

Zeitschrift: Fachblatt für schweizerisches Heimwesen = Revue suisse des établissements hospitaliers
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 51 (1980)
Heft: 9

Artikel: Das Alter - Verlust und Gewinn : Realitätstraining bei Alterspsychosen
Autor: Wisler, U.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-809820>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Nachmittag gegeben werden oder der oben erwähnte Therapieplan Dipiperon/Sordinol wäre zu erwägen.

Seit 1957 stehen uns antidepressiv wirkende Medikamente zur Verfügung, wie Tofranil, Noveril, Ludiomil, Alival, Anafranil, Istonil, Laroxyl und ähnliche. In der Alterspsychiatrie kommen nicht selten schwerere depressive Störungen vor, deren Ursachen vielfältiger Art sind. Die Wahl des antidepressiven Medikamentes ist Sache des Arztes. Es kommt auf die Erscheinungsform der Depression an, aber auch auf ihre Ursache. Die Beurteilung der Selbstmordgefahr ist auch bei Greisen schwierig und es muss Sache des Arztes sein, über eine allfällige Klinikeinweisung zu entscheiden.

Auch bei Antidepressiva gibt es Nebenwirkungen

Auch die Antidepressiva haben neben ihrer sehr wohltätigen antidepressiven Wirkung Nebenwirkungen vor allem vegetativer Art, wie Mundtrockenheit, verstopfte Nase, Herzklopfen, Schweissausbrüche, Speichelfluss, gelegentlich auch Störungen im Herzrhythmus, was dem Arzt zu melden wäre. Gegen die störende Mundtrockenheit ist Kaugummi oft hilfreich, kann allerdings bei Prothesenträgern zu Schwierigkeiten führen. Dass selbstmordgefährdete Alterspatienten ihre antidepressiven Medikamente nicht bei sich haben sollen und dass sie einer guten Ueberwachung bedürfen, ist Ihnen allen klar. Oefters wird das Heim die Verantwortung für sie nicht tragen können.

Antidepressiva sollen bei depressiven alten Menschen lange genug gegeben werden; öfters zeigt sich ihre Wirkung erst nach vier Wochen und es wäre falsch, mehrere Antidepressiva jeweils nur wenige Tage oder wenige Wochen lang zu geben und am Erfolg zu früh zu verzweifeln. Auch bei diesen Mitteln beträgt die Dosis im Durchschnitt nur etwa ein Drittel bis ein Fünftel der üblichen Menge. Bei ängstlich-erregten Depressionen alter Menschen

empfiehlt sich oft die Kombination von Neuroleptika und Antidepressiva.

Die Tranquilizer sind «schlafmittelfreie Beruhigungsmittel ohne antipsychotische Wirkung». Sie haben eine starke Wirkung auf Angst, Spannung und muskuläre Verkrampfung, distanzieren von Problemen, wirken zum Teil auch schlafanstossend und ganz leicht antidepressiv. Sie können sich bei Einschlafstörungen und Angstzuständen auch in der Alterspsychiatrie bewähren, machen die mitmenschliche Zuwendung keinesfalls überflüssig, ermöglichen sie aber manchmal erst. Die Nebenwirkungen sind gering; gefährlich könnte eine starke Muskeler schlaffung werden, die zum Hinstürzen des Patienten führen kann. In Frage kommen als Tranquilizer Valium, Librium, Lexotanil, Temesta, Seresta und weitere; Suchtbildung auf Tranquilizer wurde bei Alterspatienten sehr selten beobachtet. Die Alkoholwirkung wird durch alle Psychopharmaka potenziert.

Dies war ein kleiner Tour d'horizon durch die heute aktuellen Psychopharmaka mit ein paar Hinweisen auf ihre Einsatzmöglichkeiten in der Alterspsychiatrie. Oefters können diese Medikamente heute dazu beitragen, dass ein psychisch Alterskranker trotz seines Hirnabbaus ein gewisses Mass an Selbständigkeit bewahrt, in gewohntem Milieu verbleiben kann, in einer gewissermassen ausgeglichenen Stimmungslage verbleibt und seine Umgebung nicht erschreckt oder beunruhigt. Wichtig ist eine kritische, sorgsame und sparsame Anwendung dieser Medikamente; natürlich ist es auch nicht sinnvoll, die minimale Dosis zu unterschreiten, weil dann überhaupt keine Wirkung zustande kommt. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, der diese Mittel auch kennen muss, ist selbstverständliche Voraussetzung und die anderen Behandlungsformen in der Alterspsychiatrie und im Altersheim überhaupt, wie Aktivierungsmethoden aller Art, Realitätstraining usw. sind ebenfalls von ausschlaggebender Bedeutung.

