

## Das psychobiographische Pflegemodell nach Prof E. Böhm

Die Sicht der jeweiligen Pflegeperson bestimmt seine Pflege - die thymopsychische Biographie der jeweiligen Pflegeperson bestimmt somit seine Sicht. Daher bestimmt das jeweilige Sehen auch das jeweilige Pflegemodell!

### SEHEN + ASSOZIIEREN = HANDELN

Ich möchte Ihnen heute kurz **meine** Sicht zu dem Problem einer Betagtenseele aufzeigen. Immerhin entstand daraus mein Pflegemodell, das sich primär mit den Problemen von psychisch auffälligen Alten beschäftigt. (Natürlich kann man die Biographie auch prophylaktisch und regressionsverhindernd einsetzen.)

#### Meine Sichtweise

Viele Jahre pflegte man psychisch auffällige Menschen nach med. ärztlicher Sichtweise. Man öffnete (auch auf Grund der Ausbildung in der Pflege) ärztlich medizinisches Fachwissen nach. Einige handelten auf Grund ihrer Biographie noch schlechter, sie agierten im Sinne der Fürsorgemoral.

So bezeichnete (und pflegte) man Menschen als prim. Demenzen. Man pflegte Menschen als "Morbus Alzheimer" oder als "senile Demenzen" und erwartete förmlich eine ganzheitliche Verschlechterung des Klienten. Diese Vorgangsweise in der Pflege hatte logischer Weise zur Folge, daß der sogenannte "negative Halleffekt" eintraf.

Nun habe ich, gegen den Rat aller, eine vollkommen andere Sichtweise entwickelt. Ich trug faktisch meinen Glauben in ein Kloster in dem schon ein anderer Glauben vorherrschte.

Den Glauben an meine Sichtweise hatte ich durch meine Ersterfindung "der Übergangspflege" in Zusammenhang mit meiner Biographie gewonnen.

Ich sah und sehe das Problem, welches ein psychisch auffälliger Klient hat NICHT ORGANISCH (natürlich kann man die Biographie auch prophylaktisch und Regressionsverhindernd einsetzen), ich sehe es viel mehr als seelisches Phänomen, das der jeweiligen singulären Biographie entspringt. Ich vermische sozusagen wissenschaftliche Ansichten mit banalen Volksansichten über die "Verwirrtheit".

Somit lasse ich, schon rein ideologisch gesehen, eine Besserung, eine Gesundung zu. Ich erfülle mit meinem Modell

1. die Forderung nach Gesundheitspflege statt Krankenpflege,
2. die eigenständige Denk- und Arbeitsweise in der Pflege.

**Für mich sind somit psychogene Altersprobleme  
(Verwirrtheit, Paranoia im Senium etc. etc.)  
Verhaltenseigenarten die sich aus der thymopsychischen Biographie ergeben.**

Diese Sichtweise ergibt in der Folge folgendes Pflegeverständnis:

Das momentane, für uns Pflegenden irrational erscheinende Handeln eines Klienten ist in seiner thymopsychischen Biographie verankert immer schon vorhanden gewesen; so, dass wir das Verhalten eines Klienten zu seinem Leben assoziieren müssen. Erst die Assoziation auf seine eigenen Biographischen Grundlagen, seine Prägungen, ergibt eine verstehende Pflege und somit eine Assoziationsmöglichkeit zu einem sinnvollen Impuls.

Das derzeitige **VERHALTEN** wird auf die sing. Biographie **ASSOZIERT**  
und aus dieser Hypothese heraus wird ein **IMPULS** kreiert

Die Grundelemente sind unter anderem

- emotionale Prägungen
- die jeweilige Zeitgeistsituation
- das jeweilige Normalitätsprinzip
- die Coping Formen des Menschen
- seine persönlichen Ersatzhandlungen und Lebenslügen
- seine Daseinssicht (Analysen)
- sein persönliches Da-heimgefühl um 19.. sein Herkunftsort
- seine prägenden Erinnerungen
- seine Stories
- seine Prügelsprachenprägung im Sinn
- der Folklore, etc, etc.

