

**Zeitschrift:** Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA  
**Herausgeber:** Verein für Schweizerisches Heimwesen  
**Band:** 58 (1987)  
**Heft:** 9

**Artikel:** Inkontinenz im Alter - psychologische Aspekte : Heilungserfolge bei mehrdimensional geplanten Interventionsmassnahmen  
**Autor:** Lehr, Ursula  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-810614>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 15.03.2026

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

# Inkontinenz im Alter – psychologische Aspekte

## Heilungserfolge bei mehrdimensional geplanten Interventionsmassnahmen

### 1. Inkontinenz – ein Altersschicksal?

Inkontinenz im Alter – sei es in leichter Form vorübergehender Art im Sinne der Stressinkontinenz (Brocklehurst und Dillane, 1966, 1967), sei es in chronifizierter Form – ist offenbar weit häufiger verbreitet als allgemein angenommen wird und als es dem gegenwärtigen Forschungsstand entspricht. So stellt *Bedsine* (1980) anhand der Analyse relevanter Studien fest, dass 5 bis 15 % aller nicht-institutionalisierten über 65jährigen, aber 50 % aller institutionalisierten unter Urininkontinenz leiden; *Krane* und *Siroky* fanden entsprechende Symptome bei 10 % aller Betagten, jedoch bei 30 % der hospitalisierten; *Walkey* (1964) geht sogar von einer Inkontinenz bei 63 % der hospitalisierten Alterspatienten aus, *Willington* (1969) von 33,6 %.

Während inkontinentes Verhalten bei unter 60jährigen im allgemeinen dazu führt, den Patienten zum Urologen oder Gynäkologen zu überweisen, wird das gleiche Symptom bei Älteren – nach den Feststellungen *Burnsides* (1980) – oft sowohl von den Betroffenen als auch von manchen nicht geriatrisch ausgebildeten Ärzten als «altersspezifisch» hingenommen, von den Betroffenen der eigenen Familie gegenüber meist schamhaft verschwiegen und zunächst nicht behandelt, bis sich die Symptome nicht mehr verbergen lassen. Der Verlust der Blasenkontrolle ist jedoch – rechtzeitig behandelt – in vielen Fällen behebbar; eine mehrdimensionale Intervention lohnt sich bei Jüngeren und bei Älteren. «Patients should be encouraged to report early for examination whenever there is a change in the voiding pattern» (Die Patienten sollten dazu ermutigt werden, sich rechtzeitig, sobald sich irgendwelche Veränderungen in der Ausscheidung zeigen, von einem Arzt untersuchen zu lassen.) (*Thompson*, 1983, S. 195). «Temporary incontinence, by definition, is curable; fixed incontinence often can be treated, if not cured.» (Die leichtere, vorübergehende Form von Inkontinenz ist definitionsgemäss heilbar; die chronifizierte Form der Inkontinenz kann in vielen Fällen behandelt, wenn nicht sogar geheilt werden.) (*Bedsine*, 1980, S. 145). Auch *Lachnit*, der in geriatrischen Abteilungen von 30–40 % harninkontinenten und 20 % stuhlinkontinenten Patienten ausgeht, betont, «dass durch die aktivierende Pflege und Rehabilitation viele Patienten wieder kontinent werden können». (1982, S. 166). *Brocklehurst* wendet sich mit Nachdruck dagegen, in der Inkontinenz, besonders in der Stuhlinkontinenz, ein Altersschicksal zu sehen; «Die Stuhlinkontinenz

wird oft als schweres, aber unausweichliches Schicksal alter Menschen betrachtet. Hier ist einzuwenden, dass, ähnlich wie bei Dekubitusgeschwüren, Stuhlinkontinenz fast immer vermeidbar ist, vorausgesetzt, dass eine richtige Diagnose gestellt und eine sachgemässe Behandlung durchgeführt wird» (*Brocklehurst* et al., 1980, S. 97) und «dass eine ständige Stuhlinkontinenz bei älteren Menschen Hinweis auf ein Versagen sachgemässer medizinischer und pflegerischer Massnahmen bedeutet... Keinesfalls handelt es sich hier um einen normalen Begleitumstand des Alterns» (1980, S. 100).

Andererseits wird aber die Urininkontinenz von 54 % der Betagten, die Stuhlinkontinenz von 56 %, als letztlich ausschlaggebender Grund angegeben, später einmal in ein Altenheim zu ziehen, während von den befragten Pflegekräften 81 % äusserten, bei Kontinenzproblemen sich einer Haus- und Familienpflege nicht mehr gewachsen zu sehen und eine Heimeinweisung für unumgebar zu halten (*Thompson*, 1983, S. 272). Nach *Shuttleworth* (1970) gab Inkontinenz bei über 20 % der bereits im Altenheim Wohnenden den letzten Ausschlag, einzuziehen. In Pflegeheimen ist der Anteil der bei Einweisung inkontinenten Patienten weit höher.

### 2. Der Beitrag der Psychologie zur Thematik der Inkontinenz

Der Beitrag der Psychologie zur Thematik der Inkontinenz muss sich auf folgende drei Aspekte beschränken:

1. die Frage nach den möglichen aussermedizinischen Ursachen oder zumindest Verstärkungen inkontinenten Verhaltens,
2. die Frage der Formen des Krankheitserlebens inkontinenter Patienten und der davon beeinflussten Bewältigungstechniken sowie die Reaktionen der sozialen Umgebung, für die inkontinente Patienten eine besondere Belastung bedeuten.
3. Interventionsmassnahmen – Möglichkeiten und Grenzen.

#### 2.1 Zu den (verstärkenden) Ursachen der Inkontinenz

Neben neurologischen Erkrankungen, zerebralen Abbauerscheinungen, Störungen im Bereich des Beckenbodens, der Urethra und des Blasenhalses wie auch innerhalb der Blase selbst (*Brocklehurst*, *Hanley* und *Martin*, 1980, S. 79), neben «ökologischen Bedingungen», das heisst lokalen Gegebenheiten (*Pinel*, 1975; *Caird* und *Judge*,

\* Referat von Prof. Dr. Ursula Lehr, gehalten anlässlich der 17. Bad-Sodener Geriatrischen Gespräche am 3. Mai 1985.

