

## Einführung in das Psychobiografische Pflegemodell nach Prof. Erwin Böhm

Heimhilfeausbildung 2023  
ABZ Rotes Kreuz Wien

**Autorin:**  
ALGuK Maria-Luise Jerabek  
Wienerstraße 5/1/6  
2104 Spillern

Juli 2022

## Inhaltsverzeichnis

|  | <b>Seite</b> |
|--|--------------|
| <b>1. Die Entwicklung des Modells</b>                                  | <b>2</b>     |
| <b>2. Die Ziele der Psychobiografischen Reaktivierung</b>              | <b>2</b>     |
| <b>3. Wird das Altern positiv oder negativ erlebt?</b>                 | <b>3</b>     |
| <b>4. Gedächtnis, Erinnerung, Psyche</b>                               | <b>4</b>     |
| 4.1 Die Gedächtnisspeicher   | 4            |
| <b>5. Das Konzept der Psychobiografischen Reaktivierung</b>            | <b>5</b>     |
| 5.1 Die Differenzierung zwischen „Aktivieren“ und „Re-aktivieren“      | 5            |
| 5.2 Die Übergangspflege – Das ursprüngliche Konzept                    | 5            |
| 5.3 Das Reaktivierungskonzept  | 5            |
| <b>6. Die Umsetzungsschritte der Psychobiografischen Reaktivierung</b> | <b>6</b>     |
| 6.1 Pflegeleitbild und Zielorientierung                                | 6            |
| 6.2 Die Vernetzung des physischen und psychischen Pflegeprozesses      | 6            |
| 6.3 Abhalten von Fallbesprechungen (Pflegevisiten)                     | 7            |
| 6.4 Schaffung von Normalität   | 7            |
| 6.4.1 Die Prägung  | 8            |
| 6.4.2 Die Faktoren der Persönlichkeit                                  | 8            |
| 6.4.3 Das Verhalten und Coping   | 9            |
| 6.4.4 Die Emotionale Erreichbarkeit                                    | 9            |
| 6.5 Die Erhebung und Dokumentation der Biografie                       | 11           |
| 6.6 Die Interpretation (Deuten) der Psychobiografie                    | 11           |
| 6.7 Die Impulssetzung  | 12           |
| 6.8 Die Evaluation   | 12           |
| <b>Weiterführende Literatur</b>  | <b>13</b>    |

## 7. 1. Die Entwicklung des Modells

### 1965

Erwin Böhm entwickelte eine rehabilitative Pflegeform im psychiatrischen Bereich

### 1979

Die Übergangspflege wird im psychiatrischen Bereich eingeführt und an Stationen im Krankenhaus angeboten

### 1990

Das Reaktivierungskonzept hat sich aus der Übergangspflege entwickelt und wird durch Referate bekannt gemacht.

Der AGPK wird gegründet und das damit verbundene Ausbildungszentrum in Leithaprodersdorf eingerichtet

### Ab 1991

Maria Riedl und Maria-Luise Jerabek beforschen die Auswirkungen des Konzepts auf PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen in der allgemeinen Pflege (Innere Abteilung 1994, Pflegeheim 1997) und passen die Inhalte an die Bedürfnisse der allgemeinen Pflege an, vernetzen mit anderen Pflegekonzepten, Pflegemodellen und dem Pflegeprozess. Das Konzept wird zum ganzheitlichen Ansatz und auch an Akutstationen im Krankenhaus und im Pflegeheim, in der Praxis pflegbar.

### 1996

Leithaprodersdorf wird geschlossen, die Kursreihen in den Institutionen angeboten.

### 2000

Erwin Böhm erhält ehrenhalber den Titel Professor

### 2002

Prof. Erwin Böhm zieht sich aus dem AGPK zurück und gründet ein europaweites Netzwerk für das Psychobiographische Modell (ENPP – Österreich, Luxemburg, Deutschland, Schweiz).

### 2013

Gründung des ENPP-Böhm Austria GmbH

## Die Ausbildung

Erfolgt in Modulen (Grundkurse, Aufbaukurse), meist direkt in Institutionen. Eine Institution kann sich als **Böhm-Haus zertifizieren** lassen. Dazu ist es nötig, dass mindestens 80% des Personals den Grundkurs absolviert haben. Das pflegerische Führungs- und Leitungspersonal, sowie für die Umsetzung zuständige Personen müssen die Aufbaukurse absolviert haben, damit die Umsetzung in der Institution gesichert ist.



## 2. Die Ziele der Psychobiographische Reaktivierung

- Pflege soll ein eigenständiger Beruf mit Fachkompetenz und selbst erarbeiteten Erfolgen sein
- Re-aktivierung von KlientInnen, die sich im Destruktionstrieb oder in der Regression befinden
- Symptomlinderung bei psychisch oder psychiatrisch bedingter Verhaltenskreativität, ohne Einsatz von Psychopharmaka
- Hebung des Selbstwertgefühls bei alten Menschen
- Erhöhung der Pflegequalität durch „seelische Pflege“
- Würdevolles Altern ermöglichen, ethische Grundsätze beachten
- Menschen mit ihren Einschränkungen lebensfähig machen

- Aufleben statt Aufheben, Wohnen statt warm-satt-sauber Versorgung
- Weg von der Irreversibilitätstheorie hin zur Reversibilitätstheorie als pflegerische Grundhaltung
- Regressionsverhinderung bei noch kognitiv erreichbaren Betagten
- Die Pflege normal gestalten (Normalitätsprinzip)
- Den physischen Tod – den sozialen Tod verhindern
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit, der Motivation, des Engagements des Personals
- Senkung der Krankenstands- und anderen Arbeitsausfallszeiten

### 3. Wird das Altern positiv oder negativ erlebt?

Erwin Ringel beschreibt in seinem Buch „Das Alter wagen“ (1994) fünf psychische Haltungen des alten Menschen als häufige Reaktionen der Persönlichkeit auf die Tatsache des Alterns.

