

Das Psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Böhm - eine kurze Vorstellung des Modells -

Die Zahl der desorientierten und verwirrten alten Menschen nimmt mit steigender Lebenserwartung ständig zu. Die Pflegesituation im Krankenhaus und Altenheim aber auch in der häuslichen Pflege wird für die Pflegenden und Angehörigen immer komplexer und anspruchsvoller.

Professor Erwin Böhm, Begründer des psychobiographischen Pflegemodells, hat einen ganzheitlichen Ansatz für die Pflege und Betreuung dieser Zielgruppe geschaffen.

Sein Modell fördert ein vertieftes Pflegeverständnis durch die intensive Auseinandersetzung mit der Biographie der Betroffenen durch sein Pflegemodell. Insgesamt wird die Professionalität und Kreativität der Pflege gefördert. Der Umgang mit den alten Menschen wird dadurch zielgerichteter und differenzierter.

Pflegemodelle allgemein

Pflegemodelle sind Denkkonzepte, wie man sich die Gesamtheit der Pflege vorstellt. Ein Pflegemodell ist die Beschreibung der Pflegewirklichkeit, bzw. die Vorstellung, wie Pflege gut überlegt, geplant durchgeführt werden soll. Von Modell spricht man nur, wenn die Theorie eines Modells, die Praxis der Pflege und die Pflegedokumentation übereinstimmen. Der Vorteil eines Modells besteht darin, dass es klare Richtlinien gibt und dadurch alle am selben Strang ziehen. Das heißt, jeder Mitarbeiter orientiert sich an den Zielen einer Station oder an den Zielen der Einrichtung.

Gebrauchliche Pflegemodelle sind in erster Linie für psychisch „Gesunde“ und für somatisch „Kranke“.

Das Böhm Modell ist das einzige für psychisch „Kranke“ aus dem psychogeriatrischen Formenkreis.

Das Pflegemodell nach Böhm ist eigentlich kein Modell im klassischen Sinne, Modelle sind meist sehr statisch und lassen eine Weiterentwicklung kaum zu. Es hat vielmehr eine Dynamik, das von seinen Erfahrungswerten lebt.

Das Modell muss sich auch weiterentwickeln, weil sich die Menschen, der Zeitgeist, die Traditionen und Gebräuche ja auch weiterentwickeln.

Ziele des Modells

Wir würden viele verhaltensauffällige alte Menschen besser verstehen, wenn wir wüssten, was sie wirklich meinen und was sie bewegt!

Wir müssen Menschen verstehen lernen und dieses Verstehen in die Pflege miteinbeziehen. Die Selbstständigkeit, die soziale Kompetenz der Senioren soll so lange wie möglich erhalten bzw. gefördert werden. Unter Selbstständigkeit ist aber nicht vorrangig der Körper gemeint, sondern der Geist und die Psyche, also selbstständig denken, fühlen und natürlich selbst entscheiden oder mitentscheiden dürfen.

Pflegeziel ist die Wiederbelebung der Altersseele!

Ein Mensch, der keine Lust mehr zum Leben hat, der hat auch keine Lust mehr seine Beine zu bewegen. „**Vor den Beinen muss die Seele bewegt werden**“.

Viele Verhaltensauffälligkeiten unserer Patienten müssen als biographisch bedingt und nicht in erster Linie als dementielle Veränderungen gesehen werden.

Wir müssen Ziele finden, die zum Aufleben, also zur Vigilanzsteigerung beitragen.

Vigilanzsteigerung ist einer der wesentlichen Impulse bei Patienten im Rückzug.

Pflegeziel ist aber auch die Belebung der Pflegenden durch fachliches Niveau!

Damit erreichen wir eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit des Personals und damit eine Senkung der Krankenstände. Auf Stationen und in Heimen die nach dem Böhm Modell arbeiten ist das „Burn-Out-Syndrom“ gänzlich unbekannt!

Mit Böhm`s Pflegemodell erreichen wir eine Kostensenkung (Senkung der Materialkosten, der Psychopharmaka usw...) bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung.

„Wir wollen ein Aufleben und kein Aufheben gewährleisten“.

Wie können wir alte Menschen besser verstehen lernen?

