

Fallbesprechung

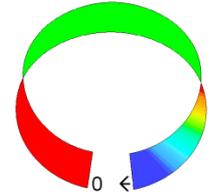
Gerontopsychiatrie

0.Grundsätzliches: Verstehen



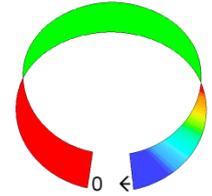
- Ganzheitliches Verstehen der Symptome ist Voraussetzung für Behandlung und Pflege (Verstehen vs. Erklären)
- Verhalten ist idR nicht unsinnig, sondern erklärt sich aus Erfahrungen, Auffassungen, Urteilen, Empfindungen
- Es gibt keine vollständigen Erklärungen, nur bruchstückhaftes Verstehen (mein Monismus, kein ‚eigentlich ist es...‘)
- Symptome sind unspezifisch*
- Deutungen sind nicht vermeidbar: Bemühen, den Prozess des Deutens transparent und nachvollziehbar zu machen
- Erleben und Verhalten ist immer im kulturellen, sozialen, familiären Kontext zu sehen
- Biopsychosoziales Gesundheitsmodell von Antonovsky: globales Kohärenzgefühl mit den Aspekten – Autonomie, Selbstentfaltung, soziale Integration#

Konstruktcharakter



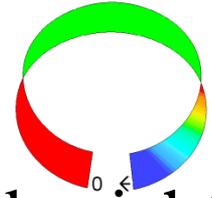
- Symptome, Syndrome, psych. Erkrankungen werden konstruiert im Dreieck von Befindlichkeit des Patienten, der Person des Untersuchenden und der Interaktion zw. beiden
- Sprachliches erfassen, gewichten, kodieren: individuelle, detaillierte Darstellung oder nomothetische Überstrukturierung?
- Das Psychische lässt sich nicht vollständig in einzelne Funktionsebenen objektiv quantifizieren (fachliches Wissen, berufliche Erfahrung, Projektion, Reduktion ‚kognitiver Dissonanz‘, Scheu vor Extremurteilen (Zentraltendenz), vorgefasste Meinungen /Erwartungen etc)
- Motivation, Gestimmtheit, Intelligenz sind erschaffene Begriffe = Konstrukte

Psychische Gesundheit



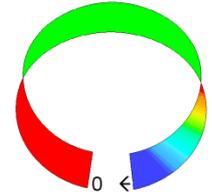
- Nach Scharfetter (2002) ist ein Mensch psychisch gesund, „dem u.U. auch trotz des Leidensdrucks einer Körperkrankheit und /oder gegen den Normdruck seiner Gesellschaft – sein Leben gelingt (Selbstverwirklichung), der den Forderungen seines Wesens (Echtheit) und der Welt entsprechen und ihre Aufgaben verstehen kann (Adaption, Coping) – einer, der sich im Leben bewährt.“

Normalität



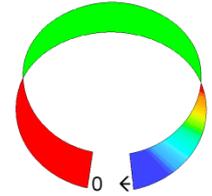
- Die in der Medizin gebräuchliche Verwendung bezieht sich auf ein Verständnis der Norm als *Durchschnittsnorm* bzw. statistische Norm. Diese „Normalität“ ist letztlich abhängig von der jeweiligen Kultur, Sozialisation, Prägung oder einzelnen Umweltvariablen.
- Davon abzugrenzen ist die *Individualnorm*. Für ein Individuum können bestimmte Verhaltensweisen durchaus eine Kontinuität in seinem Leben darstellen.
- Ein drittes Verständnis beschreibt Normalität als *Idealnorm*. Es entspringt einer Orientierung am Optimalen bzw. Idealen.

Psychische Krankheit



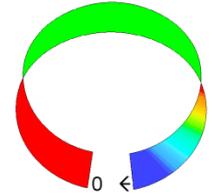
Scharfetter (2002): Krank ist im Selbstverständnis des ‚Patienten‘ und auch im Urteil seiner Umwelt, wer, aus welchem Grund auch immer, an sich und der Welt über das landes- und gruppenübliche Ausmaß ... qualitativ oder/und quantitativ leidet (*Leidensaspekt*), wer mit den gegebenen, nicht allzu extremen Verhältnissen bis zu einem lebensbeeinträchtigenden Maß nicht zurechtkommt, wer in der Lebens- und Weltbewährung versagt (*Versagensaspekt*), wer infolge seines hochgradigen Andersseins nicht in eine lebendige Verbindung zu anderen Menschen treten kann (*Beziehungsaspekt*).“

