

Fördern durch Fordern in der Altersarbeit : Möglichkeiten und Grenzen von Aktivierungsmassnahmen

Autor(en): **Lehr, Ursula**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **55 (1984)**

Heft 9

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-811622>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Möglichkeiten und Grenzen von Aktivierungsmassnahmen

Von Prof. Dr. Ursula Lehr, Bonn *

«Altsein ist ein herrlich Ding,
wenn man nicht verlernt hat, immer
neu anzufangen.»

Einführung in die Thematik

Dieser Ausspruch Martin Bubers gilt für uns alle selbst, die wir in der Altersarbeit tätig sind – gilt aber in ganz besonderem Masse auch für die Bewohner von Altersheimen. Solange man noch seinen eigenen Haushalt hat, ist man stets gezwungen, immer wieder irgendwo von neuem «anzufangen» – schon bei den üblichen Alltagsverpflichtungen. Man muss sich manchmal einen «inneren Schwung» geben, aufzuräumen, einzukaufen, den Garten in Ordnung zu bringen, Besorgungen zu machen, Bekannte einzuladen oder zu besuchen. Man ist selbst verantwortlich, hat Verpflichtungen und ist zur Aktivität gezwungen. Vielleicht wäre es manchmal gut, auch neue Aktivitäten aufzunehmen, etwas ganz Neues zu beginnen, sich neuen Interessen zuzuwenden, oder sich zu Unternehmungen (seien es grössere Spaziergänge in die Natur, seien es «Spaziergänge» in die Literatur, zu interessanten Büchern) aufzuraffen – und dadurch nicht nur einer Langeweile und Einsamkeitsgefühlen entgegenzuwirken, sondern auch durch Training, durch Übung seine körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten zu erhalten und zu steigern. Nur so lässt sich – wie viele Untersuchungen gezeigt haben (vgl. Lehr 1982) – einem Abbau entgegenwirken.

Ganz anders ist die Lebenssituation eines Heimbewohners. Sein Tagesablauf ist geregelt; die meisten der oben genannten Alltagsverpflichtungen (vom Einkaufen über das Aufräumen bis zum Kochen) sind ihm abgenommen. Er ist nicht mehr verantwortlich und wird vom Alltag nicht mehr gefordert – und manche der beim Einzug ins Heim vielleicht noch vorhandenen Fähigkeiten (auch wenn sie vorübergehend durch Krankheit «verschüttet» waren – ich denke dabei besonders an Schlaganfall-Patienten, die ja oft zunächst in einem hilflosen Zustand sind) werden nicht «geweckt» oder «herausgelockt», sondern verkümmern zusehends und begünstigen dadurch mehr und mehr Abbauerscheinungen.

Aber, so könnte man nun kritisch fragen, haben die Betagten nicht ein Recht, sich nach des langen Lebens

Müh' nun endlich einmal auszuruhen, sich bedienen zu lassen, sich umsorgen und betreuen zu lassen? Was soll diese ganze Forderung nach «Fitness» und «Aktivierung»? Wozu das? Gilt es nicht, jetzt in der Phase des Lebensendes Abschied zu nehmen, sich von allem Irdischen zu lösen, sich von Sozialkontakten – Nachbarn, Bekannten, Freunden und Familienangehörigen – mehr und mehr zurückzuziehen und sich so auf das Sterben vorzubereiten? – Das sind zweifelsohne Fragen, Einwände, die ernsthaft geprüft werden müssen; doch eines vorweg: auch das Sterben ist kein passiver Vorgang, sondern eine Lebenssituation, die aktiv bewältigt werden muss! Im übrigen erinnere ich an die Untersuchungen von Munnichs, die eindeutig gezeigt haben, dass jene Menschen sich stärker mit der Endlichkeit, dem Tod, auseinandersetzen und eher bereit sind, die Endlichkeit anzunehmen und nicht zu verdrängen, die aktiv im Leben stehen, die – auch im Altenheim – viele Sozialkontakte haben und am Geschehen in ihrer näheren und weiteren Umgebung, ja sogar am Weltgeschehen (wie es uns durch Zeitung, Radio und Fernsehen vermittelt wird), Anteil nehmen. Der Psychiater Schulte hat dies einmal mit folgenden Worten ausgedrückt: «Belastend für den Alternden ist nicht so sehr, dass er gelebt hat und mit der Zeit auf dieses Leben verzichten muss, sondern belastend für den einzelnen ist, dass man gerade nicht gelebt hat, nicht richtig, nicht ernst genug, nicht erfüllt genug, dass man überhaupt nicht gelebt hat und das Angebot des Lebens vertan ist, bevor es sich überhaupt erst hat entfalten können» (Schulte 1971, S. 82/83), Worte, die nachdenklich stimmen sollten. Gesundes Altern ist nicht primär eine Frage der Geriatrika, sondern der Lebensführung und Lebensgestaltung. Ein angelsächsisches Sprichwort lautet: «this is the first day of the rest of your life!» Schulte (1971) plädiert für eine «carpe diem»-Haltung als Geroprophylaxe, wenn er sagt: es gilt, «die Bereitschaft zum intensiveren Leben (womit nicht Ausleben gemeint ist) nicht erst von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen abhängig zu machen. Sowohl die falsche Erwartungseinstellung dem Leben gegenüber als auch das fruchtlose Zehren von der Vergangenheit gehen am gegenwärtigen Leben in der Konfrontierung mit seinen Gegebenheiten vorbei!» Es kommt auf ein gegenwartsbezogenes Leben und – so möchte ich ergänzen – auf eine Zukunftsausrichtung an!

Die gerontologische Grundlagenforschung – sei sie von medizinischen, psychologischen oder auch soziologischen Aspekten ausgehend – hat eindeutig nachgewiesen: Körperliche und geistige Aktivität sind Voraussetzungen für eine «Lebensqualität» im Alter, für ein Wohlbefinden im 7., 8., 9. Lebensjahrzehnt! Aber selbst jene über 100jährigen (deren Zahl mehr und mehr ansteigt) sind zufriedener und fühlen sich wohler, die noch «Aufgaben» haben und das Gefühl haben, gebraucht zu werden (vgl. Franke und Mitarbeiter).

* Ursula Lehr, Inhaberin eines Lehrstuhls für Psychologie an der Universität Bonn und führende Vertreterin der sogenannten Interventionsgerontologie, sprach an der letztjährigen Fortbildungstagung des VSA für Altersheimleitung und Kaderpersonal in Solothurn. Das Programm der diesjährigen November-Tagung in Zürich finden die interessierten Heimleute in diesem Heft.

Was heisst «Lebensqualität» im Alter:

1. Körperliche Aktivität

Das, was schon Hippokrates vor mehr als 2000 Jahren gesagt hat – «Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Mass gebraucht werden und in den Arbeiten, an die jedes Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig» –, wurde auch in der Vergangenheit immer wieder bestätigt. So kann man in der 1778 von van Swieten veröffentlichten «Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise» lesen: «Erstens sind Trockenheit und Steifheit der Körperteile zu verbessern, . . . nichts verhindert mehr die Steifheit der Glieder als deren häufiges Dehnen und Biegen. Denn nur die Bewegungslosigkeit bewirkt Steifheit, ja sogar Verkrümmung der Glieder auch schon im blühenden Alter» (van Swieten 1778, S. 57).

Körperliche Aktivität ist zweifellos auch nach neuesten Untersuchungen eine wichtige Voraussetzung für ein zufriedenes Altwerden. Mobil sein, sich selbst bewegen können, ist Voraussetzung für das Gefühl der Unabhängigkeit und der Selbständigkeit. Körperliche Fortbewegung ist Voraussetzung für selbstgesuchte Sozialkontakte und vor allem für mannigfache Anregung – sei es durch die Natur bei einem Spaziergang, sei es bei einem Bummel über den Dorfplatz oder einem Gang zur Kirche. Das Beweglich-Bleiben oder aber sich wieder Bewegen-Lernen muss jedoch trainiert werden! Bewegungsarmut führt zu Veränderungen am Bewegungsapparat (man wird «steifer», kann sich nicht mehr richtig bücken, kann nicht mehr vom Stuhl allein aufstehen), so dass dann die kleinsten Bewegungen noch schmerzhafter werden. Da man Schmerzen vermeiden will, bewegt man sich noch weniger – und verlässt zuerst gar nicht mehr das eigene Haus, dann das eigene Zimmer, dann seinen Sessel oder gar sein Bett. Der Lebensraumengt sich mehr und mehr ein, man siecht dahin. Bewegungsarmut führt zur Veränderung in bezug auf die Atmungsorgane, erschwert die Durchblutung von Armen und Beinen – und reduziert die Sauerstoffversorgung des Gehirns (was sich auf Gedächtnis und Merkfähigkeit auswirkt). Bewegungsarmut macht missmutig – und führt zu Langeweile und Einsamkeit.