Man geht davon aus, dass das Altern ein regredierender Prozess der Seele/Psyche ist. Der Mensch fällt, wenn der geistige Abbau beginnt, zurück in Prägungsphänomene der ersten 25 – 30 Lebensjahre. Für die Pflege heißt das ⇒ **alles, was die Prägung eines Menschen mit sich gebracht hat, wird mit zunehmenden Alter und Abbau wieder mehr von Bedeutung und Wichtigkeit!**

Wollen wir alte Menschen im Verhalten, beim Handeln und beim Erzählen verstehen, müssen wir uns überlegen; was hat den Menschen geprägt? Was erlebte der Mensch in seiner Kinder- und Jugendzeit? Aus welchem Da-Heim, aus welcher Heimate Erde kommt er? Was war und ist sein Normalitätsprinzip (was ist und war “Normal“ für ihn)?

Wir müssen den psychobiographischen Hintergrund des Lebens erforschen und beachten.

Viele Verhaltensmuster lassen sich so erklären, und wir können Betagte besser verstehen. Moderne psychogeriatrische Pflege muss vor allem am Gefühlsleben des alten Menschen orientiert sein. **Die psychogeriatrische Pflege nach Böhm berücksichtigt uralte Gewohnheiten und die sehr persönliche Art, wie diese Menschen mit dem Leben fertig geworden sind** (in der Fachsprache spricht man hier von sogenannten Copings oder Lebensbewältigungsstrategien).

Problematiken der allgemeinen Pflegemodelle im Kontext zum Böhm-Modell

Leider ist die „**Warm – satt – sauber – Pflege**“ immer noch vielerorts die einzig existierende Pflegeform. In dieser Pflegeform nimmt man den progredierten Verlauf als gegeben hin, man konzentriert sich primär auf die ATLS, also auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Dadurch entspricht die Pflegediagnose, der ärztlichen.

Man pflegt z.b. Morbus Alzheimer, senile Demenzen usw. und fixiert somit das Abhängigkeitsverhältnis des Patienten ⇒ **Folge : Die prophezeite Diagnose wird unterstützt, das Befinden verschlechtert sich.**

Ein weiteres Problem liegt darin, dass meist **wir** den Betagten zeigen wollen, wie das Leben mit 80 Jahren funktioniert. Das endet fast immer mit der Übernahme der täglichen Verrichtungen durch die Pflegeperson. **Warum?** Die junge Pflegeperson hat gemäß ihrer eigenen Biographie und Prägung ihre eigene Vorstellung, wie man sich wäscht, sich anzieht, sich beschäftigt. Hier prallen die Vorstellungen des Betagten und die der Pflegenden oft gegenpolig aufeinander. Ist ja auch zu verstehen: die Betagten sind die Muskel- und Brotarbeitergeneration, und wir die Freizeitgeneration und Mundarbeitergesellschaft. Natürlich gewinnt meist die Pflegeperson, und die meisten Patienten stellen sich darauf ein, wie es die Pflegenden haben möchten.

Eine große Problematik stellt auch die Nichtbeachtung der Adaptionszeit dar.

▣ *Die Adaptionszeit ist die Zeit von der Aufforderung zu einer Handlung bis zur Reaktion darauf. Man kann auch sagen, die Adaptionszeit ist die Zeit, die wir brauchen, um einen Reiz wahrzunehmen und um darauf zu reagieren* ▣

Die Betreuungsperson handelt meist nach ihrer eigenen Adaptionszeit.

Also ergibt sich das Problem, dass wir den Betagten oftmals einfach zu wenig Zeit geben und ihnen Tätigkeiten abnehmen, nur weil wir schon bereit wären.

Alte, verhaltensauffällige Menschen fallen besonders bei Stress und Belastungssituationen ins Tertiär- und Kollektivgedächtnis zurück

Das heißt dann: je mehr das Tertiär- und Kollektivgedächtnis überwiegt, desto mehr ist das Neugedächtnis eingeschränkt. Gerade bei einem Umgebungswechsel oder einer Übersiedelung ins Altenheim kann so eine Belastungssituation entstehen und stellt für den Betagten sehr oft eine enorme Überforderung dar. Sie können sich die neue Umgebung nicht merken, sie nicht akzeptieren, fallen weiter zurück, regredieren, denn **früher war man DAHEIM und nicht im HEIM!**

Sie können sich hier nicht identifizieren, müssen sich auf einmal mit einem wildfremden Menschen ein kleines Zimmer teilen, es ist nichts mehr da, was man von früher her kennt.

