

Die Pflege bei psychisch arteriosklerotischen Erkrankungen

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Pro Senectute : schweizerische Zeitschrift für Altersfürsorge, Alterspflege und Altersversicherung**

Band (Jahr): **41 (1963)**

Heft 3

PDF erstellt am: **13.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-721922>

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.

Handzeichen am Fussgängerstreifen ohne Verkehrsregelung — also ohne Polizist oder Lichtsignalanlage — den Vortritt gegenüber dem fahrenden Verkehr zu verlangen. Das Handzeichen, das sich nun langsam einzuleben beginnt, wird leider manchmal auch falsch angewendet.

Beispielsweise darf das Handzeichen ausserhalb des Fussgängerstreifens nicht zum Anhalten des fahrenden Verkehrs benützt werden. Auf Strassen ohne Fussgängerstreifen kann das Handzeichen des Fussgängers allenfalls als freundlicher Wink an die Fahrzeuglenker benützt werden. Dieser soll sie dazu anregen, dem Fussgänger das Ueberqueren der Fahrbahn zu ermöglichen. Es kann sich dann aber nicht um einen Haltebefehl handeln. Selbstverständlich darf der Fussgänger das Handzeichen auf Fussgängerstreifen mit Verkehrsregelung nicht anwenden. Er hat sich hier voll und ganz den Zeichen des Polizisten oder der Lichtsignalanlage zu unterziehen. Es ist ebenso ein Gebot des Anstandes und der gegenseitigen Rücksichtnahme, dass sich der Fussgänger auf Fussgängerstreifen in unmittelbarer Nähe von Verkehrsregelungsanlagen an die durch diese bewirkten Unterbrüche im Verkehrsfluss hält. Das gleiche gilt natürlich, wenn in einigen Metern Entfernung ein Polizist den Verkehr regelt oder einen Fussgängerstreifen überwacht.

Das in der Verkehrsregelungsverordnung vorgeschriebene Fussgängerhandzeichen, das nun durch die Aktion «Handzeichen schaffen Klarheit» entscheidend gefördert werden soll, ist sicher geeignet, zur Hebung der Verkehrssicherheit beizutragen. Damit sich die ganz im Interesse des Fussgängers gelegene neue Ordnung wirklich positiv auswirkt, ist Rücksichtnahme unbedingt notwendig — und zwar, auf beiden Seiten!

Die Pflege bei psychisch arteriosklerotischen Erkrankungen

Die nachstehenden Ausführungen, erschienen in der Zeitschrift für Krankenpflege, Nr. 2, 1963, sind ein Auszug, den Frau Dr. med. M. Löffler-Schnebli an der letztjährigen Herbsttagung der Schweizerischen Gerontologischen Gesellschaft in Bern gehalten hat. Frau Dr. Löffler verfügt über eine grosse Erfahrung in der Behandlung der geistig-seelischen Altersstörungen. Während

eines Jahres betreute sie die Altersabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in Zürich und seit vier Jahren arbeitet sie im Krankenheim Rehalp, der Geriatrischen Station des Krankenhauses Neumünster, Zollikerberg (ZH).

Wir sind froh, dass wir die vortreffliche Arbeit unseren Lesern zur Kenntnis bringen können. Die Pflege dieser Kategorie von Alterskranken wurde bis jetzt sehr vernachlässigt, weil es bei dem Personal, dem die Pflege anvertraut war, an der Orientierung über die Art und Natur dieser Krankheiten fehlte. Aber auch die Unterbringung dieser Kranken bereitet grosse Schwierigkeiten. Sie können nicht mehr in ihrer Häuslichkeit leben, anderseits gehören sie auch nicht in die Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten. Man trifft sie in den Alters- und Pflegeheimen und eben dort fehlt es oft an Aufklärung. Es ist aber auch nötig, dass die Angehörigen von Betagten etwas über diese Krankheitserscheinungen wissen, da manche Frühsymptome falsch aufgefasst werden.

