

Reversibilität von Anpassungsstörungen bei Sinnesbehinderung

Judith Wildi & Magdalena Seibl

Rückzug, Depression und Verhaltensauffälligkeiten gehören zu den häufigsten Folgen bei neu auftretenden Sinnesbeeinträchtigungen. Gerade bei Personen im dritten und vierten Lebensalter sind Fehlbeurteilungen der Situation häufig. Ermächtigende Pflege und Betreuung setzen bei der Sinnesbehinderung als Ursache an und können auch auf psychische Folgen stabilisierend und reversibel wirken.

Frau Egger, 87 Jahre alt, wohnt seit einem Jahr im Alterszentrum. Sie hatte sich bei einem Sturz eine Schenkelhalsfraktur zugezogen und wurde hospitalisiert. Nach dem Spital kam Frau Egger vorübergehend ins Ferienzimmer des Alterszentrums. Aus dem geplanten vierwöchigen Aufenthalt wurde ein Daueraufenthalt. Was ist passiert?

Stockende Fortschritte

Frau Egger erholte sich bezüglich Wundheilung problemlos. Die Fortschritte in der Mobilität jedoch waren zögerlich: Frau Egger hatte zweimal wöchentlich Physiotherapie. Es bereitete ihr grosse Schwierigkeiten, den Anweisungen der Therapeutin zu folgen. Sie hatte Angst vor einem erneuten Sturz und vermied es, selbständig aus dem Zimmer zu gehen. Die meiste Zeit

verbrachte sie im Bett oder im Lehnstuhl. Die Einladung, in den Aufenthaltsraum der Wohngruppe zu kommen, lehnte sie ab mit den Worten: «Ich bin müde und lieber allein.» Als die Entlassung nach Hause Thema wurde, äusserte sie Bedenken, wie das dort gehen sollte, aber bleiben wollte sie eigentlich auch nicht. Es wäre ihr ganz recht, einfach nicht mehr aufzuwachen, murmelte sie. In Absprache mit ihren Kindern fiel die Entscheidung, sie in das nächste frei werdende Zimmer zu verlegen und ihre Wohnung aufzulösen. Die Kinder kümmerten sich darum, brachten ihr ihre Lieblingsmöbel. Frau Egger nahm alles mit wenig Regung entgegen.

In diesem Fallbeispiel finden sich Hinweise auf Anpassungsstörungen, evtl. auch auf eine psychische Erkrankung, aber keine klaren Anzeichen für Sinneseinschränkungen. Was hat es damit auf sich?



Foto: C. Dill / KSIA

Leicht verkennbar

Spontan geht man davon aus, dass eine Sinnesbeeinträchtigung leicht erkennbar ist: Die eine Person hört und versteht nicht mehr alles, fragt viel nach und dreht den Fernseher lauter. Die andere beklagt sich darüber, dass sie nicht mehr lesen kann, findet offen daliegende Sachen nicht, trägt fleckige Kleider oder stürzt über Hindernisse, die sie nicht gesehen hat.

Die neurologischen Prozesse der Sinneswahrnehmung führen aber dazu, dass es oft für das Umfeld wie für die Betroffenen selbst schwierig ist, eine beeinträchtigende Einschränkung als solche zu erkennen. Visuelle und akustische Eindrücke werden zwar über die Sinnesorgane aufgenommen, aber erst im Gehirn zu Bildern und Tönen verarbeitet. Dabei zieht das Gehirn auch gespeichertes Wissen zur Verarbeitung bei: ein Gesicht hat Augen, Nase und Mund, eine Tischfläche hat im Normalfall kein Loch und ist eben, die Welt ist farbig usw. Fehlen Elemente in der Information aus den Augen oder sind sie verzerrt, «korrigiert» das Gehirn das Bild. Sind dem Gehirn z. B. bei einer alterskorrelierten Makuladegeneration (AMD) im zentralen Gesichtsfeld keine Informationen aus

den Augen zugänglich, zeigt es keine «Löcher» an, sondern vervollständigt das Bild, das dann zwar unscharf, aber nicht lückenhaft wahrgenommen wird: Ich sehe ein Gesicht, kann aber nicht erkennen, wer es ist, ich sehe den ganzen Tisch, aber nicht genau, was sich darauf befindet. Dieses neuroophthalmologische Phänomen wird Filling-in genannt und ist ganz normal.