Grundsätzlich: vom Symptom zum Syndrom



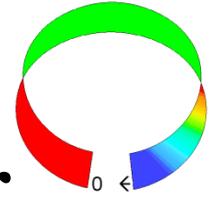
- Eine ‚Kampfposition‘ gegen die Symptome ist selten hilfreich, funktionale Analyse besser
- Auffällige einzelne Zeichen werden zu Krankheitssymptomen durch eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit, Leiden und Behinderung der Lebensführung (Perspektive der Person, der Familie, der Professionellen)*
- Kern/Achsensyndrome (z.B. Devitalisierung bei Depression) und Randsyndrome (z.B. herausf. Verhalten bei Demenz)
- Leitsymptome: die in der Hierarchie wichtigsten und spürbareren Krankheitszeichen

Psychosyndrome im Alter



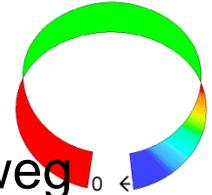
- Affektsyndrome: depressives Syndrom (eventuell auch verschiedene Ausprägungen), ängstliches Syndrom, manisches Syndrom, Zwänge und Phobien
- „akutes und chronisches organisches Psychosyndrom“, (Delir, Demenz), Bewußtseinsstörungen und Erinnerungsstörungen
- Antriebssyndrome (Stupor, Erregungszustand, katatonies Syndrom)
- Wahrnehmungssyndrom: Derealisations- und Depersonalisierungssyndrom, halluzinatorisches Syndrom
- Wahnsyndrom: schizophrene Psychose, Paranoia
- „Suizidalität“,
- „dependente Persönlichkeit“

Drei Klassen psychischer Störungen im Alter nach Kessler 2014



- Dysfunktionale Reaktionen auf normales Altern bzw. auf Lebensereignisse wie Verlust des Partners, funktionale Einschränkungen (Anpassungsstörungen)
- Organische psychische Störungen, neurodegenerative Erkrankungen (Demenz, Parkinson, zerebrovaskuläre Ereignisse)
- Psychische Störungen als Ergebnis pathologischer Entwicklungsprozesse, die in früheren Lebensphasen entstanden sind, chronisch bzw. rezidivierend bis ins hohe Alter fortbestehen

Persönlichkeit

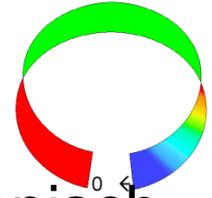


- In der Regel sind Persönlichkeitsmerkmale über das Leben hinweg sehr stabil, dies gilt auch für alte Menschen. Beim Älterwerden ändert sich grundlegend: Verträglichkeit (nimmt zu) und Extraversion (nimmt ab, mehr Bezug auf innere Themen).
- Bezüglich Demenz: bisherige Verhaltensweisen verstärken sich, spitzen sich zu, nehmen in Intensität und Frequenz zu (Shoemaker 1987); aggressive Patienten haben idR prämorbid eine aggressive Vorgeschichte (Meddaugh 1994);
- Anwendungen mit dem NEO PI(Personality Inventory: Chatterjee & Whitehouse 1992): Extraversion und Sorgfältigkeit nehmen ab, Neurotizismus zu; keine Korrelation mit mentalem Status oder Krankheitsdauer; trotz Veränderungen blieb die Rangordnung der Untersuchten konstant (rank order within groups), d.h. prämorbide Tendenzen wurden in der Demenz verstärkt (depressive Demente waren früher eher ängstlich, paranoide Demente früher eher misstrauisch-feindselig), prämorbide Persönlichkeitsmerkmale weisen auf Anfälligkeit für spätere psychiatrische Symptome hin.



- Obwohl es Persönlichkeitsveränderungen innerhalb der Demenz gibt, verstärken sie eher alterstypische Veränderungen (1) und verbleiben innerhalb der je einzigartigen prämorbidem Konfiguration (2). Demenz interagiert mit prämorbidem Persönlichkeit, dramatisiert und intensiviert lebenslange Persönlichkeitsmerkmale. Die Persönlichkeit der dementen Person spiegelt adaptive Muster, die in der Vergangenheit erfolgreich waren
- Hoher Faktor „Offenheit“ geht idR mit besserer Entwicklung idDemenz einher
- Pflegende müssen Muster kennen, um mit ihnen arbeiten zu können