- Vorliebe zu alten Gewohnheiten, Neues wird abgelehnt
- Reduktion von körperlichen Leistungen, Verlangsamung sämtlicher Bewegungsabläufe
- Schwierigkeiten neue Beziehungen zu knüpfen
- Tendenz zur Regression
- Abwendung von Zukunft und Gegenwart, Festhalten an der guten alten Zeit. Handeln und Argumentieren aus dem Langzeitspeicher, weil die Frischgedächtnisleistung nachlässt

Diese Haltungen können das Alter negativ erscheinen lassen. Setzen wir uns allerdings konsequent damit auseinander, gewinnt das Alter plötzlich eine Vielzahl positiver Aspekte.

Gegenwart und Zukunft bedeuten Abstieg und Tod. Darum zieht sich der alte Mensch in die Vergangenheit zurück. Müssen Gegenwart und Zukunft wirklich uninteressant sein?

Lässt die Kurzzeitgedächtnisleistung nach, schöpft der Mensch seine Bedürfnisse, Interessen, Lebenswichtigkeiten, Rollen, Normen, Werte und Wichtigkeiten aus der Vergangenheit, dem Langzeitgedächtnis.

Aktivitäten, Beschäftigung die Inhalt haben, dem alten Menschen den Lebensabschnitt sinnvoll erscheinen lassen fördern die Gedächtnisleistung. Gerade im Alter ist die Sinnfrage von zentraler Bedeutung. Lebenssinn ist etwas Individuelles, den man nur vom alten Menschen selbst erfragen kann. Biografiearbeit, die Fragen nach dem „Warum, Wozu, Wofür“ hat der Mensch etwas getan und „Wie“ hat er es empfunden, erlangen zentrale Bedeutung.

Je nachdem wie ein Mensch sein gelebtes Leben und seine Zukunft sehen kann, wird er problembehaftet oder glücklich alt werden. Unglückliche alte Menschen werden eher dekompensieren als glückliche.

### Die Entwicklungstheorie der Lebensspannen nach E. Erikson und ihre Auswirkungen auf die Befindlichkeit im Alter

| Lebensjahre    | Lebensspannen E.Erikson |                    |
|----------------|-------------------------|--------------------|
| Über 40 Lj.    | Integrität              | - Verzweiflung     |
| bis ca.40. Lj. | Generativität           | - Stagnation       |
| 19.-25. Lj     | Intimität               | - Isolierung       |
| 13.-18. Lj.    | Identität               | - Rollendiffusion  |
| 6.-12. Lj.     | Kompetenz               | - Minderwertigkeit |
| 3. - 6. Lj.    | Initiative              | - Schuldgefühle    |
| 1 ½ - 3. Lj.   | Autonomie               | - Selbstzweifel    |
| bis 1 ½ Lj.    | Vertrauen               | - Misstrauen       |

## 4. Gedächtnis, Erinnerung und Psyche

Das **Gedächtnis** speichert Daten, Hausnummern, Jahreszahlen, Gesichter, Vokabeln, alles was auswendig gelernt wurde und bildet die rationale Leistung ab.

Wahrnehmen, Erkennen und Denken sind von der Geschwindigkeit der Gehirnleistung, der Adaptionszeit bestimmt.

**Die Adaptionszeit** ist jene Zeit, die ein Reiz (Wahrnehmung) braucht um von den Sinnesorganen aufgenommen, an das Gehirn weitergeleitet und interpretiert zu werden, damit der Mensch fähig ist, sinnvoll darauf zu reagieren und zu handeln.

Je länger die Adaptionszeit, umso mehr Zeit benötigt der Mensch zum Erkennen. Seine Anpassungsfähigkeit an Neues wird geringer und langsamer. Daraus resultiert bei Überforderung Desorientiertheit bis Verwirrtheit.

Die **Erinnerung** dagegen ist im Inneren verwurzelt. Man erinnert sich an aufregende, beglückende oder quälende Situationen, seinem Schicksal, die emotionale Leistung.

Gedächtnis und Erinnerung zusammen ergeben die **Lebenszusammenhänge**.

Wir werden bei der psychobiographischen Arbeit mit Schönfärberei (Heimat, Freunde, gute alte Zeit,..) oder Schwarzmalerei (negative Lebensbilanz, Versäumnisse,...) konfrontiert. Je nachdem, wie befriedigend oder nichtbefriedigend das Leben empfunden wird.

Die **Noopsyche** (E. Böhm 2009, 2015) ist die Welt der Dinge, das rationale Ich.

