formalisierte Akte, sie geben Übersicht über die Jahreszeiten (Weihnachten, Ostern), Sicherheit für die Alltagsbewältigung, sind brauchbare Dramaturgien, automatisiert, Zeremonien des Alltags, beim Essen, beim Schlafen, bei der Kleidung, beim Sex, beim Grüßen und in der Kommunikation. Sie sind sinnvolle Stereotypen und geben daher Sicherheit. Diese geprägten Mechanismen (Rituale), ob nun positiv oder negativ, werden unsere Bewohner in Grenzsituationen wieder ausspielen, somit auch bei einem dementiellen Prozess, und mit diesen ihnen bekannten, *vertrauten Mechanismen reagieren*. Einer ist geprägt immer zu lächeln (damit kommt man durch). Ein anderer ist geprägt zu lügen (das hilft in der Not), wieder ein anderer zu weinen (da beherrscht man alle). Andere Prägungen sind *Autoritätsfurcht, Heimatprägung, Krankheitsgewinn, Sprachmilieu, politische Prägung.* Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch ein **mäßiges kognitives Defizit aber mit mangelnder Orientierung, mit Erinnerungslücken und Konzentrationsschwächen, so dass komplexe Aufgaben nicht mehr bewältigt werden können.**

Erreichbarkeitsstufe 5 - **höhere Antriebe**:

Die Kräfte, die uns wohl am stärksten bewegen, sind die Triebe und Triebwünsche, die Tagträume und Phantasien. Diese Antriebe können auf einem höheren oder niederen Niveau liegen. Nach K. SCHNEIDER (1972) sind verschiedene Lebensmotive zu unterscheiden: 1. Allgemeine Triebhaftigkeit alles Erlebten 2. Leibliche Triebe: Nahrung, Geschlechtstrieb, Trieb sich auszuruhen oder zu bewegen 3. Seelische Triebe: Streben nach Macht, Geltung, Einfluss, Reinheit, Heiligkeit, Schönheit, Pflicht, Demut. Um die Erfüllung der seelischen Triebe oder, besser gesagt, deren **Reaktivierung** geht es bei der Abbaustufe. Ähnlich hat es Maslow beschrieben mit seiner stufenförmigen Hierarchie menschlicher Bedürfnisse. Siehe Bedürfnispyramide nach Maslow. A. Längle, ein Vertreter der Logotherapie hat ebenso die Bedürfnisse als Grundmotivationen und fundamentale Strebungen des Menschen in vier Erlebensdimensionen dargestellt. Die fünfte Erreichbarkeitsstufe ist gekennzeichnet durch ein **mittleres kognitives Defizit, das als beginnende Demenz in Erscheinung tritt.**

Erreichbarkeitsstufe 6 - **Intuition**:

Mythos und magisches Denken (Intuition) ist eine aus unmittelbarer Erfahrung einhergehende Erkenntnis- und Urteilsform, die nicht analytische Reflexion und rationale Denkformen, sondern unmittelbare, ganzheitliche Zusammenschau einsetzt (Etwas leuchtet mir ein; Etwas ist mir gewiss). Intuition ist die Fähigkeit, **sich in Menschen und Situationen hineinzuversetzen,** diese in ihrer Gesamtheit zu erfassen und entsprechend zu reagieren. Eine innere Gewissheit, die sich nachträglich nicht ausreichend kognitiv erklären lässt. So etwa reagiert der abgebaute Alte auf seine Heimsituation mit intuitivem Vermögen. Die Fähigkeiten des rationalen und analytischen Denkens sind ihm in der Demenz verloren gegangen. Trotzdem kann er noch intuitiv seine Situation erfassen und darauf reagieren. Er erlebt sich und seine Umwelt, intuitiv seine Einsamkeit, die anderen Mitbewohner, das Pflegepersonal, dass jemand etwas von ihm will usw. kann dieses Erleben aber nicht mehr reflektieren. Von der Personalstruktur her können Laien, die sich mit Patienten dieser Abbaustufe der Demenz beschäftigen, am meisten bewirken. Aus eigener Intuition setzten sie die geeigneten Impulse.