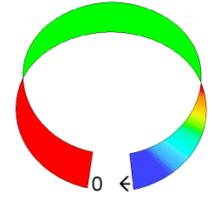
Persönlichkeitsstörungen#



- PS mit affektiven Symp (antisozial, borderline, histrionisch, narzisstisch, vermeidend) im Alter besser, PS mit Aspekten der Kontrolle (zwanghaft, paranoid, schizoid: C und A) im Alter eher gleich oder schlechter mit Rigidität und Misstrauen
- Drei Cluster: A-exzentrisch, paranoid, schizoid> sonderbar, exzentrisch; B- antisozial, borderline, histrionisch, narzisstisch> dramatisch, emotional, launisch; C-ängstlich, vermeidend, abhängig, zwanghaft: A & C bleiben im Alter stabil, Risikofaktor!, B nimmt im Alter ab (versterben)
- Kumulation lebensgeschichtlicher Erfahrungen und Verletzungen & aktuelle Konflikte durch Alterungsprozess (Kontext): Belastungen, die nicht mehr auf ausreichend adaptive und flexible Strukturen und Verhaltensweisen treffen
- „Alterszuspitzung“

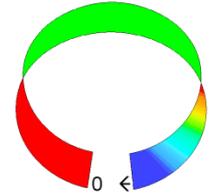
- 
- Innere Konflikte, ausgelöst durch Kontrollverlust, werden durch projektive Identifikation mit den Tendenzen der Idealisierung und Entwertung (auf Therapeut, Pfleger) agiert
 - Paranoide Übertragungsmuster: andere, die mit helfen wollen, werden als verfolgend, vernachlässigend, entwertend, schädigend erlebt > Zunahme interpersoneller Konflikte, da projektive Identifikation zu Angriffen auf die pflegende Umgebung führt
 - Führt zu intensiven negativen Gegenübertragungsgefühlen, löst Schuld- und Wiedergutmachungsgefühle aus, Querulanten werden auf der Toilette vergessen, lieblos-gewalthafte Pflege, Resignation der PP ob der nicht enden wollenden Bedürftigkeit

Sekundäre Strukturdefizite*



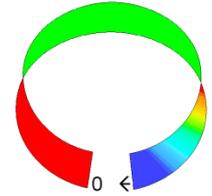
- Defizite in der Mentalisierungsfähigkeit (Theory of Mind):**
Perspektivenübernahme, kognitive Empathiefähigkeit, Wünsche und Absichten anderer erschließen und deren Verhalten zu antizipieren, Komplexität der Selbstrepräsentationen nimmt ab, Differenz zwischen Selbst und Objekt nimmt ab
- Abnahme sicherer Bindung, starke Zunahme von Älteren mit distanziert-abweisenden Bindungen (Verluste), Dissoziationen nehmen zu; Joan Erikson: 9. Stufe der Entwicklung von Ich-Identität, in der durch Verluste die Themen der bislang gelösten Krisen wieder aufbrechen (Verlust von Urvertrauen)
- Strukturelle Vulnerabilität in der Hochaltrigkeit, Defensiven kollabieren, strukturelle Defizite werden sichtbar vgl mit PS, hier nicht unbedingt Mangel- und Traumataerfahrungen, sondern Folge des Zusammenbruchs bisheriger psychischer Strukturen durch Verluste
- Starke Erschütterung des Selbsterlebens, belastende und schwer zu regulierende negative Affekte wie Verzweiflung, Verwirrung, Gekränktheit, Fähigkeit zur Affektregulierung und – optimierung schwer beeinträchtigt bis ausgesetzt

Funktion dieser Abnahme



- Affektoptimierung (psychische Kräfte sparen), kompensatorische Selbstschutzversuche durch Rückgriff auf einfache kognitiv-affektive Schemata
- Ressource: Optimierung kommt dem schwindenden Zeithorizont entgegen
- Gewünscht: Gefühl von Halt, Sicherheit, Kontinuität, Bestärkung des positiven Selbstbildes (Positivierung), Holding, Therapeut als Hilfs-Ich): weniger konfrontierendes Gegenüber, als seelsorlicher Verbündeter
- Erleben von Nähe deaktiviert das Angstsystem, Patienten gewinnen mehr strukturelle Klarheit und Sicherheit, können sich besser auseinandersetzen