1974), werden auch psychogene Ursachen – sei es als auslösendes, sei es als verstärkendes Moment (*Lachnit*, 1982; *Sutherland*, 1976; *Birren* und *Sloane*, 1980; *Sloane*, 1980; *Burnside*, 1980) – diskutiert. So hat *Burnside* sehr nüchtern festgestellt: «Incontinence which is temporary and reversible may be related to anxiety, pain, hostility, or inadequate attention. Incontinence provides some elderly with an easy revenge on those they wish to provoke or annoy.» (Vorübergehende Inkontinenz kann mit Angst, Schmerzen, Feindseligkeit oder äusserster Konzentration zusammenhängen. Bei älteren Menschen kann Inkontinenz ein bequemes Mittel sein, um sich an seiner Umgebung zu rächen, sie zu provozieren oder zu ärgern.) (1980, S. 732). Inkontinenz als «Daseinstechnik» in der Interaktion mit der Umwelt, als infantiles Verhalten (*Thompson*, 1983), als unbewusste Suche nach Zuwendung und Beachtung oder auch als Rache, Rebellion bzw. als Provokation der Umwelt wird auch von *Sutherland* (1976) aufgezeigt.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle einen kurzen Exkurs in die Kinderpsychologie. Zu den wesentlichen Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit gehört es, die Kontrolle über körperliche Funktionen zu erlernen («to learn to urinate and defecate at socially acceptable times and places» [zu demjenigen Zeitpunkt und an denjenigen Orten ausscheiden zu lernen, die von der Gesellschaft dafür vorgesehen sind]. [*Havighurst*, 1972, S. 12]). Die Darmkontrolle erfolgt gewöhnlich zu Beginn des 2. Lebensjahres, im 3. Lebensjahr kann man erwarten, dass die Nervenzellen soweit entwickelt sind, dass sie die Kontrolle von Blase und Darmmuskeln gewährleisten.

Doch neben diesen biologischen Voraussetzungen erwiesen sich psychologische Gegebenheiten als notwendig: Das Kind muss gelernt und akzeptiert haben, dass es selbst verantwortlich dafür ist, trocken und sauber zu bleiben. Es muss sich selbst als Auslöser einer Situation begriffen haben. Die physiologische Reifung schafft zwar Voraussetzungen zur Kontrolle, doch der Kontrollakt selbst ist eine Erziehungs- bzw. Sozialisationsfrage und unterliegt somit familiären, sozialen und kulturellen Einflüssen. So lesen wir in kinderpsychologischen Erziehungsanleitungen, dass Bestrafung oder moralische Entrüstung seitens der Umwelt das Bettnässen nur verstärkt; Eltern sollten vielmehr «Lob bei Erfolg spenden und gelegentliche Entgleisungen gelas-

sen hinnehmen» (*Stone* und *Church*, 1984, S. 341). Mit Rückfällen muss auch bei grösseren Kindern bei besonderer Belastung gerechnet werden.

Beispiele inkontinenten Verhaltens als Reaktion auf Streßsituationen, zum Beispiel auf die Geburt eines Geschwisters (u.a. *Schücking*, 1981; *Dührssen*, 1954; *Kemper*, 1978), sind in der psychoanalytischen Literatur als «Entthronungserlebnis» (*Rattner*, 1984) durchaus häufig zu finden und werden dann als Regression in ein Stadium, in dem Zuwendung gewährleistet ist, gedeutet. Eine erneute Eheschliessung der Mutter, Eintritt in den Kindergarten, Schulbesuch und Aufenthalt in einem Kinderheim wurden häufig als Auslösesituationen gefunden und in dem Sinne gedeutet, dass man sich den Anordnungen nicht fügen wolle. So lesen wir in der von *Ansbacher* (1982) herausgegebenen Individualpsychologie *Adlers*: «Im allgemeinen dient die Enuresis dem Zwecke, das Augenmerk auf sich zu ziehen, andere sich zu Untertanen zu machen und ihre Aufmerksamkeit sowohl in der Nacht als auch am Tage mit Beschlag zu belegen» (1982, S. 218). Das Individuum will seine Emotion in einer sichtbaren Form zeigen.

Vielleicht kann man – etwas abgeschwächt – auch feststellen: emotionale Spannungen verhindern eine Kontrolle; Umweltreaktionen, Ausgeschlossenwerden oder Sich-Ausgeschlossen-Fühlen aus einem sozialen Kreis, Angst vor erneutem eigenen Fehlverhalten steigern die Spannungen und verschlimmern dadurch das Leiden. Das ohnehin durch Unsicherheit gekennzeichnete Selbstbild und das stark gestörte Selbstwertgefühl erfahren eine zusätzliche Beeinträchtigung. In der psychoanalytischen Literatur wird ausserdem die mangelnde Blasenkontrolle bzw. vor allem die mangelnde Darmkontrolle mit oral-kaptativen Störungen in Zusammenhang gebracht: Während in der Obstipation Ersatzhandlungen für Geiz, Behaltenwollen, Nichthergeben-Können gesehen werden, ist es hier das «Alles-Weg-geben», «Alles-laufen-Lassen», «Sich-selbst-Aufgeben», da man sich ohnehin nicht geborgen fühlt, was in inkontinentem Verhalten gesehen wird.

Nun, ich möchte hier weder die Psychoanalyse überstrapazieren, noch Inkontinenz im Alter mit kindlichen Entwicklungsstörungen gleichsetzen. Die Tatsache allerdings, dass emotionale Spannungen, Unsicherheiten, eine Kontrolle erschweren oder gar verhindern, sollten wir konstatieren.

#### 4 Embru Dienstleistungen

# Garantie

Kein leeres Wort, sondern eine Leistung, wofür wir einstehen. Nämlich dann, wenn mal ein Fabrikat Schwächen zeigt, die

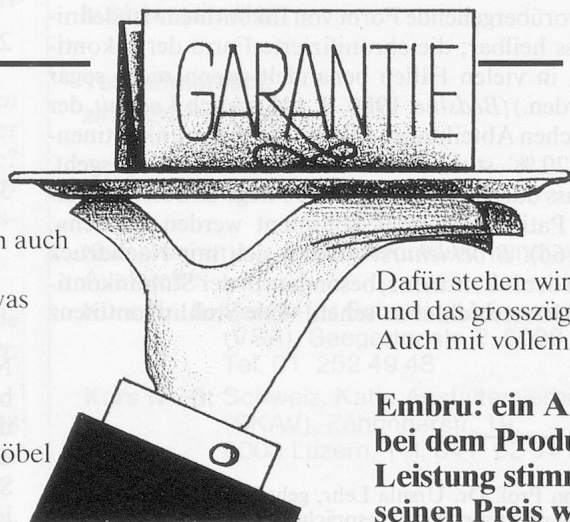
unser Fehler sind. Denn auch bei technisch perfekter Fabrikation kann mal was schief gehen.

Dafür stehen wir dann gerade und das grosszügig. Auch mit vollem Ersatz.