Die **Thymopsyche** dagegen die Welt der Gefühle, sprachlos, persönlichkeitslos, ortlos und zeitlos. Thymopsyche und Noopsyche arbeiten wie ein Netzwerk zusammen und beeinflussen sich gegenseitig. Im Alterungsprozess und bei Menschen mit Demenz, nimmt die rationale (noopsychische) Leistung ab und die emotionale (thymopsychische) Leistung zu. Das Lustprinzip gepaart mit Machtbedürfnissen und Aggressionen tritt hervor. Bremsmechanismen (Über-Ich-Bremse) gehen verloren. Machtbedürfnisse und Aggression werden spontan und unreflektiert ausgelebt. Der Mensch empfindet, erlebt seine Welt, wie er sie aufgrund seiner biografischen Speicherungen erleben, erkennen und erfühlen kann.

Das Gehirn kann man im Prinzip als Computer betrachten. F. Vester (2001) hat verschiedene Gedächtnisspeicher beschrieben.

### 4.1 Die Gedächtnisspeicher

- **Kurzzeitgedächtnis oder Neugedächtnis**

- Begrenzte Behaltensleistung (visuell ca.30 Sekunden, elektrisch gespeichert)
- Erstinformation verblasst bei fehlendem Interesse, fehlender Assoziationsmöglichkeit oder störenden Zusatzwahrnehmungen

- **Langzeit- oder Altgedächtnis**

- Übernimmt Informationen aus dem Kurzzeitspeicher
- Die Information prägt sich ein, Speicherung erfolgt durch EW-Körper
- Man kann zwischen jungen und alten Altgedächtnis unterscheiden

- **Alltagsgedächtnis**

- Tief sitzende Speicherung
- Alles was laufend benötigt oder getan wird (Routine)

- **Kollektivgedächtnis**

- Elementare Erfahrungen und Vorstellungen einer Gruppe werden in Gedächtnisspuren vererbt
- Vester beschreibt, dass Zellen im Kern eine Art Gedächtnis besitzen

Diese Gedächtnisspeicher vermischen sich im täglichen Leben mit Erinnerungen und Vorstellungen. Je tiefer die Speicherung desto mehr ist sie emotional besetzt. Daher, je tiefer die Erreichbarkeitsstufe ist, desto tiefere Speicherschichten können aufgerufen werden.

## 5. Das Konzept der Psychobiografischen Reaktivierung

### 5.1 Die Differenzierung zwischen „Aktivieren“ und „Re-aktivieren“

**Aktivierende Pflege** ist bei allen Personen möglich, die dem normalen biologischen Abbau unterliegen und noch eine Kurzzeitgedächtnisleistung besitzen. Sie schöpfen ihre Motive aus dem Heute und befinden sich in Interaktionsstufe 1-2.

**Re-aktivierende Pflege** ist bei allen Personen dienlich, die dem pathologischen Abbau unterliegen, aus dem Alt- oder Tertiärgedächtnisspeicher schöpfen und auf emotionaler Ebene erreichbar sind. Sie schöpfen ihre Motive aus dem Gestern und befinden sich auf Interaktionsstufe 3-7.

### 5.2 Die Übergangspflege – Das ursprüngliche Konzept

Sie wurde 1979 im psychiatrischen Bereich primär für psychiatrische Patienten entwickelt. Dabei erfolgt die, durch fachlich ausgebildetes Pflegepersonal begleitete **Rehabilitation von der Station nach Hause**. Das Lebensorientierungstraining (LOT) erfolgt dort, wo der Patient leben muss, also in der eigenen Wohnung und Wohnumgebung.

Die Grundlage dieser Methode ist die erst später dokumentierte Reaktivierung.

Ohne das theoretische Wissen über das Reaktivierungsmodell ist es auch nicht möglich, Übergangspflege zu betreiben.

#### Die Elemente der Übergangspflege

$$\begin{array}{l} \text{Ärztliche Diagnose} \\ \text{Status auf der Station} \\ \text{Differentialdiagnostischer Ausgang} \\ + \quad \text{Biographieerhebung} \\ \hline = \quad \text{Pflegediagnose} \end{array}$$

### 5.3 Das Reaktivierungskonzept

Hat sich aus den Erfahrungen und Beobachtungen in der Übergangspflege entwickelt.

Das Reaktivierungskonzept wurde von Maria Riedl und Maria-Luise Jerabek an den Bedarf der allgemeinen Pflege angepasst und somit auch an Akutstationen im Krankenhaus, in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege, in der Praxis pflegbar.

In diesem Bereich sind gerontologische, geriatrische und gerontopsychiatrische PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen zu pflegen. Daher wird die Reaktivierung nur funktionieren, wenn alle Konzepte der Pflege und der Pflegeprozess damit vernetzt werden. Die rein psychiatrische Sichtweise reicht nicht aus.

Die Pflege wird gefährlich, wenn somatische Probleme und Symptome ignoriert und als psychisch verursacht gesehen werden. Erst ist die medizinische Abklärung wichtig, dann kann man nach psychischen oder biografischen Ursachen für eine Symptomatik suchen.

Das **Pflegeziel ist die Wiederbelebung der Alterseele**. Wir bewegen zuerst die Seele, dann bewegt sich auch der Körper. Wir machen alte Menschen, weil wir sie verstehen, an der Station wieder lebensfähig (körperlich, geistig, psychisch und sozial).