Es kommt also zunächst einmal darauf an, körperliche Aktivität herauszufordern – zum Wohle des einzelnen Betagten und zum Wohle der Heimgemeinschaft! Beweglichkeit macht zufriedener, sorgt für Anregung und reduziert Missmut und Nörglertum. Hans Schaefer hat in seinem Buch «Plädoyer für eine neue Medizin» sehr deutlich herausgestellt: zu jeder Verhütung von Krankheit wie zu jeder Behandlung gehört die *Aktivierung* des Patienten – ein Prinzip, das manchmal auch von Ärzten missachtet werde, sogar dort, wo es besonders wichtig sei: in der Altersheilkunde; nicht Anstrengung, Übung und Initiative stehen da im Vordergrund, sondern Bad und Massage, also Erschlaffung, Liegen, Geknetetwerden. Aber «mit Massage bringt man keine müde Muskelfaser zur Erstarkung» sagt Schaefer; «nur durch ständige Inanspruchnahme bleiben die Organe funktionsfähig», und «jung erhalte nur der Stress durch Tätigkeit» – so Schaefer.

Allerdings dürfen wir bei *jeder* Aktivierung (sei es im körperlichen, seelisch-geistigen und im sozialen Bereich)

eines nicht vergessen: wir müssen «dosierte Diskrepanzerlebnisse» stellen, das heisst, wir müssen herausfordern durch Aufgaben, die über das bisher Erreichte hinausgehen – aber im Bereich der Möglichkeiten liegen. Sowohl Unterforderung als auch Überforderung sind von Schaden.

Doch wie fängt man dies in der praktischen täglichen Arbeit an? Wie kann man motivieren?



Sowohl Unterforderung als auch Überforderung sind von Schaden. Wie lassen sich «dosierte Diskrepanzerlebnisse» herstellen? Wie kann man motivieren? Auf diese und auf andere Fragen gab Prof. Dr. Ursula Lehr in Solothurn Antwort. Thema der diesjährigen Fortbildungstagung in Zürich: «Die Würde des Alters».

- 1 Es gilt zunächst einmal, die noch vorhandenen körperlichen Fähigkeiten voll auszuschöpfen und nicht verkümmern zu lassen. Spaziergänge, kleine Wanderungen sollte man fördern, indem man Nahziele attraktiv macht! (zum Beispiel das Nachbarheim X oder der Altenclub Y lädt ein zum Kaffee, Dia-Vortrag, Liederabend usw.). Dabei können schwierige Strecken (Steigungen oder auch sehr verkehrsreiche Strecken) mit dem Omnibus gefahren werden – aber es muss eine Laufentfernung bleiben!

Aber es ist nicht jedermanns Sache, in der Gruppe zu laufen. Dann ist die Bildung von Kleingruppen anzuraten. Warum nicht zum Beispiel einmal Frau Müller und Frau Meier bitten, gemeinsam in Laufentfernung etwas zu besorgen, zum Beispiel zur Post zu gehen, etwas abholen oder etwas einkaufen. Es kommt auf die individuelle Motivierung an!

- 2 Natürlich sollte auch im Heim selbst für Bewegungsmöglichkeit gesorgt werden: Gymnastik, Ballspiele, Schwimmen, Seniorentanz oder Minigolf wären hier unter anderem zu nennen. Zunächst einmal muss das Angebot da sein. Dann kommt es darauf an, die Betagten zum Mittun zu ermuntern, anzuregen, sie zum Mittun zu motivieren.

Untersuchungen haben gezeigt, dass das Motiv, «etwas für seine Gesundheit zu tun», oft nicht überzeugt (es sei denn, der Arzt hat eine solche Ausstrahlung, dass seine «Verordnung» befolgt wird). Das Motiv hingegen, etwas zu tun, das «Spass macht», «woran man Freude hat», erwies sich als wirkungsvoller! Instrumentelle

Motivation nimmt mit zunehmendem Alter oft ab, expressive Motivation gewinnt an Gewicht. Ein Beispiel hierfür ist die Musiktherapie von Shapiro, der durch sein Angebot «Music for fun» nahezu alle Bewohner eines Altersheimes zu begeistern vermochte – was ihm sicher nicht gelungen wäre, wenn er zu einer «Bewegungs- und Musiktherapie» eingeladen hätte.

Erprobt hat er sein Programm in Institutionen für alte Menschen. Zunächst wurde nachmittags eine Stunde «Music for fun» angekündigt. Die Interessenten, die sich zu dieser Zeit einfanden, bekamen irgendein Instrument in die Hand gedrückt (Trommeln, Kastagnetten, Gegenstände zum Taktschlagen), um damit selbst den Takt zu schlagen und mitzumusizieren; ausserdem wurden sie aufgefordert, die am Klavier gespielten Lieder mitzusingen – notfalls mit «la la la». Nach einigen Liedern wurde eine Pause eingelegt. Es folgte ein Bewegungstraining, damit auch jene Muskeln gefordert werden, die beim Singen und Musizieren inaktiv sind. Danach folgte wiederum ein Bewegungstraining, von Musik begleitet. Ein Teilnehmer wurde gebeten, vor die Gruppe zu treten und Bewegungen vorzumachen, die dann die Gruppe nachahmte («Selbstbildtherapie»). Danach folgten 5 Minuten «Gehörtraining»: der Gruppenleiter spielte die Grundmelodie, 4 Töne, auf dem Klavier und bat, diese sich einzuprägen. Beim wiederholten Spiel wurde jeweils einer der Töne vertauscht und die Teilnehmer hatten zu «raten», welcher Ton das war. Danach wurde das gleiche Verfahren mit 5 und 6 Tönen ausprobiert. Shapiro weist auf die geforderte Konzentration, Selbstdisziplin, auf Gedächtnistraining und Differenzierung der Hörfähigkeit (Resensibilisierung) hin. – Sodann erhielten die Gruppenteilnehmer Papier und Bleistift und wurden aufgefordert, zu vorgespielten improvisierten Melodien (hoch – tief, laut – leise, langsam – schnell) Linien zu zeichnen, je nach ihrem emotionalen Empfinden. Die motivierende Wirkung dieser Technik sei so stark, dass selbst «arthritische Finger» dadurch motiviert werden, empfundene Bewegungen nachzuvollziehen. (Zweifellos motiviert aber hier nicht nur die Technik, sondern das Engagement des Versuchsleiters!) Shapiro hebt hervor, dass die Gruppenteilnehmer so viel Spass und Vergnügen an dieser wöchentlichen Stunde haben, dass für sie die Zukunft dadurch strukturiert erscheint, dass sie in ihrer Zukunftsorientierung darauf gerichtet sind. Selbst Sprachgestörte wissen die Äusserungsmöglichkeiten durch Taktschlagen, Bewegungen, Zeichnen und Mitsummen zu schätzen. Verständigungsprobleme werden abgebaut. Selbst Desorientierte fügen sich ein, arbeiten mit, können sogar Takt halten und haben Spass an den begleitenden Bewegungen. Wesentlich erscheint jedoch Shapiros Feststellung, derzufolge diejenigen Personen, die an dem Programm Interesse gewinnen, dann auch andere vom Heim angebotene Aktivitäten wahrnehmen (vgl. ähnliche Beobachtungen eines «Transfer-Effektes» bei Lehr, Schmitz-Scherzer und Quadt, 1978). Insofern wirkt die Musiktherapie reaktivierend, revitalisierend, remotivierend und resozialisierend, indem sie Kontakte stiftet und zu stärkerer Interaktion anregt.

Es gilt weiterhin *Hemmnisse, Barrieren* gegen eine körperliche Aktivierung zu ergründen und zu bekämpfen.

- ⊗ a Eine der Barrieren beim Pflegepersonal ist das Image des älteren Menschen, den man von vornherein als derart bewegungsbehindert sieht, dass man ihn gar nicht erst herausfordert.