Ich sehe somit die primären Altersstörungen in der Seele (und nicht in den Beinen verborgen) und bezeichne daher mein Modell als Seelenpflegemodell, als Modell der Seelenphänomenologie.

In der thymopsychischen Seele sind für mich die Lebensenergien verankert. Werden sie im Alter weniger (Regression) müssen sie wieder belebt (re-aktiviert) werden.

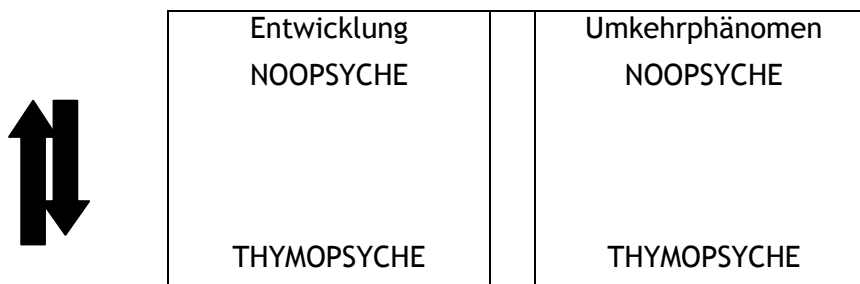
Da ich seit vielen Jahren die Seele in 7 Interaktionsstufen unterteile, kann man auch die Wiederbelebung der Seele in 7 Stufen - des Elan vital - unterteilt betrachten. Das heißt, dass die re-aktivierenden Impulse vorerst eine Bestimmung der jeweiligen Interaktionshöhe bedürfen.

### Hypothese im Modell

Ich sehe die Seelenphänomenologie sinnbildlich als **thymopsychischen Lebensbaum**,

- der über seine **Wurzeln** (Ethnologisches, Kollektives, Prägungen, Sozialisationen, Milieu, etc.) heraus wächst.
- der sich über seinen **Stamm** ( wenn Sie so wollen seinen Charakter, Über-Ich-Normen etc.) entwickelt
- und sich über seine **Krone** (Copings, Ersatzhandlungen, Abwehrmechanismen) der eigenen Welt und seiner Umwelt anpasst

Bei einem aufgetretenen **Auslösungsmoment** oder einer **Hirnleistungsschwäche** kann es zum Umkehrphänomen der Entwicklung kommen. Der Klient geht von seiner Noopsyche in seine Thymopsyche zurück.



Dieses Umkehrphänomen enthält für den Klienten eine für uns unverständliche Logik. Er stürzt faktisch von oberen Ich Identitäten und Copings auf die nächst niederen für ihn wichtigen und (in dieser Situation) möglichen Verhaltensrituale ab.

In der pflegerischen Maßnahme muss es nun darum gehen, ihm die nächst höheren Copings wieder an zu bieten, wenn sie so wollen Substitution der eigenen Biographiemöglichkeiten ein zu setzen.

Die Reaktionen des Klienten könnte man kurz formuliert mit folgender Formel ersehen

$$SCH + P + G = C$$

Jeder **Schlüsselreiz** aus der Biographie (**Prägung**) ergibt ein **Gefühl** das pos. neg. oder ambivalent sein kann. Aus dem Gefühl heraus ergibt sich ein für den Klienten logisches, dem Zeitgeist entsprechendes Handeln - ein Coping.

Dieses Handeln können wir nun in der Pflege entweder normal oder pathologisch sehen, bzw. verstehen. Bei vielen Menschen ergibt sich ein Coping, das ihren eigenen Lebenslügen (Daseinsbewältigung) entspricht, oder eben nicht mehr entspricht.

**Die Pflegeaufgabe muss sein:** Die eruierten Lebenslügen als therapeutisch, Ich-aufbauend ein zu setzen. Wobei auch die Impulse der jeweiligen Interaktionsstufe entsprechen müssen.