Die Redaktion

Wer sich der Pflege und Betreuung von alten Patienten verschrieben hat, wird mit den Problemen der psychischen Altersveränderungen — von den leichtesten bis zu den schwer pathologischen Formen — in Berührung kommen.

Der körperlich gesunde Greis, der in seiner gewohnten Umgebung lebt, wirkt oft trotz deutlichen psychischen und intellektuellen Veränderungen unauffällig. Wenn er von einer Pneumonie, einem Unfall, einer Operation betroffen wird, kann sich die Hirnarteriosklerose plötzlich in einem akuten Verwirrungszustand manifestieren. — *Akute psychotische Ereignisse* bilden manchmal, aber nicht immer, den Anfang einer schweren psychischen Erkrankung des Patienten. Wir haben mehrmals plötzlich auftretende Verwirrtheit und Desorientiertheit beobachtet, wenn ein bisher labiler Kohlehydratstoffwechsel zum Diabetes mellitus wurde, wenn eine chronische Cystopyelitis akut aufflackerte oder sogar bei leichtem grippalem Infekt. Bei *herzkranken* Hirnarteriosklerotikern führen oft nächtliche Unruhezustände zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Mit der Behandlung der zugrundeliegenden körperlichen Krankheit und verständnisvoller Pflege bessert meist der akute psychotische Zustand in kurzer Zeit. Die Schwester muss darauf gefasst sein, dass auch bei sonst ruhigen, anständigen, vernünftigen Patienten ein «Ausbruch» stattfinden

kann. — Ein 85jähriger Patient mit Emphysebronchitis, Herzinsuffizienz, der tagsüber völlig orientiert ist und nur unter leichter Störung des Frischgedächtnisses und der Merkfähigkeit leidet, steigt eines Nachts aus dem Bett, kämpft laut gegen Angreifer, dringt ins Zimmer einer Schwester ein, lärmt und tobt, ist kaum zu bändigen. Darauf wird er auch tagsüber verwirrt und depressiv, weil er Angst hat, er werde «verrückt». Wir erklären ihm, dass solche Traumzustände eine häufige Erscheinung seien bei Herzkrankheiten, dass sich niemand vor ihm gefürchtet habe und alle Leute im Hause wüssten, wer er sei und ihn behüten würden, wenn er ausser sich sei. Natürlich brauchte es — abgesehen von der cardialen Therapie — Wochen der Geduld und viele Gespräche, um dem Patienten die Angst vor dem Gespenst des «Irre-seins» zu nehmen und ihn zu beruhigen. — Ein beginnendes Lungenödem oder ein kleiner Fehler in der Lagerung des Patienten können gleicherweise zu *akuten Verwirrungs-, Verstimmungs- und Aufregungszuständen* führen bei hirnarteriosklerotischen Patienten. Die Schwester muss darauf vorbereitet sein und nicht erschrecken oder gar schockiert reagieren. Sie soll auch einem randalierenden oder unflätig redenden oder sich benehmenden Patienten ruhig entgentreten und versuchen, die Ursachen des Anfalles zu ergründen. Der Patient selbst weiss nicht, wie und warum er in Aufregung gerät; es ist ihm nicht möglich, sich auszudrücken. Geduld und Einfühlung der Schwester vermögen sehr viel. Erst in zweiter Linie möchte ich die Beruhigungsmittel nennen. Die Tendenz, nur um Ruhe zu haben, oder um des Nachbarn willen, Schlaf- und Beruhigungsmittel zu verabreichen, lohnt sich nicht. Es ist zum Beispiel erwiesen, dass Decubitalgeschwüre unter Hypnotica schwerer heilen, abgesehen davon, dass oft die Mobilität des Patienten beeinträchtigt wird.