Wenn ich aber nicht weiß, wo ich bin und was ich da überhaupt soll, dann kann ich mich auch nicht richtig benehmen, weil ich die Situation ja gar nicht erfasse!

Aktivierende Pflege und reaktivierende Pflege

Aktivierende Pflege ist ein Pflegeansatz, der, integriert in der Grund- und Behandlungspflege, versucht, weitgehendst die Eigenständigkeit und die Eigenverantwortlichkeit zu erhalten.

Es betrifft daher in der Umsetzung die Einstellungshaltung der Pflegeperson.

Reaktivierende Pflege nach Böhm ist ein Impuls zur Wiederbelebung der Altersseele. Dieser Impuls ergibt sich nach der Interpretation der singulären thymopsychischen Biographie.

Reaktivierende Pflege heißt aber auch wieder aufrufen, was einmal aktive Funktion war.

Wir sollten nur gewohnte Abläufe und bekannte Handlungen von unseren Patienten verlangen. Reaktivierende Pflege ist nicht die Durchführung einer aktivierenden Pflegemethode, die nur auf einem ideologischen Focus beruht (weil es so war, soll es wieder so sein, oder weil er einmal sein Bett gemacht hat, soll er es wieder selber machen); reaktivierende Pflege ist vielmehr die fachspezifische Pflegeforschung, die in erster Linie vor jeder somatischen Mobilisation und Aktivierungspflege, die Reanimation der Seele setzt.

Die Erreichbarkeitsstufen, auch Interaktionsstufen genannt

Wie ich anfangs erwähnt habe, verläuft das Altern regredierend. Das heißt ein 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 in seinem Modell 7 Erreichbarkeitsstufen, in denen ein Mensch sich befinden kann. Für die Begleitung eines Verhaltensauffälligen ist es nun sehr wichtig, die Stufen klar zuzuordnen ⇒ **um den Menschen auch psychisch zu erreichen,** ⇒ **um ihn besser zu verstehen,** ⇒ **um Regression zu verhindern,** ⇒ **um entsprechende Fördermaßnahmen in der Pflege und Betreuung anbieten zu können,** ⇒ **um bei pathologischen Abbauprozessen, wenigsten symptomlindernd pflegen zu können und natürlich um** ⇒ **reaktivierend eingreifen zu können.**

Mit einem „Einstufungsraster“ dem sogenannten *Interaktionsbogen* wird eine durchschnittliche Erreichbarkeit ermittelt.

In diesem Raster finden wir folgende Rubriken :

Gefühlsstörungen, Psychomotorik, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Gedächtnis, Orientierung und Kontaktfähigkeit.

Ein kurzer Überblick der 7 Erreichbarkeitsstufen

Stufe 1 **Sozialisation**

Entspricht der Erwachsenen - Stufe. Man versteht unter Sozialisation auch ein lebenslanges Lernen, um sich den Normen in der Gesellschaft anpassen zu können.

Will man in dieser Stufe die Betagten verstehen, ist es notwendig, dass die Pflegenden über die regionale Geschichtsprägung von damals Bescheid wissen. Sonst glaubt man nämlich, dieser Mensch muss als Erwachsener doch fähig sein, alles so zu machen, wie ich es verlange. In der Stufe 1 befinden sich Menschen, die noch ein kognitives Gespräch zulassen. Wir unterscheiden die *primäre Sozialisation* – durch das Milieu, die Familie und die nähere Umgebung geprägt. Weiter die *sekundäre Sozialisation* geprägt durch den Kindergarten, der Schule, durch gleichaltrige Kollegen und Freunde, aber auch das so wichtige Daheim – Gefühl wird hier geprägt.

Zuletzt noch die *tertiäre Sozialisation*, etwas später geprägt durch unsere Berufskollegen, Vorgesetzten usw.

Die Kommunikation bei Klienten in dieser Stufe findet vorwiegend auf der Inhalts- und Bezugsebene statt.

Sind Patienten auf Stufe 1 nicht zu erreichen, kann man versuchen auf der nächsten tieferen Ebene (St.2) einen Kontakt herzustellen.

Stufe 2 Mutterwitz

Entspricht der Entwicklungsstufe der Jugendlichen. Hier wird alles aktuell, was sich ein Jugendlicher zum Unterschied von einem Erwachsenen zumutet.