Eine weitere Barriere beim *Pflegepersonal* ist die Tatsache, dass Beweglichkeit trainieren (angefangen vom Selber-Waschen, Selber-Essen, Sich-selber-Anziehen bis zum Selber-Gehen) zeitraubender und mühevoller ist als selbst die Tätigkeiten zu übernehmen. So hat man beispielsweise festgestellt, dass manche Betagte an ihren Rollstuhl gefesselt sind, ohne dass dazu eine unbedingte Notwendigkeit besteht. Hier zeigte sich bei Untersuchungen, dass manche Pflegerin oft unerwünschtes Verhalten verstärkt, indem sie bei ihren Betreuungstätigkeiten (vom Waschen, Ankleiden, übers Füttern bis zum Rollstuhlfahren) sich intensiv dem älteren Menschen zuwendet, sich intensiv mit ihm beschäftigt. Wenn das für den Betagten der einzige Weg ist, Zuwendung zu erhalten, geniesst er die Rolle des Hilfsbedürftigen. Man spricht hier von «gelernter» (oder gar anerzogener) «Hilflosigkeit».

Eine ähnliche Problematik liegt beim Rollstuhlfahrer vor. McDonald und Butler (1974) haben aufgezeigt, dass die «Rolle des Kranken» für manche Menschen die einzige Rolle ist, die sie noch ausfüllen. In dieser Rolle erwarten sie Zuwendung von anderen und fühlen sich nicht verantwortlich für ihren Zustand. Die Autoren haben festgestellt, dass etwa 25 Prozent der Heimbewohner nicht zur *Fortbewegung* ohne fremde Hilfe fähig sind und dass die meisten Pflegeheimbewohner, die an sich noch laufen könnten, geradezu dazu ermuntert werden, sich im Rollstuhl fahren zu lassen – und dann mit der Zeit wirklich nicht mehr laufen können. Eine Kombination von mehreren Faktoren sei hierfür verantwortlich zu machen: gewachste Flure, nicht rutschfeste Böden, fehlende Handleisten und schliesslich lange dunkle Flure ohne Stühle oder Sessel zum Ausruhen erschwerten den Patienten das Laufen; darüber hinaus waren die Fahrstühle so konstruiert, dass der Patient sie nicht selbst bedienen konnte. Von stärkerem Einfluss jedoch war, dass das Pflegepersonal die Passivität und Hilflosigkeit der älteren Menschen antizipiert, akzeptiert und ihn somit dazu anhält, sich im Rollstuhl fahren zu lassen (es kostet das Pflegepersonal ja auch weniger Zeit!). Hinzu kommt noch, dass andere Heimbewohner, die die Rolle des Kranken akzeptiert haben und sich fahren lassen, als Modell erlebt werden.

McDonald und Butler (1974) berichten über eine Verhaltenstherapie bei einem 92jährigen Mann und einer 85jährigen Frau, die «an den Rollstuhl gefesselt» schienen. Zunächst hat man festgestellt, dass die Schwester, während sie täglich den Rollstuhl zu den Mahlzeiten in den Speiseraum schob, sich immer angeregt mit den Patienten unterhielt (und damit unerwünschtes Verhalten verstärkte!). Dann instruierte man die Schwester, diese Gespräche beim Rollstuhlschieben einzustellen. Jetzt wurden die Patienten im Rollstuhl freundlich begrüsst, ermuntert, einmal aufzustehen. Nach einem entsprechenden Lob verwickelte die Schwester die Patienten in ein intensi-

ves Gespräch über Themen, die die Patienten interessierten. Während dieser intensiven Konversation führte sie den Patienten zum Speisesaal, wo die Schwester dem Patienten vor den anderen Heimbewohnern grosses Lob spendete. 10 Tage lang erfolgt beim Laufen soziale Interaktion, während beim Rollstuhlfahren geschwiegen wird. – Im Experiment erfolgte sodann die Umkehr (reversal): Rollstuhlfahren mit verbaler Interaktion, Laufen ohne verbale Interaktion, woraufhin das Verhalten in die Ausgangslage (Sich-schieben-Lassen) zurückfiel. Ein erneutes Konditionieren (Gespräch beim Laufen, Schweigen im Rollstuhl) führte wiederum zu stärkeren Geh-Aktivitäten der Patienten.

Nicht uninteressant sind auch die Versuche, *inkontinentes Verhalten* durch Konditionierung zu ändern. Pollock und Liberman (1974) hatten zunächst einmal nachgewiesen, dass neben den verschiedenen krankheitsbedingten Ursachen der Inkontinenz zweifelsohne die Heimatmosphäre verstärkend wirkt. Inkontinenz sichert einen verstärkten Kontakt mit den Pflegekräften (regelmässiger Wäschewechsel, häufiges zum WC führen) und dieser wird so – oft unbewusst – herbeigeführt. Statt dieses Verhalten zu verstärken, sollte man die Inkontinenz nicht beachten, Kontinenz hingegen mit sozialer Zuwendung (längere Gespräche der Schwester mit dem Patienten) und materiellen «Geschenken» belohnen. Man sollte aber auch an die ökologischen Gegebenheiten denken: an die Unfähigkeit, das WC zu finden (besonders vom Tagesraum aus)! Hier wäre also zunächst eine Realitätsorientierungstherapie angebracht bzw. eine ökologische Massnahme: deutlichere Kennzeichnung des Weges und der WC-Tür. Nachdem dies durch eine farbige Linie geschah, verminderte sich die Inkontinenz.

③ b Doch es gibt zweifelsohne auch Barrieren, die *beim Betagten selbst* liegen.

So sind heute noch Vorstellungen der – medizinisch längst widerlegten – «Verschleiss- und Aufbrauchstheorie» vorhanden, nach der sich die menschlichen Kräfte durch Abnutzung verbrauchen. Man möchte Kräfte schonen, möchte mit den noch vorhandenen Kräften haushalten! Hier ist sachliche Information und Aufklärung notwendig.

Als weitere Barriere körperlicher bzw. sportlicher Betätigung stellte sich das Selbstbild des älteren Menschen heraus, das Wissen um die nachlassende äussere Attraktivität.

Das ist für manch einen eine Hemmung, zum Beispiel beim Seniorenschwimmen mitzumachen (der man aber zum Teil durch den Verkauf entsprechender Badeanzüge begegnen konnte).

Als weitere Barriere verschiedener körperlicher Aktivitäten wäre eine zunehmende Ängstlichkeit, Risikoscheu, Furcht, sich vor anderen zu blamieren, zu nennen. Hier kommt es auf das Geschick des Gruppenleiters an, solchen Situationen zu begegnen. Furcht vor Misserfolgslebnissen führt zur Vermeidung von Aktivitäten. Hier gilt es, auch kleine Erfolge deutlich zu machen.

③ c Weitere Barrieren körperlicher Bewegungsfreude und Bewegungsaktivität liegen in *ökologischen Bedingungen*:

Rutschfeste Böden, Handleisten, hinreichend «richtige Sitzplätze» (das heisst Sessel in Stuhlhöhe mit Armlehnen) zum Ausruhen und zu Möglichkeiten zu Sozialkontakten wären hier genauso zu nennen wie funktionierende, leicht zu bedienende Aufzüge (mit langen «Einsteigpausen» und in Handhöhe zu bedienenden Knöpfen) und Gartenwege mit Geländern. Auch Schwimmbäder mit zu kalten Wassertemperaturen, mit nicht «altengerechten» Treppen zu einem mühelosen Einstieg ins Wasser sind ökologische Barrieren. Es gibt noch viele andere Kleinigkeiten baulicher Art, die zur Beweglichkeit herausfordern, aber auch Beweglichkeit hemmen können. Um diese herauszufinden, muss jedes Heim seine eigenen Beobachtungen und Studien machen.

Ein sprechender Papagei an einer Ecke eines Hauses zum Beispiel ist für manch einen ein attraktives Ziel und fördert wenigstens kleine Spaziergänge zu diesem Ziel! Eine interessant gestaltete Bekanntmachungstafel lockt ebenso manch einen zu einem Spaziergang heraus.

Fördern durch Fordern heisst – hier im Bereich körperlicher Aktivitäten

Motivationen, Anreize schaffen,

sowohl durch Programmangebote, durch Herausstellung «expressiver» Motive als auch durch optimale Gestaltung ökologischer Bedingungen (indem man «Ziele» schafft), und

Barrieren abzubauen,

sowohl beim Personal (durch eine Korrektur des negativen Altersbildes) als auch bei den Betagten und nicht zuletzt in den ökologischen Bedingungen, in den räumlichen Gegebenheiten.