Psychosomatische Themen



- 4.Lebensalter: körperl. Veränderungen und Defizite lassen sich nicht mehr kompensieren; zunehmende Abhängigkeit reaktiviert alte ungelöste Konflikte (Kipp)
- Psychische Störungen als kompensatorische Fehlanpassungen nach Verlusten (Selbstheilungsversuche), z.B. nach Beziehungsverlusten, besonders beim Ehepartner
- Körper als Organisator der psychischen Entwicklung im Alter (Heuft) (zur Abwehr der Todesangst?), alternder Körper als Übergangsobjekt (Hirsch)(begleitend-tröstliches oder verfolgend-feindliches Mutterobjekt?)
- Mit dem Alter nehmen psychotische Symptome deutlich zu (deutliche Zunahme im 5-Jahres-Abstand)*

Östling 2013

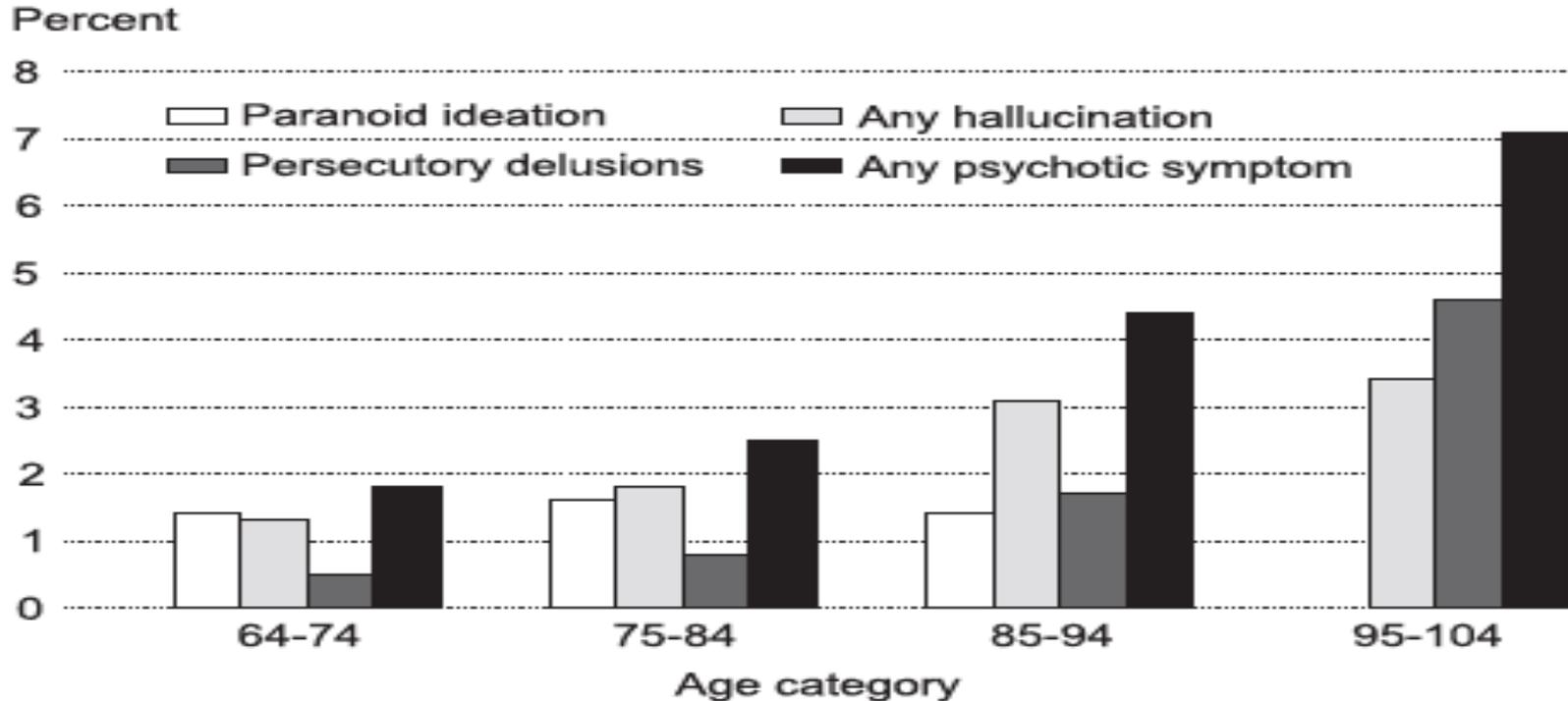
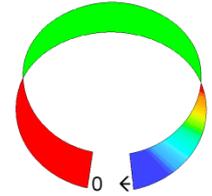
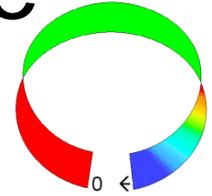


Figure 1 A multilevel logistic regression model that included gender and age as continuous variables showed that a 5-year increase in age increased the prevalence of psychotic symptoms (estimate 0.0289, SE 0.009, OR 1.2 95% CI 1.06–1.3, $p = 0.001$).