Es gilt wichtige Lebensmotive, Gefühle, Triebe und Prägungen zu erforschen. Positiv oder negativ besetzte Gefühle aus der Erinnerung werden zur Wiederbelebung eingesetzt. Schlüsselreize (alte Gerüche, Sätze, Sprüche, Kost,..) werden als bekannt erkannt, erzeugen das Daheimgefühl und verursachen eine Reaktion (Beruhigung, Reaktivierung, mehr essen,...).

Rituale und Handlungen aus der Kindheit, dem ersten Daheim werden gelebt und geben Sicherheit. Werden sie nicht zugelassen, kommt es zu Reaktionen aus frühen Entwicklungsstufen (Bewältigungsstrategien wie: Angst, Schreien, Weinen, Einnässen,..).

## **6. Die Umsetzungsschritte der Psychobiografischen Reaktivierung**

- Das gesamte Team verfolgt die gleichen Ziele
- Schaffung eines Stationsleitbildes
- Vernetzung des physischen mit dem psychischen Pflegeprozess
- Regelmäßiges Abhalten von Fallbesprechungen (Pflegevisiten)
- Schaffung der Normalität
- Erhebung und Dokumentation der Biografie
- Interpretation der Biografie
- Setzen von unspezifischen und spezifischen Impulsen
- Evaluation

### **6.1 Pflegeleitbild und Zielorientierung**

Oft werden MitarbeiterInnen in einem Konzept geschult und erhalten danach den Auftrag „Und jetzt setzt's um!“.

Was, wie, wozu, womit, wer und bis wann konkret zu tun ist, ist nicht offiziell definiert. Die Fragen: „Was soll ich eigentlich tun?“ „Werde ich es überhaupt richtig machen?“ „Werde ich mich lächerlich machen?“ „Was wird die Stationschwester sagen?“ und viele mehr, schaffen nicht die Motivation zu starten sondern verursachen Angst. Einzelne MitarbeiterInnen preschen vor und verunsichern die restlichen Teammitglieder. Resultat ist meistens eine Zwei-Gruppen-Bildung und Kämpfe an den Stationen oder zwischen Stationen, mit der Erkenntnis, „Böhm“ kann man nicht umsetzen.

Realistische Ziele geben Orientierung, Sicherheit und Struktur. Sind MitarbeiterInnen in den Prozess der Zieldefinition mit eingeschlossen, erleben sie sich produktiv und die Motivation steigt enorm. Es ist ein schönes Gefühl, wenn sich die Entwicklung zu multiplizieren beginnt. Der gesamte Prozess erhält eine Eigendynamik, die von außen nur mehr moderiert werden muss.

Sehr gut kann man an diesen Prozess die Entwicklung eines Stationsleitbildes, Pflegeleitbildes und folglich eines Leitbildes für die Institution anschließen. Der Vorteil ist, dass die MitarbeiterInnen diese Leitsätze und dazugehörigen Ziele selbst entwickeln, sich dadurch damit identifizieren und sie tatsächlich leben können. Sie sind beim „Sein und nicht beim Scheinen“ angekommen.

### **6.2 Die Vernetzung des physischen und psychischen Pflegeprozesses**

#### **Physischer Pflegeprozess**

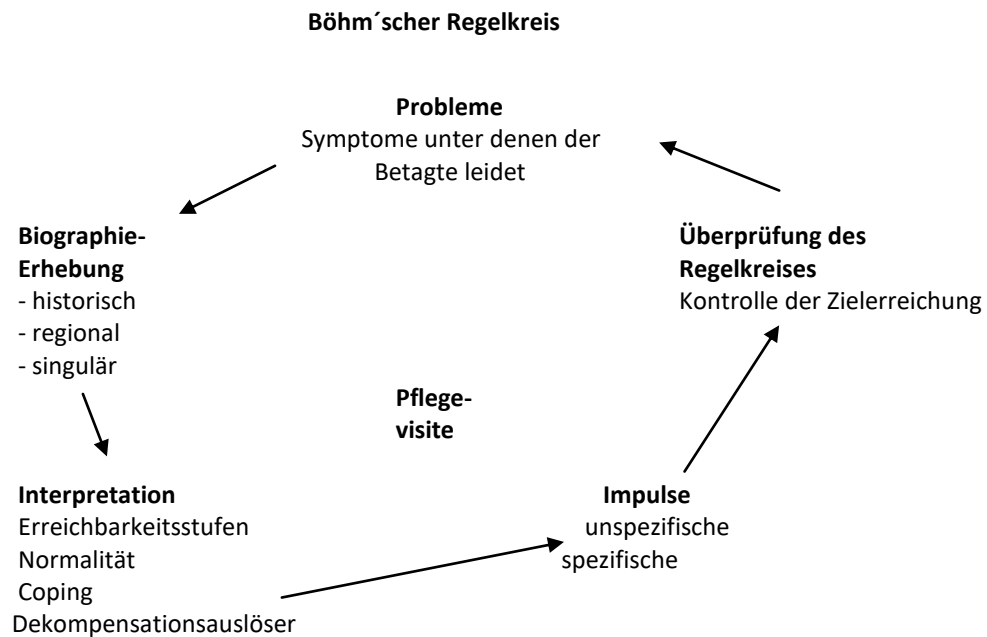
Problem – Ziele – Maßnahmen

#### **Psychischer Pflegeprozess**

Biografie – Interpretation – Impulse

Emotionale Erreichbarkeitsstufe – Coping – Pflegeintensität

### 6.3 Abhalten von Fallbesprechungen (Pflegevisiten)



### 6.4 Schaffung von Normalität

Jeder Mensch ist geprägt, in einem Umfeld erzogen, sozialisiert, mit Normen und Wertvorstellungen behaftet und dadurch zu einer individuellen Persönlichkeit gewachsen. Im Alter, mit der Abnahme der Funktionstüchtigkeit des Kurzzeitgedächtnis kommt diese Persönlichkeit und die dazugehörigen Bewältigungsstrategien verschärft zutage. Die Über-Ich-Bremse geht verloren und Handlungen und Aussagen werden spontan getätigt, da die Selbstreflexion nicht mehr möglich ist. Das Ziel der Pflege ist, die Normalität des Einzelnen über Biografiearbeit zu erheben und in die Pflegeplanung zu integrieren.