### **Der Pflegeprozeß in diesem Modell besteht in der Eruiierung**

- der Interaktionshöhe 1-7
- des Problems - hat der Klient ein Problem ? (Das Problem sollte aus der tägl. Pflegedokumentation ersichtlich sein. Sollte dies nicht der Fall sein muss dies erlernt werden).
- aus der Thymopsyche (Erhebung von Lebenslügen, niedere und höhere Triebe, Copings, konditionierte Prägungen, Folkloremechanismen).

Dieses Material wird bei der Pflegevisite zu einer Hypothese assoziiert und daraus wird ein Impuls in der jeweiligen Interaktionshöhe1-7 erzeugt. Der Erfolg wird bei der nächsten Pflege - Visite evaluiert.

Die angemessenen Impulse leiten wir nicht nur von der lebensgeschichtlichen Perspektive unsere Klienten ab, sondern bedienen uns ferner sämtlicher, in der modernen Interventionsgerontologie vorkommenden Thesen, wie:

1. nach Sozialisationsprozessen (Menschentypen)
2. nach vigilanzsteigernden Überlegungen
3. nach dem Copingmuster des Betagten
4. nach dem Muster des Normalitätsprinzips
5. nach den Thesen des Ich-Verlustes
6. nach Motiven die den Lebensantrieb wecken sollen und
7. nach höheren und niederen Lebenswerten.

### **FACHLICHER BACKGROUND**

Zur kausalen wissenschaftlichen Absicherung meines Pflegesystems berufe ich mich auf verschiedene wissenschaftlich abgesicherte Literatur-Hintergründe.

1. Die der Gedächtnisforschung Vester. Er vergleicht das Gehirn mit einem Computer, der aus Frisch- Alt- Tertiär- und Kollektivgedächtnis besteht. Meine empirischen Forschungen bestätigten, dass, je dementer ein Klient ist um so tiefere Ebenen für die Eruiierung aber auch gleichzeitig für die pflge-therapeutischen Maßnahmen angesprochen werden müssen.
2. Die zweite kausale Grundlage bildet natürlich die Emotions- und Entwicklungspsychologie und Ethnologie schlechthin. Wobei ich mich hier vorwiegend mit dem thymopsychischen Bereich unserer Klienten beschäftige. Meine Forschungsarbeit würde ich vorwiegend in diesem Zusammenhang in der Erarbeitung der Prägungsforschung und der emotionalen Erreichbarkeitsstufen sehen.

3. Prägungsforschung.

Das heißt für mich, dass Pflegepersonen die historische, regionale und singuläre Geschichte unserer Klienten kennen müssten, damit die Copinphänomene dieser Jahrgänge verstanden und verschiedene Daseinsbewältigungsmechanismen als Daseinsbewältigungsstruktur begriffen werden können.

4. Die sieben emotionalen Erreichbarkeitsstufen. Für das Erhebungsgespräch sowie für die Reizanflutung unserer Patienten unterteile ich die emotionelle Erreichbarkeit in sieben Stufen. Diese decken sich (in der Diagnostik) mit der Literatur von Reisberg, Ferris, De Leon, Crock. Siehe Böhm'sche Parameter und Pflegeprozeß.

Mit diesem Pflegemodell habe ich auch versucht die österreichische Krankenpflege mit einem Modell zu versehen, das weit über die Grenzen Österreichs hinausgeht und in mehreren Institutionen nachempfunden wird.

**Ziel des Modells**

**Für die Klienten**

Reaktivierung bei Klienten im Destruktionstrieb und Rückzug. Symptomlinderung bei Klienten mit einem kardinal Symptom des org. Psychosyndroms Entlassungsvorbereitung Pflegequalitätserhöhung durch seelische Pflegeverbilligung der Betagtenpflege

**Für das Personal**

Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, Senkung der Krankenstände, Senkung der Personalfuktuation, Gewinnung von dipl. Personal in Altersheimen.

Die fachlicher Übersetzung meines Modells unterteile ich heute in vier Pflegequalitätshöhen. Wobei Stationen welche die Qualität 4 erbringen mit dem "psychogenen Pflegequalitätssignum" ausgezeichnet werden.

**Autor:**

Prof. E. Böhm, Wien