2. Geistige Aktivität

Doch mit der körperlichen Aktivität allein ist es nicht getan. «Fördern durch Fordern» – oder «was rastet, das rostet» – gilt auch für den seelisch-geistigen Bereich. Hier wäre aus alter Zeit zum Beispiel auf Cicero hinzuweisen, in dessen Schrift «über das Greisenalter» man lesen kann: «Nicht mit körperlicher Kraft, Gewandtheit oder Schnelligkeit wird Grosses ausgeführt, sondern mit den Gedanken, mit geistiger Überlegenheit und Geltendmachen der Ansicht – Eigenschaften, deren das Alter nicht nur nicht beraubt zu werden, sondern die es in noch höherem Masse als zuvor zu gewinnen pflegt . . .»

Freilich, so erfährt man weiter bei Cicero, sei eine Zunahme von Verstand und Vernunft, von Masshalten und Toleranz, von Urteilsfähigkeit und Einsicht, von menschlicher Würde und Klugheit nur dann gegeben, wenn diese Fähigkeiten während des ganzen Lebens «geübt» würden. Nichtaufhören, Weitermachen, ständiges Üben in allem – das sei die Maxime! Die Kontinuität des Handelns und Übens, die Möglichkeit, auch im Alter Neues den vorhandenen Erfahrungen hinzuzufügen und zu integrieren, sei

14./15. November 1984

«Die Würde des Alters»

Fortbildungstagung für Altersheimleiter und Kaderpersonal im Hotel Spirgarten, Zürich
Tagungsleitung: Kurt Buchter, Zürich

Programm

14. November

- 10.15 Beginn der Tagung mit Kaffeeausschank
10.45 «Die geistigen Werte des Alters»
Prof. Dr. Norbert Luyten, Freiburg
12.00 Gemeinsames Mittagessen
Hotel Spirgarten
14.30 «Die Würde des Alters
aus medizinisch-psychiatrischer Sicht»
Dr. med. Karl Heinz Bauersfeld, Luzern
15.15 Kaffeepause
15.45 Fragenbeantwortung
Zimmerbezug
18.30 Apéro
19.15 Gemeinsames Nachtessen
Hotel Spirgarten

15. November

- 09.00 «Fünf Thesen»
Podiumsgespräch
Dr. Imelda Abbt (Leitung)
Dr. med. K. H. Bauersfeld
Walter Bigler
Annemarie Gehring
Anton Huber
10.15 Kaffeepause
10.45 «Von Arbeit zur Ruhe –
die Würde des Menschen im Alter»
Prof. Dr. Jan Milic Lochman, Basel
12.00 Gemeinsames Mittagessen
Hotel Spirgarten
Tagungsabschluss

Kosten

Bei Voranmeldung: Fr. 120.– Tagungskarte für VSA-Mitglieder und Mitarbeiter aus VSA-Heimen
Fr. 150.– für Nichtmitglieder

Bei Kartenbezug am Tagungsbüro Pro Tag Fr. 60.–
Verpflegung nicht inbegriffen, aber möglich

Anmeldungen bis 31. Oktober 1984
an das Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich, Telefon 01 252 49 48

hierzu wichtige Voraussetzung. Vier Gründe, die den Altersprozess negativ beeinflussen, werden herausgestellt: 1. die Verweigerung einer ergiebigen Tätigkeit, das Verurteiltsein zur Passivität, 2. die körperliche Schwächung und körperliche Beschwerden, 3. die Beraubung der Vergnügen, der Verzicht bzw. das Ausgeschlossenwerden von den angenehmen Erfahrungen und Freuden des Lebens und 4. schliesslich das Bewusstsein der Todesnähe.

Cicero weist ausserdem bereits auf die bedeutende Rolle der Gesellschaft hin, die das Alternserleben und damit auch den Altersprozess bestimmt, wenn er feststellt: «Was gibt es Angenehmeres als ein Greisenalter, das umgeben ist von einer Jugend, die von ihm lernen möchte!»

Tritt man dem Älteren mit Hochachtung und Verehrung gegenüber, und nicht nur mit Gefühlen der Hilfsbereitschaft und des Mitleids oder gar mit Vorurteilen hinsichtlich seiner Verantwortungs- und Leistungsfähigkeit, so beeinflusst man den Altersprozess selbst in ganz erheblicher Weise. So hängt es weitgehend von der Gesellschaft ab, die nun einmal die «Rolle des alten Menschen» bestimme, ob dem einzelnen das Älterwerden zum Problem wird.

Was sagen neuere Untersuchungen?

Doch was sagen neuere Untersuchungen? Eine Vielzahl von Studien belegt: Interessensvielfalt, geistige Aktivität, Orientiertsein und Informiertsein über das, was in der Welt vorgeht, ist unabdingbare Voraussetzung für ein Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden. Geistige Fähigkeiten verkümmern, wenn sie nicht gebraucht werden! Geistig aktivere Menschen bemühen sich von sich aus um mehr Anregung, Stimulation (hören Nachrichten, lesen Zeitung – vielleicht auch einmal ein Buch) und trainieren dadurch ihre geistigen Fähigkeiten zusehends. Geistig passive Menschen suchen nicht nach Anregung und neuen Interessen, lassen auch wenig Auseinandersetzungsbereitschaft mit Problemen erkennen, so dass ihre noch vorhandenen geistigen Kräfte im Laufe der Zeit mehr und mehr verkümmern. Wer kennt nicht die völlig desinteressiert wirkenden Betagten, die nur vor sich hindösen?

Das muss nicht sein – wenige Fälle starker Cerebralsklerose ausgenommen!

Hier gilt es im Heim zunächst einmal, die noch vorhandenen Fähigkeiten herauszufordern und damit «wach» zu halten.

Angebote von entsprechenden kulturellen Programmen (Von Konzert- und Theaterbesuch über Leseabende oder Dia-Vorträge über Reisen) sind da genauso notwendig wie Alltagsangebote von (eigener!) Tageszeitung, Fernsehnachrichten-Sendung (mit anschliessendem erläuterndem Gespräch).

Die Vielseitigkeit des Angebots ist zunächst einmal Voraussetzung zur geistigen Aktivierung. Doch dann aber gilt es, Motivationen zu stärken und Barrieren abzubauen.

Hier haben verschiedene Untersuchungen und Trainingsprogramme gezeigt, dass man – in Grenzen sogar «verkümmerte» Fähigkeiten wieder erwecken kann. Franziska Stengel gibt in ihrem Buch «Gedächtnis spielend trainieren» eine Vielzahl ganz konkreter brauchbarer Anweisungen.

Andere Formen der Motivierung zu geistigem Tun (zu dem auch Rätsel-Lösen gehört) sind die Aussetzung von Preisen oder Belohnungen, aber man sollte auch hier von einer «instrumentellen» Motivation zu einer – dauerhaften – «expressiven» Motivation kommen. Beispiele hierfür findet man in Kreativ-Kursen, bei Mal- und Tonarbeiten, die *Freude und Spass* am eigenen Werk entstehen lassen.

Ein praktisches Beispiel höge hier stellvertretend für mehrere Massnahmen stehen:

Man hat in einer Studie in den USA das Altenbild bei Ärzten und Pflegepersonal einer geriatrischen Station festgestellt. Zusammengefasst ergab sich dabei: «der ältere Mensch will seine Ruhe, er ist desinteressiert, er döst am liebsten vor sich hin, will abschalten.» Warum sollte man einem solchen Wunsch nicht nachkommen? Doch will er das wirklich? Oder zwingt ihn die eintönige, sterile Umgebung dazu? Man fand, dass allein aufgrund eines negativen Altersbildes Ärzte und Pflegepersonal gar keine Aktivität vom älteren Menschen erwarten. Die Erwartungshaltung der Umwelt, besonders aber die von «Autoritäten» beeinflusste nun das eigene Verhalten der älteren Patienten: wunschgemäss verhielten sie sich passiv. Die seltenen Gespräche zwischen Pflegekräften und Patienten waren eintönig: «Wie geht es, wie haben Sie geschlafen?» und führten bei den Betagten zu einem gedanklichen «Kreisen um sich selbst». Die spärlichen Unterhaltungen zwischen den Patienten waren zentriert um die eigene Krankengeschichte und Klagen bezüglich schlechten Essens und schlechter Behandlung. Besuche von ausserhalb kamen selten – und sassen dann gelangweilt an den Betten herum.

