

Biografieorientierte Pflege in einem Gerontopsychiatrischen Zentrum

# Den Lebensrückblick wirksam unterstützen

*Biografieorientierte Pflegeansätze sind ein evidentes und breit etabliertes Gestaltungselement gerontopsychiatrischer Pflege. Im Folgenden zeigen erfahrene Pflegepraktiker beispielhaft anhand eines Konzepts, wie sich in einem Gerontopsychiatrischen Zentrum der Lebensrückblick dementer und depressiver Menschen im höheren Lebensalter wirksam unterstützen lässt.*

*Martin Fähland, Ingrid Odernheimer, Heike Reuter, Jana Gnädig*



## Einleitung

Verschiedene Ansätze lebensrückblickbezogener Therapie und Pflege finden sich in allen Settings der psychiatrischen Gesundheitsversorgung. Neben Evidenzbasiertheit ist insbesondere die Praktikabilität in der Patientenzielgruppe und in der pflegepersonellen Breite ein wesentliches konzeptionelles Anforderungskriterium.

Pflegepraktikern stellt sich bisweilen die Frage, wie sich unter den allgemeinen und lokalen Kontextbedingungen der Lebensrückblick demenz- oder depressionsbedingt mnestic beeinträchtigter Menschen im höheren Lebensalter wirksam unterstützen lässt.

Nachfolgend werden hierzu das pflegerische Vorgehenskonzept und die Erfahrungen in der klinisch stationären Versorgung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ) dargestellt und reflektiert.

Auf einer integrativ belegten geschützten Akutaufnahmestation, einer Station für Menschen mit kognitiven Störungen und einer Depressionstherapiestation bietet die Einrichtung Menschen ab dem 65. Lebensjahr eine psychiatrische Versorgung. In der Mehrheit werden unterschiedlich schwer demente und depressiv erkrankte Menschen der Nachkriegsgeneration vollstationär behandelt.

## Theoretischer Hintergrund

Ein richtungweisendes Erstkonzept des Lebensrückblicks geht in das Jahr 1963 auf den Psychiater Dr. Robert Butler zurück. Er beschrieb den Lebensrückblick, als „natürlich vorkommenden, universellen mentalen Prozess, der durch die schrittweise Rückkehr von vergangenen Erfahrungen und Konflikten in das Bewusstsein gekennzeichnet ist“<sup>1</sup>.

Erik Erikson führt in seinem Modell der menschlichen Entwicklungsaufgaben das Erreichen von Integrität gleichsam der Akzeptanz des gelebten Lebens als zentrale Entwicklungsaufgabe im höheren Lebensalter an und verweist auf die Unverzichtbarkeit des Lebensrückblicks<sup>2</sup>.

Mit Blick auf gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen weisen Barbara und Barrett Haight Strukturiertheit als Qualitätsmerkmal einer Lebensrückblickarbeit aus, da hierdurch „ein systematisches sich Erinnern entgegen dem Erinnern nach dem Zufallsprinzip möglich wird“<sup>3</sup>. Zudem sei die Strukturierung gerade für ältere Menschen „der Schlüssel, sich geordneter und deutlicher zu erinnern“<sup>3</sup>.

Im Ergebnis ihrer aktuellen Metaanalyse zu Reminiszenzeffekten schlussfolgern Martin Pinquart und Simon Forstmeier: „Die

moderaten Verbesserungen der Ich-Integrität unterstützen die Annahme von Butler 1963, dass Reminiszenz eine nützliche Intervention ist, um die Akzeptanz des bisher gelebten Lebens zu erhöhen<sup>4</sup>.

Im GPZ ist die biografieorientierte Pflege durch die sozialpsychiatrischen Grundannahmen der Begegnungsgestaltung<sup>5</sup> und dem Modell der Lebensaufgaben Erik Eriksons<sup>2</sup> geprägt. Die Pflege dementer Menschen orientiert sich am person-zentrierten Ansatz Tom Kitwoods<sup>6</sup> und der integrativen Validation nach Nicole Richard. Die Pflegeorganisation im GPZ orientiert sich am Bezugspflegestandard nach Christoph Abderhalden und Ian Needham<sup>7</sup>.