**Embru: ein Angebot, bei dem Produkt und Leistung stimmen, das seinen Preis wert ist.**

**embru**

Embru-Werke, Pflege- und Krankenmöbel  
8630 Rüti ZH, Telefon 055/31 28 44  
Telex 875 321



S 4/85

Für viele ältere Menschen bedeutet nun einmal der Wohnortwechsel, die neue unbekanntere Umgebung, besonders aber die Einlieferung in eine Klinik eine Phase der Unsicherheit, der Desorientierung und führt vor allem zu nächtlicher Urininkontinenz. So führt *Pinel* 1975 wörtlich aus: «Hospital-induced incontinence may be caused by too few toilets, great distance to walk, narrow toilets which do not accommodate wheelchairs, overcrowded wards, too few signs, poor equipment, too few nurses, inadequate training and too rigid hospital rules and regulations.» (Die Ursachen für eine spitalbedingte Inkontinenz können sein: zu wenig Toiletten, zu grosse Distanzen vom Zimmer zur Toilette, zu enge Toiletten, die nicht rollstuhlgängig sind, zu viele Patienten auf einer Abteilung, schlechte Signalisierung der Toiletten, ungenügende Einrichtung, zu wenig Pflegepersonal, ungenügendes Toilettentraining und zu strenge Betriebsordnung.) (vgl. auch *Burnside*, 1980, S. 734).

Diese – vielleicht verständliche – Inkontinenz aufgrund einer Unorientiertheit einer ersten Nacht in fremder Umgebung wird nun oft mehrfach verstärkt: Einmal sind es die Blamage, die Peinlichkeit und die Angst vor erneutem «Fehlverhalten», zum anderen sind es oft Beruhigungsmittel, welche dann die Sensibilität herabsetzen und so eine Blasenkontrolle erschweren. Angesichts der angespannten Pflegesituation in Krankenhäusern greift man dann oft zu Dauerkathetern und lässt damit eine temporäre Inkontinenz zu einer chronischen werden, indem die noch vorhandenen Kontrollfunktionen und Sensibilitäten durch fehlende Inanspruchnahme verkümmern. Auch aus diesem Grunde, und nicht nur der möglichen Infektionsgefahr wegen, sollte man *Lachnit* zustimmen, wenn er fordert: «Der Dauerkatheter sollte wirklich nur als ‚Ultima ratio‘ eingesetzt werden. Viel zu häufig wird der Dauerkatheter, besonders in Akutkrankenhäusern, angewandt» (1982, S. 167).

Immerhin sollte zu denken geben, dass nach *Agate* (1971) von allen Patienten, die in eine geriatrische Klinik eingeliefert werden, etwa ein Drittel während des Aufenthalts erst Inkontinenz entwickelt.

Doch auch bestimmte familiäre Pflegesituationen können inkontinenzfördernd sein. So kann es (vgl. *Thompson*, 1983) zu einem fortschreitenden Prozess der Regression kommen, zu zunehmender Abhängigkeit des Alterspatienten, «leading to the bedridden patient lying like a fetus in a womb of soaked bedding» (zu einem Verhalten des bettlägerigen Patienten, das einem Fötus im Mutterleib gleicht, der passiv im vollgesogenen Nest liegt). Ein solches Verhalten, das zwar häufiger in Kliniken beobachtet werde, kann ebenso «be produced at home, where patients are needless, ‚babied‘ and assisted in reversion to infantile behavior» (zu Hause produziert werden, wo die Patienten so bemuttert werden, dass sie in kindliches Verhalten zurückfallen). (1983, S. 192.) Hier haben wir es mit einer Umkehrung der Mutter-Kind-Beziehung zu tun, wenn nun die Tochter die Mutter windelt; hier sei das nasse Bett eine – unbewusste – Rückförderung und Wiedergutmachung von der Tochter für alles, auf was die Mutter ihretwegen früher verzichtet habe.

Dass diese Art der Familienpflege, die ja eigentlich Tochterpflege ist, ihre Grenzen hat und in Extremsituationen zu dem Phänomen des «aged abuse», der Altenmisshandlung, führt, mag nachvollziehbar sein.

## 2.2 Formen des Krankheitserlebens bei Inkontinenten und Bewältigungstechniken ihrer Angehörigen

Verschiedene Untersuchungen unseres Instituts gingen Reaktionen auf gesundheitliche Belastung im höheren Lebensalter nach (*Thomae*, 1984), wobei Herzinfarkt-patienten (*Martin*, 1982; *Diehl*, 1984; *Leuber*, 1984 – vgl. *Lehr*, 1985), Hämophiliepatienten (*Kipnowski*, 1980), Dialysepatienten (*Scharnweber*, 1983) und Schlaganfallpatienten (*Thomae*, 1984; *Kruse* 1984) untersucht wurden. Alle diese Studien waren als Beitrag zur Lebenslauf-forschung konzipiert und wandten die biographische Methode unter den von *Thomae* 1952 geforderten wissenschaftlichen Kriterien an. Dabei kam es darauf an, die Einbettung des Krankheitsgeschehens wie auch der Reaktionsweisen auf die Erkrankung in die gesamte Lebensentwicklung zu erfassen.

Die verschiedenen Untersuchungen bestätigten eindeutig: Ein und dieselbe (bzw. vergleichbare) Situation wurde unterschiedlich erlebt – je nach bisheriger Lebensentwicklung (Vergangenheitsaspekt), den gegenwärtigen situativen Bedingungen (Gegenwartsaspekt) und der Art und Weise der Zukunftsorientierung (vgl. *Lehr*, 1980).

Das Erleben einer Situation wurde jeweils – je nach Ausprägungsgrad – auf 7-Punkte-Skalen zu erfassen versucht, und zwar in den Dimensionen

# Portolift E24



- Schweizerfabrikat
- Ideal in Kombination mit erhöhten oder hydraulisch verstellbaren Badewannen.
- Auch geeignet als Gehtrainingshilfe.
- Platzsparend, geräuscharm.
- Auf Wunsch kabellose NBS-Stromzufuhr.
- Verlangen Sie kostenlose Vorführung an Ort und Stelle.

bimeda

Rehabilitationshilfen Heim- und Spitalbedarf AG  
Bubentalstrasse 7, CH-8304 Wallisellen, Telefon 01/830 30 52

negatives Erleben	- positives Erleben
Einengung	- Ausweitung des Lebensraumes
Fremdbestimmung	- Selbstbestimmung bei der Herbeiführung
Unveränderbarkeit	- Veränderbarkeit
geringere Antizipation	- hohe Antizipation
persönliche Bedeutsamkeit gering	- persönliche Bedeutsamkeit hoch
Ablehnung der Umwelt	- Zustimmung/Zuwendung zur Umwelt

Dabei zeigte sich in der biographischen Vorgeschichte zur Erkrankung zunächst einmal: Wird ein Ereignis als eher negativ, als Einengung, fremdbestimmt erlebt, glaubt man an eine Unveränderbarkeit der Situation; hatte man diese ausserdem nicht antizipiert, und erlebt man das Geschehen dennoch als von hoher persönlicher Bedeutsamkeit, dann kann ein solches Erleben die Auslösung einer Krankheit begünstigen, sofern bestimmte Auseinandersetzungsformen zur Anwendung gelangen.

Darüber hinaus aber wurde deutlich, dass die Art des Erlebens einer Erkrankung selbst stark die Daseinstechniken mit ihrem Einfluss auf Prävention und Rehabilitationserfolg mitbestimmen.