Hier begannen Interventionsmassnahmen mit Kursen über das «normale Altern», das keineswegs Abbau bedeuten muss, beim Pflegepersonal. Es galt, Erwartungen auch an ältere Patienten zu stellen und sie herauszufordern! Interessant ist hier das «Zeitungsexperiment». Man setzte zunächst einmal durch, dass jeder Betagte jeden Morgen seine eigene Tageszeitung bekam. Dann wurden Ärzte und Pflegepersonal angehalten, statt des üblichen «Wie geht es? Wie fühlen Sie sich?» den Betagten zu begrüssen: «Haben Sie heute schon in der Zeitung gelesen, Kissinger ist in Jerusalem» (oder – je nach Interessenlage: die Eiche am Rathaus wird gefällt; am Marktplatz hat man ein neues Café eröffnet; die Kirche hat neue Glocken bekommen usw.). Diese Informationen lenkten den Blick der Betagten nach aussen; sie fühlten sich und ihre Krankheit nicht mehr im Mittelpunkt; sie interessierten sich sehr bald wieder für das, was um sie herum geschah. Derartige Fragen regten zum Selberlesen an – und viele Patienten setzten ihren Ehrgeiz daran, nun ihrerseits auf Zeitungsmeldungen hinzuweisen, die Schwester Ella oder der Herr Doktor vielleicht noch nicht gelesen hatten. Es gelang bei diesem «Zeitungsexperiment», das kaum etwas kostete, 1. die Zentrierung um die eigene Krankheit abzubauen, 2. den Interessenradius zu weiten, 3. Gespräche zwischen den Patienten anzukurbeln und interessanter zu machen, 4. Zukunftspläne zu schmieden, eine Zukunftsorientierung wiederzuerlangen und 5., die Gespräche von Patienten und Besuchern von aussen anregender zu gestalten: man hatte nun hinreichend Gesprächsthemen, die Besucher blieben länger und kamen häufiger. Geistige Aktivierung bedeutete hier sogleich Aktivierung im Bereich der Sozialkontakte.

Fortbildungskurs für Heimerzieher

Individuum – Gemeinschaft – Verantwortung

Die Persönlichkeit des Heimerziehers und seine Verantwortung im Beruf

Organisatoren	Verein für Schweizerisches Heimwesen (VSA) Heilpädagogisches Seminar Zürich (HPS), Abteilung Fortbildung
Zielsetzung	Dem Teilnehmer soll die Tätigkeit als Heimerzieher dadurch erleichtert werden, dass er seine pädagogische Haltung vertiefen und sie auf die heilpädagogische Situation hin abwandeln lernt.
Arbeitsformen	Information, Überdenken «exemplarischer Situationen», Erfahrungsaustausch, gemeinsames Gestalten.
Kursleitung	Imelda Abbt, Ruedi Arn, Ursi Bleisch-Imhof, Anton Huber, Peter Schmid, Rolf Walss
Zulassung	Die Teilnehmer (aus Heimen für Verhaltensgestörte und Lernbehinderte) müssen sich über eine abgeschlossene Heimerzieherausbildung oder über mindestens zwei Jahre Heimpraxis ausweisen können.
Teilnehmer	bis 30
Kurstage	8 Freitage von 10.00 Uhr bis 17.30 Uhr: 26. Oktober, 2. November, 9. November, 16. November, 23. November, 30. November 1984 und 11. Januar, 18. Januar 1985 <u>Inklusiv 2 Auswertungstage:</u> Donnerstag, 24. Januar abends bis Freitag, 25. Januar 1985 nachmittags.
Kursort	Heilpädagogisches Seminar Zürich Kantonsschulstrasse 1, 8001 Zürich (beim Pfauen)
Kurskosten	Fr. 450.–
inkl. Auswertungstage)	Fr. 370.– für Teilnehmer(innen) aus VSA-Heimen
Anmeldeschluss	30. September 1984. Es sind noch Kursplätze frei.
Besonderes	Der Kurs kann nur als ganze Einheit besucht werden.

TALON Fortbildungskurs HE 84/85

Name, Vorname _____

Adresse (Name des Heims) und Funktion _____

Ausbildung oder praktische Tätigkeit _____

VSA-Mitgliedschaft des Heims Ja Nein

Bitte einsenden an das Kurssekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich, bis spätestens 30. September 1984

Hier wäre auch die Studie von Loew und Silverstone (1971) zu nennen, die Experimente in zwei vergleichbaren geriatrischen Stationen bei jeweils 14 männlichen Patienten durchführten. Die Patienten beider Stationen wurden zunächst beobachtet; sie wirkten apathisch, fühlten sich isoliert, hielten sich nur in der Nähe ihres Bettes auf. Die Räume der Stationen waren sehr hygienisch und entsprechend durch Farblosigkeit und Konformität gekennzeichnet; sie wirkten langweilig wie typische Krankenhausräume. Das Pflegepersonal fiel durch Pessimismus und gedrückte Stimmung auf; es litt unter der vermeintlich hoffnungslosen Situation der sehr alten Patienten, die auf beiden Stationen ein Durchschnittsalter von 87,5 Jahren hatten. Loew und Silverstone führten hier auf der einen Station ein umfangreiches Interventionsprogramm durch, das im Grunde genommen den Techniken der Milieuthherapie zuzuordnen wäre, das jedoch seinen Schwerpunkt in der sensorischen Stimulation der Patienten hatte.

Nachdem der erste Schritt, die positive Einstellung des Mitarbeiterstabes zu diesem Programm, erreicht war, galt es, 6 Monate lang für intensive und abwechslungsreiche sensorische Stimulation (visueller, auditiver, taktiler und geschmacklicher Art) zu sorgen. Die Räume wurden mit farbprächtiger Wanddekoration, farbenfreudigen Vorhängen und Mobiles ausgestattet; lebende Pflanzen am Fenster (visuelle und taktische Stimulation) ergänzten den Wand schmuck. Die Patienten wurden ermuntert, Familienbilder und persönliche Erinnerungsstücke in Bettnähe aufzustellen, die von den Pflegern als Anknüpfungspunkte für Gespräche (Erinnerung, Realitätstherapie) benutzt wurden. Grossen Uhren, Kalender und Spiegel sorgten sowohl für visuelle Stimulation als auch für eine Realitätsorientierung. – Hinzu kam abwechslungsreiche auditive Stimulation, drei- bis viermal die Woche Piano- oder Akkordeonmusik; Kopfhörer waren für jeden erhältlich, der unter den anderen Musikprogrammen wählen wollte. Ausstellungen von den verschiedensten Gegenständen wurden organisiert, um den Patienten die Gelegenheit zu geben, möglichst viele unterschiedliche Gegenstände zu betasten. – Darüber hinaus wurde Beschäftigungs bzw. Arbeitstherapie (mit finanzieller Belohnung), Spieltherapie (Puzzle und dgl.) durchgeführt; das Pflegepersonal bemühte sich um Gespräche, regte Diskussionen über «vergangene Zeiten» (Erinnerungstraining) an. Eine Resozialisierung wurde gleichzeitig durch ein «Bedside-visiting-programm» mit 15minütiger täglicher Visite herbeizuführen versucht, ebenso durch die Aktion «lunch together», die gegen das isolierte Essen im Bett ankämpfte und jeweils vier Patienten um einen Tisch zu Mahlzeiten versammelte. Jeden Tag wurde – möglichst abwechslungsreiche – Tageskleidung angezogen. Ausserdem gelangte bei einigen Patienten ein Programm des «toilet-retraining» auf der Basis des operanten Konditionierens zur Anwendung.

Hier wurden auch Evaluationsuntersuchungen durchgeführt. Zu Beginn der Untersuchung und sechs Monate danach wurde bei der Experimental- und Kontrollgruppe eine Testbatterie durchgezogen (Mental Status Questionnaire, Bender-Gestalt-Test, Mosaik-Test, Oberleder-Skala, Einstellungsfragebogen zum Alter, «Energy-Scale»). Während bei der Kontrollgruppe eher ein Sinken der Ausgangswerte festzustellen war, wurden bei der Experimentalgruppe einige Verbesserungen in bezug auf die kognitiven Funktionen, den affektiven Zustand und die sozialen Haltungen deutlich. Man konstatierte darüber

hinaus eine zunehmende Nachfrage nach Tageszeitungen und einen Rückgang der Inkontinenz. Ausserdem war die Stimmung beim Pflegepersonal nicht mehr so bedrückt wie zuvor.