Die meisten Augenerkrankungen entwickeln sich schleichend. Das Gehirn passt sich laufend an die neue Informationslage an. Je besser eine betroffene Person Umfeld und Tätigkeiten kennt, desto weniger fallen Einschränkungen auf oder die Person arrangiert sich damit. Die einen Aktivitäten lässt sie vielleicht weg, andere bewältigt sie aus Routine auch dann gut, wenn die visuelle Kontrolle nicht mehr zuverlässig ist.

Ein weiterer Grund für das Nichterkennen von Sinneseinschränkungen ist die häufige Verneinung der Situation durch die Betroffenen. Sie wollen oder können – vor sich selbst und vor anderen – nicht zugeben, dass sie in ihrem Alltag beeinträchtigt sind und Hilfe benötigen. Lieber ziehen sie sich zurück, geben an, sie bräuchten nichts und seien zufrieden mit

Häufige Folgen von Sehbeeinträchtigungen (Auswahl)

- **funktional:** grob- oder feinmotorische Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs), je nach Augenerkrankung z. B. beim Lesen und Schreiben, beim Einkaufen, Essen, Orientierungsprobleme, Stürze, Bewegungsmangel
- **kognitiv:** Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit, der Kontrolle von Situationen (ist der Herd an- oder ausgeschaltet?), Entscheidungsprobleme (aufgrund eines Defizits an Informationen, die nötig wären)
- **psychosozial:** Gesichter und Personen werden nicht mehr erkannt, Orientierungsprobleme in sozialen Situationen (wer kommt? wer spricht? wer ist gemeint?), Misstrauen, Verhaltensauffälligkeiten, sozialer Rückzug («Ich will nicht» als Vermeidungsstrategie)
- **psychisch-emotional:** Trauer, depressive Reaktionen auf den Verlust der Sehfähigkeit und auf Einbussen als Folge davon, Kontrollverlust, Identitätskrise, Rückzug, Scham, Unsicherheit, Ohnmacht, Wut, Aggressionen, Anpassungsstörungen, Resignation, Suizidalität

ihrer Situation. Wenn diese Anpassung für die Gesamtsituation (psychisch und physisch) dysfunktional wird, liegt eine Anpassungsstörung vor. Der Übergang ist fließend.

Dass also bei Frau Egger zunächst niemand eine Sehbehinderung in Betracht zieht, ist nicht ungewöhnlich.

Anpassungsstörung – Depression?

Im Alterszentrum lernt Frau Egger ihre pflegerische Bezugsperson, Frau Hochuli, kennen. Sie versteht sich auf Anhieb gut mit ihr. Frau Hochuli macht Frau Egger mit einer Mitbewohnerin bekannt. Manchmal sitzen die zwei Frauen zusammen auf der Terrasse in der Frühlingswärme.

Bezüglich ihrer Mobilität geht es nicht vorwärts. Frau Egger geht nicht selbständig herum und verlässt das Zimmer nur in Begleitung. Sie hat Angst zu stürzen und spürt, dass die Kraft in den Beinen nachlässt. In den Speisesaal wird sie begleitet. Dabei bewegt sie sich zögerlich, geht schlurfend und gebückt. Bis sie an ihrem Platz sitzt, ist Frau Egger müde und mag kaum essen. Sie stochert im Essen herum, legt das Besteck aber bald wieder weg. An einem Gespräch ist sie nicht interessiert.

Auf den Besuch ihrer ehemaligen Nachbarin regiert sie kaum. Diese erzählt von gemeinsamen Bekannten, die ebenfalls hier wohnen und sich sehr wohl fühlen. Frau Egger meint, es sei schon recht, dass es den anderen gut gehe, sie sei lieber allein. Jetzt sei sie müde und möchte sich hinlegen. Die Nachbarin verspricht wiederzukommen, wenn es Frau Egger besser gehe. Frau Egger sagt aber nichts.