Die individuellen Formen der Strassverarbeitung sind einmal vom Erleben der Krankheitssituation abhängig (und – wie sich herausgestellt hat – offenbar auch krankheitsspezifisch [vgl. *Thomae*, 1984]); sie sind aber zum anderen auch Produkte jahre- und jahrzehntelanger Sozialisationsprozesse (Produkte mehr oder minder anerzogener oder angewohnter Formen der Auseinandersetzung, der «Daseinstechniken» [*Thomae*, 1951]) (vgl. Abb. 1).

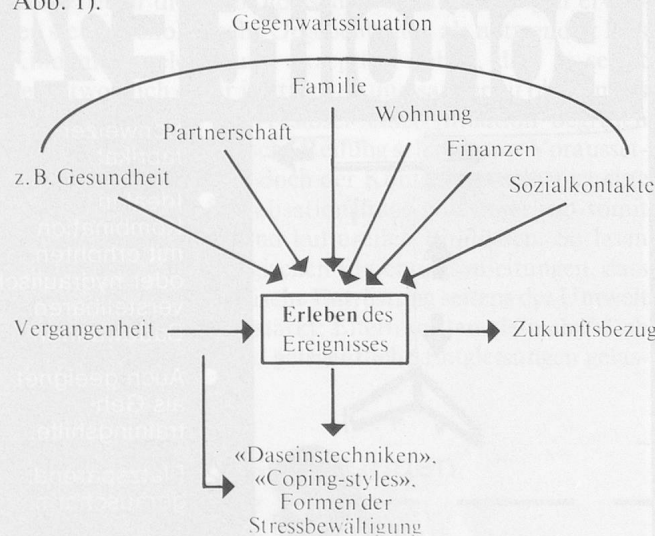


Abb. 1  
Der Einfluss von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auf die kognitive Repräsentanz und Daseinstechniken.

Dabei gilt, dass Situationen, die nicht gerade als Einengung und zudem als von geringer persönlicher Bedeutsamkeit erlebt werden, Auseinandersetzungsformen, wie «Akzeptieren der Situation», «Situation den Umständen überlassen», «Sich-Abfinden» und – schwächer ausgeprägt – «Hoffnung auf Wende», also ein mehr passives Hinnehmen, vertärkt erkennen lassen.

Mehr aktive Reaktionsweisen, wie «Aufgreifen von Chancen», «Durchsetzen eigener Bedürfnisse», «sachliche Lei-

stung», «aktive Auseinandersetzung» zur Veränderung der Situation, «Durchprobieren von Möglichkeiten», hingegen sind nur dort gegeben, wo das Ereignis bzw. die Erkrankung von hoher persönlicher Bedeutsamkeit, als Einschränkung des Lebensraumes, jedoch als veränderbar erlebt wird.

Herrscht jedoch ein Erleben der Unveränderlichkeit der Situation und der weitgehenden Fremdbestimmung bei der Herbeiführung der Situation vor (vgl. *Thomae* und *Kranzhoff*, 1979), dann gelangen entweder jene Auseinandersetzungsformen verstärkt zur Anwendung, die durch Passivität, Resignation und depressive Reaktionen gekennzeichnet sind, oder aber durch «aggressiven Widerstand», der sich gegen ärztliche Ratschläge und Anordnungen selbst und/oder gegen jene Personen richtet, die auf die Befolgung dieser Anordnungen achten. Diese Reaktionsformen stehen jeder präventiven Rehabilitation im Wege, und es kommt zu einem sich selbst verstärkenden Kreisprozess, der das Leiden zunehmend verstärkt.

Um diese Abhängigkeit der Reaktionsstile von der kognitiven Repräsentanz – vor allem in den Dimensionen geringe/hohe persönliche Bedeutsamkeit, Veränderlichkeit vs. Unveränderbarkeit und Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung bei der Herbeiführung – sollten Ärzte bei der Mitteilung der Diagnose, aber auch in ihren weiteren Begegnungen mit dem Patienten und dessen Angehörigen wissen.

Unsere Untersuchungen (*Thomae*, 1984; *Kruse*, 1984; *Diehl*, 1984) machen deutlich, wie sehr der Heilungserfolg von der «kognitiven Verarbeitung» abhängt. Es kommt darauf an, wie der Patient seine Situation erlebt, wie er sie verarbeitet. Hier braucht er Hilfe, die der Arzt nicht in einem 5-Minuten-Gespräch geben kann. Erfolgreiche Stile kognitiver Verarbeitung beginnen mit dem Akzeptieren der Situation im Sinne von «es ist passiert; versuche, das Beste daraus zu machen», welches dann die gedankliche aktive Auseinandersetzung mit der Situation, das Aufgreifen von Chancen, eigene Anstrengung, zur Folge hat.

Weniger erfolgreiche Stile kognitiver Verarbeitung sind beim Erleben geringerer persönlicher Bedeutsamkeit einmal im Verdrängen, «Nicht-wahrhaben-Wollen», innerer Distanzierung (das heisst in evasiven Reaktionen) gegeben, aber auch beim Erleben der Unveränderlichkeit in depressiven, resignativen oder gar aggressiven Reaktionsformen.

Über das Erleben der eigenen Unfähigkeit zur Blasen- und Stuhlkontrolle ist in der einschlägigen Literatur bisher wenig ausgesagt. Lediglich *Sutherland* (1976) weist auf die Einschränkung des Lebensraumes hin, auf die Verminderung der Sozialkontakte, auf zunehmende Unsicherheit, depressive Reaktionen, zunehmende Apathie.

Hier können neueste Untersuchungen unseres Instituts (*Kruse*, 1984; 1985; *Wand*, 1985) zu weiterer Klärung beitragen.

Eine der Untersuchungen (*Wand*, 1985) befasst sich mit der Situation «älterer» Töchter, das heisst Frauen, die selbst in der Mitte des 6., Anfang des 7. Lebensjahrzehnts stehen und noch die Sorge um die eigenen alten Eltern (seltener auch um die Schwiegereltern) haben. Der Anteil der inkontinenten hochbetagten Eltern (80- bis 100jährig) in dieser Stichprobe beträgt etwa 20 %. Hat diese Studie

von *Wand* auch in erster Linie die Situation von insgesamt 100 alten Pflegenden Töchtern analysiert, so deuten sich doch *drei Hauptgruppen* von Inkontinenzern der Hochbetagten an:

**Gruppe 1** sind jene Betagten, die nur leichte Formen von Inkontinenz zeigen, sich dieser Einschränkung jedoch deutlich bewusst sind und äusserst bemüht, «Fehlverhalten» zu vermeiden. Hier wird eine erhebliche Einschränkung der Mobilität erlebt; auch kleine Unternehmungen wie Stadtbummel, Spaziergänge, Cafébesuche, Besuche bei Bekannten sind ein Risiko. Urlaubsplanungen werden gestrichen. – Zweifelsohne würden mehr öffentliche WC-Möglichkeiten, auch an Strassenbahnhaltestellen, die sauber und hygienisch einwandfrei sind und nicht unbedingt abgezähltes Kleingeld erfordern, für viele Betagte dieser Gruppe eine grosse Hilfe sein und vor allem Sicherheit und damit eine gewisse Entspannung bedeuten.