#### Der biographische Lebensbaum

Menschen gleichen einem Baum. In der Jugend (junger Baum) kann man nicht voraussagen wie er wachsen wird. Im Alter ist der Stamm (Charakter) ausgeprägt, die Neigungen sind gefestigt. Der Baum wächst wie der Mensch aus dem Boden heraus – aus seiner Heimerde, Familie, seinem Milieu. Er richtet sich nach seiner Umgebung und verendet wenn der Lebensraum eingengt wird. Wurzeln, Stamm und Äste verzweigen sich und nähren sich ein Leben lang von Mitgebrachtem, Vererbtem oder Antrieben.

- Mitgebrachtes, Antriebe, Intuition
- Familie und Familienkonstellation, Familienatmosphäre, Milieu, Zeitgeist, Daheim-Gefühl
- Neurotische Familienkonstellationen, Pathologische Charakterzüge
- Folklore, Rituale, Lebenssinn, Sicherheit

#### Die Kriterien der Normalität sind

- Prägung
- Faktoren der Persönlichkeit
  - Antrieb
  - Ausdruck
  - Temperament
- Verhalten und Coping
- Emotionale Erreichbarkeit

### 6.4.1 Die Prägung

Sie umfasst den Zeitraum bis zum 25. Lebensjahr, darüber hinaus nur sehr stark emotional besetzte Erlebnisse. Es handelt sich also um Erinnerungsinhalte aus dem alten Langzeitgedächtnis und den darunter liegenden Schichten. Die Erinnerungen bringen das Gefühl aus dem Daheim. Dieses Daheimgefühl wird allerdings je Speicherebene mit anderen Inhalten gefüllt sein (Kleinkind, Jugendlicher, Erwachsener,...). Das Daheim der heute Betagten liegt in der Gefühlswelt von 1930 bis 1950. Die Prägung bezieht sich auf eine bestimmte Gruppe mit bestimmten gemeinsamen Merkmalen – Geschlecht, geografische Region, Gesellschaftsschichte, Geburtsjahr,... . Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Psychobiografie um die individuelle Prägung des einzelnen Individuums.

Die Prägung zu hinterfragen, bringt besseres Verstehen, mehr Toleranz und Akzeptanz für das Verhalten und die Bedürfnisse des alten Menschen. Nur dadurch werden wir fähig den Betagten die Normalität zu belassen und ihnen wieder ein Motiv zum Leben zu geben.

### 6.4.2 Die Faktoren der Persönlichkeit

- **Der Antriebstyp**

**Sympathikoton bedeutet:** Risikobereitschaft im Leben, freiheitsliebend, immer neue Erfahrungen machen, Unternehmungslust, Risikobereitschaft, Optimismus, gut gelaunt bis leichtsinnig sein, keine Angst vor Strafe, sich wehren, behaupten, durchsetzen was man möchte. Braucht viel Bewegung und reagiert im Stress mit der Plusstomatik ( Aggression, Flucht, Paranoia).

**Parasympathikoton bedeutet:** Ängstlichkeit, kaum Risiko eingehen, bleibt gerne in der gewohnten Umgebung, klammert sich an Altes. Bedürfnis nach Sesshaftigkeit und Sicherheit ist ein elementares Grundbedürfnis. Wollen keine neuen Erfahrungen machen, bleiben bei eingefahrenen Verhaltensmustern und wollen keine Umstellung.

Gibt eher nach, sucht den Ausgleich, sitzt lieber. Reagiert im Stress reagiert mit der Minusstomatik (Apathie, Rückzug, Depression, Verwahrlosung)

- **Der Ausdruck**

Es wird zwischen **extravertierten** (aus sich herausgehenden, kontaktfreudigen) und **introvertierten** (in sich gekehrte, weniger kontaktfreudigen) Menschen unterschieden.

- **Die 4 Basistemperamente**

**Der Lustige, Heitere** - ein lustiger, heiterer, optimistischer Mensch, der gerne Witze macht und viel lacht.

Im Stress scheint nichts ernst zu nehmen, als würde er alles ins Lächerliche ziehen. Wir fühlen uns angegriffen.

**Der Aufbrausende, Cholerische** - ist geistig flexibel, sehr offen, sagt was er will und sich denkt, schreit seine Empfindungen heraus.

Im Stress reagiert er überschießend jähzornig und glaubt immer Recht zu haben. Wir schreiben in die Dokumentation, der Patient ist fremdaggressiv.

**Der Langsame, Behäbige** – ist nicht aus der Ruhe zu bringen, er ist verlässlich aber schwer erregbar. Er lebt zurückgezogen, redet wenig, ist schwerfällig und langsam, kann andere kaum überzeugen.