Realitätstraining bei Alterspsychosen

Von Dr. med. U. Wisler, Basel

Erste Phase eines Rehabilitierungsprogramms

Reality Orientation oder Realitätstraining heisst die erste Phase eines Rehabilitierungsprogramms, das für ältere Patienten mit mittlerem oder schwerem Grade von geistiger Verwirrung, Gedächtnisverlust und Desorientierung entwickelt wurde. Die ersten Versuche wurden bereits 1958 am Winter Veterans Administration Hospital in Topeka, Kansas, gemacht, denen sich andere 1961 im Mental Health Institute, Mount Pleasant, Iowa, und 1965 im Veterans Administration Hospital, Tuscaloosa, Alabama, anschlossen. Einige Techniken des Realitätstrainings eignen sich zur Anwendung in allgemeinen und

psychiatrischen Kliniken in gleicher Weise. Der ältere Patient zieht sich oft in sich selbst zurück, bricht die Beziehung zu anderen ab und entzieht sein Interesse und seine Aufmerksamkeit sogar den einfachsten Dingen. Potentiell funktionsfähige Teile seines Gehirns werden dann nicht mehr benutzt. Das Realitätstraining wirkt diesem Prozess auf zwei Weisen entgegen:

1. Der Patient wird durch ständig wiederholte Orientierung stimuliert.
2. Der Patient wird aus seiner Isolation heraus in eine Gruppe hineingenommen, wo er mit andern Pa-

12./13. November 1980

Das Gespräch im Heim

VSA-Fortbildungstagung für Altersheimleitung und Kaderpersonal
im Kursaal Bern

Tagungsleitung: Heinrich Riggenbach, Bern

PROGRAMM

12. November

- | | | |
|-------|--|--------------------------------|
| 10.00 | Beginn der Tagung | |
| 10.30 | «Die Sprache als Grundlage menschlicher Beziehungen» | P. Dr. Mario von Galli, Zürich |
| 11.30 | «Was passiert in einem Gespräch?» | Urs Trottmann, Baden |
| 12.30 | Gemeinsames Mittagessen | |
| 14.00 | «Formen des Gesprächs» | |
| | — Das Beratungsgespräch in der Sozialarbeit | Judith Giovannelli, Bern |
| | — Das Führungsgespräch | Franz Calzaferri, Luzern |
| | Pause | |
| | — Das Kontaktgespräch | H. R. Winkelmann, Zürich |
| | — Supervision | Lina Ritter, Luzern |
| 19.00 | Apéro und gemeinsames Nachtessen | |

13. November

- | | | |
|-------------|---|--------------------------|
| 09.30 | «Das behinderte Gespräch» | |
| | — Behinderung — Krankheitsverarbeitung — ihr Einfluss auf die Beziehung zwischen Patient und Betreuer | Willi Hemmeler, Bern |
| | Pause | |
| 10.45 | — Behinderung der Kommunikation — wie begegne ich ihr? | Christine Hemmeler, Bern |
| | — Behinderung schränkt ein — Kennenlernen von neuen Möglichkeiten im Alltag | Marianne Roth, Bern |
| | Fragenbeantwortung am runden Tisch | |
| 12.30 | Gemeinsames Mittagessen und Tagungsabschluss | |
| 14.30—16.00 | Kleines Orgelkonzert im Münster mit anschliessender Führung durch die Altstadt | |

Kosten

Bei Voranmeldung:

- Fr. 100.— Tagungskarte inkl. 2 Mittag- und 1 Nachtessen für Mitglieder VSA (persönliche Mitgliedschaft oder Mitgliedschaft des Heims)
- Fr. 140.— Tagungskarte inkl. 2 Mittag- und 1 Nachtessen für Nichtmitglieder

Für nichtbenützte Mahlzeitenbons kann bei Abmeldung am Vortag eine Rückvergütung von Fr. 10.— beansprucht werden.