### Pflegeziele

Klarheit über die individuelle biografiebezogene Pflegezielsetzung ist wesentlich für eine individuell angemessene Begleitung des Patienten. Für die Zielbestimmung ist das nachfolgende Zielportfolio hilfreich. Die Ziele der pflegerischen Lebensrückblickarbeit differenzieren sich in grundlegende, störungsspezifische und mitarbeiterbezogene Ziele.

Die mitarbeiterbezogenen Zielsetzungen dienen als Gestaltungselement der pflegfachlichen Mitarbeiterführung.

Allgemeine Ziele sind:

- Steigerung des Wohlbefindens;
- aktives Erinnern und Aktivieren von Gedächtnisfunktionen;
- gedankliches Ordnen, Bewerten und Dokumentieren von Erlebtem (Wissensspeicherfunktion der Dokumentation);
- Förderung der Selbstreflexion;
- Stärkung des Selbstwerts und Stolzes auf Lebensleistungen;
- Vertrauensaufbau in der Pflegebeziehung;
- Förderung der Integration von Erfahrungen;
- Identifizierung von Ressourcen;
- Integrität im Sinne Eriksons.

Spezifische Ziele bei demenziell erkrankten Menschen sind:

- größtmöglicher Erhalt von Gedächtnisfunktionen durch Nutzung;
- Aufmerksamkeitslenkung auf Stärken und positive Erfahrungen;
- größtmöglicher Erhalt des Bezugs zur eigenen Identität;
- schriftliches und bildliches Festhalten biografischer Erfahrungen als Erinnerungshilfe bei fortschreitenden Gedächtnisverlusten.

Spezifische Ziele bei depressiv erkrankten Menschen:

- Stärkung des Kompetenzgefühls für die Bewältigung aktueller Herausforderungen durch Rückschau auf frühere Bewältigungserfolge;
- narrative Entlastung von belastenden Erfahrungen;
- Überprüfung negativer Generalisierungen;
- Unterstützung der Trauerarbeit;
- Unterstützung der Anpassung an Verluste, Einschränkungen, infauste Prognosen und Krankheit;
- Identifizierung biografischer Bezüge der aktuellen Erkrankung;
- Unterstützung der Sinngebung von Erfahrungen.

Mitarbeiterbezogene Zielsetzungen:

- Pflegenden begleiten den Lebensrückblick und führen biografieorientierte Gespräche;

- Pflegenden haben umfassende Kenntnisse der Biografie des Patienten und deren Erfahrungsbewertungen für eine individuell angemessene Pflege;
- Pflegenden wissen, in welcher Zeit der demente Patient derzeit mental lebt;
- Pflegenden nutzen biografisches Wissen bei der Suche nach Ressourcen;
- Suche nach Ansatzpunkten für die Begleitung neuer Sinnfindung;
- Pflegenden haben Biografiewissen ihrer Bezugspatienten präsent und abrufbar;
- Pflegenden nutzen Biografiewissen bewusst und gezielt in der pflegerischen Praxis;
- Pflegenden tauschen sich im Pflorgeteam zur Person des Patienten und zu dessen biografischem Hintergrund aus.

Die pflegerische und ärztlich-psychologische Lebensrückblickarbeit sind aufeinander abgestimmt.

### Strukturierter Biografiebogen und subjektive Bewertung

Vorstationär werden Patienten und Angehörige in Aufnahmevorgesprächen und mit Informationsflyern über biografieorientierte Pflegeinterventionen informiert und um vorbereitende Mitarbeit gebeten. Dabei sind sie ersucht, Fotos aus persönlich wichtigen Abschnitten des Lebens mitzubringen. Stammdaten und sozialanamnestische Vorinformationen enthalten erste biografische Daten, die während des Aufenthalts als Ansatzpunkte des begleiteten, strukturierten Lebensrückblicks hilfreich sein können.