Diese Beispiele machen deutlich, dass Barrieren einer Reaktivierung im geistig-seelischen Bereich sowohl beim Pflegepersonal (negatives Altersbild) als auch beim Patienten selbst liegen können.

Hier zeigte sich, dass ein Wenig-Informiertsein, Wenig-Orientiertsein, den älteren Menschen «erstarren» lässt. Kastenbaum und Cameron (1969) stellten fest, dass ältere Personen die Situation oft als Stillstand wahrnehmen; das Gefühl «es geht nicht voran» lässt sie dann ihre Aktionen einstellen, und jede Aktivität geht in Passivität und damit in Abhängigkeit über. Kognitive wie auch emotionale Momente verhindern eigene Aktivitäten. Kognitive Störungen liegen ausserdem in der geringen bzw. nicht adäquaten Orientierung über die Situation, in dem Mangel an Information bzw. der Unfähigkeit, diese Informationen zu integrieren, was zu einem verzögerten Wahrnehmungs- und Entscheidungsvorgang führe. Ist nun der ältere Mensch endlich bereit zu agieren, dann hat sich die Situation vielleicht schon geändert; so erlebt der ältere Mensch oft Misserfolge, die ihn zunehmend in seiner Aktivität erlahmen lassen. Sowohl der Verlust sensorischer Fähigkeiten als auch die Reduzierung der Sozialkontakte bedeute für den älteren Menschen Informationsverlust und Einschränkung des Informationsaustausches, so dass sich ein Stadium «kognitiver Deprivation» einstelle. – Emotionale Momente – vor allem die Furcht, dass eigene Aktionen von anderen nicht akzeptiert werden – lassen ebenso die eigene Aktivität erlahmen. Je mehr die soziale Umgebung als unfreundlich erlebt wird, um so weniger entwickelt man eigene Aktivitäten und um so mehr begibt man sich, wie Kastenbaum und Cameron feststellten, in die Abhängigkeit von anderen.

Die Bedürfnisse Älterer seien – was allzu leicht vergessen werde, bzw. zugunsten sozialer Massnahmen verdrängt werde – auf *kognitive* Hilfen gerichtet; man sollte ihnen Informationen zukommen lassen und ihnen bei der Verarbeitung der Informationen behilflich sein. Die Verhinderung einer kognitiven Deprivation könne am stärksten einer Abhängigkeit im Alter entgegenwirken. Andererseits kann – den Feststellungen der Autoren zufolge – eine Reduzierung der Information aus einem Menschen im «jüngeren und mittleren Erwachsenenalter» einen «älteren Menschen» machen, das heisst, der Jüngere wird sich so verlangsamt und in seiner Aktivität herabgesetzt verhalten, wie man es von einem älteren Menschen erwartet; während umgekehrt kognitive Hilfen (klare, relevante Informationen, Kompensationsmöglichkeit für die erschwerte Aufnahmefähigkeit, soziale Kontakte mit Gleichgestellten) einem Älteren zu einem durch spontane Aktivität gekennzeichneten Verhalten helfen können, wie man es nur von «Jüngeren» erwartet (Kastenbaum und Cameron 1969).

Von diesen Feststellungen lässt sich eine Reihe praktischer Massnahmen ableiten: Zeitunglesen (und über das Gelesene in Gesprächen diskutieren), Nachrichten im Fernsehen sehen und miteinander erläutern (Landkarte: wo ist Grenada?) und besprechen, oder – je nach Interessenslage – ein Fussballspiel, einen Film oder eine Unterhaltungssendung.

Eines steht fest: Aktivität in *einem* Bereich führt zu Aktivitäten auf anderen Gebieten. Wir haben es hier mit einem «transfereffekt», einem Übertragungseffekt zu tun.

3. Soziale Aktivität

Zum Thema «Sozialkontakte im Alter» ist sehr viel geforscht und geschrieben worden. Einige Ergebnisse seien nur kurz erwähnt: Einsamkeit im Alter muss nicht sein! Einsamkeitsgefühle entsprechen nicht unbedingt der objektiven Situation. Manch einer ist wirklich isoliert, kommt mit ganz wenigen Menschen zusammen – fühlt sich aber nicht einsam, weil er sein Leben als ausgefüllt erlebt, weil er etwas zu tun hat, weil er sich eine Aufgabe gegeben hat. Manch einer ist *nicht* isoliert, kommt mit vielen Menschen zusammen, fühlt sich aber dennoch einsam, weil er mit noch häufigeren Besuchen rechnet: «Einsamkeit ist oft eine Funktion der Erwartungshaltung» und «Einsamkeit ist oft eine Funktion der Langeweile.» Gegen beides kann man ansetzen. – Dennoch gibt es einsame ältere Menschen – doch diese waren auch meistens schon als 20-, 30-, 40jährige einsam oder eben nicht gerade kontaktstark bzw. «kontakt-tief». Untersuchungen zeigen nämlich, dass es nicht auf die *Quantität* der Kontakte ankommt, sondern auf die *Qualität* (das gilt übrigens nicht nur im Alter). Qualität der Kontakte bedeutet aber, selbst von sich etwas einbringen, bereit sein, sich selbst zu öffnen, innerlich von sich etwas herzugeben.

Sicher zählt es zu den schwersten Aufgaben des Pflegepersonals, selbst innere Kontakte mit den Betagten zu bekommen (und zwar *nicht* über den Weg des Abhängigmachens) und Sozialkontakte zwischen den Bewohnern (oder auch Besuchern und Bewohnern) zu stiften. Bengtson in USA ist da neue Wege gegangen, indem er sich besonders intensiv den Familienmitgliedern, die ihre alten Eltern im Heim abgaben, zuwandte. Er hatte zunächst bei den meisten ein «Schuldgefühl» festgestellt und die mit der Zeit immer spärlicher werdenden Besuche unter anderem auf die Tatsache zurückgeführt, dass man nun einmal nicht gern mit seiner «Schuld» konfrontiert wird. Also galt es, im Gespräch zunächst einmal die «Schuldkomplexe» der Angehörigen zu beseitigen und Verständnis für ihre Lage zu erkennen zu geben. Auf dieser Basis wurde dann angeregt, dass man von Zeit zu Zeit nicht nur seine Mutter (oder seinen Vater) im Heim besucht, sondern auch eine 2. oder 3. Heimbewohnerin mitbesucht, und alle miteinander zu kleinen Ausflügen einlädt. Deren Verwandte kümmern sich dann an anderen Wochenenden auch um die Mutter. Dieses Programm hat sich sehr bewährt; es hat einmal die Angehörigen entlastet, hat aber darüber hinaus für die Heimbewohner ein «social network» geschaffen, einen etwas grösseren Kreis enger Vertrauter.

4. Die Notwendigkeit der Förderung und Erhaltung «sozialer Fähigkeiten»

Welford, ein bekannter englischer Gerontologe, der durch seine exakten Untersuchungen zur Frage der Psychomotorik, der Reiz-Reaktionsfähigkeit im höheren Alter bekannt geworden ist, hat kürzlich eine interessante Arbeit vorgelegt über die Veränderung sozialer Kommunikationsfähigkeiten (Welford, A.: «Aging and social skill» New York 1983).

Industriearbeiter – aber in eingeschränkter Masse wie wir alle – haben im täglichen Leben auf optische und akustische Reize zu reagieren (Verkehrssampel, Autofahren, aber auch Waschmaschine, TV, Selbstbedienungs-Tankstelle, Fernsprengerät). Wie *gut* wir reagieren (wie schnell, wie «richtig») hängt 1. ab von den Signalen (wie deutlich sind sie, wie komplex usw.), 2. von unserem Wahrnehmungsapparat, von der Funktionstüchtigkeit der Sinne, diese Information aufzunehmen und zu verarbeiten und 3. von durch *Erfahrung geübter Strategien* oder Techniken, mit denen man seine Kapazitäten einsetzt. Haben wir viel Erfahrung, viel Training, dann haben wir eine «Optimalisierung der Strategien erreicht», haben wir wenig Erfahrung, brauchen wir länger und reagieren umständlicher (Beispiel: Fahrkartenschalter für U- und S-Bahn in einer Großstadt).

