

| Regress | Regression: Umgang mit regressivem Verhalten | <u>Kommentar</u> |
|--|---|--|
| <p>Belastungssituationen, aus denen sich der Betroffene nicht selbst zu befreien weiß, führen i.d.R. zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Regression: Zurückfallen auf in der Entwicklung bereits durchlaufene Verhaltensweisen. Dieser Selbstschutzmechanismus, der signalisiert: ich kann nicht, ihr müsst mir helfen, kümmert euch bitte um mich, tritt naturgemäß im Zusammenhang mit einer Erkrankung auf und bildet sich normalerweise in der Genesungsphase wieder zurück. Bei chronisch Kranken, Behinderten und alten Menschen besteht jedoch die große Gefahr, dass sich regressives Verhalten manifestiert. Der Mensch will keine Selbstverantwortung mehr übernehmen, will versorgt, gepflegt, gewaschen oder gar "gefüttert" werden und kann ebenso trotzig und ungehalten reagieren, wie ein Kleinkind, um das sich nicht sofort jemand kümmert, wenn es ruft. Damit durch pflegerisches Verhalten solche Regressionserscheinungen nicht verstärkt, sondern möglichst verhindert werden, sind folgende Richtlinien zu beachten:</p> | | |
| <p>Pflegeziele: 1. Dem gefährdeten Bewohner soll möglichst kein Grund geboten werden, regressiv zu werden bzw. zu bleiben. 2. Eine vorhandene Regressivität soll schrittweise abgebaut und der Bewohner zunehmend eigenständiger werden.</p> | | |
| <p>Pflegemaßnahmen: <i>zur Erkennung und Vermeidung einer dauerhaften Regressivität:</i></p> | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Gefährdung frühzeitig erkennen, z.B. auf folgende Signale achten: <ul style="list-style-type: none"> - Lässt sich der Pflegebedürftige ungewöhnlich stark "hängen"? - Ist es für ihn eher selbstverständlich, gepflegt zu werden ? - Klingelt er häufig aus nichtigem Anlass? - Kann er es schlecht ertragen, wenn ein Mitbewohner aufgrund seiner Erkrankung mehr Aufmerksamkeit erhält? - Verstärken sich seine Beschwerden bereits bei der Ankündigung, ihn aktivieren zu wollen? - Äußert er häufig: "Das können Sie viel besser/schneller als ich." - Klammert er sich an bestimmte Personen, und erwartet er von diesen ständige Präsenz? - Reagiert er trotzig, aggressiv oder weinerlich, wenn etwas nicht nach seinem Willen geht? (z.B. mit Einnässen) - Neigt er dazu, Pflegepersonen gegeneinander auszuspielen ? (z.B. "Sr. X ist immer so unfreundlich, Sie sind mir viel lieber.") 2. Ein neu aufgenommener pflegebedürftiger Bewohner sollte bei den ersten körperpflegerischen Maßnahme konkret gefragt werden, wie er seine Abhängigkeit empfindet: vgl. Standard Mobil, KpflA, Dehyd 3. Den Bewohner auch später regelmäßig auf sein diesbezügliches Erleben ansprechen; Ziel: Selbst-, Fremdreflexion, Selbstbewusstsein stärken 4. Sofern erforderlich den Bewohner auffordern, all das selbst zu tun, was er selbst tun können müsste (<u>ohne Ironie und ohne Vorwurf</u>). | <ol style="list-style-type: none"> 5. Verhaltensvereinbarungen müssen jeweils im Team abgesprochen werden. Dabei sind auch die Angehörigen einzubeziehen! (es sollten möglichst alle am gleichen Strang ziehen) 6. Bei deutlichen Anzeichen für eine dauerhafte, der vorliegenden Situation unangemessenen Regressivität ist eine schriftliche Pflegeplanung angezeigt. Wichtige Verhaltensvereinbarungen im Team, mit den Angehörigen sowie Verhaltensänderungen von Seiten des Bewohners sind ebenfalls zu dokumentieren. <i>Bei stark ausgeprägtem regressivem Verhalten, welches bereits über längere Zeit besteht, sind folgende zusätzliche Punkte zu beachten:</i> 7. Auslösesituation, Dauer und Erscheinungsform der Regressivität in Erfahrung bringen (Befragung von Angehörigen, Kollegen u.a.) 8. Den regressiven Bewohner möglichst auf der Entwicklungsstufe abholen, auf der er steht bzw. die er versteht (ohne sich jedoch auf die gleiche Stufe zu stellen): z.B. regelmäßig kleine, leistbare Aufgaben stellen, Anreize über Freude und spielerische Elemente schaffen (ggf. Ergotherapie einschalten) 9. Motivation über Anerkennung und positive Verstärkung jeglicher Bemühungen des Bewohners, jedoch ohne künstliche Übertreibung 10. Rückfälle gegenüber dem Bewohner möglichst nicht bewerten, jedoch im Team und mit den Angehörigen über die Gründe eines plötzlichen Rückfalls nachdenken und neue Wege suchen bzw. neue Vereinbarungen treffen. | |
| © A.v.Stösser | erstellt 7/96, geprüft 5/02 | freigegeben: am: Dokument: Regress |