Frau Egger wird zunehmend schwächer. Der Mitarbeiterin im Speisesaal fällt auf, dass Frau Egger das Dessert nicht mehr

anrührt. Darauf angesprochen, sagt sie, es mache nichts, dass sie keins erhalten habe. Sie möge sowieso nicht mehr essen. Die Mitarbeiterin ist erstaunt: das Dessert steht vor Frau Egger. Die Tischnachbarinnen raunen einander etwas zu. Frau Egger hört die Begriffe «blöd», «durcheinander» und «eigen». Am Abend teilt sie Frau Hochuli mit, dass sie nicht mehr im Speisesaal essen werde. Und sie setzt sich auch nicht mehr zur Mitbewohnerin auf die Terrasse

Ursachenforschung psychische Belastung

Ganz offensichtlich ist Frau Egger psychisch belastet. Für sie selbst ist die bleierne Müdigkeit der Grund für ihren Rückzug. Jede Tätigkeit kostet sie viel Kraft. Sie fühlt sich abhängig und unselbständig, hat Mühe sich zu konzentrieren und bekommt immer öfter nicht richtig mit, was andere zu ihr sagen. Frau Egger fühlt sich abgelehnt und ausgestossen. Sie meidet Kontakte, zieht sich total zurück.

Worauf sind diese Phänomene zurückzuführen? Auf den überraschenden Heim-

Begriffsklärung: Schädigung – Beeinträchtigung – Behinderung

Schädigung = physische Störung des Sinnesorgans (z. B. des Auges) und/oder des Gehirns durch Krankheit oder Unfall (im Alter besonders häufig: AMD).

Beeinträchtigung = physische, psychische und soziale Einschränkung der Person als Folge der organischen Schädigung (z. B. Störungen des Gleichgewichts, Einschränkungen der Steuerung und Kontrolle, Belastung der Psyche).

Behinderung = andauernde Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe als Folge einer bleibenden Beeinträchtigung, betrifft die Interaktion der Person mit dem Umfeld («person-in-environment») sowie die Interaktion des Umfeldes mit der betroffenen Person.

eintritt? Eine depressive Belastungsstörung oder Depression kann ihre Ursache in einer Sehschädigung haben. Weitere Beobachtungen verstärken für Frau Hochuli diesen Verdacht: die schleppende, tastende Gangart, die Lustlosigkeit beim Essen, dass Frau Egger Dinge auf dem Tisch nicht sieht.

Frau Hochuli informiert das Team über ihre Vermutung, es könnte eine Sehbeeinträchtigung vorliegen. Frau Egger selbst spricht sie auf das Thema Sehen an und macht mit ihr ein Fokus-Assessment, in dem sie den Vergrösserungsbedarf misst, das Gesichtsfeld testet, sie nach der Blendung fragt und die Wirkung von Kontrasten prüft. Diese einfach durchzuführenden Tests bestätigen Frau Hochulis Vermutung und zeigen einen pflegerisch relevanten Befund.

Nun zeigt sie Frau Egger die Zusammenhänge von verändertem Sehvermögen und den Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung auf. Diese Informationen und die Erklärung für ihre grosse Müdigkeit lassen bei Frau Egger zum ersten Mal seit langem so etwas wie Entlastung entstehen.

Aber sie ist auch beunruhigt: Wird sie erblinden? Frau Hochuli ermuntert Frau Egger, sich bei einem Augenarzt Klarheit zu verschaffen. Dieser diagnostiziert beidseits eine AMD im fortgeschrittenen Sta-

dium und erklärt, sie werde nicht erblinden. Frau Egger ist froh, dass ihr Frau Hochuli erklärt, was eine AMD ist, welche visuellen Eindrücke irreführend sein können und wie sie lernen kann, damit so umzugehen, dass sie nicht weiter pflegeabhängig wird.