Bei Kartenbezug am Tagungsbüro:

12. November Fr. 85.— (inkl. Mittag- und Nachtessen)
13. November Fr. 55.— (inkl. Mittagessen)

Für nichtbezogene Mahlzeitenbons kann ein Abzug von je Fr. 10.— beansprucht werden.

Anmeldung

bis 18. Oktober 1980 an das Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich, Tel. 01 252 49 48.

tienten zusammentrifft, um mit ihnen zu wetteifern. Dieser Vorgang kann ungenutzte Nervenbahnen wiederbeleben und den Patienten anregen, neue Funktionswege zu entwickeln, um einen organischen Hirnschaden zu kompensieren, der von Verletzungen, fortschreitender Vergreisung oder Verfall durch mangelnde Betätigung herrührt.

Beschreibung der Methode

Auf der Grundstufe ist das Realitätstraining eine einfache Technik, die jeder anwenden kann, der mit dem Patienten während der Tagesstunden zusammen ist.

Man beginnt damit, wenn der Patient die ersten Zeichen von Verwirrung zeigt, die einem Schlaganfall, einer Operation, einem einschneidenden Wechsel oder Verlust folgen können.

Zunächst hilft man ihm, die noch intakten Hirnfunktionen zu gebrauchen. Elementare Informationen, zum Beispiel der Name des Patienten, das Datum, die nächste Mahlzeit usw. werden so lange wiederholt, bis er sie sicher im Gedächtnis behalten hat. Dies wird Stunde um Stunde erneut durchgeführt bei jeder Tätigkeit, die den Patienten betrifft.

Einige Patienten sind so verwirrt, dass sie nicht wissen, warum ihnen ein Tablett mit Essen vorgesetzt wird. Sie erkennen nicht einmal ein Glas Milch, eine Schüssel mit Suppe oder eine Tasse Kaffee. Es lässt sich manchmal schwer begreifen, dass ein Patient vielleicht nur darum vergessen hat, wie man die Dinge um ihn benutzt, weil er immer bedient worden ist. Es ist sinnlos zu sagen: »Nehmen Sie Ihre Gabel und fangen Sie an zu essen«, wenn der Patient nicht weiss, was das Wort »Gabel« bedeutet. Es ist dagegen hilfreich, wenn der Pfleger oder die Krankenschwester ihm hilft, die Gabel in die Hand zu nehmen und dabei sagt: »Dies ist Ihre Gabel, Herr Meier, nehmen Sie sie und essen Sie Ihr Ei!« Während jeder Mahlzeit muss jemand jeden Bestandteil des Essens einzeln benennen und mit dem Patienten darüber sprechen. Das ist in der Anfangsphase freilich eine zeitraubende Prozedur, aber es ist nicht annähernd so zeitraubend, wie wenn man den Patienten dreimal am Tag für den Rest seines Lebens füttern muss.

Wichtig ist auch die Gruppenarbeit

Zu dieser stündlichen und täglichen Reorientierung auf der Station und in den Tagesräumen eines Pflegeheimes oder Krankenhauses kommt die Gruppenarbeit. Der Patient wird von einer Pflegeperson in einen speziellen Unterrichtsraum für Realitätstraining geführt, wo man ihm zusätzlich Grundkenntnisse vermittelt mit Hilfe von Wort-, Bild- und Objektassoziationen. Diese Realitätstrainingsklassen können in Kurse für Anfänger und Fortgeschrittene eingeteilt werden, die täglich eine halbe Stunde lang unterrichtet werden. In der Grundstufe kann ein Krankenpfleger oder eine Krankenschwester nur mit 3 bis 4 Patienten arbeiten, in der Oberstufe mit

6 bis 8 oder sogar mehr. Der Kursleiter gibt zunächst jedem Patienten einzeln aktuelle und persönliche Informationen über seinen Namen, das Datum und den Ort, an dem er sich befindet, und wiederholt dies immer wieder, bis er das gelernt hat. Erst dann werden andere persönliche Kenntnisse hinzugefügt: das Alter, die Heimatstadt, der frühere Beruf. Der Lernprozess wird für jeden Patienten individuell fortgeführt, denn man muss dabei das Ausmass seiner Verwirrung und das Niveau seiner Bildung berücksichtigen; einige sind vielleicht Analphabeten, andere Akademiker.