Es kommt darauf an, die richtigen Strategien (Reaktionsfolgen) wirkungsvoll einzusetzen, mit geringem Aufwand den grössten Effekt zu erzielen. (Ein Hochspringer, der sich bei einem langen Anlauf am Anfang schon verausgabt, hat gewiss nicht die optimale Strategie! – Wenn man beim Lernen zum Beispiel alle 1000 Seiten eines Buches liest, ohne das Gelesene zu strukturieren, zu exerpieren, ohne zu gliedern und dabei Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden, hat man nicht die optimale Strategie!)

Optimale Strategien (Herumsuchen an einem Fahrkartenautomaten in einer fremden Stadt) entwickeln sich, indem man ein positives Feedback erhält und durch sofortige Rückmeldung (Herausfallen der Fahrkarte) bestätigt wird. Dabei zeigt sich: Erfolg am Anfang steigert den Erfolg beim nächsten Schritt, macht selbstsicher. Misserfolg am Anfang lässt konfus werden, macht unsicher, führt zu immer schlechteren Strategien (trial and error), man probiert ziellos drauflos.

Eine weitere Erkenntnis: Wiederholung, Übung, Training vervollkommen die Strategien der Reaktion (mit weniger Anstrengung erreicht man mehr Effekt), das heisst, man wählt die optimalen Strategien aus (man denke zum Beispiel an das Autofahren in einem fremden Leihwagen).

Allgemein gilt: es zeigt sich eine deutliche Steigerung der optimalen Reaktionsfähigkeiten durch die Praxis – aber auch ein Abfall der Fähigkeiten zu optimaler Reaktion durch Nicht-Gebrauch, Nicht-Gefordertwerden (der gute Autofahrer verliert an Geschicklichkeit, wenn er ein Jahr lang nicht gefahren ist; der Umgang mit dem Taschenrechner wird ungeschickter, wenn man ihn Monate nicht gebraucht hat: man braucht mehr Zeit, sich wieder zurechtzufinden und optimal – das heisst schnell und richtig – die richtigen Tasten zu drücken). Freilich, je besser man etwas vorher beherrscht hat und je kürzer die Unterbrechungsphase des Nicht-Gebrauchs, um so kürzer ist die erneute Eingewöhnungszeit.

Dieses Konzept der «optimalen Strategien» bei Reiz-Reaktionsaufgaben hat man nun in den Bereich menschlicher Interaktion übertragen. Irgendwo hat der Umgang mit Maschinen (einschliesslich des Autos) etwas Ähnliches mit dem Umgang mit Personen – so sonderbar das auf den ersten Blick aussieht.

Von unserem Gegenüber, vom anderen Menschen geht in jedem Augenblick eine Flut von Informationen aus – selbst

dann, wenn er stumm und unbeweglich darsitzt, gibt er uns noch Informationen. Es kommt nun darauf an, diese richtig zu erfassen und optimal darauf zu reagieren. (Soziale Interaktion setzt Informationsaufnahme – Beobachten, Hören – voraus; ebenso Informationsverarbeitung – das heisst die Deutung des Verhaltens des anderen.) Wir reagieren auf den anderen – und seine Reaktion zeigt, ob wir die Information richtig aufgenommen haben. Soziale Interaktion ist ein ständiger Austausch von Informationsaufnahme, -geben und Reaktion. Je mehr Interaktion wir haben (je mehr wir miteinander reden), je mehr wir «trainieren», um so sensibler, um so «feinfühlicher» werden wir: das heisst, um so weniger Information, Stimuli, brauchen wir und um so schneller und richtiger deuten wir sie und reagieren darauf. Stellen Sie sich einen Menschen vor, den sie *gut* kennen: wenn der auf eine bestimmte Weise den Mund verzieht, wissen Sie sofort, was los ist, ein einziges «Signal» gibt Ihnen – durch Erfahrung in intensivem Umgang mit diesem Menschen – eine Fülle von Informationen, die dasselbe Mundverziehen eines Fremden nicht geben würde. Bei einem Ihnen Vertrauten werden Sie auf *sein* Mundverziehen in seiner Situation auch richtig reagieren, das heisst, Sie werden optimale feedback-Strategien zur Anwendung bringen. Sie wissen vielleicht (durch den täglichen Umgang) auch, dass dieses «Mundverziehen» bei dem einen Sohn von Ihnen Reaktionen verbaler Art mit einer Vielzahl logischer Argumente herausfordert, bei dem andern Sohn genügt es, mit der Hand übers Haar zu streichen. Optimale Strategien sind personspezifisch und situationsspezifisch. Es kommt darauf an, Nuancen, kleine Abweichungen, in den Informationen zu verstehen und fein abgestimmt darauf zu reagieren. Vertraute Beziehungen fördern diese gegenseitige Sensibilität.

Sieht man einen Menschen längere Zeit nicht, braucht man, um seine «Signale», seine «Nuancen» richtig zu verstehen und richtig zu reagieren, mehr Informationen. Die Gefahr einer Fehldeutung ist grösser. Da sich nun ein Mensch mehr verändert als ein Auto, müssen wir flexibel auf die neue Situation (unter Einbeziehung seiner Sprechweise, Gestik, Mimik, Modulation der Stimme) reagieren. Richtig reagieren, die Entwicklung optimaler Strategien, setzt Training, setzt Erfahrung im Umgang mit Menschen voraus.

Häufiger Umgang, Training – sowohl im psychomotorischen als auch im sozialen Bereich – erhält und verbessert die Fähigkeiten. Geringe Herausforderung, fehlende Übung, lässt nicht nur die Reaktionen auf der Schreibmaschine oder beim Autofahren langsamer, stumpfer, grober, weniger fein abgestimmt werden – sondern auch unsere Reaktionen auf andere Menschen. Sie finden dann ein «Eigenbrötler-Verhalten». Der im Sozialkontakt nicht Trainierte, der lange isolierte Mensch, kann dann auch feine Abweichungen, Nuancierungen im Verhalten des Anderen nicht wahrnehmen; es setzt ein Prozess der De-Sensibilisierung ein.

Und von hier aus ist ein Teufelskreis der sozialen Isolation im Alter ableitbar, der bereits mit der Berufsaufgabe einsetzt, mit dem Einzug in ein Altenheim eine Verstärkung erfährt: Der Wahrnehmungs- und Reaktionsapparat wird nicht mehr so geschult – sowohl durch Ausbleiben psychomotorischer Anforderungen (Strassenverkehr, Einkaufen) als auch durch Ausbleiben sozialer Kontakte.

Man hat weniger Gelegenheit, Informationen differenziert zu beachten – und noch weniger Gelegenheit, individuell, situationsspezifisch abgestimmt optimal darauf zu reagieren. Die Reaktionen im Umgang mit anderen Menschen verlieren an Feinheit und Differenziertheit; die Folge ist, dass sich die Umwelt von einem «grobschlächtigen» oder auch «eintönigen» (desinteressiert bis apathisch wirkenden) älteren Menschen zurückzieht (oft unter der Entschuldigung: «der will seine Ruhe!») und ihm damit die noch verbliebenen Übungsmöglichkeiten nimmt. Man schränkt die Interaktion mit einem solchen einsilbigen Heimbewohner ein, lässt ihm dadurch weniger Information, vor allem weniger differenzierte Information, zukommen – und wundert sich *dann* über sein Eigenbrötler-Dasein, sein Desinteresse, seine Abgestumpftheit – welche zudem noch von manchem Psychiater als «normale» Zeichen des Alters gedeutet werden, obwohl eigentlich die Umwelt dieses Verhalten ausgelöst und beschleunigt hat!

Oft ist im Alter eine reduzierte Mobilität gegeben (sei es durch *körperliche* Beschwerden wie Arthritis, Arthrose oder Schlaganfallfolgen; sei es durch *ökologische* Bedingungen wie zu hohe Omnibusstufen oder nicht funktionierende Rolltreppen, oder durch *soziale* Bedingungen, indem man von Spaziergängen aus Sicherheitsgründen abräht). Reduzierte Mobilität bedeutet in jedem Fall weniger Alltagserfahrung sowohl im psychomotorischen Bereich (weniger Training von Reiz-Reaktionsaufgaben bei Strassenüberquerung, Fahrscheinautomaten und dgl.) als auch im Bereich der Sozialkontakte (selteneres Treffen von Bekannten, Nachbarn, weniger verschiedenartige Sozialkontakte beim Einkaufen). Fehlendes Training in beiden Bereichen verstärkt sich gegenseitig.