Akute Verstimmungen bei Patienten mit leichtem oder schwerem psychoorganischem Syndrom äussern sich unter Umständen auch weniger dramatisch, zum Beispiel in Apathie, Essensverweigerung, Schimpfen, Klagen oder Bettnässen, Schmierereien. Jede *Umgebungsveränderung*, zum Beispiel eine neue Schwester, Verlegung in ein anderes Zimmer oder gutgemeinte Verschönerungsversuche, neue Bilder an der Wand, bessere Ordnung im Nachttisch usw. wird vom weniger beweglichen senilen Patienten als unangenehm empfunden und kann ihn schwer verstimmen. Er braucht längere Anpassungszeiten. Man muss ihm entgegenkommen, indem man Veränderungen oder Neuerungen der Umgebung oder der Pflegege-

wohnheiten nur wenn unbedingt notwendig vornimmt und den Patienten jeweils langsam darauf vorbereitet.

Auch unscheinbare Abweichungen von der gewohnten Verhaltensweise eines hirnarteriosklerotischen Patienten sind ernst zu nehmen. Einmalige *Essensverweigerung* ist dem Patienten sicher nicht schädlich, ist aber immer ein Alarmzeichen. Die verschiedenen körperlichen Krankheiten können zugrundeliegen, zum Beispiel Cystopyelitis, ein bisher unbemerktes Zungencarcinom, eine Schluckstörung — oder aber rein psychische Ursachen.

Die *Klagen* der senilen Patienten — und wenn sie im ersten Monat absurd erscheinen — man hätte ihnen nichts zu essen gegeben, sie hätten 14 Tage keinen Stuhl mehr gehabt usw., dürfen nicht missachtet werden. Man muss versuchen, sie zu interpretieren; irgend etwas daran stimmt meistens.

Bettnässen aus Unzufriedenheit, um jemanden zu plagen, aus Verzweiflung, weil man sich selbst aufgegeben hat, lässt sich hie und da beobachten; nicht immer liegen pathologisch-anatomische Veränderungen als Ursache vor. Versuch eines Trainings auch des über den Verstand nicht ansprechbaren Patienten, Appellation an seinen Stolz, bringen oft Besserung. Eine seit zwei Jahren inkontinente 79jährige Patientin verlor von einem Tag auf den andern ihre Urininkontinenz, als sie einsah, dass ihre Entlassung nur durch die Inkontinenz verzögert wurde.

Motorische Unruhe, Schlaflosigkeit oder *Schlafumkehr* finden sich häufig bei neu aufgenommenen Patienten. Die Unterbrechung der Gewohnheit, das *Misstrauen* gegenüber noch Unbekannten, denen man in Hilflosigkeit ausgeliefert ist, sind wohl einfühlbare Ursachen. Der Patient versucht vielleicht mit unangemessenen Mitteln seine *Würde* zu demonstrieren und seinen Anspruch auf Aufmerksamkeit anzumelden. Dieses Misstrauen soll nicht als Beleidigung aufgefasst werden. Es braucht manchmal Wochen, bis sich der Patient sicher fühlt in seiner neuen Umgebung.

Grundlage einer guten Pflege ist *die Achtung der Persönlichkeit eines Patienten*. Auch angesichts eines misstrauischen, verwirrten, desorientierten Patienten dürfen die einfachsten Anstandsregeln, zum Beispiel dass man sich vorstellt, nicht vernachlässigt werden. Bisweilen gelingt es einer Pflegerin mittels Assoziationen von Erlebnissen mit eigenen Grosseltern, die Persönlichkeit eines alten Patienten zu erfassen. Eine junge Schwester, auf Beispiele psychischer Altersveränderung in der Familie — die sie selbst geschildert hatte — aufmerksam gemacht, erwiderte, aber ihr Gross-