Mythen:

Unser Leben wird von vielen unbewussten Mythen beeinflusst, sie sind mit den Geschichten verwoben, die wir von uns erzählen. Mythen im eigentlichen Sinn beziehen sich auf **Erzählungen, Rituale und Sitten**. Sie sind **Glaubensvorstellungen**, die für eine Person, Familie, Gemeinschaft oder Kultur eine zentrale Bedeutung haben und richtungweisend sind. Ein Mythos bestimmt, woran wir glauben, wie wir die Realität interpretieren, welche Helden wir verehren, aber auch wen wir verteufeln. Im europäischen Raum werden Mythen auch unterteilt in: pädagogische Mythen; psychologische Mythen; ethische Mythen und politische Mythen. Der Mythos gibt uns somit eine **soziale Ordnung**, eine Orientierung auf der untersten Ebene. Er bietet Sicherheit, er bestärkt uns, dem Glauben unserer Väter zu folgen. Familienmythen, die zum Zusammenhalt prägen, besitzt ein Clan. Mythen sind durchlebte Vergangenheit, und so sagt ein alter Spruch: Wer sich an die Vergangenheit nicht erinnern kann, ist dazu verdammt, sie zu wiederholen. Jede Familie hat ihre zehn Gebote, jeder einzelne sein unbewusstes Drehbuch, nach dem er sein Leben entwirft. Wer sich verändern oder selbst näher kommen will, muss seine Mythen erkennen und neu finden. Mythen gehören somit in die *Biografie*, da sie biografisches Material darstellen. Sollten Menschen eine Veränderung anstreben, können sie ihre Lieblingsmythen, ihre Helden, ihre Bösewichte, ihre Glücksbringer erzählen lassen und im Anschluss eine Änderung der Erzählung anstreben. Mythen sind therapeutisch einzusetzen. Gerade beim Demenzpatienten können wir erkennen, dass die Mythen und Legenden, von denen unser Klient lebte, wieder auftauchen, so dass wir die Möglichkeit nutzen sollten, auf seine bewährten Mythen, seinen Aberglauben, seine Religion, seine bösen und guten Geister einzugehen und sie zu respektieren. Mythen und Geschichten schützen uns vor der harten Realität, sie schützen uns vor unerträglichen Umständen, die in unserem Leben eben vorgekommen sind und vorkommen.

Magisches Denken:

Werden wir an unsere Kindheit erinnert, können wir nachvollziehen, dass Kinder eine Phase des magischen Denkens in ihrer Entwicklung durchmachen. Wer kennt nicht von sich selbst oder von seinen Kindern das Stadium, in dem wir überzeugt sind, wenn wir das eine tun, wird das andere passieren (wenn wir heute ganz brav sind, scheint morgen die Sonne). Wir waren davon überzeugt, weil wir die Phantasie besaßen, uns dies vorstellen zu können. Auch alle Geschichten, die sich um eine Hexe, um einen Zauberer drehen, sind magisches Denken und forcieren die Phantasie des Kindes. *In der praktischen Pflege gilt es die magischen Fähigkeiten in die Pflege mit einzubeziehen.* Das gelingt den Pflegenden wenn sie in der Lage sind, richtige Symbole und Impulse einzusetzen und wirken zu lassen, so dass sie ihre Phantasie bewegen und mögliche Ängste mindern.

Aberglaube:

Aberglauben ist der Wunsch, mit Hilfe von *geheimnisvollen Formeln und Ritualisierungen das Unglück fernzuhalten und das Glück anzuziehen*. Vor allem in Zeiten der Krisen, Kriege, Naturkatastrophen oder gar in Grenzsituationen die ja auch in der Demenz existieren brechen diese urtümlichen Vorstellungen hervor und lassen die Ereignisse in einem anderen, fast magischen Licht erscheinen. Oft werden sie auch als Strafe für mangelnde Aufmerksamkeit gegenüber mystischen Kräften und Mächten gesehen, der man hätte entgehen können, wäre man nur den Regeln gefolgt. Derartige Vorstellungen von Strafe sind in der Demenz häufig zu finden. So haben etwa Talismänner und Amulette Schutzsymbol-Charakter. Dreimal auf Holz geklopft heißt, dass die Geister nicht hören sollen, wenn wir etwas Erfreuliches verkünden. Man zeigt nicht mit dem Finger auf Menschen, sonst gehen die Geister an den Angezeigten; der Gegenzauber ist, das blanke Hinterteil herzuzeigen. Diesen Hintern herzuzeigen, gilt auch als Abwehr des bösen Blicks. **Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch ein schweres kognitives Defizit und charakterisiert die Phase einer mittleren Demenz.**