Nach der stationären Aufnahme und dem Aufbau einer Vertrauensbeziehung begleitet die Bezugspflegerin den Lebensrückblick des Patienten in einem ersten Gespräch individuell. Dies erfolgt zumeist ab dem dritten stationären Tag. Das Lebensrückblickgespräch erfolgt im Eins-zu-eins-Setting eines dialogischen Bezugspflegegesprächs. Konzeptionell ist das Lebensrückblickgespräch ausschließlich der Bezugspflegerin vorbehalten.

Gesprächseinleitend werden Wert und Ziele eines strukturierten Lebensrückblicks sowohl für den Patienten als auch für eine individuelle Psychiatrische Pflege erklärt. Ein Biografiebogen in gedruckter Form auf Papier dient als strukturierender Gesprächs- und Reflexionsleitfaden und zur Dokumentation.

Die biografischen Fragen strukturieren sich chronologisch und orientieren sich an den Entwicklungsaufgaben Erik Eriksons. Die angewandte Strukturierung (→ **Tab. 1**) wird seit drei Jahren für demente und depressive Menschen verwendet und kombiniert biografische Fragen mit einer Ist-Einschätzung des Selbstbilds und weiteren pflegerrelevanten Aspekten der aktuellen Lebensgestaltung. Im Sinne der Dialogorientierung wurde sich bewusst gegen eine gesprächssimultane EDV-Dokumentierung entschieden.

Erfahrungsgemäß erleben demente Patienten unterstützende Interviewtechniken als hilfreich. Nichtpsychotische depressive Patienten ziehen es mitunter vor, sich für ihren Lebensrückblick mehrere Tage Zeit zu nehmen, genau zu reflektieren und

**Tab. 1** Strukturierung des Lebensrückblicks im Gespräch und Dokumentation.

Lebensphase/-bereich	Fragestellung
Kindheit	Wo haben Sie Ihre Kindheit und Jugend verbracht? Wie haben Sie diese erlebt?
Schulabschluss	Welchen Schulabschluss haben Sie?
Berufsbiografie	Welche Ausbildungen haben Sie? Wie war Ihr beruflicher Werdegang?
Beziehungen – Partnerschaft – Familie	Was möchten Sie uns über Ihren Partner und Ihre Familie mitteilen? Welche Menschen sind Ihnen besonders wichtig? Wer hat Sie in der letzten Zeit unterstützt?
Selbstbild – zentrale Werte – Lebenseinstellung	Wie würden Sie sich selbst beschreiben? Was ist Ihnen grundsätzlich wichtig? Wie ist Ihre Lebenseinstellung/Ihr Lebensmotto?
besondere Erfahrungen – Bewältigungsmechanismen	Welche schwierigen Erfahrungen, Krisen und Verluste gab es in Ihrem Leben? Wie sind Sie damit umgegangen? Was waren Ihre schönsten Erfahrungen?
Gewohnheiten des täglichen Lebens	Wie ist heute Ihr Tagesablauf?
Essen und Trinken	Was für Vorlieben/Abneigungen haben Sie im Bereich des Essens/Trinkens?
Körperpflege	Welche Art der Körperpflege bevorzugen Sie?
Tiere	Haben oder hatten Sie Haustiere?
Sonstiges/Resümee	Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen? Wie bewerten Sie Ihr Leben als Ganzes? Was für ein Leben hatten Sie?

(eigene Darstellung)

im Sinne eines expressiven Schreibens umfassend allein zu reflektieren.

Anders als beim Erstellen eines Lebenslaufs für ein Bewerbungsverfahren zielt die reflektierende Auseinandersetzung mit den Fragen des Biografiebogens über das Erfassen biografischer Fakten (Außenseite der Biografie) hinaus. Vielmehr ist das pflegerische Wissen um die subjektive Bewertung individuell bedeutsamer Erfahrungen in der Rückschau des Patienten (Innenseite der Biografie) als Ansatzpunkt individuell angemessener Begegnungsgestaltung, zum Beispiel für eine gelingende Validation mit Tiefenqualität, wesentlich.