Er wird im Stress immer langsamer. Wir glauben er macht uns etwas zu Fleiß.

**Der Traurige, Weinerliche** - denkt lange nach bevor er etwas sagt, fragt nach dem Sinn ist krankhaft traurig. Im Stress kann er positive Seiten oft nicht erkennen und ist sehr in sich gekehrt.

### 6.4.3 Das Verhalten und Coping

- **Das Coping**

Unter Coping versteht man Lebensbewältigungsstrategien, erlernte Lebensmuster.

Copingstrategien werden erlernt und von den Eltern oder anderen Bezugspersonen, von Idolen mit denen man sich identifizieren kann, abgeschaut. Kinder probieren aus, und jene Strategien die erfolgreich sind werden abgespeichert (konditioniert).

Ereignisse im Leben wiederholen sich immer wieder, weil sich das Coping nicht grundlegend verändert – so entsteht das Lebenspanorama.

**Das Gefühl, das man zur Prägung entwickelt ergibt die Handlung, das Coping.**

**Gefühl entsteht durch die Einschätzung der Beziehung zur Umwelt.**

Wenn wir das Gefühl zur Prägung beachten, wird das Coping der PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen besser zu verstehen sein.

Viele der PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen können ihre Copings nicht mehr mitteilen. Wir sind auf unsere eigene Beobachtungs- und Einschätzungsfähigkeit angewiesen.

Uns kann es passieren, dass wir ins Wohnzimmer gehen und nicht mehr wissen was wir wollten. Wir gehen in die Küche zurück und „Aha“ es fällt uns wieder ein.

Genau das kann der Mensch mit Demenz nicht mehr. Er geht wohin, vergisst seine Handlungsabsicht und findet keine Möglichkeit mehr zum „Aha“ zu kommen. Jetzt irrt er suchend herum und erscheint verwirrt. Für uns gilt es diese Handlungsabsicht zu erkennen.

Je tiefer die Erreichbarkeitsstufe, desto emotionaler fallen die Handlungen aus. Bei zu starken Schlüsselreizen kommt es zu einer rein emotionalen Reaktion. Das Zurückgreifen auf bekannte, weiter unten liegende Copings wird als **Umkehrphänomen** bezeichnet. Sehr oft wird mit pathologische Abwehr- und Ersatzhandlungen (Regression, Verleugnung, Projektion, Infantilität, Fremdaggression, Eigenaggression) reagiert.

### 6.4.4 Die Emotionale Erreichbarkeit

Vergleichbar mit der Entwicklungstheorie nach E.H. Erikson.

Soll ein Mensch alles was um ihn herum passiert bewusst erleben, muss ich mit ihm so kommunizieren, dass er es auch gemäß seiner Erreichbarkeit verstehen, verarbeiten kann.

Das heißt, ich muss meine Botschaften in „seiner Sprache“ aussenden.

Je mehr die kognitive Leistungsfähigkeit (Noopsyche) nachläßt, desto mehr werden Gefühle und Emotionen (Thymopsyche) von Bedeutung. Das Eingehen auf einen Menschen über die Gefühlsebene bei kognitiv nicht erreichbaren Menschen, ist die Grundlage in Erwin Böhm's Modell.

Dazu ist es nötig zu wissen, wann spielen welche Ereignisse und Gefühle eine Rolle, welchen Schlüsselreiz aus welcher Entwicklungsstufe setze ich wann.

- **Stufe 1: Sozialisation**

- Der Eintritt in das Berufsleben, der erwachsene Mensch
- Kognitives Gespräch ist noch möglich, Stufe der Aktivierung
- Können zum Teil Inhalts- und Beziehungsebene im Gespräch nicht mehr koordinieren und antworten mit ehrlichen Gefühlsäußerungen

- **Stufe 2: Mutterwitz**

- das Rollenverhalten eines jungen Erwachsenen (Sprache, Schmä, Redensarten,..), sprechen wie der Schnabel gewachsen ist
- Mischung aus Muttersprache und Kindersprache
- Aktivierende Pflege, das gesprochene Wort wird verstanden

- **Stufe 3: Emotionale Grundbedürfnisse**

- Jugendlicher
- Tiefere Schicht der Erinnerung werden aufgerufen, Reaktivierende Pflege
- Bedürfnisse und Bedürfnisbefriedigung stehen im Vordergrund
- Nachholbedarf, was am meisten gefehlt hat, Grundbedürfnisse wie (Liebe, Essen,..)

- **Stufe 4: Prägung**

- Schulkind, Rollen zu spielen, Nachahmen
- Alles was tief verwurzelt, ratifiziert und unabänderbar ist (Schrullen, Eigenarten, Rituale, Religion, Ängste, Spinnenangst, Gewitterangst,...)
- Erlernte, sich wiederholende, eingespielte, automatisierte Verhaltensnormen die Sicherheit vermitteln, Zeremonien des Alltags (Essen, Kleiden, Schlafen, Kommunikation, Sex,..)