Durch die Prägungsforschung können wir hier Patienten besser verstehen und begleiten. Unter Mutterwitz versteht man auch jene Form des Volkstums, nach der man spricht „wie einem der Schnabel gewachsen ist“. Hier wird auch der sog. Humor als therapeutischer Moment eingesetzt. Aber auch reden und angesprochen werden mit Dialekt ist hier sehr wichtig.

Solange jemand in Stufe 1 oder 2 ist, versteht er unser Wort. Wir können ihn mittels aktivierender Pflege erreichen. Wenn er noch dementer wird, fällt er in eine tiefere Stufe der Erinnerung, hier kann man nur noch mit reaktivierender Pflege die Seele wiederbeleben.

Stufe 3 Seelische, soziale Grundbedürfnisse

Hier ist die singuläre Biographie von Bedeutung, um den Menschen zu verstehen.

Eine Person in Stufe 3 wird im Handeln schon vieles abgelegt haben, was man sonst von Erwachsenen erwartet. In dieser Stufe ist es sehr wichtig zu wissen das jeder Mensch seine wichtigen Bedürfnisse im Leben gehabt hat und natürlich noch hat, eine nicht Befriedigung der Bedürfnisse und von uns nicht erkannte Bedürfnisse des Klienten können zu einer akuten Verschlechterung, sogar zu einer akuten Verwirrtheit führen. Die Impulssetzung muss so gestaltet werden, dass der Patient weder geistig, noch körperlich überfordert wird, sonst droht ein Abrutschen in tiefere Stufen.

Stufe 4 Prägungen

Verhaltensweisen sind oft in eng umrissenen, zeitlichen Abschnitten erworben.

Prägungen sind erlernte, sich wiederholende, eingespielte Verhaltensnormen, es sind Rituale, die uns Sicherheit geben. Geprägt sind vor allem unsere Eigenarten, unsere Macken, Rituale (Rituale werden in Grenzsituationen oftmals wieder ausgespielt), vieles, was wir als Kind erlebten und erlernten.

Stufe 5

Triebe

Triebe, Triebwünsche, aber auch Tagträume und unsere Phantasien sind wohl die Kräfte die uns am stärksten bewegen!

Bei allen Anforderungen an die Person in dieser Stufe, muss man sich vor Augen halten, was man einem Kind in diesem Alter zumuten kann. Aber auch das „Fördern“ durch „Fordern“ ist hier wichtig. Die Mitgestaltung bei den Pflegeverrichtungen ist auch deshalb so wichtig, weil der Mensch dann lebt. Er muss reagieren. Durch die Reaktion kann ich als Pfleger sehr gut überprüfen, ob die Anforderung stufengerecht war oder nicht.

Stufe 6

Intuition

Entspricht der Stufe des Säuglings zum Kleinkind.

In dieser Stufe spielen Märchen, Aberglaube, religiöse Bilder usw. eine große Rolle. Intuition ist die Fähigkeit, sich in Menschen und Situationen hinein zu versetzen.

Stufe 7

Urkommunikation

Entspricht der Stufe des Säuglings.

Die emotionale Erreichbarkeit muss auf die Stufe des Säuglings abgestimmt sein. Auch die körperlichen Möglichkeiten sind auf diese beschränkt.

Dinge, die ein Mensch in seinem Leben nie richtig beherrscht hat, gehen als erstes verloren. Was Schwerpunkt war, bleibt länger erhalten!

Biographie Erhebung

Es ist wichtig nicht eine dative Biographie zu erheben, sondern eine **thymopsychische Biographie**.

■ Erklärung „Thymopsyche“ ■

= jener Anteil der Seele, der vorwiegend mit den Gefühlen zu tun hat. Gerade der thymopsychische Anteil ist es, der im Böhm - Modell verwendet wird. Die Thymopsyche ist zuständig für Stimmung, Befindlichkeit, Triebe, Gefühlsausbrüche.

■ Erklärung „Noopsyche“ ■

= rationaler, kognitiver Anteil, daher auch alle Gedächtnisleistungen.

Die Noopsyche ist zuständig für das Sensorium (also für das Urteilsvermögen), für die Intelligenz und für das Denken.

Die thymopsychische Biographie besteht vorwiegend aus Geschichten des Lebens (Stories), Folkloresituationen und denen sich daraus ergebenden Copings (Verhaltensmustern, Lebensbewältigungsstrategien).