Geriatric: the problems of old age come in a package



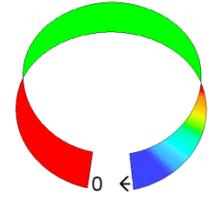
Weniger isolierte Organkrankheiten, sondern:

- Gebrechlichkeit (frailty): funktionaler Abbau, erhöhte Vulnerabilität, kumulative Dysregulation*
- Gedeihstörung (failure to thrive): fehlender Antrieb, Gewichtsverlust, Schwäche ohne Einzelgrund; Folgen: Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Unterernährung, Depression, sozialer Rückzug, Gangunsicherheit, Stürze
- Immobilität(incl. Post-fall Syndrom), Schmerzen, Schwindel und somatisierte Angst, Sinneseinschränkungen, Inkontinenz
- Übernahme der Steuerungsfunktion durch Pflegende wirkt sich regressionsfördernd aus mit der möglichen Folge von Ablehnung, Inaktivität, Verweigerung

Subjektive Dimension der frailty

- Psychische Situation im Alter stellt einen hoch komplexen & dynamischen Entwicklungsprozess dar: Zusammenwirken von frühen Traumatisierungen, vorbestehenden Ängsten und Depressionen, dysfunktionalen Familienstrukturen, vaskulären Beeinträchtigungen (Diabetes, Apoplex, MID, vaskuläre Depressivität:WAV), sensorischen Defiziten, Schmerzen, neurobiologischen/neurodegenerativen Veränderungen
- Verschiedene Ätiologien münden in einem gemeinsamen Faktor: der Abnahme positiver sozialer Aktivitäten und Erlebnisse
- Hauptziel: funktionalen Status verbessern, Lebensqualität optimieren

Need-driven compromised behaviour(Rahmenmodell)



Hintergrundfaktoren

- Neurologie
- Kognitive Fähigkeiten
- Gesundheit
- Psychosoziales

Kontextfaktoren

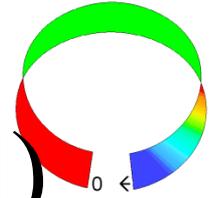
(proximal)

- Physiologische Bedürfnisse
- Psychologische Bedürfnisse
- Umgebung/Umwelt
- Soziale Umwelt

NDBs

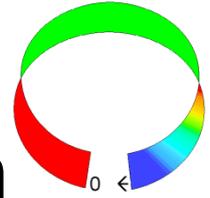
- Physisch nicht aggressiv
- Physisch aggressiv
- Problematisches Vokalisieren
- Problematische Passivität

Hintergrundfaktoren (distal)



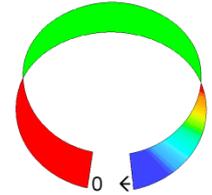
- Neurologischer Status: Tag/Nacht Rhythmus, motorische Fähigkeiten, Gedächtnis/Merkfähigkeit, Sprache, Sensorik
- Gesundheitsstatus: Allgemeinzustand, Funktionsfähigkeit (ADL, IADL), Stimmung, Geschlecht, Ethnie, Familienstand, Schulbildung, Beruf
- Psychosoziales: Persönlichkeit, Reaktionsmuster auf Stress

Proximale (nahe) Faktoren



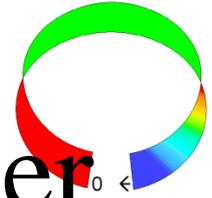
- Physiologische Bedürfnisse: Hunger, Durst, Ausscheidung, Schmerz, Unwohlsein, Schlafstörungen
- Psychosoziale Bedürfnisse: Affekt, Emotionen(Angst, Langeweile), Beziehungsbezogene Probleme
- Physische Umgebung: Licht, Geräusche, Wärme, Gerüche etc
- Soziale Umgebung: Personalausstattung, andere Klienten

Verhalten



- Resultante extrinsischer und intrinsischer Faktoren
- Überlappung der Ursachenebenen
- Aufgabe des Prinzips „one syndrome one treatment“
- Verhalten als Anpassungsversuch
- Verhalten ist hochvariabel bezüglich verschiedener Situationen
- Zentrale Qualität: Verhaltensdeutung umbauen, Kontrolle dysfunktionaler Gedanken und Gefühle, filiale Reife und autonome Position