Das folgende Material kann man im Realitätstraining verwenden: Bilder von Speisen in leuchtenden Farben, einen eigenen Kalender, persönliche Notizblöcke, Uhren mit grossem Zifferblatt oder das Modell einer Uhr aus Karton, Landkarten, Spiele mit Wörtern und Buchstaben, Bausteine, um Farben und Formen zu koordinieren, bewegliche Zahlen, hölzerne Puzzlespiele mit grossen Einzelteilen, Bilderbücher für Erwachsene. (Wenn Mal- und Bilderbücher verwendet werden, so müssen ausschliesslich solche für Erwachsene ausgewählt werden und nicht etwa solche für Kinder.) Ferner sollte es eine Informations-tafel geben, auf der Jahr, Monat, Wochentag und Datum notiert werden können, die Speisekarte der nächsten Mahlzeit, das Wetter usw. Diese Tafel kann bei bettlägerigen Patienten ebenfalls zum Unterricht und Wiederholen benutzt werden.

Gewöhnlich wird der Patient innerhalb weniger Tage einen hoffnungsvollen Gesichtsausdruck zeigen und sein früher niedergeschlagenes, hoffnungsloses Aussehen voller Verwirrung und Verlorenheit abgelegt haben. Er fängt an, sich für seine Kleider und Essgewohnheiten zu interessieren. Er freut sich über Besuche und verbringt mit ihnen längere Zeitabschnitte. Vielleicht möchte er an Gruppenprogrammen teilnehmen, zum Beispiel an den kirchlichen Veranstaltungen und anderen.

Viele ältere Menschen mit einer Seh- und Hörschwäche sind doch imstande, grossgedruckte Bücher zu lesen, und zu verstehen, wenn man langsam und deutlich mit ihnen spricht. Sobald eine Pflegeperson ständig mit ihnen so spricht, als ob sie eine korrekte Antwort erwarte, so kann eine solche durchaus kommen, vorausgesetzt man lässt den Patienten nicht sich in seinen Verwirrheitszustand zurückziehen. Man sollte die Patienten auch ermutigen, Hobbys weiter zu pflegen, die Zeitung zu lesen und die laufenden Ereignisse im Fernsehen zu verfolgen.

Im allgemeinen ist ein verwirrter Mensch nicht bereit, die für ihn vorgesehenen Möglichkeiten, wie Ergo-, Physio-, Musiktherapie, Freizeitplanung u. a., wahrzunehmen. Nach Abschluss des Realitätstrainings machen ihm derartige Unternehmungen jedoch meistens Spass.

Auf alles, was zur Selbständigkeit gehört, soll besonderer Wert gelegt werden, und die Patienten müssen angeregt werden, so viel wie nur irgendmöglich allein zu tun. Jeder, der körperlich dazu in der Lage ist, sollte eine kleine leichte Arbeit — möglichst nach ei-

Fortbildungskurs 1980

11.—13. November 1980

Hotel Fürigen (ob Stansstad), 6362 Fürigen (NW)

Leitung: Dr. Peter Schmid
Heilpädagogisches Seminar Zürich

Thema:

Erziehung aus der Kraft des Glaubens?

Ein Arbeitsseminar für Heimleiter, Heimlehrer und Erzieher über Fragen des Glaubens unter erschwerten Erziehungsverhältnissen. Folgende Themenbereiche werden behandelt:

- Glaube als anthropologisches Phänomen
- Die emotionalen Grundlagen einer Erziehung zum Glauben
- Probleme des Glaubens im Erziehungsalltag

Die Themen werden in Plenumsveranstaltungen (Referate, Darstellung von Gruppenergebnissen) behandelt, in kleinen Arbeitsgruppen besprochen und im übersichtlichen Kreis diskutiert.

Es besteht die Möglichkeit, zwischen Gruppenarbeit und Diskussionsrunden mit Referenten zu wählen. Die Teilnehmer haben sich bereits bei der Anmeldung zu entscheiden, welche Arbeitsform sie vorziehen. Die Gruppenzusammensetzung ist gemischt. Arbeitsunterlagen werden im Kurs abgegeben.