vater sei trotzdem «normal» gewesen —im Gegensatz zu einer ihrer «schwierigen» Patientinnen. Das Kennenlernen der Angehörigen der «schwierigen» Patienten, die ihrerseits diese als «normal» bezeichnen, hilft der Schwester, den richtigen Weg zu finden. Die Familie ist einerseits nicht objektiv genug, andererseits versteht sie und kennt sie den Patienten besser. Sie hat sich an seinen schwierigen Charakter gewöhnt und ihn ertragen gelernt. Die Schwester hat die Aufgabe, den Patienten objektiv zu sehen, dazu gehört *Beobachtung* der Aeusserungen seiner Persönlichkeit. Das Interesse darf sich nicht nur auf die sogenannten guten, angenehmen Eigenschaften richten, es soll der ganzen Person des Patienten gelten. Die schwierigen Charaktereigenschaften verstärken sich bekanntlich bei senilen Patienten oder entziehen sich durch die senile affektive Veränderung der Kontrolle des Patienten. Der Alterseigensinn ist bekannt. Er muss nicht unbedingt gebrochen werden; ihn etwas abzubiegen, wenn nötig, ist möglich. Die Geschichte eines Patienten zu kennen, zu hören, wer er war, was er in seinem Leben gearbeitet und erlebt hat, erleichtert den Zugang zum psychisch kranken Patienten, selbst wenn er, nur noch unzusammenhängende Worte redend, vorerst unverständlich scheint. Es ist aber falsch, bei allem gutem Willen, die Patienten mit «Grossmütterli» und «Vätterli» zu benennen und zu verhätscheln. Sogar schwer demente Patienten nehmen solche Verniedlichungen übel, besonders von jungen Leuten. Senile Patienten reagieren schlecht auf Indiskretion und Distanzlosigkeit und sind sehr empfindlich gegenüber allzugrossem Erziehungseifer oder gar Befehlston.

Die Pflege der *körperlich Kranken mit psychoorganischem Syndrom* verlangt neben den Kenntnissen in praktischer Pflege und der *aufmerksamen Beobachtung* vor allem *genaue Registrierung* und *Rapportierung der Beobachtungen*. Wenn der Patient selbst nicht mehr in der Lage ist, genaue oder klare Auskunft zu geben, wird der Bericht der pflegenden Schwester zum wichtigen Anhaltspunkt für den Arzt. In der Psychiatrie ist ein tägliches Gespräch den Patienten betreffend zwischen Arzt und Pflegenden üblich. Die psychiatrische Pflegerin, der psychiatrische Pfleger, sind trainiert im Beobachten von Reaktionen, Aeusserungen, Verhaltensweisen der Patienten. Bei der Pflege von *alten* Patienten braucht es einen Teil dieses Trainings.

Genaue *Kontrolle der Trinkmenge*, sobald der Patient nicht offensichtlich unseren Gewohnheiten gemäss trinkt, ist äusserst wichtig.

Alte Patienten trocknen sehr rasch aus bei ungenügender Flüssigkeitszufuhr. Sie selbst können keine gültigen Angaben machen über die getrunkene Menge und fühlen vielleicht keinen Durst. Genaue *Registrierung von Stuhl und Urin* ist eine Selbstverständlichkeit, die sich unter Umständen als schwierig erweist, aber zum Beispiel Ileus oder schwere Harnwegsinfekte verhüten hilft.

Die *körperlichen Krankheiten* äussern sich bei cerebral geschädigten, psychisch kranken Patienten weniger dramatisch als bei geistig Gesunden. Die Symptome sind diffuser und eintöniger, deshalb schwieriger zu deuten. Um so eher darf die eingehende laufende *Rapportierung*, neben der Führung der Kurve, nicht vernachlässigt werden. Der ablösenden Pflegerin, der Oberschwester und dem Arzt müssen unter allen Umständen auch geringfügige Aenderungen gemeldet werden.

Die Pflege von senilen Patienten, die eine *spezielle Diät*, Diabetes-, Leberschondiät usw. brauchen, stellt hohe Anforderungen an die Schwester. Der Patient begreift die Einschränkungen nicht, oder vergisst sie. Aufmerksame Ueberwachung, die niemals polizeimässig ausfallen darf, ist unumgänglich. Diätvorschriften können, wenn deren Anwendung zu grosse Schwierigkeiten macht, unter ärztlicher Beratung dem Patienten angepasst werden. Wenn die Pflegerin einen Patienten nach der Besuchszeit in einem schweren Alkoholrausch im Bett findet, oder wenn als Ursache einer Gallenkolik mit Ikterus bei einer unter fettloser Diät stehenden Patientin im Nachttisch fetter Appenzeller Käse gefunden wird, ist es jeweils wieder leichter, den jungen Pflegerinnen begreiflich zu machen, dass sie sich diskret auch für die Besucher interessieren sollen bei Patienten, denen man keine Kontrolle über sich selbst mehr zumuten kann.