**Gruppe 2** sind jene Hochbetagten, die ihr eigenes Leiden nicht wahrhaben wollen, die Urininkontinenz einfach ignorieren und sich jeden noch so behutsamen Versuch von Angehörigen, das Problem in den Griff zu bekommen (sei es durch Spezialeinlagen, durch verminderte Flüssigkeitszufuhr am Abend, durch häufige Mahnungen zum Gang zum WC) geradezu verbitten. Diese Gruppe Betagter reagiert oft mit Aggressionen und aktivem Widerstand.

**Gruppe 3** schliesslich sind jene alten Menschen – meist die bettlägerigen kranken Eltern –, bei denen sich stärkere Harn- und teilweise auch Stuhlinkontinenz findet und die einen erheblichen Pflege- und Arbeitsaufwand der Töchter erfordern, der im 6. und 7. Lebensjahrzent kaum mehr zu erbringen ist.

Die Reaktionen der Töchter sind – je nach deren Lebenssituation (eigene Familie, Berufstätigkeit, Wohnsituation) – sehr unterschiedlich:

- «– Einige wenige bewältigen alle mit der Inkontinenz verbundenen Arbeiten ganz nüchtern und sachlich, ergreifen ohne Rücksicht auf irgendwelche emotionalen Vorbehalte bei sich selbst oder den Eltern die erforderlichen Massnahmen.
- Andere Töchter äussern starke Bedenken, die Eltern wie ‚ein kleines Kind‘ zu behandeln, und wollen ihnen und wohl auch sich selbst die Konfrontation mit Gummihosen und ‚Pampers‘ nicht zumuten. Für nicht wenige Frauen stellt diese an sich erforderliche Massnahme ein (fast) unüberwindbares Problem dar; sie erleben eine solche Versorgung des alten Menschen als unvereinbar mit der Respektierung als Persönlichkeit.
- Der Vergleich mit der Versorgung kleiner Kinder wird ab und zu angestellt, hinkt jedoch: Dass kleine Kinder ‚sich vollmachen‘ ist natürlich, selbstverständlich; sie entwickeln sich hin zu vollständiger Beherrschung ihrer Körperfunktionen. Beim alten Menschen ist demgegenüber in der Regel keine Verbesserung der Situation zu erwarten; die bereits erwähnten psychischen Barrieren und die bisweilen mangelnde Kooperationsbereitschaft des Inkontinenten erschweren die Pflege zusätzlich.
- Obwohl einige Frauen die Versorgung eines inkontinenten Angehörigen für sich persönlich völlig ausschliessen („das könnte ich nie tun!“), scheinen pflegende Angehörige diesbezüglich eher mit ihren Aufgaben zu wachsen („man kann sich vorher gar nicht vorstellen, was man alles tun kann!“).

Trotz hohen persönlichen Engagements sind aber die mit der Pflege eines inkontinenten Angehörigen verbundenen Aufwendungen und Belastungen häufig in der Familie nicht mehr zu leisten. Generell kommt in Fällen des Zusammenlebens auch der

Einstellung der anderen Familienmitglieder (Ehemann, Kinder) Bedeutung zu. Selten sind von diesen Hilfen bei der Betreuung des inkontinenten alten Menschen zu erwarten; häufiger wird ein solches Ansinnen von den übrigen (männlichen) Familienmitgliedern eher als eine Zumutung erlebt» (*Wand*, 1985).

Die sehr ausführlichen Untersuchungen von *Kruse* (1984, 1985) sowohl von Schlaganfallpatienten, die zu Hause betreut und gepflegt werden, selbst als auch von deren Angehörigen, tragen zu einer Differenzierung des Erlebens der Inkontinenz seitens der Betroffenen und ihrer Auseinandersetzungsformen mit der Situation bei. Von den von *Kruse* erfassten 61- bis 95jährigen Schlaganfallpatienten waren 38 % inkontinent. Durch sehr ausführliche psychologische Erhebungen und sorgsame statistische Verrechnungen vieler Einzeldaten lassen sich hinsichtlich der Erlebens- und Verarbeitungsweisen durch Merkmals-Gruppierungs-Analysen *vier Gruppen* Inkontinenter unterscheiden:

#### **Gruppe 1, die «Aggressiven»:**

Zu dieser Gruppe gehören etwa 33 % der Inkontinenten, sie erleben ihre derzeitige Situation als äusserst negativ, extrem eingeschränkt und als völlig unveränderbar. Sie reagieren zwar auch durch Niedergeschlagenheit, vor allem jedoch aggressiv gegenüber ihrer Umwelt; sie leisten aktiven Widerstand und befolgen keinerlei Ratschläge, neigen zur Abwertung anderer, tendieren immer wieder verstärkt dazu, anderen die Schuld zuzuschreiben, hadern mit ihrem Schicksal, setzen eigene Bedürfnisse ihren

## Portolift E 24



- Schweizerfabrik
- Einfache Fortbewegungshilfe für Personen mit verminderter Muskelkraft.
- Nützlichkeit im ganzen Wohnbereich sowie in Bad, Dusche und Toilette.
- Einfache Montage innert Stunden möglich.
- Verlangen Sie Prospekte oder kostenlose Vorführung an Ort und Stelle.

**bimeda**

Rehabilitationshilfen Heim- und Spitalbedarf AG  
Bubentalstrasse 7, CH-8304 Wallisellen, Telefon 01/830 30 52

Angehörigen gegenüber mit Nachdruck durch und verlangen, dass ihre Umgebung sich ihretwegen voll und ganz einschränkt. Für diese Patienten ist die Inkontinenz ein Weg, andere an sich zu binden, andere «mit-leiden» zu lassen. – Ihre Zukunftsperspektive ist extrem negativ getönt; der Kontakt zur Umwelt gespannt und belastet.

Die pflegenden Angehörigen dieser Gruppe reagieren ihrerseits nicht selten auch mit Widerstand («den lass ich dann schon einmal in seinem Kot hocken, damit er weiss, wie das so ist», sagt eine 83jährige Ehefrau) und drohen mit Zuwendungsentzug («entweder Du spurst jetzt, oder Du musst Dir jemanden anderen suchen, der das macht!»), was das Fehlverhalten noch verstärkt. Etwa 50 % der Angehörigen dieser Inkontinenzgruppe interpretieren das Verhalten der Kranken als bewusst eingesetzten Widerstand. Es mangelt ihnen völlig an Verständnis für seine Situation. Hier ist sicher ärztliche Aufklärungsarbeit notwendig. Die Zukunftsperspektive der Angehörigen ist für die unmittelbare Zukunft äusserst negativ. Hoffnung ergibt sich jedoch für die weitere Zukunft durch die mit dem Tod des Patienten erwartete Befreiung. Diese Reaktionsweisen findet *Kruse* allerdings eher bei pflegenden Kindern als bei pflegenden Ehefrauen («da häng ich die weisse Fahne raus, wenn Oma tot ist», sagt zum Beispiel verbittert eine 53jährige Tochter).