Arbeitsprogramm:

Dienstag, 11. November

- 16.00 Begrüssung durch den Präsidenten des SVE und Kurseröffnung
- 16.30 Referat von Frau Dr. Imelda Abbt:
«Glaube als anthropologisches Phänomen»
- 17.30 Gelegenheit zur Aussprache und Orientierung über die Gruppenarbeit
- 20.00 Generalversammlung des SVE

11.00 Referat von Dr. Peter Schmid:

«Der pädagogische Ansatz zu einem möglichen Glauben»

- 16.00 Kursarbeit in den Gruppen oder Aussprache mit dem Referenten
- 17.00 Darstellung und Diskussion einer Auswahl von Gruppenergebnissen
- 20.30 Orientierung und Diskussion über Forschungsprojekte der Sozialpädagogischen Forschungsstelle, Zürich

Donnerstag, 13. November

9.00 Referat von Prof. Dr. Norbert A. Luyten:
«Glauben und menschliche Entfaltung»

10.30 Referat von Prof. Dr. Fritz Buri:
«Glauben heisst, sich unbedingt verantwortlich wissen»

11.30 Schluss der Tagung

Mittwoch, 12. November

- 8.30 Kursarbeit in den Gruppen oder Aussprache mit der Referentin
- 10.00 Darstellung und Diskussion einer Auswahl von Gruppenergebnissen

Anmeldeformulare sind zu beziehen bei: Geschäftsstelle SVE, c/o Pro Infirmis, Feldeggstr. 71, Postfach, 8032 Zürich.

Anmeldeschluss: 15. Oktober 1980.

Platzzahl: Die Teilnehmerzahl wird auf 200 begrenzt. Es werden Teilnehmer aller interessierten Heime berücksichtigt, jedoch die Zahl der Angemeldeten pro Institution wenn nötig und in Absprache mit den Heimleitern reduziert.

Kursbeitrag: Zur Deckung der Kurskosten wird ein Kursbeitrag von Fr. 20.— pro Teilnehmer erhoben.

gener Wahl — übernehmen. Viele machen gern ihr Bett selbst und halten ihren persönlichen Bereich in Ordnung oder helfen den Hausangestellten dabei. Andere haben Freude daran, im Aufenthaltsraum nach dem Rechten zu sehen.

Schlüsselrolle des Pflegepersonals beim Realitätstraining

Beim Realitätstraining hat das Pflegepersonal eine Schlüsselrolle, denn es verbringt die meiste Zeit mit dem Kranken und seiner körperlichen Pflege.

Das Realitätstraining ist nun nicht noch ein zusätzlicher Aufgabenbereich, sondern eher eine Einstellung, ein Verhalten gegenüber dem Patienten,

das ihm hilft, wieder besseren Umweltskontakt zu finden. Auf diese Weise leistet das Pflegepersonal einen aktiven Beitrag zur therapeutischen Arbeit.