Chronisch leichtere Verstimmungen und *chronische motorische Unruhe* sind oft durch angemessene *Beschäftigung* zu bessern. Wenn man vom Patienten kleine Handreichungen verlangen kann, oder wenn man ihm eine Zeitung gibt, die vielleicht nur zerzaust wird, ist er leichter zu pflegen.

Von den *schweren chronischen psychischen Störungen* sind die senilen *Depressionen* und die paranoiden Erkrankungen wohl am schwersten tragbar für die Umgebung. Ein Patient, der immer traurig und apathisch ist, oder ständig jammert und weint, von Versündigungsideen geplagt, und sich weder trösten noch beschäf-

tigen lässt, ist natürlich eine Belastung für Mitpatienten und Pflegepersonal. Mit den heute vorhandenen Psychopharmaka lässt sich eine Depression oft bessern. Jedoch ist nicht immer das erste zur Anwendung kommende Mittel wirksam. Oder es treten Nebenwirkungen auf wie Schläfrigkeit oder das Gegenteil: allgemeine Unruhe und Nervosität, Schluck-, Sprach-, Gehstörungen, abgesehen von Allergien, die zum Abbrechen der Medikamenten zwingen. Gerade alte psychotische Patienten reagieren sehr individuell und oft unberechenbar auf eine Therapie. Die Aufmerksamkeit der Schwester hilft dem Arzt, Nebenwirkungen früh zu diagnostizieren und das für den Patienten geeignete Medikament in möglichst kurzer Zeit zu finden. Die Suicidgefahr bei senilen Depressiven ist nicht zu unterschätzen, wenn sie sich selbst überlassen sind, jedoch gering bei hospitalisierten Patienten.

Schleichend beginnende *senile Wahnkrankheiten* in leichter und in schwerer Form finden sich häufig. Der senile *Verarmungswahn* äussert sich oft verschämt, indem zum Beispiel eine Patientin dem Arzt klagt, sie ertrage Massage und Gymnastik nicht mehr. Nachher stellt sich heraus, dass die Patientin die wohltuende Wirkung der physikalischen Therapie wohl nicht missen möchte, jedoch glaubt, sie sich finanziell nicht mehr leisten zu können.

Eine Patientin hatte seit etwa zwei Jahren hie und da *Gesichtshalluzinationen*, sie sah Menschen in den Bäumen, die Kapriolen machten, ohne dass dies sie selbst oder sonst jemanden gestört hätte. Dann traten aber *Körperhalluzinationen* hinzu, man plagte sie, verursachte ihr Schmerzen, und sie bekam schwere *Wahnideen*, die sich auf ihren Gatten und die Pflegenden bezogen: Die Pflegerin hatte vor ihren Augen ihren Gatten umarmt usw. — Die Patientin litt sehr unter ihren paranoiden Ideen und unter den Körperhalluzinationen und beanspruchte viel Geduld, bis die Therapie, die sich wegen Nebenwirkungen schwierig gestaltete, zum Erfolg führte.

Ungeachtet dessen, ob es sich um eine Altersabteilung einer psychiatrischen Klinik, um ein Altersspital oder ein Pflegeheim handelt, werden die Schwestern gleicherweise den alltäglichen leichteren und den weit anspruchsvolleren schweren Alterspsychosen begegnen. Ich hoffe in meinen Ausführungen wenigstens skizziert zu haben, wie vorherrschend *Einfühlungsvermögen und Takt, Beobachtungsgabe und absolute Zuverlässigkeit* des Pflegepersonals neben dem schulmässigen Wissen, von Bedeutung sind.