1. Definition: Needham/Sauter



Als Praxis unterstützt Pflege Individuen und Gruppen
Im Rahmen eines Problemlösungs- und
Beziehungsprozesses

Bei der Bewältigung des Alltags und
Beim Streben nach Wohlbefinden

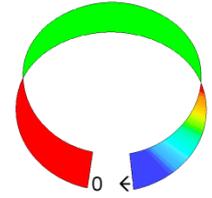
Bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von
Physischen, psychischen und sozialen Funktionen und
Beim Umgang mit existenziellen Erfahrungen



2.1. Situativer Verständnisansatz

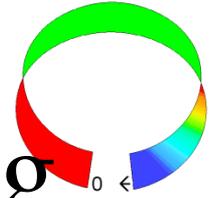
- Situation und Pflegeanlass: klären, bereichern, verändern, aushalten
- Hohe Strukturiertheit und ausgeprägte Situationsoffenheit
- Themen gestörter Normalität im Alltagsfluß
- Anpassung
- Übergänge: ein Höchstmaß an „Funktionieren“
- Brücken bauen: zwischen den „Realitäten“

2.2.Unbegrenztheit



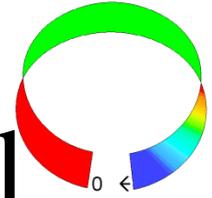
- Pflege und Therapie: Versuch einer Abgrenzung
- Alltag als „Hintergrund“
- Gestaltung des Alltags auf eine Art und Weise, die in der „normalen Welt“ nicht zur Verfügung steht

2.3. Autonomie und Bindung



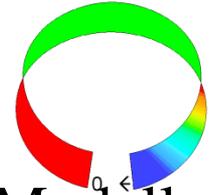
- Dialektik von Freiheit und Bindung
- Schaffung von Autonomie fördernden Rahmenbedingungen
- Anerkennung von zunehmender Abhängigkeit
- Machtverzicht als „Intervention“
- Fachliche und ethische Reflexion

2.4. Erleben: Sache und Stil

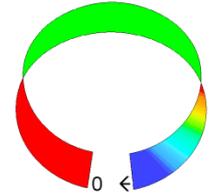


- Objektive Zustände und die Qualität des Erlebens und Erfahrens
- Wohlbefinden, Kohärenz als Ziel
- Betrifft Anamnese, Planung, Durchführung und Evaluation
- Pflegekultur: Normalität und Übertragung

Einschub: Pflegeprozess



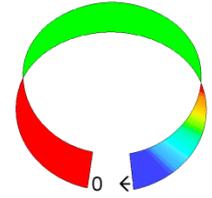
- Zweckrationales, problemorientiertes, technologisches Modell
- Mensch als objektivierbarer Gegenstand, in einzelne „Komponenten“ zerleg- und in aufeinanderfolgenden Schritten bearbeitbar
- „Globalisierung von Bedürfnissen“ (stereotypische Bedürfnisannahmen) und „Zerlegung in Einzelschritte“
- Strukturierung nach ADL führt zur Schematisierung und versperrt den Blick auf die nur ganzheitlich zu erfassende Gesamtsituation
- Schematisierung wirkt störend auf die Wahrnehmung zurück: gesehen wird nur das, was das Standardsieb zulässt (verstopfte Filter)
- Ergebnis: statt jede Situation individuell zu erfassen und in ihrer Subjektivität zu bearbeiten entsteht ein „instrumenteller Zwang“: Verstehen muss verwertbar, C. Müller-Hergh anwendbar sein



- Ausblendung subjektiven und situativen Handelns
- Annahme der Antizipierbarkeit von Pflegesituationen, Schein der Kontrollierbarkeit
- Beziehung und Verstehen werden eher zur Präambel, da nicht operationalisierbar (Addendum zum Plan), Beziehung degeneriert zur Bezugspflege

Statt dessen:

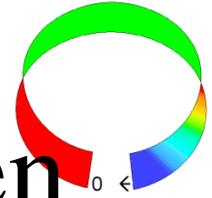
- Pflegeprozess ohne Planung: Zentralität der Kommunikations- und Konsensprozesse im Team
- Fallarbeit mit Zielperspektiven als Zentrum des Pflegprozesses
- Durchspielen typischer Szenarien zur Klärung durchgehender Prinzipien in Umgang, Kommunikation, Interaktion