#### **Gruppe 2, die «Depressiven»:**

Hierzu zählen ebenfalls 33 % der Inkontinenten. Auch sie erleben ihre derzeitige Situation negative, eingeschränkt und völlig unveränderbar. Sie reagieren jedoch stärker als Gruppe 1 mit Niedergeschlagenheit, Resignation und Depression. Sie richten die Vorwürfe nahezu ausschliesslich gegen sich selbst und nicht gegen andere; sie nehmen sich selbst als «Last» wahr und leiden selbst unter der durch sie herbeigeführten Belastung ihrer Umwelt. Sie fordern nicht, aber appellieren an die Hilfe anderer und bedauern das:

«Da geht man denen doch auf die Nerven; schrecklich, ich kann ja auch nichts dafür; aber ich nehme es mir selbst immer krumm, wenn's wieder reingegangen ist. Und dann muss die L., die Arme, das wieder sauber machen» (79, w.).

Sie reflektieren die Lage der anderen, zeigen Anteilnahme an der schweren Arbeit der Pflegenden, geben ihren Dank zu erkennen.

Bei den Angehörigen dieser Gruppe dominiert positive, wenn auch teilweise etwas hilflose Zuwendung. Sie «bemuttern» den Patienten manchmal in einer Weise, die zu «Overprotection» (Überbehütung) neigt. *Wand* berichtet von solchen Fällen als Umkehrung des «Mutter-Kind-Verhältnisses». Angehörige hoffen auf eine Veränderung der Situation im Sinne einer Besserung oder Heilung der Krankheit. Die momentane Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit wird als Aufgabe erlebt, als Verzicht, den man dem dankbaren Kranken zuliebe gerne erbringt.

#### **Gruppe 3, die «Aktiv-Bemühten»:**

Hier sind 17 % der Inkontinenten vertreten, sie akzeptieren die Situation und setzen sich selbst aktiv damit auseinander. Sie greifen alle Chancen auf, von denen sie sich eine Verbesserung der Situation erhoffen. Sie sind nicht von der Unveränderbarkeit ihrer Situation überzeugt. («Ich komme über mein Leiden hinweg. Ich nehme es hin – das habe ich immer getan –, aber ich versuche, den Kopf oben zu

## Korrektur

Im Tagungsbericht «**Aids kommt näher**», der in der August-Ausgabe 87 des Fachblattes erschienen ist, fehlt im letzten Abschnitt Seite 467, der den Titel «Bliib treu» trägt, eine wichtige Präzisierung, die nun hier nachgeliefert werden soll. Folgender Wortlaut erst gibt die Absicht von Ueli Merz richtig wieder:

«Diese Überlegungen veranlassten Ueli Merz . . . , dem Motto «Bliib treu» der gegenwärtigen Aids-Kampagne einen weit über die Sexualpartner-Treue hinausgehenden Sinn zu geben: «Bliib treu» heisst auch, bleib deinem Kind, deinem Bruder oder deiner Schwester, deinem Arbeitskollegen, deinem Freund, deinem Nachbarn treu, *wenn sie aids-infiziert oder aids-krank sind!* Für sozial Tätige heisst es, bleib deinem *infizierten oder erkrankten* Klienten treu! . . .»

behalten», meint eine 74jährige. Ein 69jähriger tröstet sich und seine Umwelt: «Ich hoffe schon, dass es wieder besser wird. Irgendwie muss es ja; im Sommer wird es immer besser; ich gebe selten auf.»)

Ihr Erleben der Gegenwartssituation kreist – im Gegensatz zu Gruppe 1 und 2, den «Aggressiven» und «Depressiven» – weniger ausschliesslich um ihre Krankheit. Sie sind bemüht, auch anderweitigen Interessen einen Platz einzuräumen und eigene Bedürfnisse zu verwirklichen, allerdings nicht auf Kosten ihrer Umwelt. Die Zukunft dieser Gruppe wird als weniger bedrohlich und nicht ausschliesslich von körperlichen Problemen bestimmt erlebt; noch verbliebene Möglichkeiten der Gestaltung des Lebensraumes klängen an.

Die Angehörigen dieser Gruppe von Patienten (meist pflegen die Ehepartner) fühlen sich am wenigsten belastet, wenn auch von innen heraus zu grossem Einsatz verpflichtet. Sie erleben den «Kampf gegen die Krankheit» als Aufgabe, die beiden gemeinsam gestellt ist – und blicken relativ zuversichtlich in die Zukunft. Durch gemeinsame anderweitige Interessen versuchen sie, der durch die Inkontinenz gegebenen Einschränkung des Lebensraumes entgegenzuwirken.

#### **Gruppe 4, die «Leugner»:**

Diese Gruppe ist ebenfalls mit 17 % vertreten. Hier handelt es sich um Menschen, die sich selbst von der Situation distanzieren, ihre Inkontinenz nicht wahrhaben wollen, evasiv reagieren, sich passiv verhalten und die weitere Entwicklung den Umständen überlassen. («Was ich hab, das hab ich; was ich krieg, das krieg ich – da reg ich mich nicht drüber auf! Es kommt, wie's kommt; es geht, wie's geht; ich bin da Fatalist!», meint ein 74jähriger.) Hier ist der eigene Leistungseinsatz, eigenes aktives Bemühen äusserst gering – der Grad der eigenen Betroffenheit und Niedergeschlagenheit ebenso.

Die Angehörigen empfinden dieses Reaktionsmuster eher als Provokation. Sie erleben ihre Hilfe dem Kranken gegenüber als selbstverständlich hingenommen und keineswegs gewürdigt. Eine besondere Belastung ergibt sich

dann, wenn Inkontinenz mit geistiger Verwirrtheit einhergeht bei einer relativen körperlichen Rüstigkeit (bei der vorhandenen Mobilität wird «das ganze Haus verschmiert»), wie es in Gruppe 1 (Aggressive) und Gruppe 4 (Leugner) beobachtet wird.

Es liegt mir fern, mit diesem Aufzeigen von Verhaltensmustern eine «Typologie inkontinenter Betagter» vorzulegen. Dazu wäre die Berücksichtigung weiterer Variablen – wie differenzierte medizinische Diagnose, aber auch Persönlichkeitsmerkmale, Situationsvariablen – vonnöten. Ich wollte lediglich einerseits einen Zusammenhang vom Erleben der Krankheitssituation und den Reaktionsformen darauf seitens des Patienten aufzeigen; andererseits aber auch die Einflussfaktoren des Patientenverhaltens auf das Verhalten der pflegenden Angehörigen und ebenso das der Angehörigen auf den Patienten deutlich machen.