Rehabilitativer Ansatz in der Langzeitpflege

Die Häufigkeit von Seh- und Hörbehinderung im Alter ist zahlenmässig relevant: Unter den über 80-jährigen Personen mit Pflegebedarf gibt es je rund 30% Betroffene. Wegen der rechtlichen Einbettung in der Langzeitpflege ist Sinnesbehinderung im Alter eine pflegerische Aufgabe. Aus der Behindertenarbeit stehen rehabilitative Methoden zur Verfügung. Dazu gehören psychosoziale Beratungsgespräche und die Rehabilitation zur Wiedergewinnung von Selbständigkeit und Sicherheit in den Aktivitäten.

Ein wichtiges Prinzip in der Arbeit mit behinderten Menschen ist es, nicht nur die Person zu befähigen, sondern auch das Umfeld so gestalten, dass betroffene Personen so wenig wie möglich behindert werden (soziale Barrierefreiheit, Normalisierungsprinzip, Milieugestaltung). So reduzieren etwa geschulte Mitarbeitende im

Fachrichtungen der sehbehinderungsspezifischen Rehabilitation

Orientierung und Mobilität (O+M): Training von Techniken für eine sichere und möglichst selbständige Fortbewegung sowie für das Orientierungsvermögen.

Lebenspraktische Fähigkeiten (LPF): Vermittlung von Techniken und Hilfsmitteln für die alltagspraktischen Fähigkeiten wie Essen, Körperpflege, Kleider, Kochen, Kommunikation.

Low Vision (LV): Erfassung des Sehpotenzials, Beratung in optimaler Nutzung des reduzierten

Sehvermögens, Auswahl und Nutzung von Sehhilfen und Hilfsmitteln.

Individuelle Unterstützung, Beratung und Trainings in diesen Bereichen bieten die Beratungsstellen des Sehbehindertenwesens an (Adressliste nach Kantonen auf der Website des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen, www.szb.ch).

Speisesaal die Einschränkungen für die betroffenen Personen, indem sie einen blendfreien, gut beleuchteten Sitzplatz bereitstellen, beim Gedeck auf klare Kontraste achten, die Person beim Servieren jedes Mal ansprechen, die Gerichte anschaulich erklären (Appetit anregen) und den Teller so hinstellen, dass die Anordnung der Speisen nach dem Prinzip einer Uhr mitgeteilt werden kann (Fleisch bei 6 Uhr, Beilage zwischen 12 und 3 Uhr, Gemüse zwischen 9 und 12 Uhr). Weitere Hinweise auf die Gestaltung einer sozial barrierefreien, sehbehindertenfreundlichen Alterseinrichtung finden sich in der Broschüre «Goldene Regeln» von KSiA (2013).

In einem sinnesbehindertenfreundlichen Umfeld muss die betroffene Person nicht wieder und wieder erklären, dass sie schlecht sieht oder hört. Sie kann ohne Scham mitteilen, was sie braucht. Deshalb lohnt es sich, Mitbewohnende, Angehörige und Freunde über die Sinnesbehinderung und die Auswirkungen im Alltag zu informieren.

Spektrum pflegerischer Massnahmen

Im Pflegeprozess wird die Sinnesbehinderung als mögliche Ursache anderer Pflegephänomene erkannt und in allen Schritten integriert. Die Pflegenden informieren über Sinnesbeeinträchtigung und ihre Folgen und kompensieren die Wahrnehmungseinsparungen: Welche Informationen fehlen der Person und beeinträchtigen ihr Sicherheitsgefühl, ihre Entscheidung oder Handlungsfähigkeit? Rehabilitative sinnesbehinderungsspezifische Pflege befähigt die Person mittels Pflegetrainings im kognitiven und psychosozialen Bereich, bei Sehbehinderung trainieren sie zudem die Selbständigkeit bei den ATL.

Frau Hochuli hat durch das Gespräch bereits eine erste Entlastung im psychischen Bereich bewirkt. Dies ist notwendig, damit Frau Egger überhaupt zuhören und verstehen kann, wenn Frau Hochuli sie über die Rehabilitationsmöglichkeiten informiert. Es gibt z. B. das Essenstraining, das auf klar strukturierten Orientierungsmustern aufbaut und der Person die Möglichkeit gibt, wieder in Gesellschaft zu essen, ohne das Gefühl zu haben, sie «blamiere» sich. Bei Frau Egger bietet sich ein Mobilitätstraining an, das dem schleppenden Mobilitätsaufbau und der Angst zu stürzen entgegenwirken und zu mehr Selbständigkeit führen kann. Techniken zur Kontaktaufnahme und -pflege können Frau Egger soziale Kontakte erleichtern.