Hinweise für die Anpassung der Methode

Die Methode des Realitätstrainings muss natürlich dem jeweiligen Heim oder Spital angepasst werden. Hier einige allgemeine Hinweise: In der Gruppenarbeit ist es wichtig, dass alle Teilnehmer möglichst mit derselben Aufgabe beschäftigt sind, damit es keine Verwirrung gibt. Der Kursleiter, der nur drei oder vier Personen gleichzeitig betreut, arbeitet abwechselnd mit jeder einzeln. Wenn ein Patient die gewünschte Antwort nicht geben kann, zum Beispiel seinen Namen sagen, so tut man dies für ihn und fordert ihn zum Wiederholen oder zum Niederschreiben auf. Wenn Namensschilder vorhanden sind, kann man ihm das seine vorlegen und es ihn abschreiben oder lesen lassen; oder man kann seinen Namen mit beweglichen Buchstaben vor ihn legen, die er entweder auf Papier abschreiben oder mit anderen Kärtchen selbst zusammensetzen kann. Der Patient soll sofort bestätigt werden, wenn er etwas richtig gemacht hat. Sagen Sie: «Gut, das ist richtig.» oder «Schön!» Genauso verfahren Sie mit Ort, Datum und Alter des Patienten. Er soll dies in ein eigenes Notizbuch eintragen und darüber hinaus mit Buchstabenkarten auf der Informationstafel befestigen oder dort zeigen. Gehen Sie langsam an das Erlernen der Zeit heran, denn dies ist sehr schwierig. Das Modell einer Uhr kann hilfreich sein, aber es kann den Patienten auch verwirren. Wenn jemand die Zeit sagen kann, so loben Sie ihn sofort. Fügen Sie etwa hinzu: «Es ist jetzt 9 Uhr. Unsere Gruppe kommt jeden Tag um dieselbe Zeit zusammen, immer um 9 Uhr.» Am Ende der Stunde stellen Sie die Uhr und sagen: »Jetzt ist es 10 Uhr. Unsere Gruppenarbeit endet jeden Tag um 10 Uhr.« Vergessen Sie nie, dass ein alter Patient sich nicht lange konzentrieren kann. Erst wenn ein Patient die grundlegenden Kenntnisse besitzt, wenn er seinen Namen weiss, das Datum, den Ort, an dem er sich befindet, dann, aber nicht eher, kann man fortfahren und mit ihm auch seine Geburtsstadt und seinen früheren Beruf erinnern. Der Kursleiter muss natürlich selbst alle diese Einzelhei-

ten kennen, um den Patienten im Zweifelsfalle die richtige Antwort geben zu können. Das Realitätstraining sollte auf der Station den ganzen Tag über fortgesetzt werden. Man sollte dem Patienten jedesmal, wenn man ihn irgendwohin bringt, sagen: «So, jetzt gehen wir in das Badezimmer, Herr Meier» oder «Jetzt ist es 12 Uhr, Herr Meier, wir essen um 12 Uhr jeden Tag» oder «Das ist Ihr Bett, Herr Meier, sehen Sie, dort steht auch Ihr Name geschrieben: Johann Meier.» Vergessen Sie nicht, den Patienten für eine richtige Antwort immer gleich zu bestätigen. Ein Patient, der teilweise den Zugang zur Realität verloren hat, fühlt sich wahrscheinlich gehemmt und unsicher. Seine Selbstachtung ist stark angeschlagen. Fügen Sie diesem Zustand nicht noch eine Frustration hinzu, indem Sie von ihm etwas fordern, das er nicht leisten kann.

Ausserdem kann sich der Patient an verschiedenartigen Tätigkeiten beteiligen, die ihm leicht fallen, vertraut sind und zu möglichst einfachen, freundlichen Gesprächen führen. Diese freundliche, familiäre Kommunikation wird sein Selbstbewusstsein wieder aufbauen helfen.

Hinweise für die Gruppenarbeit

Für die *Gruppenarbeit* haben sich folgende Richtlinien als nützlich erwiesen:

1. Einführungen

Stellen Sie sich selbst vor.
Wiederholen Sie Ihren Namen wenn nötig.
Fordern Sie jeden Patienten auf, Ihren Namen zu wiederholen.
Vergewissern Sie sich, dass jeder ihn aussprechen kann.
Sprechen Sie jeden Patienten immer mit seinem Namen an und ermutigen Sie ihn, andere auch mit ihrem Namen anzusprechen.

2. Atmosphäre

Gewöhnlich wird ein verwirrter Patient auf eine freundliche, ruhige Annäherung reagieren.
Sprechen Sie langsam und deutlich, weil viele ältere Patienten schwerhörig sind.
Sprechen Sie freundlich mit den Patienten, *aber nicht so, als ob es lauter Kinder* wären.
Schauen Sie jeden Patienten direkt an, wenn Sie mit ihm sprechen.

3. Unterricht

Lassen Sie die Patienten zunächst einfache kleine Tätigkeiten verrichten, die sie möglichst schon früher getan haben.
Benutzen Sie die Informationstafel, eine Wandtafel und eine Filztafel.
Lassen Sie jeden Patienten einen Notizkalender mit sich führen und vergewissern Sie sich, ob sein Name darauf ist.
Fertigen Sie jeden Monat einen neuen Wandkalender an und streichen Sie jeden Morgen die Tage durch.