3. Interventionen

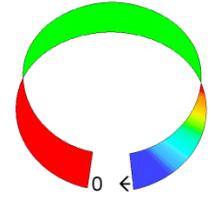
1. Beschreibung
2. Ganzheitlicher Rahmen
3. Multiperspektivität
4. Planungsrahmen
5. Reflexion

Prinzipien für Interventionen



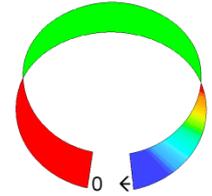
- Jedes Verhalten als Einzelfall
- Methodische Strukturiertheit und Unvorhersehbarkeit: „verstehende Diagnostik“
- Thema ist die Person, nicht die Funktion
- Einbetten in Beziehungshandeln
- Reine Absicht und „Aushalten“

Beziehung

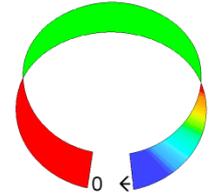


- Ist Hauptarbeitsmittel
- Psychische Störungen als Beziehungsstörungen
- Aufmerksamkeit, Wachheit, Interesse, Beachtung, Reflexion
- Asymmetrie und Hilfs-Ich: Begegnung
- Eckpunkte der Beziehungsgestaltung: emotionsunterstützend, Grenzen, Kontaktfunktionen

4. Fallbesprechung

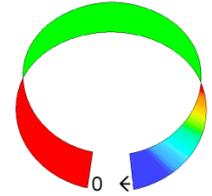


„Fälle“ im Sinne der Fallbesprechungen sind in der Regel Personen (und deren Familien) in bestimmten Situationen im Rahmen einer Institution inklusive der mit dieser gegebenen Aufträge, Rollen und Regeln. „Der Fall“ macht sich an einem Klienten/mehreren Klienten fest. Der Fall ist immer komplexer als seine mögliche Bearbeitung.

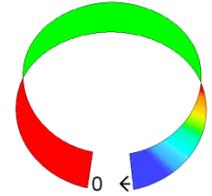


- Anlass- oder themenbezogen
- Ziel der Fallbesprechung ist es, Situationen und Personen zu verstehen, eine gemeinsame Situationseinschätzung zu erarbeiten und daraus personenbezogene, situationsbezogene, organisationsbezogene, aufgabenbezogene Maßnahmen abzuleiten, die für Klienten und Mitarbeiter zumindest zu erträglicheren Bewältigungen des Alltags beitragen oder sogar das Wohlbefinden aller steigern.
- Lernsituation, Wissenstransfer, Abbau von AbwehrROUTINEN

Ziel

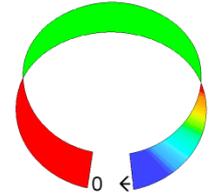


- Fallbesprechungen stellen eine Möglichkeit dar, Interventionen auf den Einzelfall zuzuschneiden, auslösende Faktoren zu identifizieren und dazu alle beteiligten Personen mit dem Ziel eines gemeinsamen, einheitlichen Vorgehens zusammen zu bringen



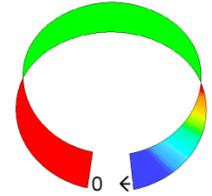
- Themenzentrierter Beratungsprozeß
- Implizite Supervision
- Hierarchieverzicht
- Elementare Regeln: Offenheit, Transparenz und Verschwiegenheit

4.1. Ablauf



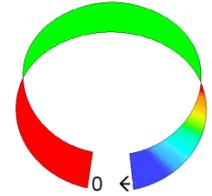
- Beteiligte: Fallmoderator, Fallbringer, Fallbearbeitende, Angehörige & Externe
- Regelmäßig prospektiv, anlassbezogen retrospektiv
- Im Arbeitsteam, hausübergreifend, institutionenübergreifend
- Fallvorbereitung: Recherche, Leitfragen an Fallarbeitende

4.1. Ablauf



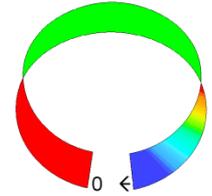
- Orientierungsphase: Fallauswahl, Kurzskizzierung (Anlass, Interesse), Zielformulierung
- Exploration: Biographie, Dienstleistungsbeginn und Verlauf, kognitiver Status, Gesundheitsstatus, psychopathologischer Status, Persönlichkeit, Umwelt und Umgebung, Pflegesituation, aktuelle Gefährdungen, Ressourcen
- Wie der Fallbringer den Klienten erlebt...
- Zusammenfassung durch Fallmoderator
- Fragerunde & Zusammenfassung