Wir haben es hier mit einem sich selbst verstärkenden Wechselwirkungsprozess zu tun: Aggressive Inkontinente (Gruppe 1) fordern aggressives Umweltverhalten heraus, und dieses wiederum verstärkt Reaktionen des aggressiven Widerstands. Depressive Inkontinente (Gruppe 2) fordern offenbar vermehrte Zuwendung der Umwelt und «Overprotection»-Haltungen, die wiederum als Verstärker der Schuldgefühle bei den Patienten wirken und die Resignation steigern. Jene, die ihre Krankheit akzeptieren und bewusst dagegen angehen, die «Aktiv-Bemühten» (Gruppe 3) regen auch die Umwelt zur aktiven Auseinandersetzung mit der Situation, zur Mithilfe, zur gemeinsamen Lösung der Situation an. Hier bestärken sich Patient und Pflegende gegenseitig in ihrem Bemühen um Besserung der Situation. Die Evasiv-Reagierenden, die «Leugner» (Gruppe 4), die «unbekümmert» ihre Krankheit nicht akzeptieren, nicht wahrhaben wollen, verdrängen, begünstigen bei ihrer Umwelt ähnliche Verhaltensweisen wie bei Gruppe 1, nämlich Widerstand, Ablehnung der Kranken, Zuwendungsentzug – was ihre eigene Situation erschwert.

### 2.3. Interventionsmassnahmen – Möglichkeiten und Grenzen

Einigkeit besteht unter den Experten, dass Interventionsmassnahmen zur Verhinderung oder auch nur zur Reduzierung inkontinenten Verhaltens mehrdimensional geplant werden müssen (Bedsine, 1980; Wilson, 1948; Lachnit, 1982; Thompson, 1983; Gubrium, 1975; Götestam, 1980). Neben den zunächst wesentlichen direkten *medizinisch-pflegerischen Massnahmen* (ärztliche Behandlung, medikamentöse Einflussnahme, aber auch Vermeidung von Sedativa, Meidung abendlicher Flüssigkeitszufuhr, physiotherapeutische Behandlung) ist die Schaffung günstiger *ökologischer Bedingungen* notwendig: zum Beispiel leichte Erreichbarkeit der Toilette, deutliche Markierung des Weges, leicht zu öffnende, breite Türen, erhellte Gänge und genügend Licht in den Toilettenräumen, richtige Sitzhöhe, Handleisten zum Hochziehen, nicht zu kalte Temperatur, leicht handhabbare Abspül- und Waschgelegenheit (Thompson, 1983; Carid und Judge, 1974; Wells, 1975). Ausserdem wird immer wieder die Notwendigkeit völlig abgeschlossener Räume betont; Wellington (1969, S. 342) sieht sogar in dem «lack of privacy» (Unmöglichkeit, sich ganz zurückzuziehen) wie auch im «discomfort of a bedpan» (unbequeme Bettöpfe) die am stärksten antirehabilitativ wirkenden Mittel. Der

Einsatz der verschiedensten *technischen Hilfsmittel* (von verschiedenen Betteinlagen und Monitorsystemen bis zu vielfältigen Formen von Windelhosen) wird diskutiert (Wellington, 1969, 1975; Collins und Plaska, 1975). Dabei wird immer wieder gefordert, den Patienten möglichst mobil zu halten (Thompson, 1983): «One of the first aims in treating such patients is to get them out of bed as soon as possible.» (Es gehört zu den vordringlichsten Zielen der Behandlung solcher Patienten, sie so früh wie möglich wieder aufstehen zu lassen.) (Burnside, 1980, S. 735), auch wenn machmal bettlägerige und katheterisierte Patienten – sofern es nicht gerade zu einem Dekubitus kommt – zunächst «pflegeleichter» sind.

Neben den hier nur kurz erwähnten medizinischen, ökologischen und prothetischen Interventionsmassnahmen sind schliesslich *psychologische* und *soziale Massnahmen* zu erwähnen. Behandlung der Inkontinenz muss, wie auch unsere Untersuchungen deutlich zeigen, immer sowohl auf den Patienten selbst als auch auf seine Umgebung – seien es Angehörige, seien es Krankenschwestern und -pfleger – gerichtet sein. Auf die enorme Belastung der Pflegenden – ein inkontinenter Patient braucht das Doppelte bis Sechsfache an Zuwendung, die oft auch körperliche Schwerarbeit bedeutet – haben Adams und Ihwraith, 1963; Exton-Smith und Grimley-Evans, 1977; Norton et. al., 1975 und andere immer wieder hingewiesen. Dass es hier – auch angesichts mancher ekel-, widerwillen- und abneigungsauslösenden Situationen (Sutherland, 1976) – zu einem «burn-out-effect» (seelischen Ausbrennen) kommen kann und schliesslich immer

## Alte Menschen Altenhilfe



Hans Brandt/Eva-Maria Dennebaum/Willi Rückert (Hrsg.)  
Stationäre Altenhilfe

Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven  
1987, 244 Seiten, Forco, DM 22, –

Sigmund Gastiger/Eva-Maria Grimme (Hrsg.)

Rechtsfragen in der Altenarbeit

Ein Handbuch für Aus- und Fortbildung, Beratungsstellen  
und alle Praxisbereiche  
3. erweiterte und verbesserte Auflage 1987, ca. 250 Seiten,  
Forco, ca. DM 34, –

Hartmut Radebold/Michael Rassek/Gertrud Schlesinger-  
Kipp/Martin Teising

Zur psychotherapeutischen Behandlung  
älterer Menschen

Erfahrungen aus einer Psychiatrischen Institutsambulanz  
1987, ca. 220 Seiten, Forco, ca. DM 28, –

Sandol Stoddard

Die Hospiz-Bewegung

Ein anderer Umgang mit Sterbenden  
1987, 176 Seiten, Forco, DM 25, –

Ralf Zwiebel

Psychosomatische Tagesklinik

Bericht über ein Experiment  
1987, 160 Seiten, Forco, DM 24, –

Lambertus-Verlag, Postfach 1026, D-7800 Freiburg



häufiger das Phänomen des «age-abuse», der Altenmisshandlung, durch pflegende Familienangehörige, die der Überforderung einfach nicht mehr gewachsen sind, beobachtet wird, ist gewiss ein sehr trauriges Kapitel der Altenpflege (Eastman, 1984; Giordano, 1984; Lau und Kosberg, 1979; Pedrick-Cornell und Gelles, 1982).