Das Hauptwerkzeug zur Eruierung einer Biographie ist natürlich das Gespräch, bei dem wir lernen müssen, auf der jeweiligen Erreichbarkeitsstufe des Klienten zu kommunizieren.

Vor jedem Gespräch ist es wichtig den Klienten zu „wecken“, also eine Reizanflutung/Vigilanzsteigerung zu betreiben (seelische Reanimation).

Klienten erzählen erst dann etwas Emotionales, wenn sie in Emotion sind.

„Wenn das Herz voll ist, geht der Mund über“.

Fragen heißt vor allem, dass man sich für den anderen interessiert!

Für das Modell sind folgende Fragen besonders wichtig :

Wann und wo ist eine Person geboren?

Wo hat diese Person die Jugendzeit verbracht?

Die Herkunftsfamilie mit Größe, Gefüge, Atmosphäre.

Die Geschwisterreihe.

Der Beruf der Prägungszeit.

Die Schicht, das Milieu, aus der die Person kommt.

Hobbies.

Emotionale Ereignisse der Prägungszeit, was war besonders schön, was besonders schlimm?

Die eigene Ehe der Person.

Eigene Kinder.

Lebensschicksale.

Es gibt viele Punkte zu beachten, wenn man eine Biographie erheben will. In der Ausbildung/Weiterbildung zum Praxisanwender/leiter für das Pflegemodell nach Böhm ist die Biographieerhebung (Kurs4, oder Grund- und Aufbaukurs in der neuen Variante) ein wesentlicher Bestandteil.

Nachwort

Dies ist nur ein sehr kleiner Ausschnitt aus dem psychobiographischen Pflegemodell nach Prof. Erwin Böhm und bei weitem natürlich nicht vollständig.

Wer mehr über das Modell und seine Auswirkung auf den Umgang mit älteren Menschen erfahren will, kann eine Weiterbildung zum Praxisanleiter/anwender nach dem psychobiographischen Pflegemodell nach Böhm absolvieren, oder seine Grundkenntnisse bei einem Vortrag oder einer Schulung über das Modell vertiefen.

Wenden sie sich hierfür an : **Markus Prell Fürther Str.337 D- 90429 Nürnberg**
Tel. 0171/1736945

oder : **ENPP Regionalvertretung Süd - Rosi Martschin**
Tel. 09128/502365

Anmerkung

Prof. Erwin Böhm ist der Begründer der psychobiographischen Pflegelehre und der sich daraus ergebenden „re-aktivierenden- und symptom-spezifischen Pflege“.

Er begründete ferner die heute bereits weit verbreitete „Übergangspflege“ im geriatrischen und psychogeriatrischen Bereich.

Prof. Erwin Böhm ist einer der bedeutendsten zeitgenössischen Pflegeforscher für psychogeriatrische Pflege.

Sein Modell wird im In- und Ausland vielfach anerkannt und nachempfunden.

Er ist Autor zahlreicher Fachbücher und Träger mehrerer Auszeichnungen, die ihm für seine großen Verdienste in der Kranken- und Altenpflege verliehen wurden.

Literaturliste

- ☛ Erwin Böhm - Krankenpflege, Brücke in den Alltag – Psychiatrie Verlag 1985
- ☛ Erwin Böhm - Verwirrt nicht die Verwirrten – Psychiatrie Verlag 1988
- ☛ Erwin Böhm - Alte verstehen – Psychiatrie Verlag 1991
- ☛ Erwin Böhm - Ist heute Montag oder Dezember ?- Psychiatrie Verlag 1992
- ☛ Erwin Böhm - Pflegediagnose nach Böhm – Recom 1994
- ☛ Erwin Böhm - Psychobiographisches Pflegemodell Grundlagen- Maudrich 1999
- ☛ Erwin Böhm - Psychobiographisches Pflegemodell Arbeitsbuch- Maudrich 1999
- ☛ Erwin Böhm - Pschyr –Rempler „Medi-zynische Böhm-Merkungen“ Maudrich 2000

Markus Prell – Altenpfleger, PDL, Praxisanleiter und zertifizierter Lehrer für das psychobiographische Pflegemodell nach Böhm.

E-mail : info@prell-mosch.de

Homepage: www.prell-mosch.de

Tel. : 0171/1736945