Es ist wichtig, mit der betroffenen Person ihre Prioritäten zu klären und die Ziele zu bestimmen. Frau Hochuli findet mit Frau Egger heraus, dass ihr der Spaziergang in den Garten wichtiger ist, als im Speisesaal zu essen. Sie weiss, dass es Frau Egger für die psychische Stabilisierung hilft, kleine Erfolgserlebnisse im ganz konkreten Erlebensbereich zu haben. Deshalb schlägt sie ihr vor, sich zunächst auf regelmässige Kontakte mit ihrer ersten Bekanntschaft aus dem Zentrum zu konzentrieren und in einem sehbehinderungsspezifischen Mobilitätstraining die Gangsicherheit zu verbessern. Die Fortschritte werten sie



regelmässig gemeinsam aus (psychogeriatrische Beratungsgespräche).

Neue Perspektiven

Frau Egger lebt nun seit eineinhalb Jahren im Alterszentrum. Sie macht täglich einen Spaziergang in den Park. Dank des Trainings kann sie sich heute an festen Punkten orientieren und weiss, wo sie welche Abzweigung nehmen muss, damit sie ihre Lieblingsbank unter der grossen Linde erreicht. Zu Beginn war Frau Egger betrübt über die Diagnose des Augenarztes. Inzwischen kann sie die Trainingsangebote annehmen, weil sie merkt, dass die zunehmende Selbständigkeit ihr gut tut und Mut macht. Mit Frau Hochuli hat sie abgemacht, dass die nächste Zielsetzung das Essen im Speisesaal sein wird.

In der Zwischenzeit hat Frau Hochuli Frau Egger mit einer Bewohnerin von der zweiten Etage bekannt gemacht, die ebenfalls an einer AMD leidet. Frau Egger ist beeindruckt, als diese von ihrem Charles-Bonnet-Syndrom, visuellen Halluzinationen, erzählt. Sie sieht manchmal Löcher im Boden, wo gar keine sind. Bei Sehbehinderung können solche Bilder wie ein Phantomschmerz auftreten, das hat nichts mit einer Demenz zu tun. Frau Egger möchte zwar lieber keine solchen Halluzinationen bekommen, aber den Austausch mit einer betroffenen Person empfindet sie als wertvoll.

Frau Egger bekommt wieder Besuch und freut sich darüber. Ihre Kinder sind erstaunt über die Entwicklung ihrer Mutter: sie haben sie seit Jahren nicht mehr so aufgeräumt und mutig erlebt.

Durch die sehbehinderungsspezifische rehabilitative Vorgehensweise konnte die

psychische Situation von Frau Egger stabilisiert werden.

Literatur

- KSIA (Hrsg.). (2013). *Goldene Regeln: Sehbehinderung im Alter angemessen begegnen*. Zürich: KSIA
- Heussler, F., Wildi, J. & Seibl, M. (Hrsg.) (2016). *Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion*. Zürich: Seismo Verlag.



Judith Wildi, RN FH, dipl. Pflegeexpertin, dipl. Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen, MAS Soziale Gerontologie, in KSIA zuständig für den Bereich Bildung
judith.wildi@ksia.ch

Magdalena Seibl, lic. phil. I, M.A. Soziale Arbeit, Dozentin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin in KSIA.

magdalena.seibl@ksia.ch



Kompetenzzentrum vermittelt Fachwissen

Das Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) in Zürich verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer Sinnesbehinderung im Alter zu verbessern. Fachpersonen des Gesundheitswesens werden befähigt, Seh- und Hörbehinderung zu erkennen und rehabilitative sinnesbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung anzubieten. KSIA entwickelt und vermittelt Fachwissen zu Sinnesbehinderung im Alter. KSIA wird vom gemeinnützigen Verein für Menschen mit Sehbehinderung im Alter getragen.

KSIA, Bederstr. 102, 8002 Zürich, www.ksia.ch