- **Stufe 5: Triebe**

- Kleinkind
- Triebe, Triebwünsche, Tagträume, Phantasien
- Allgemeine Triebe, Leibliche Triebe, Seelische Triebe
- Machttrieb, lernt außer Körperkraft auch andere Strategien einzusetzen (wirft sich trotzig auf den Boden, schreit bis es blau wird, Diplomatie,...), wie hat man gelernt zu kämpfen

- **Stufe 6: Intuition**

- Kleinstkind
- Bildhaftes Denken, solange jemand noch nicht lesen kann
- Intuitives Erfassen von Situationen, kann das Erlebte aber nicht mehr reflektieren
- Mythen (Erzählungen, Rituale, Sitten, bewusste Verherrlichung, Helden, Teufel,..) bieten Orientierung auf der untersten Ebene und Sicherheit
- Magisches Denken (Hexe, Zauberer, Angst vor Hunden,..) regt die Phantasie an
- Aberglaube (geheimnisvolle Formeln, Ritualisierungen um Unglück fern zu halten und das Glück anzuziehen) kann, wenn er nicht beachtet wird zu paranoiden Situationen führen
- Mystik (magische Kraft des Christkinds, Wunschvorstellungen, Tagträume) erregt positiv und befriedigt Bedürfnisse

- **Stufe 7: Urkommunikation**

- Säugling, Saugreflex, Basal erreichbar

### **Die Erreichbarkeit gibt Aufschluss über die Art des Einstieges in die Interaktion.**

**Kognitiv** - Kurzzeitgedächtnis, junges Langzeitgedächtnis sind aktiv, Stufe der Aktivierung, Gedächtnistraining zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit

**Emotional** - Altes Langzeitgedächtnis ist aktiv, Stufe der Reaktivierung, Konzepte wie Validation, Kinästhetik, Gedächtnistraining, 10-Minuten-Aktivierung und Basale Stimulation kommen zum Einsatz

**Basal** - Sprachlich nicht mehr erreichbar. Es braucht Impulse über den Körper. Kollektivgedächtnis ist aktiv, angeborene Reflexe und Instinkte können stimuliert werden, Basale Stimulation und Kinästhetik werden zur Kommunikation eingesetzt.

## 6.5 Die Erhebung und Dokumentation der Biografie

Wie schon erwähnt, entstehen Handlungen bei kognitiv dekompenzierten Menschen nicht reflektiert und geplant durch Erkennen, sondern reaktiv, durch das aus der Situation entstandene Gefühl, assoziiert mit der Prägung. Um daraus Erkenntnisse ziehen zu können, ist es nötig, sich mit der Lebensgeschichte auseinander zu setzen.

Biografiearbeit bedeutet nicht nur, sich mit den PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen auseinander zu setzen, sondern auch mit sich selbst. Die **eigene Biografie** (Prägung) bestimmt unser Denken, Handeln, Wertvorstellungen, Vorurteile und Sprache. Wichtig ist, über sich selbst im Klaren zu sein. Erst wenn ich mir meiner Gefühle bewusst bin, kann ich anderen, verhaltenskreativer Menschen sinnvoll helfen oder in einem Team konstruktiv arbeiten.

In einem Pflegeheim gibt es geistig frische Menschen, deren Einschränkungen ausschließlich im körperlichen Bereich zu finden sind. Sie erzählen uns ihren **Lebenslauf**, eine zusammenhängende, durch das Kurzzeitgedächtnis genau gefilterte Geschichte. Ihr Ziel ist, sich im besten Lichte darzustellen. Wir sollen verstehen aber nicht korrigieren, wenn wir erkennen, dass eine erzählte Geschichte nicht der Wahrheit entspricht.

Für das Daheimgefühl spielen Inhalte aus der Vorwoche oder dem Vorjahr sehr wohl noch eine Rolle und sind daher in die Pflege mit einzubeziehen. Bei der Erhebung ist das Einhalten der Kommunikationsgesetze bedeutsam.

Die **Psychobiographie** wird erst bei Bestehen eines psychischen Problems erhoben und ist abhängig von der emotionalen Erreichbarkeitsstufe. Es handelt sich um die individuelle Prägung, neg. oder pos. emotional besetzte Geschichten, die nicht zusammenhängend erzählt werden. Ein gesetzter **emotionaler Schlüsselreiz** führt zur spontanen Antwort, ein Frage-Antwortspiel ist nicht möglich. Wichtig sind nur jene Geschichten die PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen öfters erzählen. Inhalte sind: „Wo war ich der/die Größte, was war meine Lebensrolle, was war für mich Zuwendung, wo habe ich gesiegt oder verloren, wofür wurde ich geliebt usw.“. Es geht um die Beantwortung der Frage: „Wofür hat jemand gelebt und wofür hat er was konkret getan?“ Die Hintergrundgeschichten und nicht die Daten sind von Bedeutung.

Dokumentiert wird die Biografie auf einem dafür vorgesehenen Biografieblatt. Jede Pflege- und Betreuungsperson dokumentiert unverzüglich. Diese Geschichten sind wichtig, um präventiv oder therapeutisch, im Sinne der Psychobiografischen Reaktivierung, zu arbeiten.

## 6.6 Die Interpretation (Deuten) der Psychobiografie

Nach der Biographieerhebung und der Problemfeststellung erfolgt die Interpretation der Psychobiografie mittels Hausverstand (Prägung, Erreichbarkeit, Persönlichkeit, Coping) und nicht psychoanalytisch. Sie ist die Grundlage für die Impulssetzung.

Das Ziel ist, das bestehende Problem zu verstehen (Normalität) oder mit dem richtigen Impuls zu verändern oder lösen (patholog. Abbau).