Kommentar zum Standard Regress

Warum dieser Standard?

Schon als Krankenpflegeschülerin hat mich das Phänomen beschäftigt, dass gestandene erwachsene Menschen in der Patientenrolle oft alles andere als einen erwachsenen Eindruck machen. Warum klingelt z.B. ein Patient, damit die Schwester das Fenster schließt, obwohl er selbst dazu in der Lage ist? Warum bekommt Fr. X bevorzugt dann einen Asthmaanfall, wenn man sich gerade um die schwerkranke Bettnachbarin kümmert? Warum genießt es ein alter Herr, von Kopf bis Fuß gewaschen zu werden, und gibt sofort eine Kreislaufschwäche vor, wenn auch nur ein vorsichtiger Aktivierungsversuch zum selbständigen Waschen unternommen wird? Jede Pflegeperson könnte ein Buch über ähnliche erlebte Beispiele regressiven Verhaltens von "Pflegebedürftigen" schreiben.

Regression nennen Psychologen den natürlichen Schutzmechanismus des Zurückfallens auf eine frühere Entwicklungsstufe. "Der biologische Sinn der Regression ist offensichtlich: wenn man eine Existenzbedrohung nicht aktiv abzuwehren imstande ist, so fällt man zurück in ein Verhalten, das wie dasjenige des Kleinkindes Erbarmen wachruft und Trost und Hilfe von anderen einbringt" (Bleuler (1983) Lehrbuch. für Psychiatrie, Springer Verlag).

Da Krankheit an sich bereits etwas Existenzbedrohendes hat, sind in einem Krankenhaus alle Erscheinungsformen regressiven Verhaltens anzutreffen. Bei den meisten Menschen entwickeln sich diese Verhaltensmuster während des Genesungsprozesses wieder zurück. Viele Patienten bleiben aber auch in der Regression stecken, wollen keine Verantwortung für sich und andere mehr übernehmen, finden immer neue Gründe (Beschwerden) für ihr "Nicht-mehr-können" und bleiben somit abhängig von Pflege. Vor allem alte Menschen und chronisch Kranke, die keine große Lebensperspektive mehr sehen, können sich in diese Haltung hineinsteigern. Sie werden zum Pflegefall, um den sich alle zu kümmern haben. Ich behaupte sogar, dass ein Großteil aller 'Pflegefälle' keine 'Pflegefälle' sein müssten, hätten die professionellen Helfer frühzeitig einer Regression entgegengewirkt, bevor sich diese als Persönlichkeitsveränderung manifestieren konnte. Da die institutionellen Bedingungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen allgemein regressive Tendenzen fördern, wird nicht selten hier bereits der Grundstein für Dauerabhängigkeiten von Pflege geschaffen. Dass derartige Zusammenhänge (die jeder erkennen kann, der wachen Blickes durch die Pflegelandschaft geht) bislang nur von einigen Psychologen als Problem beschrieben wurden, und dass sie lediglich im Psychologieunterricht während der Alten- und Krankenpflegeausbildung Erwähnung finden, ist ebenfalls ein Phänomen.