Erreichbarkeitsstufe 7 - **Urkommunikation**:

Diese Interaktionsstufe repräsentiert die ersten Lebensjahre, in denen Urängste oder das Urvertrauen herausgebildet werden, nicht zuletzt davon abhängig, ob ein Säugling in eine optimistische oder pessimistische Familienstruktur (Familienklima) hineingewachsen ist. Dies wird vorwiegend *atmosphärisch* wahrgenommen. So etwa durch bestimmte Ausstrahlungen der Bezugspersonen. Böhm bezeichnet dieses Beziehungserleben als **Urkommunikation**. Auch bei der Durchführung der Grundpflege findet Urkommunikation sehr häufig statt. Sie kann aber auch als spezifische pflegerische Zuwendung separat erfolgen. Es ist ein großer Unterschied, ob man Klienten berührt um des Berührens willen und der Bewohner den Eindruck hat, dass man in diesen Minuten nur für ihn da ist, oder ob man dabei Betten macht. pflegerisches Verhalten muss in der Pflegedokumentation dargestellt werden, um eine Evaluierung der jeweiligen Maßnahme überprüfen zu können. Auch der immobile, liegende Klient bedarf allein schon um des „**seelischen Bewegungswillens“** (Psychomotorik) einer psychischen Pflegemaßnahme. Die Bewegung der Beine allein (passive Mobilisierung) ist demnach nicht effizient. Gerade der immobile benötigt *mehr Reizanflutung* als der mobile, da Stillstand an sich schon Angst macht und auch liegend sein zu müssen einen psychischen Stillstand darstellt. Diesen seelischen Stillstand und daher die Förderung des Destruktionstriebs haben mobile Bewohner nicht, sie bewegen sich und damit ihre Seele, sie reagieren sich ab und leben. Dieses an sich leben können wir auch bei Desorientierten beobachten. Viele Ängste werden abreagiert ohne unser Zutun, es sei denn, wir beschränken diese Menschen mit physikalischen oder pharmazeutischen Mitteln. Der liegende Klient hingegen hat nur die Möglichkeit, die Gesichtsmuskulatur zu benutzen, um eine Bewegung in sein Leben zu bringen. Daher sind für ihn die **Gespräche aus der Biografie im unteren Gedächtnisniveau** noch wichtiger als für den noch mobilen alten Menschen. Abholen, wo sie stehen würde heißen, im unteren Emotionsanteil der Reaktivierungsstufe 6 zu beginnen und unsere Bewohner in das Hier und Jetzt zurückzubringen. Nicht immer wird es möglich sein, das angegebene Ziel zu erreichen. Auf alle Fälle wird es aber nötig sein, diesen Gedankengang zu verfolgen. Denn die **psychobiographische Pflegediagnose** ist die richtige Fluchthilfe in das **maximale Reaktivierungspotential von früher oder in die Symptomlinderung**. Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch ein **schweres kognitives Defizit.**

Der Regelkreis nach Böhm und der Pflegeprozess - ein Vergleich:

Die Pflegeplanung die von den Pflegekräften in der Regel angewandt wird, ist die die Pflegeplanung nach Fiechter/Meier. Sie wird verwendet, um eine nachvollziehbare Pflege unter Berücksichtigung der individuellen Pflegeprobleme und Ressourcen zu gewährleisten. Bei dieser Pflegeplanung erhalten die Pflegekräfte eine klare Vorgabe, wie sie vorzugehen haben: Von der Informationssammlung über das Erkennen von Ressourcen und Pflegeproblemen bis hin zu der Festlegung von Pflegezielen. Danach werden die Pflegemaßnahmen geplant und durchgeführt und die Pflege anschließend beurteilt. Bei diesen *Sechs-Phasen-Modell*, wie es allgemein genannt wird, haben die Pflegekräfte die Sicherheit, für sich immer den Arbeitsablauf organisieren zu können. Jeder einzelne Schritt im Sechs-Phasen- Modell gibt den Pflegekräften **Sicherheit in ihrem Arbeitsablauf**. Natürlich werden auch die Ressourcen der PatientInnen beachtet, aber die schwerpunktmäßige Ausrichtung im Sechs-Phasen-Modell liegt in der *Organisation und Ausrichtung der Arbeit der Pflegekräfte*. Beim **Regelkreis nach Böhm** sind mehrere Kontrollinstrumente eingebaut worden um diese einseitige Betrachtungsweise aufzuheben. Der Blickwinkel hat sich gewandelt. **Die PatientInnen sind Ausgangspunkt der Betrachtungsweise**. Bei jedem einzelnen der sieben Punkte bei Böhm wird die Aufmerksamkeit auf die PatientInnen gelegt. Auch bei Böhm ist die Informationssammlung der erste Schritt. Sie wird aber unter einem anderen Aspekt angegangen. Ausgangspunkt der Überlegung war das bei gerontopsychiatrisch veränderten PatientInnen die Beobachtung ohnehin erschwert ist. Böhm stellte fest, dass die Informationssammlung, das Beobachten meistens subjektiv erfolgt. Böhm fordert demzufolge, dass die Pflegenden an sich arbeiten müssen, um professionell, objektiv wahrnehmen zu können. Dazu müssen lt. Böhm zwei Punkte beachtet werden: 1. Schulung des Personals: Durch Supervision soll eine bessere Eigenreflektion ermöglicht werden. 2. Austausch mit anderen. Durch den Austausch mit anderen soll eine **Bündelung der Beobachtung** von allen MitarbeiterInnen ermöglicht werden. Böhm meint, dass die Pflegekräfte sich viel zu wenig untereinander austauschen. Wichtig ist Erwin Böhm dabei auch die *Eigenbiographie der MitarbeiterInnen*. Warum schreibt die eine Kollegin nur Vitalwerte in den Pflegebericht? Warum wird der/die PatientIn nur bei Schwester B. als verwirrt dokumentiert? Erwin Böhm meint, dass die eigenen Erfahrungen, die Pflegekräfte in ihrem Leben gesammelt haben, natürlich ihre **Wahrnehmung beeinflussen**. Dadurch können sie manche Handlungen nicht sehen, bzw. nur bestimmte Handlungen beobachten. Darüber müssen die einzelnen Pflegekräfte sich klarwerden und im Idealfall sich darüber austauschen. Erwin Böhm meint auch, dass im Pflegebericht die Umwandlung von einem gefühlsmäßig ausgerichteten Tagesbericht hin zu einem Problemorientierungsbogen erfolgen muss. Dann muss festgestellt werden: Ist das Problem formuliert? Wer hat das Problem: Patient/In, Pflegekräfte, Angehörige? Ist demzufolge eine Pflegehandlung notwendig? Böhm hinterfragt bei der Problemformulierung noch einmal, wer mit der auftretenden Situation ein Problem hat. Haben die PatientInnen ein Problem, wenn sie auf Station herumlaufen, und das Hemd heraushängt; oder wird der Ordnungssinn der Schwester gestört? Wird das Bett wirklich für den/die PatientIn bezogen, oder soll der strenge Verwandte zufriedengestellt werden? Böhm fordert, wenn die Situation nicht das Problem der PatientInnen ist, sollte auch keine Intervention erfolgen: Der Ausstieg aus dem Regelkreis erfolgt, es besteht keine Notwendigkeit zum Handeln. Sollte eine pflegerische Intervention notwendig sein, erfolgt eine Biographieerhebung, und es werden unspezifische Impulse gesetzt. Sollten die unspezifischen Impulse nicht ausreichen, muss durch *Hypothesenbildung* (Form des Auslegens und Verstehens, in den seltensten Fällen notwendig) ein **spezifischer Impuls aus der singulären Biographie des/der PatientIn eruiert und gesetzt** werden. In bestimmten Zeitabständen wird überprüft, ob die Impulse etwas bewirkt haben. Fand keine Besserung statt, wird der Durchgang neu gestartet.