### Fragen beim Interpretieren

- Was fehlt?
- Was ist anders als früher?
- Was verursacht Symptome wie Angst, Unruhe,.....
- Was geht dem Bewohner ab?
- Was behindert sein Leben?
- Wodurch ist es zur Unlustbildung gekommen?
- Wird ein Coping verhindert?
- Wird Normalität zugelassen?
- Wird die Adaptionszeit beachtet?

- Sind die Orientierungshilfen gehirngerecht und werden sie benützt?
- Wird die Erreichbarkeit beachtet?

## 6.7 Die Impulssetzung

Ein Impuls wird nur dann zum Ziel führen, wenn für den Betagten ein Motiv zur Handlung besteht. Man kann nur reaktivieren was einmal aktiv vorhanden war. Auch die Motive sind je nach Lebensgeschichte und emotionaler Erreichbarkeit verschieden.

Es besteht die Gefahr, dass Pflegende und Betreuende ihre eigenen Motive als Grundlage zur Impulssetzung nehmen. Ein Impuls lässt im Gegensatz zu einer Maßnahme den Bewohner selbst aktiv werden. Wir bewegen die Seele, damit sich der Körper bewegt.

**Die Unspezifischen Impulse** werden vor allem gesetzt, wenn die Anwendung des Normalitätsprinzips ausreicht (biologischer Abbau). Sie orientieren sich an der allgemeinen Prägung einer Generation einer bestimmten Schicht, einem bestimmten Geschlecht in einer bestimmten geografischen Region. Es sind meistens allgemeine Veranstaltungen für eine große Anzahl von PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen. Sie können den alten Menschen erreichen aber auch nicht.

### Was ist für die PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen normal (Jahrgänge 1930 bis 1950)?

- Tagesrhythmus, Feste, Tradition, Brauchtum, Religion, Rituale
- Einrichtung, Umfeld, Besitz
- Besuche, Kontakte, Privatsphäre
- typisch weiblich/männlich, Autorität, Beziehung
- Kleidung, Körperpflege, Essen

**Die Spezifischen Impulse** werden gesetzt, wenn die Erhebung der Psychobiographie notwendig wird (pathologischer Abbau). Sie werden für eine Einzelperson anhand ihrer singulären Biographie zu einer konkreten Zielerreichung gesetzt.

### Dazu zählen folgende Impulse

- nach Einzelbiographie
- nach Abbaustufen (emotionaler Erreichbarkeit)
- nach biologischem und pathologischem Abbau (geistig und körperlich)
- nach Antrieb
- nach Ausdruck
- nach Temperament
- als Streßwegnahme
- nach Bedürfnissen
- nach dem Ziel der Impulssetzung (resozialisierend, remotivierend, revitalisierend, remobilisierend, resensibilisierend)
- Lebensorientierungstraining (LOT) – Verrichtungen des täglichen Lebens
- Vigilanzsteigernde Maßnahme – Steigerung der durchschnittlichen Wachheit des Bewusstseins über die Sinne
- Urkommunikation und Reizanflutung – Einflussnahme auf Lebens- und Todestrieb über die Lebenstrieb
- Symptomspezifisches Verhalten – individuelles psychisches Training bei Paranoia, Depression, Desorientiertheit, Verwirrtheit, Regression oder vermindertem Selbstwertgefühl.

## 6.8 Die Evaluation

Erfolgt in der Pflegevisite. Das Team überprüft die Zielerreichung und belässt oder ändert Interpretation und Impulssetzung um.

## Weiterführende Literatur

**Bienstein, Ch. , Fröhlich, A. (5. Auflage 1994):** *Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen.* Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.

**Böhm E. (1988):** *Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege.* Bonn: Psychiatrie-Verlag

**Böhm E./Kochanski M. (1. Auflage 2015):** *Die Tatos der Altersseele. Ein biografisches Phänomen. Voraussetzungen für verstehende Pflege.* Augsburg: ENPP Eigenverlag.

**Böhm, Erwin (2009):** *Das psychobiographische Pflegemodell nach Böhm. Band I und Band II.* 4. Auflage. Wien: Wilhelm Maudrich Verlag

**Dilling Horst, Reimer Christian, Arolt Volker (2001):** *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie.* 4. Auflage. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag

**Feil, N. (1993):** *Ausbruch in die Menschenwürde. Validation – einfache Techniken um Menschen mit Altersverwirrtheit / Demenz vom Typus Alzheimer – zu helfen.* Himberg: Wiener Verlag.

**Fürstler, G. / Hausmann, C. (2000):** *Psychologie und Sozialwissenschaft für Pflegeberufe 1.* Wien: Facultas Universitätsverlag

**Petzold, Hilarion (2003):** *Lebensgeschichten erzählen. Biografiearbeit, Narrative Therapie, Identität.* Paderborn: Junfermann Verlag

**Ringel, E. (1994):** *Das Alter wagen. Wege zu einem erfüllten Lebensabend.* Wien: Krenmayr & Scheriau.

**Rosenmayr, Leopold (1995):** *Die Kräfte des Alters.* Wien: Wiener Journal Zeitschriftenverlag Ges.m.b.H.

**Roth, Gerhard (2003):** *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

**Vester, Frederic (2001):** *Denken, Lernen, Vergessen.* München: Deutscher Taschenbuchverlag