Qualitätssicherung:

In Ermangelung von Pflegeliteratur zu diesem Thema, sei in Ergänzung meiner Position die Problemsicht von Professor Remschmidt zitiert:

"Für das Befinden des Kranken entscheidend ist, wie Ärzte, Schwestern und Pfleger regressivem Verhalten begegnen. Die Art und Weise, wie man dies tut, ist u.a. abhängig vom Stadium der Erkrankung. Ein Schwerkranker hat das Recht, regressive Verhaltensweisen zu zeigen, und sie werden ihm auch zugebilligt. Wichtig ist hier, darauf hinzuwirken, dass der Kranke mit zunehmender Genesung lernt, sich von seinen regressiven Verhaltensweisen (z.B. sich-waschen-lassen, füttern-lassen usw.) schrittweise zu entfernen. Anders sieht die Situation aus, wenn Patienten, die körperlich nicht schwer krank sind, in stärkerem Ausmaß regressives Verhalten zeigen. In diesem Falle werden im Pflegepersonal unfreundliche Emotionen wachgerufen. Es heißt dann z.B.: "Ich habe es satt, den Herrn X auf Schritt und Tritt zu bedienen", "Frau B. könnte auch einmal auf den Gedanken kommen mitzuhelfen, die macht keinen Finger krumm." Solche Reaktionen von seiten des Pflegepersonals sind durchaus verständlich, jedoch sollte es nicht bei diesen bleiben. Denn hier wird für Schwestern und Pfleger eine pädagogische Aufgabe sichtbar. Es muss der Versuch gemacht werden, den Patienten, der ja aus krankhaften Gründen diese Haltung einnimmt, davon zu befreien. Dazu sind keine immensen psychologischen Kenntnisse erforderlich. Oft genügt es, den Kranken zur Mitarbeit aufzufordern und diese Aufforderung ohne Ironie und ohne Vorwurf vorzubringen." (Remschmidt, 1977, S. 215)

Bedenkt man die weitreichenden, auch gesundheitspolitischen Folgen ausgeprägter Regressionsformen, wie sie gerade bei alten Menschen in den Pflegeeinrichtungen sowie in der häuslichen Pflege häufig zu beobachten sind, ist zu diesem Problem nicht nur Qualitätssicherungsbedarf, sondern dringend auch Forschungsbedarf angezeigt. Derzeit scheint es, als ob die vieldiskutierte Multimorbidität und gerontopsychiatrischen Alterserscheinungen vorhandene psychische und somit auch regressive Hintergründe eher verdecken.

"Das häufige Nichterkennen psychischer Störungen hängt u.a. damit zusammen, dass über 60jährige psychisch Kranke bei gleichzeitig bestehender Multimorbidität und Funktionseinbußen (beim Hören, beim Sehen, in der Beweglichkeit und bei der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit) sowie unter sozialen Beeinträchtigungen leiden. Da diese für den professionell Tätigen und auch für die Umwelt häufig im Vordergrund stehen, führt dies nicht selten zu Fehlplatzierungen" *(Görres, S. 68). Genau das ist der Punkt! (*Vgl. auch meine ATL-Kritik: Die wahren Probleme werden dabei übersehen!!!)

Literaturempfehlung u.a.:

Remschmidt, H. (1977) Psychologie für Krankenpflegeberufe. Thieme Verlag.

Schmidbauer, W. (1977) Die hilflosen Helfer. Rowohlt Verlag (immer noch hochaktuell!)

Görres, S. (1992) Geriatrische Rehabilitation und Lebensbewältigung. Juventa Verlag

Dörner, K., Plog, U. (1984) Irren ist Menschlich. Psychiatrie Verlag

*Stösser, A.v. (1992) ATL: Die Pflege eines pflegebedürftigen Pflegemodells. DKZ, Heft 1/92.