**Tab. 2** Herausforderungen und kreative Lösungsstrategien bei demenzten Patienten.

Herausforderung	angewandte Lösungsstrategien
Wiederholung, Haften und Kreisen um dieselbe Geschichte	<ul style="list-style-type: none"> <li>akzeptierende Grundhaltung (Patient erinnert sich aufgrund des Verlusts des Kurzzeitgedächtnisses nicht, die Geschichte bereits erzählt zu haben)</li> <li>Wiederholung positiv sehen, denn sie aktiviert das Langzeitgedächtnis, erhält die Identität und ist Ansatzpunkt für Kommunikation</li> <li>aktives Zuhören</li> </ul>
Frustration aufgrund gespiegelter Gedächtnisdefizite	<ul style="list-style-type: none"> <li>betont empathisches Verhalten</li> <li>dem Patienten in Bildern erklären, dass er reich an Erfahrungen ist, aktuell jedoch die Erinnerungsschublade klemmt</li> </ul>
schnelle Ermüdung	<ul style="list-style-type: none"> <li>achtsame Beobachtung der Energie und Konzentrationsfähigkeit</li> <li>mehrere zeitlich kurze Begegnungen je nach Ressourcen des Patienten</li> </ul>
Wiedererleben seelischen Schmerzes bei Erinnerung an traumatische Erfahrungen und reduzierter Verdrängungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>dem entlastenden Aussprechen und von der Seele Reden Zeit und Raum geben</li> <li>aktiv zuhören und Emotionen validierend spiegeln</li> <li>auf Wunsch Körperkontakt, zum Beispiel Hand halten</li> </ul>
Erinnerungsmangel aufgrund geringer Restkapazität des autobiografischen Gedächtnisses	<ul style="list-style-type: none"> <li>historische Geschehnisse der Zeit, in der der Patient gelebt hat, als kommunikative Ansatzpunkte wählen</li> <li>fremdanamnestic biografische Informationen als Ansatzpunkte wählen</li> </ul>

(eigene Darstellung)

### Die Biografie und ihre Bedeutung erfassen

Im Hauptfokus des ersten Lebensrückblicksgesprächs steht das Erfassen der Biografie und bedeutsamer subjektiver Bewertungen von Schlüsselerfahrungen. Der Patient behält von der (wenn möglich Selbst-)Niederschrift ein Exemplar und kann es jederzeit ergänzen. Diese handschriftliche Dokumentierung wird in die elektronische Patientenakte hochgeladen und ist über die EDV multi-professionell und bei Wiederkehr des Patienten schnell verfügbar. Besonders vertrauliche Inhalte sind geschützt.

In einem zweiten Gespräch sprechen Patient und Bezugspflegerperson vertieft über die prägnanten persönlichen Bedeutsamkeiten im Lebensrückblick und im Fokus der individuellen Ziele der Biografiearbeit.

**Tabelle 2** und **3** zeigen Herausforderungen des begleiteten Lebensrückblicks und praxisbewährte Lösungsstrategien der Autoren.

Für die Pflegenden ist biografisches Wissen die Basis individualisierter Pflege in Alltags- und Krisensituationen. Die Lebensrückblickbegleitung ist im GPZ Teil einer Kombination aufeinander-

**Tab. 3** Herausforderungen und kreative Lösungsstrategien bei depressiven Patienten.

Herausforderung	angewandte Lösungsstrategien
Verbitterung und an dieser festhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ positive Erinnerungen gewichten lassen und in den Vordergrund holen</li> <li>■ Bewältigungsstrategien bei erfolgreich überwundenen Krisen erfragen</li> <li>■ Verbitterung als Symptom der Erkrankung wahrnehmen und spiegeln</li> </ul>
geschönte Darstellungen (im starken Widerspruch zu fremdanamnestischen Informationen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beziehung intensivieren</li> <li>■ Vertrauensbasis verbessern</li> </ul>
keine Bereitschaft zur Biografiearbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ akzeptierende Haltung</li> <li>■ erfragen, was es momentan schwer macht, auf das eigene Leben zurück zu schauen</li> <li>■ gesundheitsförderliches Potenzial und Wert des Lebensrückblicks erklären</li> <li>■ Angebot des begleiteten Lebensrückblicks zu späterem Zeitpunkt wiederholen</li> </ul>
Schuld- und Schamgefühle	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ aktives Zuhören</li> <li>■ annehmende Grundhaltung</li> <li>■ auf positive Erfahrungen fokussieren</li> </ul>