Kontenrahmen für Heimwesen 1980

mit Betriebsstatistiken und Erläuterungen

für Altersheime, Erziehungsheime, Sonderschulen, Geschützte Werkstätten

Der Kontenrahmen VSA für Altersunterkünfte und Heime für erwachsene Behinderte ist nach weniger als zwei Jahren seit Erscheinen bereits vergriffen. Unter der Leitung von Heinrich Riggenschach, Bern, hat eine aus anerkannten Fachleuten bestehende Kommission, in welcher auch die Vertreter des Bundesamtes für Sozialversicherung und der VESKA mitwirkten, die Ausgabe 1977/78 von Grund auf überarbeitet und durch Betriebsstatistiken ergänzt. Die nötigen Erläuterungen zum Gebrauch sind beigegeben.

Im Zuge der Ueberarbeitung wurde der Kontenrahmen zugleich erweitert, so dass er nun auch für die Buchhaltung von Erziehungsheimen, Sonderschulen, Wohnheimen und Geschützten Werkstätten zu verwenden ist. Im Vorwort wird er von Dr. A. Granacher, Bundesamt für Sozialversicherung, im Sinne der Harmonisierung und der Vereinheitlichung der Grundlagen im Rechnungswesen allen Heimen in der Schweiz empfohlen. 1981 soll er in sämtlichen Berner Heimen eingeführt werden. Eine französische Ausgabe ist geplant.

Der Kontenrahmen für Heimwesen 1980 des VSA wird im Lauf des Monats September ausgeliefert und kann beim Verlag jetzt bestellt werden. Er erscheint im Lose-Blatt-System A 5, Ringordner grün mit deutschem und französischem Aufdruck; Preis Fr. 55.— (inkl. Porto und Verpackung).

Für die Benützer der Ausgabe 1977/78, die bereits im Besitze des Ringordners sind, wird vom Verlag auch der Inhalt des neuen Kontenrahmens bandagiert abgegeben; Preis Fr. 45.— (inkl. Porto und Verpackung).

Bestellung

Name, Vorname und Adresse

Wir bestellen hiermit

_____ Exemplar(e) des VSA-Kontenrahmens
für Heimwesen 1980 **mit** Ringordner zum
Preis von Fr. 55.— (inkl. Porto und Ver-
packung).

_____ Exemplar(e) des VSA-Kontenrahmens
für Heimwesen 1980 **ohne** Ringordner,
bandagiert, zum Preis von Fr. 45.— (inkl.
Porto und Verpackung).

Bitte einsenden an Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich.

4. Tätigkeiten für Fortgeschrittene

Führen Sie den Patienten erst dann einer komplexeren Aufgabe zu, nachdem er genügend Fortschritte gemacht hat, sich wohler fühlt und anfängt, an seiner Umgebung Anteil zu nehmen.

5. Geben Sie jedem Patienten jeweils nur eine einzige klare und einfache Anweisung.

Machen Sie ihn nur mit einer anderen Person bekannt.

Denken Sie daran, dass er bereits verwirrt, aufgeregt und möglicherweise feindselig ist.

Vermehren Sie seine negativen Gefühle nicht, indem Sie ihn noch mehr verwirren.

6. Verbringen Sie so viel Zeit wie möglich mit jedem einzelnen Patienten.

Wenn Sie ihn soweit haben, dass er gerade etwas angefangen hat, dann gehen Sie nicht gleich weg.

Sie sollten oft wieder hingehen, ihm helfen und ihm Instruktionen geben. Fragen Sie ihn, was er tut, und wenn er es vergessen haben sollte, erinnern Sie ihn freundlich daran.

7. Bedenken Sie, dass vielleicht nicht so sehr das, was er tut, ihm hilft in die Wirklichkeit zurückzukehren, es ist vielmehr das Zusammensein und Handeln mit anderen, die soziale Interaktion, die ihm seine Sicherheit und Selbstachtung wieder aufbaut.

8. Gruppenprojekte

Führen Sie sobald wie möglich jeden Patienten mit anderen zusammen, die bereits ein Realitätstraining hinter sich haben.

Fordern Sie jeden einzelnen auf und ermutigen Sie ihn dazu, sich in einem täglichen Arbeitsplan einzutragen.