Professionelle Pflege braucht professionelle Dokumentation:

Das Pflegemodell nach Böhm erfährt in den letzten Jahren **zunehmend** mehr Verbreitung und Anerkennung in Deutschland. Immer häufiger auftretende Altersprobleme wie Verwirrtheit, Paranoia usw. werden primär nicht als organisch bedingt betrachtet, sondern als **Verhaltenseigenarten**, die aus der Biografie eines Menschen entspringen. Aufgrund dieser Sichtweise müssen Pflegekräfte die biografischen Grundlagen und Prägungen kennen, um sinnvolle Impulse (Maßnahmen) zu setzen. Innovatives Denken und Handeln, wie es im Pflegemodell nach Böhm gelebt wird, erfordert daher eine **umfassende und professionelle Dokumentation**, die sowohl das Pflegemodell als auch die **Anforderungen des Gesetzgebers** abbildet. Grundlage für ein professionelles Dokumentationskonzept ist der Pflegeprozess als Problemlösungsstrategie für die Organisationsstruktur der Pflegedokumentation. Bei der Auseinandersetzung mit dem Böhm Modell wird deutlich, dass die **psychobiografischen Informationen** über den alten Menschen einen ganz wesentlichen Bestandteil bei der Planung und Durchführung der Pflege darstellen. Nur wenn diese Informationen auch entsprechend detailliert dokumentiert werden, sind alle beteiligten Mitarbeiter in der Lage, zu assoziieren und **entsprechende Impulse** in der Pflege zu setzen. Der **Informationssammlung/Anamnese** kommt dabei eine entscheidende Rolle zu. Erst durch die intensive Auseinandersetzung mit der **Psychobiografie** eines Menschen sind die Pflegekräfte in der Lage entsprechende Pflegeplanungen vorzunehmen. Bezogen auf die Pflege nach Böhm bedeutet dies, dass der Biografieerhebungsbogen, die Psychogeriatrische Einschätzung und das Blatt Seelenpflege und Dokumentation in den ersten Schritt des Pflegeprozesses, die Informationssammlung einzuordnen sind. Die aus der Biografiearbeit erworbenen Informationen bilden die Basis für die anschließende **psychische Pflegeplanung**. Gängige Blätter aus der Pflegedokumentation wie z.B. Vitalwerte, Medikation, Arzt/Kontakt, Soziale Aktivitäten sowie der Pflegebericht sind weiterhin Bestandteil der Pflegedokumentation und werden problemlos bei der Dokumentation des Pflegeprozesses benutzt. Im Folgenden werden die spezifischen Dokumentationsblätter für das Pflegemodell nach Böhm und ihre Einordnung in den Pflegeprozess im Einzelnen dargestellt.

Der Biografieerhebungsbogen:

Ausgangspunkt für die Pflege nach dem Böhm Modell ist die Erhebung einer **thymopsychischen Biografie** im Rahmen der Informationssammlung. Die Thymopsyche ist jener Anteil der Seele, der vorwiegend mit den **Gefühlen** zu tun hat. Sie ist zuständig für Stimmung, Befindlichkeit, Triebe und Gefühlsausbrüche. Die thymopsychische Biografie besteht vorwiegend aus Geschichten des Lebens (Stories), Folkloresituationen (Sprüche, Lebensweisheiten) und den sich daraus ergebenden Copings (Lebensbewältigungsstrategien, Verhaltensmustern). Dieser Bogen beinhaltet Fragen nach der emotionalen Prägung, der jeweiligen Zeitgeistsituation, dem jeweiligen Normalitätsprinzip, den Coping-Formen des Menschen, sein persönliches Daheimgefühl, sein Herkunftsort, seine prägenden Erinnerungen, Stories usw. Wenn man alte Menschen im Verhalten, Handeln und beim Erzählen verstehen will, müssen Pflegekräfte herausfinden, wodurch der Bewohner **geprägt** wurde. Was erlebte er in seiner Kinder- und Jugendzeit? Aus welchem Daheim, aus welcher Heimaterde kommt er? Was war bzw. ist normal für ihn? Pflegende müssen somit den psychobiografischen Hintergrund im Leben alter Menschen erforschen und beachten, um eine biografisch orientierte reaktivierende Pflege durchführen zu können.