Es gilt also einmal, den pflegenden Angehörigen technische Hilfe zukommen zu lassen (in den USA wurde hier der «Incontinent-laundry-service» [ambulante Wäscheservice für Inkontinente] eingeführt, der täglich die Wäsche abholt und bringt), sodann aber durch vielseitige «Hilfsmassnahmen für Helfende» (Hirschfeld, 1983) wie pflegerische Hilfsdienste, Besuchsdienste, Urlaubsvertretung und vor allem durch begleitende, beratende Gesprächsgruppen (Bruder und Klusmann, 1979, 1981) die Situation erträglich zu machen. Dabei kommt es sowohl darauf an, Verständnis für die Situation des Kranken, für seine oft als Provokation gedeuteten Verhaltensweisen zu schaffen als auch auf die Problematik eigenen Fehlverhaltens im Umgang mit dem Inkontinenten aufmerksam zu machen. Wie wir gezeigt haben, verstärkt aggressives, abweisendes Verhalten der Pflegenden die entsprechenden Reaktionen des Kranken. Aber auch übermässige Zuwendung bei der Reinigung, dem Wäschewechsel und der Körperpflege verstärkt – wie Untersuchungen zum operanten Konditionieren nachgewiesen haben – das unerwünschte Verhalten (vgl. Literatur bei Lehr, Interventionsgerontologie 1979, S. 35 ff.; Pollock und Liberman, 1974; Richards und Thorpe, 1978; Grosicki, 1968; Carpenter und Simon, 1960; Azrin et al., 1973; Wagner und Paul, 1970; Meyer und Chesser, 1975). Der Patient sieht im Einnässen – meist unbewusst – die Gewähr für ein Beachtetwerden von seiner Umgebung. So wird – verhaltenstherapeutischen Grundsätzen entsprechend – empfohlen, Inkontinenz nicht zu beachten, Kontinenz hingegen mit verstärkter sozialer Zuwendung (längere Gespräche mit dem Patienten) oder auch durch «materielle» Geschenke zu belohnen.

Pollock und Liberman führten bei 6 inkontinenten demenzten Männern folgendes Experiment durch:

1. Phase: Behandlung wie üblich, Wäschewechsel alle zwei Stunden, 2. Phase: Wäschewechsel nur auf Anforderung und 3. Phase: wenn der Patient bei der «checktime» (Kontrollzeit) trocken war, bekam er Bonbons oder Zigaretten und zusätzlich einige Minuten persönliches Gespräch. – Innerhalb der ersten zwei Wochen stieg die «trockene checktime» von 8 % auf 58 %.

Diesen Erfolg betrachteten die Autoren jedoch noch nicht als eindeutig genug und gingen dem nach. Zunächst einmal stellte sich als Grund des Teilerfolgs heraus: die Unfähigkeit mancher Patienten, 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 farbliche Linie geschah, verminderte sich die Inkontinenz. Sodann hat man nicht mehr das «Sitzen in trockenen Hosen» durch Belohnung verstärkt, sondern den Gang zur Toilette, und zwar auf dem Wege des «shaping», nämlich:

1. Man brachte selbst den Patienten zum WC; war er erfolgreich, erfolgte Belohnung (materieller Art und Konversation); 2. man brachte den Patienten nur zur Tür des WC; 3. man brachte ihn nur einige Schritte auf der Markierungslinie; 4. man brachte ihn nur zur Tür des Tagesraumes und forderte ihn auf, zum WC zu gehen; 5. man sagte dem Patienten nur, er möge aufstehen und dort hingehen und belohnte ihn jetzt entsprechend.

Dies mag ein Beispiel für die Notwendigkeit einer genauen Überlegung sein, welches Verhalten eigentlich verstärkt

werden soll und welche ökologischen Momente fördernd und hemmend wirken können.

### 3. Schlussbemerkung

Zweifelsohne sollten alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden – auch in jenen Fällen, in denen starke Desorientierung und hirnorganische Abbauerscheinungen beobachtet werden. «It is surprising, how much success can be achieved in cases with severely deranged central nervous systems by conditioning.» (Die Erfolge, die bei ernsthaften Störungen des Zentralnervensystems mit der Technik des Konditionierens erreicht werden, sind erstaunlich.) (Willington, 1969, S. 343). Doch wird man mit Konditionierungstechnik alleine nicht unbedingt erfolgreich sein.

Es kommt – und dazu kann der Arzt entscheidend beitragen – vielmehr darauf an, bei dem betagten Patienten und seinen Angehörigen Angst und emotionale Spannungen abzubauen bzw. zu reduzieren durch Vorbereitung auf neue Situationen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt), durch ausreichende und für den Betagten verständliche Informationen über seine Krankheit, über die Wirkungsweise der Medikamente (vor allem jener mit diuretischer Nebenwirkung und jener mit desensibilisierender Wirkung). Es kommt darauf an, ihn von der grundsätzlichen Veränderbarkeit seiner Situation zu überzeugen, eine kognitive Umstrukturierung herbeizuführen und damit bei ihm jene Auseinandersetzungsformen mit seiner Erkrankung zu begünstigen, die rehabilitationsunterstützend sind.

Unsere Untersuchungen haben deutlich gemacht, wie sehr Heilungs- (oder wenigstens Besserungs-)erfolge von der kognitiven Verarbeitung abhängen. Es kommt darauf an, wie der Patient seine Situation erlebt, wie er sie verarbeitet. Hier braucht er dauernde, unterstützende Hilfe, die der Arzt nicht in einem kurzen Gespräch bei der Visite geben kann. Erfolgreiche Stile kognitiver Verarbeitung beginnen mit dem Akzeptieren der Situation («es ist passiert; mache das Beste daraus»), die dann die gedankliche aktive Auseinandersetzung mit der Situation zur Folge hat. Hier ist die Mitarbeit der Patienten gegeben, welche sich nicht allein durch gutes Zureden erreichen lässt, sondern nur durch Einblick in ihre Erlebnisweisen, in ihre «kognitiven Strukturen». Wenig erfolgreiche Stile kognitiver Verarbeitung sind im Verdrängen, im «Nicht-wahrhaben-Wollen» gegeben (evasive Reaktionen), aber vor allem auch im Gefühl der Unveränderlichkeit.

Mit diesen Erlebensformen gehen Reaktionsweisen einher, die einen Rehabilitationserfolg in Frage stellen, wenn nicht gar unmöglich machen; Reaktionsweisen, welche die Möglichkeiten der Beeinflussung herabmindern.

Es kommt darauf an, dass die Patienten die Diagnose ihrer Erkrankung als Herausforderung (zur Mitarbeit) und nicht als Bedrohung erleben. Sie brauchen eine therapeutische Anleitung, die über das landläufige «gute Zureden» hinausgeht. Diese Aspekte gilt es, in der Ausbildung von Medizinern, aber auch von allen in der Altershilfe Tätigen weit mehr zu berücksichtigen als bisher.

#### Literatur

Das umfangreiche Literaturverzeichnis, das alle im Text erwähnten Werke enthält – wovon die meisten in englischer Sprache –, wird hier aus Platzgründen nicht wiedergegeben, kann aber bei der Fachblatt-Redaktion angefordert werden.