Veranstalten Sie mit der Gruppe, die am besten um einen grossen Tisch sitzt, Orthographiestunden, Diskussionen und anderes. Lassen Sie die Patienten Wochentage, Monat, Wetter, Name und Strasse des Spitals, die nächste Mahlzeit usw. buchstabieren. Auch Buchstabenkarten können dazu benutzt werden. Wählen Sie nur Wörter, die einfach und realitätsbezogen sind.

Aktivierung – was heisst das?

Von Margrit Luchsinger, Bärau

Ich arbeite zwar mit in der Ausbildung von Aktivierungstherapeuten, möchte aber heute nicht ausschliesslich von der Arbeit der Aktivierungstherapeuten sprechen, sondern eher von Aktivierung im Sinne einer Philosophie oder einer Aufgabe, die sich das ganze Heim stellt.

Was ist unter «Aktivierung» zu verstehen?

Es fällt mir gar nicht so leicht, genauer zu definieren, was ich unter so gemeinter Aktivierung verstehe, was sie sein könnte. Besser kann ich schon sagen, was sie nicht ist. Sicher einmal ist sie nicht eine Einrichtung, die man anschaffen kann und dann läuft sie im Inventar auf immer und ewig mit. Sie ist auch nicht ein Allerweltsmedikament, das man sich verschreiben lassen kann und wenn man noch genügend an die Wirkung glaubt, hilft es auch. Sie ist auch nicht eine Aufgabe, die man der Aktivierungstherapeutin delegieren kann und sich nachher nicht mehr darum kümmern muss. Sie ist eher eine Grundhaltung, eine Idee, die man *lebt*, Tag für Tag, in immer wieder neuen Situationen. Es ist eine Art, dem Heimbewohner ganzheitlich zu begegnen, ihn als Partner ernstzunehmen, sich immer wieder neu mit ihm auseinanderzusetzen, auch mit dem kranken und schwachen Heimbewohner. Mit ganzheitlich Ernstnehmen meine ich, dass man nicht nur die Grundbedürfnisse, wie Essen, Trinken, Schlafen und Pflege, abdeckt, sondern eben auch die Hände sieht, die noch tätig sein möchten, den Beinen Raum gibt, sich zu bewegen, der Seele Möglichkeiten schafft, sich auszudrücken. Dem betagten oder behinderten Menschen Freiheit gibt, Kontakte zu schaffen, wo er Nähe, Freude, Le-

ben spüren kann. All das kann nun in verschiedenen Situationen immer wieder etwas anderes heissen.

Spontan kommt uns sicher die Kombination in den Sinn: Aktivierung = Aktivitäten, wie Töpfern, Stricken, Tanzen, Singen, usw. Diese Beschäftigungen/Aktivitäten sind ein wichtiger Teil der Aktivierung, aber nicht alles. Kurz zusammengefasst könnte ich vielleicht sagen, das Ziel von Aktivierung ist es, auch im Altersheim, im Krankenbett, in der geschlossenen Abteilung eines Pflegeheimes Lebensfreude und Lebenssinn zu schaffen. Je nach Heim, Heimbewohner oder Patient. Je nachdem ob man in Gruppen oder einzeln arbeitet, wird nun das Gespräch, eine gewöhnliche Arbeit oder eine gezielte Beschäftigung, ein Spiel oder ein Buch zum Beispiel eingesetzt. Mehr als etwas von aussen in den Heimbewohner legen, heisst für mich Aktivierung, etwas Schlummerndes, Verstecktes aus dem Heimbewohner herausholen, oder noch besser ausgedrückt vielleicht, Möglichkeiten und Freiraum schaffen, dass diese noch vorhandene Lebenskraft und Tätigkeitsfreude trotz den vielen Einschränkungen, die Alter, Krankheit oder Behinderungen mit sich bringen, noch wirken können.

Hat nichts zu tun mit blosser Betriebsamkeit

Aktivierung kann sich auch in aller Stille und Bescheidenheit äussern. Es wäre nämlich falsch, den Schluss zu ziehen, Aktivierung = aktiv sein im Sinne von Monsternänsen, viel Betrieb und wie wild beschäftigten Heimbewohnern. Ein Heimbewohner sollte auch aktiv nichts tun dürfen, das heisst aber,