Seelenpflege und Dokumentation:

Häufig sind die Probleme der im Alter verhaltensauffälligen Menschen aus der **psychobiografischen Biografie heraus erklärbar**. Wichtig für die Erhebung einer thymopsychischen Biografie im Rahmen der Informationssammlung, sind daher die Stories (Geschichten), Folklore (Lebensweisheiten, Sprüche der Zeitepoche) sowie die sich daraus ergebenden Copings (Bewältigungsstrategien). Diese aus der Biografiearbeit erworbenen Informationen werden in dem Dokumentationsblatt Seelenpflege und Dokumentation zusammengefasst. Aus der Gegenüberstellung der erhobenen Informationen aus der thymopsychischen Biografie und den heutigen Verhaltensmustern eines Menschen erfolgt eine **Interpretation**. Das bedeutet, dass erst nach diesen Informationen und Interpretationen **Impulse**, also **Maßnahmen**, durchgeführt werden können, die den Seelenpflegeprozess in Gang setzen. Die gesetzten Impulse hängen daher wesentlich vom Fachwissen und dem Ideenreichtum der Pflegekraft ab. Das Hauptwerkzeug zur Erhebung einer Biografie ist natürlich das **Gespräch**, bei dem auf der jeweiligen Erreichbarkeitsstufe bzw. Interaktionsstufen des Menschen kommuniziert werden muss.

Psychogeriatrische Einschätzung Interaktionsstufen:

Der Mensch fällt, wenn der geistige Abbau beginnt, zurück in die Prägungsphänomene der ersten 25-30 Jahre. **Alter ist regredierend**. Das heißt, der Mensch, der von der Regression betroffen ist, fällt weiter in seinem Verhalten in eine frühere Entwicklungsstufe zurück. Diese Stufen nennt man Erreichbarkeitsstufen oder Interaktionsstufen. Böhm unterscheidet sieben Interaktionsstufen, in denen ein Mensch sich befinden kann. Für die Begleitung eines verhaltensauffälligen Menschen ist es wichtig, die Stufen klar zuzuordnen, um den Menschen auch psychisch zu erreichen und ihn besser zu verstehen. Im Idealfall kann eine *weiter voranschreitende Regression verhindert werden* und entsprechende Fördermaßnahmen in der Pflege und Betreuung angeboten werden. In dem Dokumentationsblatt psychogeriatrische Einschätzung Interaktionsstufen nach Böhm werden in den sieben Spalten unterschiedliche Aspekte eines organischen Psychosyndroms wie Gefühlsstörungen, Psychomotorik, formale und inhaltliche Denkstörungen, Gedächtnis, Orientierung und Kontaktfähigkeit dargestellt. Die sieben Interaktionsstufen geben die **jeweilige Abbautiefe** an. Die einzelnen Symptome im Verhalten auffälliger alter Menschen äußert sich je nach Persönlichkeitstyp unterschiedlich. Die einzelnen Aspekte eines organischen Psychosyndroms sind daher noch einmal in eine **sympatikotone und parasympatikotone Variante** unterteilt. Spalte für Spalte wird die jeweilige Abbautiefe in den oben genannten Aspekten ermittelt. Die jeweilig ermittelten Punktzahlen werden addiert und durch 7 dividiert (7 Spalten). Das Ergebnis stellt eine Grobschätzung der jeweiligen Abbautiefe dar. Je nach ermittelter Interaktionsstufe kann dann entsprechend mit dem Bewohner kommuniziert werden.

Psychische Pflegeplanung:

Im Rahmen der Erstellung einer Pflegeplanung werden die Pflegeberichte in der Pflegedokumentation gelesen und auf die während einer Woche auftretenden Probleme hin untersucht. In der Durchsicht der Dokumentation zeigt sich, dass bestimmte Probleme immer wiederkehrend sind. Diese Probleme werden in einer Übersicht über die Häufigkeit der auftretenden Probleme in das linke Feld der psychischen Pflegeplanung übertragen. Rechts daneben werden die Impulse bzw. Pflegemaßnahmen festgelegt. Im unteren Teil des Dokumentationsblattes psychische Pflegeplanung wird der **Erfolg und die Reaktion** der gesetzten Impulse im Wochenintervall dokumentiert. Die Ergebnisse werden in der **Pflegevisite** für die weitere Planung eingesetzt. Abschließend kann festgestellt werden: **Nur wenn alle Informationen aus der Biografie eines Menschen, seine derzeitigen Reaktionen und die geplanten Impulse detailliert dokumentiert werden, kann das Modell nach Böhm erfolgreich in der Praxis sein.** Der Erfolg der Umsetzung des Pflegemodells nach Böhm hängt maßgeblich von der professionellen Dokumentation ab.

Zusammengestellt von: PDL DGKP Zolet Viktor, Altersheim Landeck