(eigene Darstellung)

der abgestimmter biografieorientierter Lebensrückblickinformationen, wie

- lebens Themenbezogenen Ansätzen in der dreimal wöchentlich stattfindenden pflegetherapeutischen Gruppe „Geistig fit im Alter“;
- gezeichneten Lebenslinien;
- nicht abgesandten Briefen depressiver Patienten an sich selbst und andere;
- Abendrunden;
- Einzelgesprächen und situativen Validierungen;
- fotografischen Gestaltungen im Patientenzimmer.

**→ FAZIT**

Erfahrungsgemäß zeigen sich die an einer Lebensrückblickarbeit beteiligten Patienten mitteilend, vertrauensvoll und mehrheitlich dankbar für das Interesse an ihrer Person. Die allgemeinen und spezifischen Ziele des begleiteten Lebensrückblicks sind mit dem dargestellten Vorgehenskonzept erreichbar. Diese Beurteilung fußt auf Rückmeldungen von Patienten und den Wahrnehmungen der anwendenden Pflegenden. Perspektivisch wäre eine wissenschaftliche Evaluierung möglich und interessant, die weitere Optimierungspotenziale aufzeigen könnte.

Hinsichtlich der mitarbeiterbezogenen Zielerreichung ist das Vorbild von Pflegeexperten, dahingehend wie biografieorientierte Individualitätsentsprechung im Alltag gelingen kann, und das stete Wachhalten der Achtsamkeit für die Individualität des Patienten entscheidend.

Für interessierte Pflegenden kann es persönlich lehrreich und bereichernd sein, neben dem äußeren den inneren Entwicklungsweg eines alten Menschen mit seinem Erfahrungsreichtum, seinen Fehlern, Krisen, bewältigten Herausforderungen und schließlich weisen Erkenntnissen kennenzulernen.

Gelingt der Lebensrückblick, kann dieser dem Patienten ein Mehr an persönlicher Integrität bringen. Mnestic beeinträchtigte demente und depressive Patienten profitieren dabei von Strukturierung und Begleitung. ■

**→ LITERATUR**

- 1 Butler R. *The life review: an interpretation of reminiscence in the aged*. *Psychiatry* 1963; 26: 63
- 2 Erikson E. *Der vollständige Lebenszyklus*. Berlin: Suhrkamp Verlag; 1988
- 3 Haight B, Haight B. *Strukturierter Lebensrückblick für Menschen mit Demenz*. Maercker A, Forstmeier S, Hrsg. *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Berlin: Springer Verlag; 2013: 143
- 4 Pinquart M, Forstmeier S. *Wirksamkeitsforschung*. Maercker A, Forstmeier S, Hrsg. *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Berlin: Springer Verlag; 2013: 61
- 5 Dörner K, Plog U, Teller C, Wendt F. *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 4. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2002: 41-63
- 6 Kitwood T. *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber Verlag; 2008
- 7 Abderhalden C, Needham I. *Bezugspflege in der stationären Pflege*. *Psych. Pflege Heute* 2002; 4: 189-193

**☰ AUTOREN****Martin Fähdland**

Leiter Pflege und Pflegegestütztes Case Management des Zentrums für Gerontopsychiatrie (GPZ) an der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg  
E-Mail: faehland@klinik-dr-fontheim.de

**Ingrid Odernheimer**

Bezugspflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachtherapeutin für kognitives Training (Bundesverband Gedächtnistraining e. V.) an der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg

**Heike Reuter**

Bezugspflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachkraft für Gerontopsychiatrische Pflege an der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg

**Jana Gnädig**

Pflegerische Stationsleitung der geschützten Akutaufnahmestation 4 A, Fachkraft für Gerontopsychiatrische Pflege an der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim, Liebenburg

**☰ BIBLIOGRAFIE**

DOI 10.1055/s-0035-1551953  
Psych Pflege 2015; 21: 145–148  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619