4.1. Ablauf



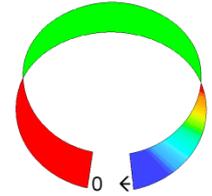
- Assoziationsphase: Gefühle, Phantasien, Reaktionen
- Verbinden, Vernetzen, Verknüpfen
- Entwicklung einer Verstehenshypothese: dem Verhalten einen Sinn abgewinnen (funktionale Analyse: aus welcher menschlichen Grundsituation und Dynamik heraus erlebt/gestaltet die Person ihre Erkrankung?)
- Integration des bekannten Materials, interne Validierung (Kohärenz)
- Versuch einer 2. Hypothesenbildung (Kontingenz!)
- Überprüfung der Zielformulierung, u.U. 2. Zielformulierung

4.1. Ablauf

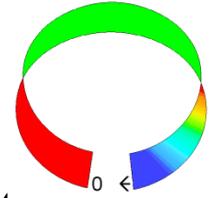


- Brainstorming & - forming
- Problemlösende, emotionsfokussierte, haltungsfokussierte Ansätze
- Grenzen des NDCB-Modells
- Bewertung durch Fallbringer
- Implementierung
- Abschluß

Ergänzungen

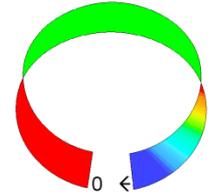


- In der Fallvorbereitung die Diagnosen recherchieren und vor der Fallbesprechung die Diagnosen vorstellen, ca. 10 m. > Situation nutzen zur Psychoedukation: TN können dann im Anschluß den Fall besser mit den diagnostischen Schemata verbinden
- In Einrichtungen mit Springern bzw. variablen Teams: immer auch einige Pflegende anderer Bereiche, die gelegentlich hier Dienst tun, miteinladen; darauf achten, dass begleitender Dienst, ggf Nachtwache beteiligt ist
- Eine inhaltliche Vorbereitung des Moderators ist sinnvoll
- In den Reaktionen der Gruppe spiegelt sich u.U. die „Logik des Falls“, insb. bei Depression, sexueller Problematik, Aggression



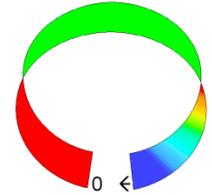
- Im Gewand des Falls reflektiert das Team sich selbst
- Den gesamten Prozess auf dem Flip-Chart darstellen, Schreibpausen für Murmelgruppen nutzen, gibt mehr „Luft“ in dem Prozess, Pause nach der Exploration einlegen, Visualisierung hilft, den roten Faden nicht zu verlieren, auf wichtige Punkte zurückzukommen
- Wichtig: gute Vorbereitung mit PDL und WBL, Team vorbereiten und Gelegenheit geben, eigene Gedanken im Vorfeld zum Fall zu entwickeln; hilft bei der Beteiligung
- Beim Folgetreffen Entwicklung des Falls und Implementierung von Interventionen aufgreifen, u.U. Nacharbeit: bestimmte Fälle müssen wiederholt bearbeitet werden

Voraussetzungen



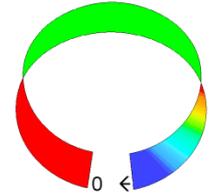
- Basiswissen Gerontopsychiatrie: Demenz & Delir, Depression, Angst, Wahn, Sucht, Persönlichkeitsstörungen im Alter
- Grundlagen in Gesprächsführung, Moderation, Kommunikationsregeln
- Übungsphasen mit externer Person, bis Sicherheit erreicht ist
- Gute Kenntnis der deutschen Sprache

Erfahrungen



- Gemeinsame Wissensbasis und differenziertere Urteile
- Kritischer Blick auf eigenes Verhalten
- Benennung auch schwieriger Gefühle bez. Bewohner
- Entwicklung gemeinsamer Ziele
- Veränderungen in der Kommunikation: ruhiger, gelassener, gefasster, weniger Attributionen

Herausforderungen



- Fehlendes biographisches Wissen
- Probleme mit Zeit und Anwesenheit
- Schwierigkeiten mit Vor- und Nachbereitung
- Problem der Dokumentation der Ergebnisse
- Häufige Unterbrechungen durch Ärzte und Angehörige
- Teilnehmende Ärzte bringen TN zum Verstummen
- Entscheidungen der MA wurden von Vorgesetzten nicht akzeptiert
- Situationen, an denen man – angesichts fehlender Ressourcen – wenig „machen“ kann