Oft kommen dann noch Seh- und Hörprobleme im hohen Alter dazu, welche erst recht ein Training des Noch-Verbliebenen notwendig machen, auch, um kompensatorischen Ausgleich zu erhalten. Stattdessen wird der Rückzug noch verstärkt; der Ältere verlässt kaum das Haus, das Zimmer und vermindert dadurch die ursprünglich noch vorhandene Kompensationsfähigkeit. Reduzierung der Aussenwahrnehmung führt zur Zentriertheit auf das eigene Ich. Dieser Teufelskreis muss durchbrochen werden, denn der so durch mangelndes Training herbeigeführte Abfall und Verlust von Reaktionsfähigkeit führt zur Abhängigkeit (und im Extremfall folgt die Diagnose «Altersverwirrtheit», Presenilität).

Mehr Abhängigkeit – mehr «Nähe»?

Doch, so könnte man fragen, erhöht die Abhängigkeit nicht die soziale Nähe, und gibt diese soziale Nähe nicht wieder Gelegenheit, optimale Interaktionsstrategien zu entwickeln?

Leider findet sich diese positive Wirkung selten, wie Untersuchungen gezeigt haben. Der Ältere, Hilfsbedürftige, wird – sei es in der Familie, sei es im Heim – nicht als gleicher Partner betrachtet, sondern eben als Abhängiger, Hilfsbedürftiger. Seine Reaktionen kommen (aufgrund der Untrainiertheit) verständlicherweise verzögert und sind dann – aufgrund des langen Informationsverarbeitungsprozesses – vielleicht auch nicht mehr adäquat. Sie werden deswegen oft übersehen oder überhört, es erfolgt für ihn kein Feedback, was dann zu einem noch weiteren Abbau

seiner Reaktionsfähigkeit führt. Für so einen Menschen zeichnet sich die Umwelt weder durch «Mannigfaltigkeit der Stimuli durch Personen und Sachen» noch durch «Reagibilität» aus. Der Mensch wird weder angeregt noch kann er durch eigenes Tun irgendetwas verändern; man reagiert nicht mehr fein abgestimmt auf ihn. (Aus der Kinderpsychologie wissen wir, dass Mannigfaltigkeit der Anregung durch Personen und Sachumwelt als auch Reagibilität notwendig zur Förderung der geistigen und sozialen Entwicklung sind: das Kind muss sich selbst erleben als etwas, das fein abgestimmte, vielfältige Reaktionen auslöst.) – Wie oft verwehren wir dieses Erlebnis dem schon etwas abgebauten Betagten, der es besonders nötig hätte, während wir auf den noch kompetenten Betagten durchaus differenziert reagieren. Da man jedoch den älteren Abhängigen «nicht ganz für voll» nimmt, reagiert man auf seine immer spärlicher werdenden Äusserungen gar nicht oder nur mit undifferenzierten Reaktionen – mit dem Erfolg, dass dieser Ältere seine Äusserungen wirklich ganz einstellt und *dann* wirklich apathisch und stumpf wird.

Dieser Vorwurf trifft aber nicht nur auf Institutionen zu, sondern nach Untersuchungen von Twining auch auf familiäre Pflege. Man hat beobachtet, dass ältere Leute oft dasselbe erzählen, Wiederholungen, die man schnell als «nachlassendes Gedächtnis» deutet. Das mag in manchen Fällen zutreffen. Man hat jedoch beobachtet, dass dann, wenn auf die erste Erzählung mit Interesse und Intensität differenziert reagiert wird, das heisst, wenn darauf eingegangen wird, die Wiederholungen ausbleiben. – Überhört die Familie jedoch solche Wiederholungen («die Geschichte kennen wir schon»), das heisst, erfolgt keine Reaktion auf den erzählenden Betagten, erhält er kein Feedback, dann prägt sich für ihn auch nicht ein, dass er bereits die Geschichte erzählt hat – und es kommt zu erneuten Wiederholungen – womit dann die Präsenilität endgültig belegt erscheint. Hingegen zeigt sich, dass durch starkes Eingehen auf das Erzählte, durch die Frage nach zusätzlichen Details (womit die Erzählung für den Betagten persönliche Bedeutsamkeit gewinnt) solche Wiederholungen gestoppt werden.

Schlussbemerkung

Der vielsagende Ausspruch «Fange nie an, aufzuhören – und höre nie auf, anzufangen» gilt nicht *nur* für uns selbst, sondern erst recht für uns alle im Umgang mit älteren Menschen. Wir dürfen nicht anfangen, aufzuhören, sie herauszufordern – und wir dürfen nicht aufhören, immer wieder erneut anzufangen mit unseren Forderungen an sie. Dabei sei allerdings noch einmal an die «dosierte Diskrepanzerlebnisse» erinnert: Überforderung ist von Schaden, aber Unterforderung auch!

Dieses Fördern durch Fordern sollte sowohl im körperlichen als auch im seelisch-geistigen und kreativen Bereich Geltung haben, wie vor allem im Bereich der sozialen Interaktionen, die – wie ich zu zeigen versucht habe – Ausstrahlungseffekt auf die gesamte Lebenssituation hat.

Zum Schluss sollte man noch einmal klarstellen, dass Aktivität nichts mit Umtriebigkeit zu tun hat: auch der still Sitzende, Meditierende ist – zwar im Moment nicht körperlich, aber doch im seelisch-geistigen Bereich – aktiv!

«Arbeitshilfen für Altersheime»

In jedem Heim – und im Altersheim erst recht – kommt man ohne Formulare nicht aus. Sie sollen helfen, das Verhältnis der Menschen einer Heimgemeinschaft zu regeln, ohne das Zusammenleben lediglich zu reglementieren und zu uniformieren. Unter dem Titel «Administrative Arbeitshilfen für Altersheime zur Gestaltung des Verhältnisses Pensionär – Heim» ist im VSA-Verlag eine kleine Mustersammlung der heute im Alters- und Pflegeheim üblichen Formulare erschienen, zusammengestellt und kommentiert von Dr. iur. Heinrich Sattler.

Die handliche Sammlung, die nichts anderes als eine Arbeitshilfe sein will, zeichnet sich dadurch aus, dass der Kommentator nicht nur mit den einschlägigen juristischen Aspekten, sondern auch mit den Besonderheiten des Heims vertraut ist. Einerseits sollen die zusammengestellten Muster Anregung sein, an bestimmte Themen überhaupt zu denken. Andererseits sollen die formulierten Lösungsvorschläge dazu dienen, Erfahrungen anderer Heime sinnvoll zu verwerten. Verwerten kann unter Umständen auch heissen «verwerfen»! Vielleicht regen die Formulierungen den Leser an, nach eigenen Lösungen zu suchen oder eine bestimmte Frage mit Absicht nicht zu normieren.

Hinsichtlich der äusseren Gestaltung und des Aufbaus orientieren sich die Entwürfe eher an praktischen und weniger an logischen Gesichtspunkten. Die Formulare sollen möglichst ansprechend und gut lesbar sein, weshalb gewisse Wiederholungen in Kauf genommen worden sind. Andererseits sollen sie nicht zu umfangreich und die anvisierten Lösungen leicht realisierbar sein. Nicht jede Änderung der Umstände sollte gleich nach einer Generalrevision der Formulare rufen.

An die Adresse der Heimleitungen stellt der Autor fest: Damit die Formulare ihre Hauptfunktion erfüllen können, darf das Heim sie dem Pensionär nicht einfach in die Hand drücken oder zustellen. Die in den Papieren enthaltenen Themen müssen in einer Atmosphäre, die das «Sich Äussern» fördert, besprochen werden. «Der alte Mensch braucht oft mehr Zeit als uns dies passt. Denken wir Heimleiter(innen) immer daran, welche grosse Lebensumstellung der Heimeintritt bedeutet und nehmen wir es für normal, wenn er dem alten Menschen schwerfällt, auch wenn wir ein noch so schönes Heim und so viel guten Willen haben.» Die Broschüre «Administrative Arbeitshilfen für Altersheime» ist zum Preis von Fr. 13.– (+ Porto) beim Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, zu beziehen.

Bestellung

Wir bestellen hiermit

..... Exemplar(e) der Mustersammlung «Administrative Arbeitshilfen für Altersheime» von Dr. H. Sattler zum Preis von Fr. 13.– (+ Porto).

Name, Vorname _____

Adresse des Heims _____

PLZ, Ort _____

Bitte senden an Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich.